



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Justitie en Veiligheid

NIFP-richtlijn

Forensisch psychologisch onderzoek en rapportage in het strafrecht volwassenen en jeugdigen

Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie

Inhoudsopgave

Inleiding	6
1 Context van het gedragsdeskundig pro justitia-onderzoek	10
1.1 De domeinen gezondheidszorg en strafrecht	11
1.2 Nederlands Register Gerechtelijk Deskundigen (NRGD)	13
1.3 Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP)	13
1.4 Adolescentenstrafrecht	14
1.5 Gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel (GVM)	15
2 Opzet van het pro justitia-onderzoek	16
2.1 Opzet van het psychologisch rapport	19
2.2 Rol van het forensisch milieuonderzoek (FMO)	19
2.3 Benoeming van een tweede deskundige	20
2.4 Reikwijdte van het psychologisch rapport	20
2.5 Klinisch psychologisch onderzoek: het Pieter Baan Centrum (PBC)	21
2.6 Aanwezigheid van derden bij het onderzoek en het maken van opnames	23
2.7 Ontbreken van het blokkeringsrecht	24
2.8 Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)	25
2.9 Culturele aspecten van het onderzoek	26

3 Forensisch psychologisch onderzoek 28

3.1	De onderzoeksopzet	29
3.2	Relevante informatie uit gerechtelijke stukken	29
3.3	Medewerking aan het onderzoek	31
3.4	Biografische anamnese	32
3.4.1	Autobiografische gegevens	33
3.4.2	Gezondheids- en verslavingsanamnese	34
3.5	Informatie van derden	35
3.6	Houding ten opzichte van het ten laste gelegde	41
3.7	De (deels) ontkenkende verdachte	42
3.8	Klinisch psychologisch onderzoek, verzameling en analyse van gegevens	43
3.8.1	Het gesprekscontact: gespreksindrukken en onderzoeksverloop	43
3.9	Het testpsychologisch onderzoek	45
3.9.1	Testpsychologisch onderzoek in de pro justitia-rapportage	45
3.9.2	Testattitude en symptoomvaliditeit	48
3.9.3	Intelligentie	48
3.9.4	Neuropsychologische functies en afwijkingen	53
3.9.5	Klinische stoornissen	53
3.9.6	Persoonlijkheid	53
3.9.7	Gezinsfunctioneren bij jeugdigen	57
3.9.8	Seksualiteit	58
3.9.9	Agressie	58
3.9.10	Autismespectrumstoornis	59
3.9.11	ADHD	59
3.9.12	Traumatisering	59
3.9.13	Verslaving	59
3.9.14	Psychopathie	60

3.10	Differentiaal-diagnostische overwegingen.....	61
3.11	Forensisch psychologische beschouwing	62
3.11.1	Advies over het toerekenen	64
3.11.2	Risicoanalyse en prognose.....	67
3.11.3	Interventieadvies en condities bij volwassenen	74
3.11.4	Interventieadvies en -condities bij jeugdigen	80
3.12	Beantwoording van de vragen	82
3.13	Afronding van onderzoek en rapportage	82
4	Verantwoording en implementatie	88
	Literatuurlijst	92
	Bijlage 1: Lijst met afkortingen van begrippen.....	100
	Bijlage 2: Neuroloket: neuropsychologische functies en afwijkingen	102
	Bijlage 3: Informatie over risicotaxatie-instrumenten.....	108
	Bijlage 4: Gedragscode NRGD	116
	Bijlage 5: Gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel (GVM)	124
	Bijlage 6: Testmateriaal forensisch psychologisch onderzoek.....	138

Inleiding

Inleiding

Deze NIFP-richtlijn dient ter ondersteuning van het forensisch psychologisch onderzoek van de pro justitia-rapporteur. De richtlijn heeft als doel uniformiteit en standaardisatie in het forensisch psychologisch onderzoek te vergroten en het onderzoek transparanter te maken. De richtlijn geeft de deskundige handreikingen over mogelijke factoren die van invloed zijn op de delictpleging. De richtlijn is een weergave van wat state of the art is binnen ons vakgebied, wat impliceert dat er voortdurend nieuwe ontwikkelingen plaatsvinden, die we in een volgende uitgave zullen opnemen. Benadrukt wordt dat de richtlijn zeer uitgebreid is, maar ook dan kunnen niet alle aspecten van ons werk aan bod komen. Evenmin is het de bedoeling dat alle aspecten in de richtlijn een plek moeten krijgen in een pro justitia-rapportage. De richtlijncommissie heeft getracht om zo veel mogelijke relevante onderwerpen aan bod te laten komen, als handreiking voor je onderzoek. Niet alle mogelijke stoornissen of instrumenten worden beschreven, dat zou een onmogelijke opgave zijn. Het is aan de deskundige om te bepalen welke onderwerpen relevant zijn voor het specifieke pro justitia-onderzoek waarvoor je bent benoemd.

De richtlijn is bedoeld voor alle varianten van psychologisch onderzoek: volwassenen, jeugdigen, adolescenten (conform het adolescentenstrafrecht), zowel voor ambulante als klinische onderzoeken.

In de richtlijn volgen we de opbouw van het pro justitia-rapport. In hoofdstuk 1 beschrijven we de context waarin het pro justitia-onderzoek plaatsvindt. Anders dan in de reguliere GGZ, wordt het onderzoek opgelegd door de rechter, waarbij er doorgaans geen hulpvraag is. De justitiabele wordt onderzocht omdat hij verdacht wordt van het plegen van een strafbaar feit en de rechter wil weten of een eventuele psychische stoornis invloed heeft gehad op zijn

gedragingen ten tijde van het delict. Het vertrekpunt in de forensische rapportage is hiermee wezenlijk anders dan binnen de reguliere GGZ. Verder besteden we aandacht aan het adolescentenstrafrecht en de mogelijkheden van de gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel (GVM).

In hoofdstuk 2 komt de opzet van het pro justitia-onderzoek aan de orde. We besteden aandacht aan de voorbereidingen van het onderzoek, het opvragen van informatie bij derden, de informatieplicht voor de justitiabele en het ontbreken van het blokkeringsrecht bij pro justitia-onderzoeken. Ook wordt besproken hoe je kunt werken conform de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).

Het forensisch psychologisch onderzoek vormt het zwaartepunt van de richtlijn en komt dan ook uitgebreid aan de orde in hoofdstuk 3. Hierin bespreken we de onderzoeksopzet, het belang van een goede samenvatting van de stukken, de biografische anamnese, de houding van de betrokkene ten aanzien van het ten laste gelegde en het testpsychologisch onderzoek. Nadat je de diagnostiek hebt beschreven, begint het meest specifiek forensische van het pro justitia-onderzoek: het verband tussen de diagnose en het ten laste gelegde, het advies over het toerekenen, de risicoanalyse en het interventieadvies.

De richtlijncommissie heeft geprobeerd om zo veel mogelijk relevante aspecten te bespreken en handreikingen te geven, in het besef dat dit nooit uitputtend kan zijn. Door consultatie van experts op bijvoorbeeld het gebied van risicoanalyse, meent de commissie dat de kwaliteit en bruikbaarheid van de NIFP-richtlijn is vergroot ten opzichte van de vorige uitgave.

Dat ook de huidige NIFP-richtlijn weer zal worden herzien, staat buiten kijf. De ontwikkelingen in ons vakgebied staan niet stil en revisie blijft noodzakelijk. De NIFP-richtlijn is ooit ontstaan vanuit een duidelijke behoefte aan een beschrijving van het state of the art psychologisch onderzoek. Hierbij werden de beroepsverenigingen van psychologen

en orthopedagogen geconsulteerd, wat ook bij de onderhavige richtlijn heeft plaatsgevonden. Nu hebben we met de verenigingen afgesproken dat de tijd rijp is om een transitiefase in te gaan, waarbij de NIFP-richtlijn wordt overgenomen door de beroepsverenigingen. Daar hoort een richtlijn ook thuis, maar dit bleek bij eerdere uitgaven niet mogelijk. Uiteraard blijft het NIFP een belangrijke partner in de transitiefase en zullen NIFP-medewerkers plaatsnemen in de richtlijncommissie van de beroepsverenigingen. Hiermee volgen we de beroepsgroep van psychiaters, die de richtlijn forensisch psychiatrisch onderzoek sinds de aanvang hebben ondergebracht bij de NVvP.

In de teksten is zo veel mogelijk geprobeerd om genderneutraal te schrijven, maar dit is zeker niet altijd mogelijk gebleken. Benadrukt wordt dat mannelijke, vrouwelijke, non-binaire en intersekse personen worden bedoeld.

Voor de leesbaarheid is gekozen voor de beroepsnaam 'psychologen', waarmee GZ-psychologen, klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen en orthopedagogen worden bedoeld.

1

Context van het gedragsdeskundig pro justitia- onderzoek

Context van het gedragsdeskundig pro justitia-onderzoek

Dit hoofdstuk gaat over de verschillende domeinen van de gezondheidszorg en het strafrecht. Er wordt ingegaan op de noodzaak tot bewustwording van de onderlinge verschillen in de onderzoekscontext. Ook de verantwoordelijkheden van het Nederlands Register Gerechtelijk Deskundigen (NRGD; zie voor de betekenis van afkortingen de afkortingenlijst in bijlage 1) en het NIFP komen aan de orde. Beide richten zich op de bevordering van de kwaliteit van de PJ-rapportage en vormen in die zin een belangrijke context van het pro justitia-onderzoek. Tot slot wordt aandacht besteed aan het adolescentenstrafrecht.

1.1 De domeinen gezondheidszorg en strafrecht

Binnen het strafrecht gelden andere doelstellingen dan in het domein van de gezondheidszorg. Binnen het strafrecht staan beïnvloeding (strafdoel) en vergelding (strafgrond) op de voorgrond, conform de wettelijke normen. Centraal staat wat gepast is en houdbaar is gebleken (jurisprudentie). Het strafrecht is een normatieve wetenschap. Juridische normen leggen de grenzen vast waarbinnen normatieve beslissingen worden genomen.

Binnen het domein van de gezondheidszorg gelden voorschriften voor passend handelen. Dit is vastgelegd in de WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst). Hier gelden descriptieve uitgangspunten, namelijk het beschrijven en verklaren van menselijk

gedrag. Dit is als grondbeginsel niet normatief. Op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek kunnen normatieve opvattingen ontstaan (bijvoorbeeld dat een bepaald opvoedingsmodel als richtinggevend wordt beschouwd). Als geheel blijft de gedragskunde een descriptieve wetenschap.

Verschillen tussen de paradigma's van de domeinen kunnen een bron van misverstanden zijn. De rapporteur die een pro justitia-rapportage uitbrengt, is zich van deze verschillen mogelijk niet bewust. Dat geldt ook voor de opdrachtgevend officier van justitie (OvJ) of rechter-commissaris (RC). Een bekend voorbeeld is het advies over het toerekenen. De gedragsdeskundige geeft een kwalitatief oordeel over de mate van wilsvrijheid van de verdachte (de mate waarin een feit toegerekend kan worden). De opdrachtgever vat dit niet zelden op als een kwantitatieve, empirische zekerheid: een vaststaand en te meten gegeven. Ook de onafhankelijkheid van de gedragsdeskundige kan tot misverstanden leiden. Binnen de GGZ is het multidisciplinaire overleg een belangrijk element in de diagnostische cyclus. Het is een essentieel hulpmiddel om het menselijk gedrag te beschrijven en te verklaren. Binnen het juridisch domein wordt de onafhankelijkheid van de deskundige echter veel meer als absolute, prescriptieve eis opgevat. De deskundige moet zich een oordeel vormen, onafhankelijk van mensen en partijen. Onderlinge kennisuitwisseling is daarom belangrijk om begrip te doen ontstaan tussen de domeinen gezondheidszorg en strafrecht. Bijvoorbeeld voor het feit dat de gedragsdeskundige alle informatie (uit het multidisciplinaire overleg, intervisie of feedback) weegt en zelfstandig tot een diagnostisch oordeel over een verdachte komt. Deze NIFP-richtlijn levert hopelijk aan deze kennisuitwisseling een bijdrage.

1.2 Nederlands Register Gerechtelijk Deskundigen (NRGD)

Het NRGD waarborgt en bevordert de constante kwaliteit van deskundigen in het strafrecht. De wet stelt eisen aan kwaliteit, betrouwbaarheid en bekwaamheid van deskundigen binnen het strafrecht. Alle gerechtelijke gedragsdeskundigen (psychiaters, psychologen en orthopedagogen) moeten zich inschrijven in het NRGD. Rapporteurs kunnen worden ingeschreven in het jeugd- en/of volwassenenregister. De Wet deskundige in strafzaken versterkt ook de positie van de verdediging. Verdachten kunnen bijvoorbeeld vragen om een (aanvullend) gedragskundig onderzoek of tegenonderzoek. De rechtspositie van de verdachte is dus sterker in de wet verankerd. De rechter kan in principe eigenstandig vaststellen of bij de verdachte sprake is van een psychische stoornis, verstandelijke handicap en/of psychogeriatrische aandoening, maar dit gebeurt alleen in uitzonderlijke gevallen. De rechter geeft er sterk de voorkeur aan om zich door een gedragsdeskundige te laten adviseren. De deskundige geeft ook advies over het toerekenen van het delict, het recidivegevaar en het risicomangement (het advies over behandeling). Dit zijn forensische competenties waar de basisopleiding van psychologen niet in voorziet en die door scholing en werkervaring ontwikkeld moeten worden. Pas dan kan de gedragsdeskundige zich inschrijven in het deskundigenregister.

1.3 Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP)

Het NIFP bemiddelt tussen opdrachtgever (de OvJ of RC) en opdrachtnemer (de psycholoog, orthopedagoog of psychiater). Medewerkers van het NIFP adviseren of een onderzoek naar de persoon van de verdachte geïndiceerd is en zo ja, welke vorm van onderzoek dat is. Het kan gaan om een enkelvoudig psychologisch of psychiatrisch onderzoek, een dubbel- of triple-onderzoek of klinisch onderzoek.

Het NIFP draagt een NRGD-geregistreerde gedragsdeskundige voor (de zogenoemde matching) als de rechtbank dit advies overneemt. De gedragsdeskundige krijgt een vooraf overeengekomen periode om zijn onderzoek en rapport af te ronden. Het concept van het rapport wordt voorgelegd aan een collega-psycholoog van het NIFP (feedback genoemd). Indien nodig leest ook een jurist van het NIFP mee. De feedback is een kwaliteitsinstrument binnen het pro justitia-onderzoek, maar benadrukt moet worden dat de rapporteur te allen tijde zelf verantwoordelijk blijft voor de inhoud van het rapport.

Het NIFP bewaakt en bevordert de kwaliteit van de PJ-rapportages en de bruikbaarheid daarvan voor de afnemer. Het voorziet daarom ook in inhoudelijke gedragskundige en juridische ondersteuning, intervisie en onderwijs. Het NIFP bemiddelt niet alleen ambulante onderzoeken naar freelance gedragsdeskundigen, maar verricht ook zelf klinisch onderzoek in het Pieter Baan Centrum.

1.4 Adolescentenstrafrecht

Het adolescentenstrafrecht (ASR) is in werking getreden op 1 april 2014. Hoewel de naamgeving dit wel suggereert, gaat het niet om een nieuwe vorm van strafrecht (tussen jeugdigen en volwassenen). Het adolescentenstrafrecht is een pakket aan maatregelen om de criminaliteit onder jongeren van 16 tot en met 22 jaar terug te dringen. Het belangrijkste onderdeel is de mogelijkheid tot flexibele toepassing van het jeugd- en volwassenenstrafrecht voor verdachten in de genoemde leeftijdsgroep. Deze mogelijkheid bestond al, maar is met de nieuwe wetgeving nadrukkelijker in beeld gekomen.

Rapporteurs kunnen bij volwassenen (of beter: adolescenten) tussen de 18 en 23 jaar adviseren het jeugdstrafrecht toe te passen. Het NIFP heeft als hulpmiddel een ASR-wegingslijst ontwikkeld. De lijst brengt indicaties en contra-indicaties voor toepassing van het jeugdstrafrecht in beeld en weegt deze. De wegingslijst, inclusief instructies, is te

vinden op het NIFP-rapporteursnet. De wegingslijst is niet geschikt voor de afweging of het volwassenenstrafrecht wel of niet geadviseerd wordt bij 16- en 17-jarigen. In alle gevallen geldt de datum van het ten laste gelegde als uitgangspunt voor de beoordeling over het al dan niet toepassen van het jeugdstrafrecht, en dus niet de leeftijd ten tijde van het onderzoek.

1.5 Gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel (GVM)

In 2018 werd een nieuwe maatregel van kracht, die nog relatief weinig aandacht heeft gekregen in ons vakgebied. De GVM wordt in combinatie met een (deels) onvoorwaardelijke gevangenisstraf en/of een tbs-maatregel opgelegd bij de afdoening van het indexdelict. Daarna volgt eerst de tenuitvoerlegging van die straf en/of maatregel. Als de officier van justitie uiterlijk dertig dagen voorafgaand aan het einde van de straf en/of maatregel voorziet dat toezicht na afloop daarvan noodzakelijk is, kan deze de tenuitvoerlegging van de GVM vorderen. Het adviseren van de GVM kan aangewezen zijn bij weigerende verdachten, in combinatie met een tbs met voorwaarden of een gemaximeerde tbs, bij terroristen en bij zedendelinquenten. Door de maatregel kunnen justitiabelen die bijvoorbeeld zich tijdens een gemaximeerde tbs niet willen laten behandelen, na afloop van deze maatregel toch onder toezicht worden geplaatst en indien nodig ook verplicht worden behandeling te ondergaan. In bijlage 5 vind je een overzicht van de belangrijkste kenmerken van de maatregel GVM.

2

Opzet van het pro justitia-onderzoek

Opzet van het pro justitia-onderzoek

Op welke manier het onderzoek naar de persoon van de verdachte plaatsvindt ligt vooraf niet vast. Toch is er een structuur in het onderzoek. Dit begint bij de acceptatie van het onderzoek. Dan is de vraag aan de orde of de psycholoog het onderzoek onafhankelijk kan uitvoeren. Tussen verdachte en onderzoeker mag geen behandelrelatie hebben bestaan. Er mag geen sprake zijn van een familiale of andere relatie die de onderzoeksrelatie kan beïnvloeden. Ten tweede moet de rapporteur voldoende kundig zijn om het onderzoek te verrichten. Het proces van matching voert het NIFP zo zorgvuldig mogelijk uit. Je zult als rapporteur ook zelf moeten nagaan of je de te verwachten problematiek en de ten laste gelegde feiten kunt onderzoeken.

Een volgend structureel element in het onderzoek is de kennismaking met de verdachte. Je introduceert jezelf, vertelt aan de verdachte dat je werkt conform de gedragscode van het NRGD (zie bijlage 4) en je vertelt wat het onderzoek inhoudt. Het uitgangspunt is dat je minimaal twee onderzoekscontacten met een justitiabele hebt, zoals dat ook is opgenomen in het beoordelingskader van het NRGD. Kies je voor minder onderzoekscontacten, noem de redenen hiervoor dan in het rapport. Je vertelt aan de verdachte welke vragen de opdrachtgever heeft gesteld. Je geeft aan dat alles wat de verdachte in de onderzoeksgesprekken vertelt, in het onderzoeksverslag kan worden opgenomen. Je geeft een toelichting op de werkwijze, zoals de mogelijkheid om referenten te benaderen. Je wijst de verdachte op zijn recht op inzage en correctie van het verslag en op het feit dat bij het pro justitia-onderzoek het blokkeringsrecht niet geldt. Het wordt aanbevolen om de informatie over het pro justitia-onderzoek

schriftelijk uit te reiken. Hiervoor stelt het NIFP een brochure beschikbaar.¹

Binnen het pro justitia-onderzoek worden zo veel mogelijk bronnen geraadpleegd, voor zover noodzakelijk voor onderzoek en advies en binnen de grenzen van het redelijke. Het psychologisch onderzoek berust doorgaans op vijf bronnen: het strafdossier, de inhoud van de gesprekken met de verdachte, de interactionele aspecten van het gesprek (zoals overdrachtskenmerken en tegenoverdracht), de resultaten van het testpsychologisch onderzoek en informatie van derden. Bij dit laatste gaat het om gesprekken met naasten, zoals familie, vrienden of partner, en informatie van (eerdere) behandelaars. Denk ook aan de huisarts en andere medici, en bij jeugdigen ook aan de school. Deze wijze van onderzoeken levert doorgaans een groot aantal onderzoeksgegevens op. Hierbij zijn de eventuele inconsistenties interessant, maar soms ook moeilijk te duiden.

Er is dus geen nauwgezette richtlijn voor de volgorde van onderzoeksactiviteiten. Zoals met veel onderwerpen in deze NIFP-richtlijn gaat het er telkens om dat je je bewust bent van je keuzes, zodat je je daarvoor kunt verantwoorden. De lengte van het rapport moet binnen het redelijke blijven, zonder dat het aan kwaliteit inboet. Streef naar een maximale lengte van ongeveer twintig tot vijfentwintig pagina's. Let erop dat je de rapportage en aanverwante stukken twintig jaar moet bewaren, conform de wettelijke bewaringstermijn (WGBO). Deze termijn loopt ook door na je pensionering of overlijden, dus ook daarin dien je te voorzien door een praktijktestament op te maken. Onder 'Onderzoeksopzet' vermeld je ook expliciet dat je de betrokkene gewezen hebt op zijn rechten (inzagerecht, (beperkt) correctierecht en het ontbreken van blokkeringsrecht).

¹ Het NIFP heeft voorlichtingsfolders voor onderzochten ontwikkeld. Deze zijn te downloaden van de site van het NIFP.

Het gebruik van wetenschappelijke referenties, bijvoorbeeld door in de voetnoot te verwijzen naar een publicatie, wordt ontraden. De referenties zijn voor de opdrachtgever en andere gebruikers van de pro justitia-rapportage doorgaans moeilijk te toetsen. Bovendien geven referenties eerder een schijn van wetenschappelijkheid dan dat ze feitelijk bijdragen aan de betrouwbaarheid van het rapport. In het verlengde hiervan kunnen referenties de neiging hebben zich eindeloos uit te breiden, wat de leesbaarheid van het rapport niet ten goede komt. Je werkt conform de gedragscode van het NRGD, waarin expliciet is opgenomen dat je state of the art (dus volgens de laatste wetenschappelijke inzichten) onderzoekt en rapporteert.

2.1 Opzet van het psychologisch rapport

Het NIFP heeft formats voor de rapportages ontwikkeld. Deze formats worden voortdurend aangepast op basis van (wetenschappelijke) inzichten en juridische veranderingen in het forensisch vakgebied. De formats bieden houvast om onderzoeksgegevens te genereren die tot goed onderbouwde conclusies en adviezen leiden. Dit geldt ook voor de vraagstelling. Deze heeft in haar opbouw een bruikbare, pragmatische logica. De NIFP-richtlijn psychologisch onderzoek, de structuur van het format en de vraagstelling sluiten in hun opbouw op elkaar aan.

2.2 Rol van het forensisch milieuonderzoek (FMO)

Soms is ook een forensisch milieuonderzoek nodig. De forensisch milieurapporteur doet onderzoek naar de levensloop en familiegeschiedenis van de betrokkene. De onderzoeker spreekt de betrokkene en de in aanmerking komende referenten. Hierbij besteedt hij aandacht aan constitutionele factoren, de sociale context, religieuze en culturele achtergronden en de omstandigheden waaronder iemand is opgegroeid. Deze onderwerpen worden ook

door de gedragsdeskundige uitgevraagd. Soms vraagt de complexiteit van de casus echter om uitgebreider onderzoek naar het milieu van de verdachte, wat door de FMO'er wordt gedaan. De indicatie voor een FMO in aanvulling op een gedragskundig onderzoek vindt in principe tegelijkertijd plaats, dus in de fase van de indicatiestelling door het NIFP. Soms komt tijdens het onderzoek door de rapporteur de noodzaak voor een FMO aan het licht. Dan kan de rapporteur via het NIFP een beargumenteerd schriftelijk verzoek indienen bij de opdrachtgever voor het verrichten van een forensisch milieuonderzoek.

2.3 Benoeming van een tweede deskundige

Je kunt tijdens je onderzoek concluderen dat de inzet van een tweede deskundige noodzakelijk is, omdat je een maatregeladvies overweegt. In dat geval is deze tweede deskundige een psychiater. Je kunt de inzet van een tweede deskundige ook nodig vinden omdat diagnostische vragen buiten je competenties liggen, terwijl die wel belangrijk kunnen zijn bij de advisering. Het kan bijvoorbeeld gaan om een psychiater (wegens somatische problematiek of medicatie), een neuropsycholoog, een neuroloog of een gedragsneuroloog (wegens het vermoeden van neurologische afwijkingen). Neem in dat geval contact op met het NIFP om de noodzaak van een tweede deskundige te bespreken. Vervolgens moet je een gemotiveerd schriftelijk verzoek aan de opdrachtgever richten.

2.4 Reikwijdte van het psychologisch rapport

Het onderzoek naar de persoon van de verdachte resulteert in een pro justitia-rapportage, met bevindingen, conclusies en adviezen. De rechtbank is vrij om dit rapport terzijde te leggen, delen daarvan te gebruiken of juist de conclusies en adviezen geheel over te nemen. Die verantwoordelijkheid is aan de rechtbank. In de meeste gevallen neemt de rechtbank de conclusies en het advies over. Het advies kan

voor de verdachte verstrekkende gevolgen hebben. De rechtbank kan bijvoorbeeld het advies volgen om de verdachte de maatregel terbeschikkingstelling (tbs) met verpleging van overheidswege op te leggen of in het geval van jeugdigen de maatregel plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (PIJ). Bij een aantal tbs-gestelden neemt de gevaarlijkheid niet af en is resocialisatie niet mogelijk, wat uiteindelijk kan leiden tot een plaatsing Forensische Psychiatrische Zorg (LFPZ). De impact van het rapport kan voor het verdere leven van de verdachte dus enorm zijn. Een hoge kwaliteit van onderzoek en rapportage is noodzakelijk, waarbij men oog moet blijven houden voor de bruikbaarheid van de rapportage door de opdrachtgever. Daarnaast maakt het rapport deel uit van het strafrechtelijke persoonsdossier. Dit dossier wordt op grond van de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens (Wjsg) minimaal tien jaar bewaard door de minister van Justitie en Veiligheid.

2.5 Klinisch psychologisch onderzoek: het Pieter Baan Centrum (PBC)

Het Pieter Baan Centrum (PBC) is onderdeel van het NIFP. Anders dan binnen de ambulante locaties van het NIFP worden hier geen gedragskundige onderzoeken bemiddeld, maar daadwerkelijk uitgevoerd. De rapporterende psychologen zijn in dienst van het NIFP, maar naast hen verrichten ook freelance psychologen onderzoeken. De betrokkene (observandi genoemd) wordt in het PBC geobserveerd, doorgaans gedurende zes weken. Ook enkele andere GGZ-instellingen in het land hebben een aanwijzing om klinisch gedragskundig onderzoek te verrichten, maar het PBC neemt verreweg de meeste klinische observaties voor zijn rekening. Grosso modo gelden voor de rapporterende psycholoog dezelfde uitgangspunten als voor de ambulant onderzoekende forensisch psychologen. Er zijn echter enkele verschillen en nuances. Anders dan binnen de ambulante forensisch psychologische praktijk wordt in het PBC een klinisch rapportageformat gebruikt, is het psychologisch onderzoek onderdeel

van een multidisciplinair samengesteld onderzoeksteam (inclusief groepsobservatie) en maakt de psycholoog gebruik van de Dienst Ondersteuning Psychodiagnostiek (DOP).

Het onderzoekende team binnen het PBC bestaat uit een psycholoog, psychiater, jurist (als voorzitter), groepsleider, milieuonderzoeker en procesbegeleider (procespsychiater of -psycholoog, PP'er genoemd). Het team borgt de kwaliteit van het onderzoek mede via procesbegeleiding, kritische tegenspraak en feedback. Standaardonderzoek door de neuroloog en de huisarts is eveneens onderdeel van het onderzoek, maar deze professionals maken geen deel uit van het onderzoekend team in engere zin. Op indicatie vindt aanvullend onderzoek plaats door andere professionals, zoals de klinisch neuropsycholoog of gedragsneuroloog, en kan beeldvormend onderzoek (MRI) worden verricht. Ook kan extra informatie worden verkregen van bijvoorbeeld cultureel antropologen. De rapportages van aanvullend onderzoek vallen onder verantwoordelijkheid van de psychiater en psycholoog en verwerken zij binnen het eigen rapportonderdeel, waarmee de psychiater en psycholoog verantwoordelijk zijn voor de inbedding in het rapport. De multidisciplinaire gerichtheid binnen het PBC komt mede tot uiting in een gestandaardiseerd multidisciplinair overlegproces. Een week na binnenkomst van de observandus is er een intake, de derde week een observatiebespreking, de vierde week een tussenstaf en de vijfde week een forensisch diagnostisch vooroverleg (psycholoog, psychiater en procespsycholoog of -psychiater (PP'er)). De zesde week vindt de eindbespreking (staf) plaats.

Het testpsychologisch onderzoek wordt standaard afgenomen door een medewerker van de DOP. De gedragsdeskundige is verantwoordelijk voor de testkeuze, de interpretatie en de neerslag van de testresultaten in het rapport. Het PBC en de ambulante diensten beschikken over alle tests die binnen de onderhavige richtlijn zijn opgenomen, sommige ook in meerdere talen. Er is sprake van een standaardbatterij, maar de psycholoog kan hier observandus-gebonden van afwijken.

De psycholoog kan ook vragenlijsten en observatielijsten inzetten binnen de groepsobservatie. In de praktijk komt dit veelal voor bij verdenking van neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, zoals ADHD en autisme, omdat symptomen van deze stoornissen doorgaans gedragsmatig te observeren zijn. De resultaten van deze lijsten worden opgenomen in het psychologische rapportonderdeel, waarmee de psycholoog verantwoordelijk is voor deze bevindingen binnen de rapportage.

De multidisciplinariteit komt eveneens tot uiting in een eigen PBC-rapportageformat. Binnen het psychologische rapportonderdeel wordt de diagnostiek uitgewerkt voor de beantwoording van vraag 1 van de standaardvraagstelling. Ook het ten laste gelegde (relevante informatie uit de gerechtelijke stukken, bespreking ervan met de observandus) wordt in samenspraak met de psychiater in een apart hoofdstuk uitgewerkt. Bovendien wordt de afsluitende gedragskundige beschouwing, inclusief beantwoording van de vraagstelling, in samenspraak met de psychiater geformuleerd. Hierbinnen bestaat de mogelijkheid om eventueel tot separate adviezen en beantwoording van de vragen te komen.

2.6 Aanwezigheid van derden bij het onderzoek en het maken van opnames

Mogelijk krijg je het verzoek om derden bij het psychologisch onderzoek aanwezig te laten zijn, zoals de advocaat van de verdachte, een vertrouwenspersoon, de bewindvoerder van de verdachte of een begeleider. Hiertegen bestaan geen wettelijke bezwaren en het is dan ook aan de psycholoog om te bepalen hoe hiermee om te gaan. Het is mogelijk dat de aanwezigheid van een derde de betrokkene meer op zijn gemak stelt, wat leidt tot een betere onderzoekbaarheid. Anderzijds kan het juist tot een verstoring van de werkrelatie leiden en kun je besluiten de aanwezigheid van een derde niet toe te staan. Dit zul je dus per geval moeten inschatten. Als je de aanwezigheid van

een derde toestaat, is het wel van belang dat deze zich inhoudelijk niet bemoeit met het onderzoek.

Sommige justitiabelen willen het gesprek met de onderzoeker opnemen, om er zeker van te zijn dat hun uitspraken niet worden verdraaid, en daar willen ze een opnamebewijs voor hebben. Het is ook hierbij aan de psycholoog om te bepalen hoe hiermee om te gaan. Als je er geen bezwaar tegen hebt, adviseren we om ook zelf het gesprek op te nemen.

2.7 Ontbreken van het blokkeringsrecht

Voor de pro justitia-rapportages geldt het blokkeringsrecht niet.² In de praktijk is duidelijk geworden dat het blokkeringsrecht niet geldt voor medische beoordelingen van justitiabelen in een strafrechtelijke context (zie ook de KNMG-richtlijn ‘Omgaan met medische gegevens 2021’, paragraaf 7.1.5). De rapportage dient het belang van de rechtspleging. Daarbij hebben de gedragsdeskundige psycholoog en psychiater de wettelijke plicht om de verzamelde informatie aan de opdrachtgever te verstrekken.

² Zie ook A. Wilken, De doolhof van het blokkeringsrecht, *Expertise en recht* 2011-4, pp. 135-141.

Ook in Raad van State, 15 januari 2020, ECLI:NL:RVS:2020:106: overweging 4.2 is de definitie van het pro justitia-onderzoek opgenomen. Het onderzoek valt niet onder artikel 7:446 lid 4 BW en daarmee is artikel 7: 464 lid 2 onder b (het blokkeringsrecht) niet van toepassing.

Een andere argumentatie is o.a. terug te vinden in C. Brouwer, M. Prinsen & A. Schouten, Veranderende opvattingen over het blokkeringsrecht op rapportages in familierechtelijke situaties, *Tijdschrift voor Familie- en Jeugdrecht* 2017-9, pp. 230-235. Daarin is beargumenteerd dat de aard van de rechtsbetrekking zich verzet tegen toepassing van het blokkeringsrecht.

De betrokkene heeft aldus geen recht om de rapportage te blokkeren, maar wel om eventuele bezwaren tegen de rapportage zelf op schrift te stellen, opdat deze bezwaren tegelijkertijd met de rapportage naar de opdrachtgever gestuurd kunnen worden.³

2.8 Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)

Het NIFP verstuurt privacygevoelige informatie, zoals het strafdossier, via de beveiligde Bestandenpostbus van het ministerie van Justitie en Veiligheid. Momenteel is dit bij het NIFP de veiligste wijze van bestanden versturen. Net als het OM in het kader van de AVG niet wil dat je adresgegevens in een pro justitia-rapport vermeldt, geldt voor de rapportage dat je daar zo veilig mogelijk mee moet omgaan. Als je over een betrokkene mailt, gebruik dan alleen de eerste drie letters van diens achternaam (en eventueel het geboortejaar). Ook justitiabelen zijn zich steeds meer bewust van de omgang met hun persoonsgegevens. Het is terecht dat zij niet willen dat er onzorgvuldig met hun gegevens wordt omgegaan. Zelfs het geanonimiseerd e-mailen van een conceptrapport aan een justitiabele kan betekenen dat je niet aan de zorgvuldigheidseisen voldoet, bijvoorbeeld omdat uit het rapport relatief gemakkelijk valt af te leiden om welke personen het gaat.

Geadviseerd wordt om een conceptrapportage naar de justitiabele alleen via beveiligde (versleutelde) e-mail te versturen. We verwijzen hiervoor graag naar ZIVVER (<https://www.zivver.com/nl/>), een relatief goedkope aanbieder, of Zorgmail (<https://zorgmail.nl>). Je kunt ook de administratie van het NIFP verzoeken om een aparte link van de

³ Zie ook ECLI:NL:TGZCTG:2018:208 en 209.

bestandenpostbus voor je aan te maken, waarmee je veilig informatie kunt uitwisselen met justitiabelen, maar ook met referenten of supervisanten. Tot slot kun je het (geanonimiseerde) conceptrapport natuurlijk ook per post naar de betrokkene sturen, waarbij je het watermerk 'concept' toevoegt.

Op het rapporteursnet van het NIFP kun je een pagina vinden over informatieveiligheid en de Algemene Verordening Gegevensbescherming. Hier staat een uitleg over de rechten van de betrokkenen en het veilig omgaan met informatie.

2.9 Culturele aspecten van het onderzoek

Als er sprake is van een andere culturele achtergrond van de betrokkene, wordt aanbevolen daaraan expliciet aandacht te besteden in het onderzoek en het pro justitia-rapport. Dit speelt een nog grotere rol als er sprake is van een migratieachtergrond. Onderzocht kan worden of cultuurspecifieke-, migratie- of acculturatieproblematiek doorwerkt in de eventuele psychische problematiek (of vice versa) en of dit consequenties heeft voor het zorg- en/of interventieadvies. Met name het vaststellen van persoonlijkheidspathologie is vaak niet eenvoudig. Het culturele interview kan daarbij een hulpmiddel zijn. Pharos en GGZ Standaarden bieden verschillende instrumenten aan, evenals cultureelinterview.nl.

3

**Forensisch
psychologisch
onderzoek**

Forensisch psychologisch onderzoek

3.1 De onderzoeksopzet

In de onderzoeksopzet leg je verantwoording af over de onderzoeksinspanningen, waarbij je de volgende vragen beantwoordt: op welke data is de betrokkene onderzocht, waar heeft het onderzoek plaatsgevonden, hoelang duurden de gesprekken en is er testpsychologisch onderzoek uitgevoerd?

Soms heeft een derde (bijvoorbeeld een testassistent) onderzoek verricht of heeft het onderzoek onder supervisie plaatsgevonden. Je vermeldt dan in de onderzoeksopzet wat de exacte rolverdeling was. Vermeld vervolgens bij welke referenten informatie is ingewonnen en of er is overlegd, bijvoorbeeld met de mederapporteur, (jeugd) reclassering, Raad voor de Kinderbescherming en het NIFP. Verder geef je aan of aanvullend onderzoek heeft plaatsgevonden, zoals neuropsychologisch of somatisch onderzoek. Vermeld ook dat je met de betrokkene zijn rechten op correctie en inzage en het ontbreken van blokkeringsrecht hebt besproken. Beschrijf ook bijzondere omstandigheden, bijvoorbeeld hoe je bent omgegaan met de coronamaatregelen of aanwezigheid van derden. Zie voor de onderzoeksopzet hoofdstuk 2 van deze richtlijn.

3.2 Relevante informatie uit gerechtelijke stukken

De titel van deze paragraaf is duidelijk, maar de praktijk blijkt minder eenvoudig. Wat is relevant in het dossier? De crux is om in zo weinig

mogelijk woorden te beschrijven wat er is gebeurd: het ten laste gelegde, wat de aangever tegen de politie heeft gezegd, wat getuigen hebben gezien, wat de politie heeft gevonden en wat de verdachte zelf heeft verklaard. Stel jezelf de vraag: kan iemand die niets van de strafzaak weet toch begrijpen wat er heeft plaatsgevonden volgens de aangever, de getuigen en de verdachte zelf? Zolang alle betrokkenen min of meer hetzelfde verklaren, is dit betrekkelijk eenvoudig. Moeilijker wordt het als aangever, getuigen en verdachte verschillende versies van het ten laste gelegde vertellen. Je hoeft niet hele stukken uit het politiedossier over te schrijven. Probeer juist in je eigen woorden te vertellen hoe je de gebeurtenissen hebt begrepen en houd daarbij in gedachte dat feiten ten tijde van het pro justitia-onderzoek meestal nog niet bewezen zijn.

Van de opdrachtgever ontvang je informatie over het ten laste gelegde (politiedossier), de justitiële voorgeschiedenis (het Uittreksel Justitiële Documentatie), eventueel eerder uitgebrachte pro justitia-rapportages en reclasseringsrapporten en in het geval van jeugdigen de rapportage van de Raad voor de Kinderbescherming. Ook deze informatie kun je hier kort beschrijven. Heb je het vermoeden dat je belangrijke informatie mist? Vraag het NIFP dan contact op te nemen met de opdrachtgever.

Je kunt je afvragen of het beschrijven van de gerechtelijke stukken niet overbodig is. De opdrachtgever beschikt hier tenslotte al over. Toch zijn er vier essentiële redenen om de beschikbare informatie te beschrijven. Ten eerste geef je de opdrachtgever inzicht in hoe je de stukken hebt bestudeerd en wat je er belangrijk in vindt.

Ten tweede vormt de beschrijving (van de mogelijk verschillende versies) van de gebeurtenissen de basis voor het gesprek met de verdachte over de ten laste gelegde feiten. In de paragraaf 'Houding ten opzichte van het ten laste gelegde' kun je terugverwijzen naar de samenvatting van de gerechtelijke stukken. Bij de forensische beschouwing wordt een eventuele doorwerking van de stoornis in

het ten laste gelegde aannemelijk gemaakt. Dan moet duidelijk zijn wat de gedragingen van de verdachte zijn geweest, of in elk geval wat deze daar zelf over heeft verteld of juist wat anderen daarover hebben verklaard.

Ten derde moet het rapport ook zonder dossierstukken te lezen zijn. Het rapport wordt, zoals eerder vermeld, door de opdrachtgever tien jaar bewaard in het persoonsdossier, conform de Wjsg (dit is een andere termijn dan die van twintig jaar uit de WGBO die geldt voor de rapporteur). Het kan in een eventuele volgende strafzaak als informatiebron worden gebruikt. Een andere rapporteur die het rapport jaren later leest, moet kunnen begrijpen wat zich destijds heeft afgespeeld. Deze collega beschikt immers niet over de strafstukken die de rapporteur nu heeft. Als de rechtbank de verdachte naar aanleiding van het rapport een maatregel tbs met verpleging van overheidswege oplegt, wordt het rapport nog veel langer bewaard en gebruikt. De rapporteur heeft dan geoordeeld dat het gevaar op herhaling van de strafbare feiten hoog is. Binnen de tbs-behandeling wordt mede teruggegrepen op wat daarover in het oplegingsrapport is beschreven.

Tot slot stelt de gedragscode van het NRGD dat de deskundige zich toetsbaar moet opstellen en een *collegial review* moet organiseren. Het NIFP en de rapporteurs hechten ook veel waarde aan intercollegiale feedback. De feedbackgever heeft geen strafstukken tot zijn beschikking. Hij moet zich geheel verlaten op de beschrijving van jou als rapporteur.

3.3 Medewerking aan het onderzoek

In deze paragraaf beschrijf je of en in welke mate de verdachte aan het psychologisch onderzoek heeft meegewerkt. De opdrachtgever moet inzicht krijgen in de redenen waarom een verdachte (deels) zijn medewerking weigert. Het kan namelijk voorkomen dat een verdachte weigert vanuit een psychische stoornis, zoals psychotische belevingen.

Dan is de opdrachtgever geholpen met eventuele aanbevelingen van de deskundige voor een andere variant van onderzoek.

Soms weigert de betrokkene vanuit zijn procespositie mee te werken aan een deskundigenonderzoek. Zoals een verdachte zich mag beroepen op zijn zwijgrecht, zo is hij niet verplicht om mee te werken aan het onderzoek en kan hij weigeren. De deskundige schrijft op wat deze in het (soms zeer korte) onderzoekscontact en in het licht van de beschikbare gerechtelijke stukken kan zeggen over de (gedeeltelijke) weigering.

Rapporteren over een weigerende en/of ontkennende verdachte betreft complexe vraagstukken, waarover het NIFP beleid heeft ontwikkeld (zie het rapporteursnet van het NIFP).

Soms is het nuttig te vermelden dat de betrokkene op bijzondere wijze met je in gesprek is, bijvoorbeeld als het contact beperkt blijft tot een vraag-antwoordritueel, als de betrokkene verward is of als deze zich verliest in details. Dit komt nog uitgebreid terug bij het klinisch psychologisch onderzoek.

3.4 Biografische anamnese

De levensloop is een belangrijk onderdeel van de diagnostiek. De biografische anamnese verschaft bijvoorbeeld inzicht in de mogelijke ontwikkelingsinterferenties, de opvoedingsomstandigheden, traumatische ervaringen, de mogelijkheden tot relatievorming en het milieu waarin de betrokkene is opgegroeid. Deze paragraaf in het rapport wordt onderverdeeld in informatie van de betrokkene zelf en informatie van derden.

3.4.1 Autobiografische gegevens

In het gesprek over de levensgeschiedenis kun je interviewtechnieken toepassen die specifieke diagnostische waarde hebben. Welke onderzoeksmethoden en -technieken worden toegepast, vormt geen onderdeel van deze NIFP-richtlijn, wel dat de gebruikte onderzoeksmethoden en -technieken zo veel mogelijk state of the art moeten zijn.

Bij de beschrijving van de biografie beperk je je tot de feitelijke gegevens die de betrokkene vertelt. Interpretatie van of commentaar op de biografische gegevens horen niet in deze paragraaf thuis, maar kunnen aan de orde komen in het klinisch psychologisch onderzoek. Neem bij het schrijven van het rapport voldoende distantie van wat de betrokkene vertelt, door te schrijven ‘aldus betrokkene’, ‘naar zijn zeggen’, ‘meent betrokkene’ enzovoorts.

Het rapport moet goed leesbaar zijn. Dit geldt voor de wijze waarop het geschreven is, maar ook de indeling van het rapport draagt bij aan een betere leesbaarheid. De beschrijving van de biografische gegevens vergt vaak meerdere pagina's. Maak daarom subparagrafen of aparte alinea's van de verschillende aspecten van de biografische gegevens. Dit maakt het vinden van informatie in de tekst ook makkelijker. De volgende onderwerpen kunnen aan bod komen:

- a. Gezins- en familieachtergronden (gezinsklimaat, opvoedingsstijl van de ouders, scheiding, relatie tussen de ouders, broers en zussen, verblijf in internaten of pleeggezinnen, religie) en aandacht voor culturele aspecten.
- b. Vroege ontwikkelingsanamnese voor zover bekend bij de onderzochte (gewenstheid en planning van de geboorte van de betrokkene, prenatale ontwikkeling, geboorte, functieontwikkeling, trauma's).
- c. Relationele anamnese (vriendschappen, partners, kinderen, abortussen, prostitutie, alsook de beleving van relaties en vriendschappen).

- d. Psychoseksuele anamnese (onontbeerlijk bij seksuele problemen, zedendelinquentie, seksueel deviant gedrag of hyperseksualiteit).
- e. Maatschappelijke anamnese (school, werk, arbeidsongeschiktheid, pesten of gepest zijn, contacten met vriendjes en leerkrachten, spijbelen, emotionele problemen en gedragsproblemen).
- f. Actuele sociale situatie (school, woonsituatie, schuldenproblematiek, ziektekostenverzekering, inkomsten uit werk of uitkering).
- g. Hobby en vrijetijd (ontspanningsmogelijkheden, (in)activiteit).
- h. Justitiële voorgeschiedenis (bespreking van eerdere veroordelingen, niet slechts de feitelijke veroordelingen, want die zijn reeds beschreven bij de relevante informatie uit de stukken).
- i. Zelfbeschrijving en beschrijving van belangrijke anderen. (Heeft de betrokkene een gedifferentieerd en genuanceerd beeld van zichzelf en anderen? Kan hij anderen beschrijven als mensen met eigen gevoelens en gedachten en kan hij zich daarin inleven?)

3.4.2 Gezondheids- en verslavingsanamnese

Deze paragraaf betreft het actuele en vroegere somatisch functioneren van de betrokkene, inclusief ziekenhuisopnames, aandoeningen, behandelingen, gebreken en handicaps. Ook het gebruik van medicatie moet je vermelden. Is het medicatiegebruik in de strafzaak belangrijk? Maak hiervan dan een subparagraaf.

Een tweede onderwerp is de verslavingsanamnese. De verslavingsanamnese is van groot belang als het vermoeden bestaat dat het ten laste gelegde onder invloed van verslavende middelen is gepleegd of er anderszins mee verband houdt. Denk daarbij aan soorten middelen, duur en intensiteit (zoals de dosis) van het gebruik en behandelingen. Volsta niet met de vermelding dat de betrokkene bijvoorbeeld middelen gebruikt, maar vermeld expliciet welke middelen en hoeveel. Denk naast drugs en alcohol ook aan bijvoorbeeld gokgedrag, internetgedrag, gamegedrag, het nuttigen

van grote hoeveelheden energydrinkjes of andere verslavingsvormen. Ook belangrijk is om te vermelden hoe oud de betrokkene was toen hij begon met gebruiken: de invloed van alcohol en middelen op een puberbrein moeten niet onderschat worden.

Tot slot beschrijf je de relevante aspecten van de geestelijke gezondheid van de betrokkene. Wat zijn zijn actuele klachten en problemen? Is hij eerder in behandeling geweest? Zo ja, waarvoor en wat was het behandelresultaat? Hoe kijkt de betrokkene aan tegen de eigen psychische gezondheid? Denk ook aan het uitvragen van een eventuele familiale belasting voor psychiatrische aandoeningen.

3.5 Informatie van derden

Een pro justitia-onderzoek vindt plaats binnen een dwingend strafrechtelijk kader, waarin de rapportage niet het belang van de verdachte, maar dat van de rechtspleging dient. De gedragsdeskundige heeft op grond van de opdracht die hij heeft ontvangen de wettelijke plicht om zich een zo goed mogelijk beeld van de betrokkene te vormen. Daarvoor is het doorgaans noodzakelijk om informatie in te winnen bij derden. Het kan dan gaan om behandelaren en hulpverleners binnen en buiten detentie, maar ook om informatie van sociale referenten, zoals familie, vrienden, burens, school, werk, sport et cetera. Dit wordt de hetero-anamnese genoemd. In onderstaande paragrafen gaan we achtereenvolgens in op het opvragen van informatie bij sociale referenten en bij behandelaren en/of hulpverleners.

Informatie opvragen bij sociale referenten

De rapporteur kan informatie inwinnen bij sociale referenten (ouders, school, vrienden) als hij dit nodig vindt om de gestelde vragen te kunnen beantwoorden. Informatie van derden uit het milieu of systeem van de betrokkene is veelal nodig voor de gedragsdeskundige om zich een goed beeld te kunnen vormen. Dat heeft ermee te maken dat

verdachten over hun leven zelf een onjuist of eenzijdig beeld kunnen geven. Als minimumeis voor het afnemen van een heteroanamnese geldt dat deze een duidelijk beeld moet opleveren van relevante aspecten van de betrokkene, zoals derden dit beleven of ervaren (CTG 19 april 2005, GJ 2005/54). Gedragsdeskundigen betrekken informatie van derden in het onderzoek ten behoeve van de diagnostiek. In geval van jeugdigen spreken zij ouders/verzorgers in het licht van de ontwikkelingsanamnese, opvoedingsomstandigheden en eventuele opvoedingsproblemen.

Volgens artikel 81 van de beroepscode van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) (in samenhang met artikel 71) moet voor het spreken van referenten vooraf toestemming worden gevraagd. Dat heeft te maken met het feit dat bij het benaderen van referenten kenbaar wordt gemaakt dat de betrokkene wordt onderzocht en met welk doel. Binnen het strafrecht zal het vanwege een eventuele detentie bij referenten veelal bekend zijn dat de onderzochte betrokken is in een strafzaak, maar dat is niet altijd het geval.

In juridische zin kan de opdracht van de opdrachtgever in het strafrecht volstaan om referenten te benaderen, vanwege het strafrechtelijk belang dat er een goed beeld gevormd wordt van de betrokkene. Het algemeen belang van de openbare orde en de publieke veiligheid weegt zwaarder dan het privacybelang van de onderzochte. De aanbeveling is echter om conform de beroepscode van het NIP toestemming aan de betrokkene te vragen. Als die toestemming geeft, is dat in de regel prettiger werken voor referenten en voor de rapporteur. Als het belang van informatie van derden goed over het voetlicht wordt gebracht, geven verdachten in de meeste gevallen toestemming.

De rapporteur dient zich te houden aan de beginselen van de AVG. Hierbij is het vooral van belang dat persoonsgegevens *'toereikend moeten zijn, ter zake dienend en beperkt tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden waarvoor zij worden verwerkt'* (artikel 5 lid 1 sub c) en *'juist zijn en zo nodig worden geactualiseerd, alle redelijke maatregelen moeten worden genomen om*

de persoonsgegevens die, gelet op de doeleinden waarvoor zij worden verwerkt, onjuist zijn, onverwijld te wissen of te rectificeren' (artikel 5 lid 1 sub d). Voor wat betreft het spreken van referenten betekent dit dat de informatie gedragskundig relevant en proportioneel moet zijn ten opzichte van de vraagstelling. Het gebruiken van meer gegevens (medische of andere) dan strikt noodzakelijk voor dit doel, vormt een inbreuk op de privacy van de betrokkene en is daarom niet toegestaan.⁴ De gedragsdeskundige weegt altijd af of te verwachten valt dat de te benaderen referenten informatie kunnen aanleveren die van belang kan zijn voor het onderzoek.

Als er geen toestemming is gegeven om de referent te benaderen, kan de rapporteur de keuze maken om de referent toch te spreken. De benoeming door de opdrachtgever in het strafrecht biedt hiervoor ruimte en de opdrachtgever verlangt zelfs van de rapporteur dat deze alles in het werk stelt om de gestelde vragen zo goed mogelijk te beantwoorden. Je maakt een afweging tussen het feit dat er geen toestemming is en het onderzoeksbelang en kunt dan de onderbouwde keuze maken om referenten toch te spreken.

De rapporteur mag de referenten niet actief informeren over eventuele bevindingen uit het onderzoek en de tenlastelegging. Je mag informatie ophalen, maar bent in beginsel niet in de positie om informatie over derden (zoals de betrokkene) te brengen naar anderen dan de opdrachtgever. De rapporteur dient de referenten te informeren over het feit dat de informatie die de referent geeft, zal worden meegenomen in de rapportage en dus kenbaar zal worden aan de betrokkene. De rapporteur werkt conform de AVG, wat onder meer betekent dat je zorgvuldig omgaat met de gegevens en de rechten respecteert die de referent op grond van de AVG heeft. Er is geen actieve informatieverplichting voor de rapporteur, maar je zult een beroep op het inzage- of correctierecht wel moeten honoreren.

⁴ Zie ook de KNMG-richtlijn 'Omgaan met medische gegevens 2021', paragraaf 7.1.1

De informatie van de gesproken derden moet getoetst worden bij de betrokkene. Dat kan tijdens een onderzoeksgesprek of aan het einde van het onderzoek middels het gesprek waarin de betrokkene in de gelegenheid wordt gesteld zijn correctierecht uit te oefenen. De betrokkene is dan in de gelegenheid om te reageren op de inhoud van het rapport. Hij heeft geen recht om de inhoud van de referenteninformatie te wijzigen, maar kan wel reageren op de informatie en die reactie moet worden opgenomen in het rapport. Ten slotte neemt de rapporteur in het rapport op welke bronnen zijn gebruikt. Uit het rapport moet dus blijken welke referenten zijn gesproken en welke informatie is meegewogen in de conclusies en het advies. Overigens geldt hier dat de naam van de referent en diens relatie tot de betrokkene wel vermeld dient te worden.

De rapporteur moet zich ervan bewust zijn dat het verslag van de informatie van derden van invloed kan zijn op de relatie tussen deze derden en de betrokkene. Deze relaties kunnen door het referentenonderzoek beschadigd raken. Dat maakt het des te belangrijker om goed af te wegen of het nodig is om de betreffende referent te spreken. Ook moet je de verkregen informatie zorgvuldig opschrijven. Vertel referenten voorafgaand aan het gesprek dat je als onderzoeker geen vertrouwenspersoon bent en dat alle informatie van de referent in het rapport opgenomen kan worden. Wanneer de betrokkene niet instemt met het raadplegen van een referent, schrijf je goed op waarom je de referent toch hebt willen spreken, terwijl de betrokkene dit niet wil. Het is aan de referent om te beslissen of hij met je in gesprek wil gaan.

Het verdient aanbeveling om terughoudend te zijn met het spreken van referenten die tevens slachtoffer zijn. In sommige casus kan het slachtoffer echter een belangrijke referent zijn, omdat het gaat om een naaste of bekende van de betrokkene. Het spreken van een slachtoffer als referent kan alleen als je dit als een essentieel onderdeel van het onderzoek ziet. Het slachtoffer is immers partij in de strafzaak en heeft mogelijk belangen. Tegelijkertijd kan er sprake zijn van waardevolle informatie voor de diagnostiek en/of interactionele aspecten tussen

het slachtoffer en de betrokkene.⁵ Neem bij vragen of twijfel contact op met het NIFP en verantwoord je keuzes in het rapport.

Informatie opvragen bij behandelaren en hulpverleners

Voor het opvragen van informatie bij behandelaren en hulpverleners is toestemming vereist. Dit toestemmingsvereiste geldt niet voor het opvragen van informatie bij behandelaren ten behoeve van rapportages in zaken als tbs-verlengingen, second opinions over tbs-verlengingsadviezen en longstay-adviezen. Daarvoor is geen toestemming nodig voor het opvragen van informatie, tenzij de behandelrelatie hierdoor ernstig wordt verstoord. Bij jeugdigen onder de 16 jaar moet er toestemming zijn van de jeugdige zelf en van de ouders/verzorgers. Het verdient aanbeveling om deze toestemming al aan het begin van het traject te vragen, aangezien het enige tijd kan duren totdat de informatie beschikbaar komt.

Buiten detentie

In artikel 7:457 lid 1 BW (WGBO) is het beroepsgeheim opgenomen. De behandelaar mag informatie delen of verstrekken als hier toestemming voor is. De rapporteur kan de betrokkene vragen om een toestemmingsformulier in te vullen en te ondertekenen. Middels zo'n formulier geeft de betrokkene toestemming aan de behandelaar om informatie over hem te delen met de rapporteur. Op het formulier moet dus helder zijn aangegeven bij welke zorgverlener informatie wordt opgevraagd en ook om welke informatie het gaat. De behandelaar moet er zeker van kunnen zijn dat de betrokkene bedoeld heeft de toestemming te geven en weet om welke informatie het gaat.

⁵ Zo ook in een civiele casus waarin het NIP oordeelde dat er ruimte is om referenten zonder toestemming te spreken op grond van een zelfstandige onderzoeksopdracht, in dit geval van het Hof. De onderzoeker mocht ook zonder toestemming van onderzochte haar informanten kiezen, zie College van Toezicht NIP, 18/29 (niet gepubliceerd).

Samenvattend moet de toestemming gericht zijn en moet de onderzochte de keuze hebben om wel of niet toestemming te geven. Daarnaast moet de rapporteur de betrokkene goed informeren over het feit dat hij de informatie zal gebruiken voor de rapportage. De behandelaar buiten detentie zal zich er bij eventuele twijfel van willen vergewissen dat de betrokkene inderdaad gewild heeft toestemming te verlenen om informatie te delen. Dat geldt in het bijzonder voor psychologen die lid zijn van het NIP en als behandelaar erbij zijn betrokken. Voor hen geldt artikel 81 van de beroepscode van het NIP: *‘(...) om de toestemming van de cliënt te verkrijgen stelt de psycholoog de cliënt in de gelegenheid om de gegevens vooraf te in te zien.’* Dit kan tot vertraging leiden, zeker omdat dit vanwege een eventuele detentie van de betrokkene niet zomaar per e-mail kan. Deze afweging is echter aan de behandelaar. Het lijkt niet in alle gevallen nodig dat de behandelaar de gegevens vooraf laat inzien. De behandelaar zou per casus een afweging kunnen maken of het noodzakelijk is dat zijn patiënt actief geïnformeerd wordt over welke informatie daadwerkelijk (met diens toestemming) wordt verstrekt. Wees je bewust van deze obstakels en start tijdig met het opvragen van de benodigde informatie.

Binnen detentie

De rapporteur kan ook informatie opvragen bij behandelaren of hulpverleners binnen detentie. Hiertoe heeft het NIFP een PMO-richtlijn opgesteld. Gezien de termijnen waaraan de rapporteur gebonden is en het belang van de betrokkene dat er op grond van volledige informatie rapportage wordt uitgebracht, mag van de behandelaren en hulpverleners in detentie enige voortvarendheid verwacht worden in het verstrekken van de met toestemming opgevraagde informatie. Uitgangspunt voor het delen van zorginformatie met de rapporteur is dat er sprake is van gerichte toestemming van de betrokkene.

3.6 Houding ten opzichte van het ten laste gelegde

Het ten laste gelegde vormt de aanleiding voor het onderzoek. Zonder een (voorlopige) tenlastelegging kan het onderzoek niet starten. De betrokkene wordt verdacht van het plegen van een of meer strafbare feiten. Meer hierover is al verteld in paragraaf 3.2 ‘Revelante informatie uit de gerechtelijke stukken’. In deze paragraaf gaat het om het verhaal dat de betrokkene vertelt. Wat is de aanloop tot het ten laste gelegde, hoe is het ten laste gelegde tot stand gekomen, wat waren de omstandigheden en wat gebeurde daarna? Het doel van dit onderdeel is niet de waarheidsvinding in juridische zin, maar het verzamelen en beschrijven van de elementen die van belang zijn voor de forensisch psychologische beschouwing (zie 3.11).

Het gaat om de doorwerking van de eventuele psychopathologie van de betrokkene in zijn gedrag en de omstandigheden waaronder het ten laste gelegde plaatsvond. Als onderzoeker heb je hier een kritische houding en neem je geen genoegen met een globaal verhaal van de betrokkene. Vraag bijvoorbeeld wat de innerlijke drijfveer is om een wapen bij zich te dragen en hoe hij daaraan komt. Vraag waarom hij potentieel gevaarlijke situaties opzoekt in plaats van uit de weg gaat. Bespreek met de betrokkene discrepanties in zijn eigen verhaal, maar ook discrepanties ten aanzien van de verklaringen van het slachtoffer en de getuigen. Vraag wat de verdachte denkt over deze verklaringen. Het kan moeilijk zijn, maar vraag door, ook als het gruwelijke feiten zijn. Zo ontstaat een genuanceerde delictanalyse, die als basis dient voor de risicoanalyse en eventueel te adviseren behandeling. De volgende vragen kunnen als hulpmiddel dienen:

- a. Wat vertelt de betrokkene over de feitelijke gebeurtenissen, en op welke wijze vertelt hij erover?
- b. Welke redenen geeft hij voor het ten laste gelegde? Kan de betrokkene ook de eventuele emotionele redenen benoemen?
- c. Wat vertelt de betrokkene over zijn voelen, handelen en denken ten tijde van het ten laste gelegde? Kan hij onderscheid maken

tussen het moment van het plegen van het ten laste gelegde en de constructie die hij achteraf beschrijft? Wat vertelt hij in geval van een groepsfeit over zijn rol en aandeel in het ten laste gelegde en over de dynamiek met de medeverdachten?

- d. Hoe verklaart de betrokkene de afwijkingen in zijn verhaal ten opzichte van zijn eerdere relaas bij de politie, dat van het slachtoffer en eventuele getuigen?
- e. Wat kan de betrokkene zeggen over de wederrechtelijkheid van zijn gedrag en met name de ernst ervan? Is hij in staat tot empathie met het slachtoffer? Vertoont hij uitingen van schaamte, schuld en verantwoordelijkheid en maken deze uitingen een doorleefde indruk?
- f. Hoe is de opvatting van de betrokkene over de kans op recidive van (soortgelijke) feiten?

3.7 De (deels) ontkennende verdachte

Tot slot nog bijzondere aandacht voor de ontkennende of deels ontkennende verdachte. Zoals beschreven heeft het NIFP hierover beleid ontwikkeld, te vinden op het rapporteursnet van het NIFP. De ontkennende verdachte kan je voor bijna net zulke grote problemen stellen als de bekende verdachte. Het (deels) ontkennen kan voortkomen uit een proceshouding. Maar een bekende verdachte kan ook de gebeurtenissen veel gunstiger voorstellen dan deze in werkelijkheid waren. Hij kan er belang bij hebben om een andere voorstelling van zaken te geven, zonder dat de rapporteur hier zicht op krijgt. Daarom de aanbeveling: neem afstand door te schrijven 'aldus betrokkene', 'naar zijn zeggen' enzovoorts.

3.8 Klinisch psychologisch onderzoek, verzameling en analyse van gegevens

3.8.1 Het gesprekscontact: gespreksindrukken en onderzoeksverloop

Van belang bij dit onderdeel van het onderzoek is het opbouwen van een goede onderzoeksrelatie, gebaseerd op empathie van de onderzoeker met de betrokkene, maar met een zekere mate van terughoudendheid. Soms proberen betrokkenen een zo gunstig mogelijk beeld van zichzelf te presenteren, in de hoop voordeel te behalen met het onderzoek. Door alle gevoelens en emoties die de betrokkene oproept met de nodige betrokkenheid én distantie te overdenken, kun je je een duidelijker beeld vormen van zijn innerlijke wereld. Dat vereist wel een voortdurende afwisseling van *inleven en afstand nemen*. Je moet kunnen onderscheiden welke gevoelens van jezelf zijn, welke van de betrokkene en welke gevoelens bij jou oproept. De onderzoeker als persoon vormt dus een belangrijk onderzoeksinstrument. Het gaat bij dit onderdeel minder om de inhoudelijke informatie, maar meer over vragen naar de non-verbale elementen van het gedrag van de betrokkene. Daarbij valt te denken aan aspecten als mimiek, toonzetting, oogcontact, manier van spreken en van contactname, maar ook aspecten die de relatie met de onderzoeker betreffen.

De kwaliteit van de onderzoeksrelatie kan heel verschillend zijn, afhankelijk van de eventuele stoornis waar de betrokkene aan lijdt. Inherent aan verschillende stoornissen lopen de kerngedachten over zichzelf, de ander en de wereld uiteen (Sprey, 2017). Deze kerngedachten hebben zich in het leven van de betrokkene ontwikkeld op basis van de ervaringen met belangrijke anderen. Op grond van die ervaringen zijn gedragspatronen ontwikkeld. Misschien waren die patronen in de oorspronkelijke situatie adequaat en belonend, maar in een latere levensfase niet meer en zelfs destructief voor de betrokkene

en/of zijn omgeving. Door de scheefgroei in de ontwikkeling van de betrokkene kan hij echter dat vroege gedragspatroon niet loslaten. Hij zit gevangen in vastgeroeste gedragspatronen. De betrokkene beschikt niet of slechts in geringe mate over gedragsalternatieven. Dat kan leiden tot stereotype en niet zelden heel inadequate relatiepatronen (Gilbert & Leahy, 2007). Daarin komen de (vaak ernstige) stoornissen, zoals een persoonlijkheidsstoornis, autismespectrumstoornis, en ook psychoses naar voren.

In de relatie met de onderzoeker kunnen dergelijke stereotype reacties zich eveneens voordoen, waarbij de onderzoeker als het ware moet 'mee resoneren' met de betrokkene. Dit is van belang in verband met de diagnostiek. De gevoelens en reacties van de onderzoeker kunnen richtinggevend zijn voor de gevoelens en dus de eventuele stoornis van de betrokkene. Je moet je wel bewust zijn van die gevoelens, zodat je kunt waken voor valkuilen in de onderzoeksrelatie (Hengeveld & Schudel, 2011).

Het verhaal van de betrokkene, in zijn woorden, kan hier dienen als illustratiemateriaal, in de vorm van citaten ter onderbouwing van je indrukken. In een functieanalyse worden hypothesen opgesteld over factoren die probleemgedrag uitlokken en in stand kunnen houden. De vragen om te komen tot een functieanalyse van het gedrag van de betrokkene zijn als volgt te formuleren:

- a. Wat zijn je eerste indrukken over de betrokkene met betrekking tot zijn non-verbale gedrag?
- b. Hoe vertelt de betrokkene zijn verhaal? Dus wat zijn de non-verbale observaties?
- c. Wil de betrokkene meewerken of belijdt hij bijvoorbeeld zijn medewerking alleen met de mond, maar wordt zijn houding verder gekenmerkt door een vorm van (passief) verzet?
- d. Welke functies hebben zijn gedrag en woorden?
- e. Probeert hij iets bij je te bewerkstelligen en zo ja, hoe ziet dat eruit en hoe gebeurt dat?
- f. Welke boodschappen geeft hij zo aan de onderzoeker?

- g. Wat hoopt hij dat je vooral niet merkt, wat 'moet' je wel merken en waaruit valt dit op te maken?
- h. Wat roept de betrokkene bij je op? Welke 'rapportkenmerken' kun je onderscheiden?
- i. Hoe verloopt het contact en wat is hieruit af te leiden over de problematiek van de betrokkene?

Alle hiervoor beschreven indrukken en daaruit voortvloeiende hypothesen onderzoek je en toets je nader aan informatie uit de andere bronnen: de psychologische tests, het strafdossier, eventuele eerdere onderzoeken en heteroanamnestische gegevens.

Besteed tot slot bij dit onderdeel aandacht aan een functionele screening. Dit betreft de oriëntatie in tijd, plaats en persoon, het bewustzijn, de concentratie, het geheugen, de waarneming, het denken, de stemming en het affect, voor zover deze niet al eerder zijn verwerkt in de beschrijving van het contactverloop.

3.9 Het testpsychologisch onderzoek

3.9.1 Testpsychologisch onderzoek in de pro justitia-rapportage

Het testpsychologisch onderzoek bij pro justitia-rapportages dient een vijftal doelen:

1. Het objectiveren van persoonskenmerken ter beantwoording van de vraag naar de persoon van de verdachte.
2. Het mede onderbouwen van pathologie ter beantwoording van de vraag naar het bestaan van een psychische stoornis, verstandelijke handicap en/of psychogeriatrische aandoening.
3. Het aanvullen en toetsen van klinische indrukken en collaterale informatie en zicht krijgen op onderliggende dynamiek.
4. Het in kaart brengen van discrepanties tussen wat de betrokkene vertelt en wat met testpsychologisch onderzoek objectiveerbaar is.

5. Het bijdragen aan de onderbouwing van de andere forensisch relevante vragen, zoals het verband tussen persoon en ten laste gelegde en de zorg- en risicoprognose.

Overwegingen instrumentarium

In de wetenschappelijke literatuur bestaat consensus over het feit dat het voor de psychologische praktijk noodzakelijk is om verschillende meetmethoden te gebruiken. Breder gezien betekent dit dat je zowel gebruikmaakt van het klinisch interview, heteroanamnese, maar ook testpsychologisch onderzoek. Ook binnen dit testpsychologisch onderzoek is het van belang verschillende meetmethoden te combineren om de opgestelde hypothesen te toetsen. De keuze aan welke meetinstrumenten de hypothesen getoetst worden, is aan de rapporteur.

Bij de bespreking van de testresultaten in het rapport is het niet de bedoeling om een opsomming te maken van bijvoorbeeld de hoge en lage scores op de (subschalen van de) instrumenten. Het is jouw expertise om de bevindingen uit het testonderzoek te verbinden aan gegevens uit andere bronnen, bijvoorbeeld het eigen onderzoek op basis van gesprekken, dossierinformatie en bevindingen van referenten. Eventuele inconsistenties tussen testonderzoek en gespreks-, dossier- en referentienformatie kun je vermelden en proberen te verklaren.

Psychometrische eigenschappen

Van de meest gangbare en in het forensisch psychologisch onderzoek gebruikte psychologische meetinstrumenten zijn de psychometrische eigenschappen bekend. Deze eigenschappen worden gepubliceerd in de COTAN en/of in wetenschappelijke artikelen. Bij voorkeur worden in het forensisch psychologische onderzoek natuurlijk tests gebruikt die voldoen aan de kwaliteitscriteria van de COTAN. Maar niet alle tests voldoen aan deze criteria.

Soms worden de normen als verouderd beschreven en daardoor als onvoldoende beoordeeld. Voor een deel ligt de oorzaak hiervoor in ontbrekend wetenschappelijk onderzoek. Nederland als klein taalgebied speelt hierin een grote rol. Het belang van dit onderzoek wordt te weinig onderkend, waardoor normen gemakkelijk verouderen.

Daarnaast is sprake van een verschil tussen het klinisch gebruik van instrumenten en de bevindingen van de COTAN. Het komt voor dat de COTAN een instrument op bepaalde onderdelen als onvoldoende beoordeelt. Daarmee is echter niet gezegd dat je het instrument helemaal niet kunt gebruiken. Maximale betrouwbaarheid en maximale validiteit van het hele instrumentarium is een onhaalbaar doel. Wel is van belang dat je op de hoogte bent van de reikwijdte van een instrument en van de laatste wetenschappelijke inzichten. Je moet de keuze en het gebruik van het instrumentarium verantwoorden. Je beschrijft kort voor de beantwoording van welke hypothese een bepaald instrument wordt ingezet (intelligentie, executieve functies, coping, kenmerken van de persoonlijkheid).

In de context van het pro justitia-onderzoek is het een belangrijk gegeven dat de betrokkene zich mogelijk zo gunstig mogelijk wil presenteren en daarom sociaal wenselijk geachte antwoorden geeft of juist probleemgebieden uitvergroot. Zijn doel kan zijn om de uitspraak door de rechter positief te beïnvloeden. Voor dit aspect wordt dan ook speciale alertheid gevraagd. Forensische deskundigen dienen te allen tijde bedacht te zijn op de mogelijkheid van opzettelijke (dis) simulatie of onopzettelijk zelfbedrog bij zelfrapportage, vooral wanneer er (juridische) stimulansen zijn voor bepaalde uitkomsten. Conclusies van forensische gedragskundige beoordelingen worden gebaseerd op een combinatie van evaluatiemethoden: (semi)gestructureerde klinische interviews, uitgebreide collaterale informatie, cognitieve taken en heteroanamnestische gegevens. Zelfrapportage kan van zekere waarde zijn voor individueel gebruik of voor de opsporing van mogelijke persoonlijkheidspathologie, maar dient altijd in combinatie met de op bovengenoemde andere manieren verzamelde informatie

te worden gewogen. De keuze van de vragenlijsten moet daar zo veel mogelijk op afgestemd worden. Een aantal zelfrapportagevragenlijsten heeft een speciale schaal om sociale wenselijkheid te detecteren. Ook zijn sommige tests of de daarop gebaseerde interpretatiemethode veel minder doorzichtig in hun vraagstelling dan een aantal andere instrumenten.

In bijlage 6 van deze richtlijn is een lijst opgenomen met de tests die bruikbaar zijn voor het forensisch psychologisch onderzoek.

3.9.2 Testattitude en symptoomvaliditeit

Om betekenis te kunnen geven aan testresultaten op welk gebied dan ook, is het belangrijk om de testattitude van de betrokkene te objectiveren. Voor de symptoomvaliditeit kun je kijken naar de validiteitsschalen van de MMPI-2 of kun je met behulp van een screener, zoals de Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS), de symptoomvaliditeit bepalen. Een afwijkende score op een dergelijke test kan op simulatie wijzen, maar bedenk dat je altijd eerst een cognitief probleem uitgesloten moet hebben. Er bestaat ook een screener om dissimulatie ('faking good') in kaart te brengen: de Supernormality Scale Revised (SSR).

3.9.3 Intelligentie

Een betrouwbare schatting van de intelligentie is een belangrijk onderdeel van een testpsychologisch onderzoek, aangezien intelligentie tot de basale bagage van de betrokkene behoort. Maak een onderscheid tussen de score op de intelligentietest en het intellectueel functioneren van de betrokkene. Het laatste kun je opmaken uit de samenhang van de gespreksindrukken, het opleidingsniveau, het sociaal-maatschappelijk functioneren en de mate van zelfredzaamheid. Discrepancies tussen score en functioneren in intellectueel opzicht zijn

vaak toe te schrijven aan achterliggende problematiek. Daarnaast is de meting van de (verbale) capaciteiten medebepalend voor de mogelijke inzet van (persoonlijkheds)vragenlijsten en -interviews.

Bij het ontbreken van gegevens die recent én betrouwbaar zijn⁶, wordt een onderzoek gedaan naar het niveau van intellectueel functioneren. Wijk je hiervan af, onderbouw dit dan in het rapport. Voor een juiste interpretatie van de resultaten moet je de testomstandigheden in brede zin meewegen. Houd rekening met storende omgevingsfactoren: was er bijvoorbeeld veel lawaai in de testruimte, waardoor de betrokkene afgeleid werd? Je doet uitspraken over de motivatie, inzet, taakspanne, het begrip van instructies, emotionele factoren en het concentratievermogen van de betrokkene. Uiteraard beschrijf je ook lees- en/of schrijfproblemen, visuele, auditieve, fijnmotorische problemen en relevante informatie over medicatiegebruik en de gevolgen hiervan voor de testresultaten. Ook kunnen factoren vanuit de stoornis of het toestandsbeeld van de betrokkene meespelen en van invloed zijn op de testafname. Dit is eveneens vermeldenswaardig.

De scores van alle subtaken van een intelligentietest hoeft je niet expliciet te noemen in een rapport. Geef wel weer wat de eventuele sterke en zwakke kanten binnen het intelligentieprofiel zijn. De statistisch significante verschillen ten opzichte van het totaalgemiddelde of het gemiddelde van een subschaal wijzen op positieve of negatieve uitschieters binnen de eigen capaciteiten. Vermeld niet enkel het getal waarmee het IQ of de indexscore wordt aangeduid, maar leg uit wat het betekent in combinatie met andere bevindingen, zoals eerder in deze paragraaf genoemd.

⁴ Voor jeugdigen geldt dat IQ-gegevens niet ouder dan twee jaar mogen zijn.

Meetinstrumenten voor intelligentie

Intelligentie is bij uitstek een gebied waarvoor testpsychologisch onderzoek geschikt is. De WAIS-IV is de meest up-to-date intelligentietest voor volwassenen. Er worden vier indexscores afgeleid uit een testafname: Verbaal begrip, Perceptueel redeneren, Werkgeheugen en Verwerkingssnelheid. Daarnaast wordt het totaal-IQ berekend. De kernbatterij bestaat uit tien subtests en er zijn vijf optionele taken.

Voor jeugdigen tot en met 16 jaar wordt doorgaans de WISC-V gebruikt, hoewel de WAIS-IV ook afgenomen kan worden vanaf 16 jaar. De scores van de WISC-V worden onderverdeeld in een Verbaal Begrip Index, Visueel Ruimtelijk Index, Fluïd Redeneer Index, Werk Geheugen Index en Verwerkings Snelheid Index, en vormen tezamen het totaal-IQ.

Leg bij significante verschillen tussen de schalen van een intelligentietest uit wat de klinische betekenis is en of ze van invloed zijn op de betrouwbaarheid van de IQ-score. Het is van belang te benoemen dat bij een disharmonisch profiel geen betrouwbare uitspraak over het totaal-IQ gedaan kan worden.

Voor andere intelligentietests verwijzen we naar bijlage 6.

Intelligentietests bij anderstaligen

Bij anderstaligen kun je de SON-R 6-40 of de Raven's 2 gebruiken. Dit zijn non-verbale intelligentietests die iemands algemene intelligentie in kaart brengen. De vier subtaken van de SON-R 6-40 zijn zowel verbaal als non-verbaal af te nemen. Houd rekening met de beperkte meting van deze instrumenten. De Raven's 2 meet bijvoorbeeld alleen het deductief vermogen en algemene cognitieve vaardigheden.

Intellectuele beperkingen

Voor het pro justitia-onderzoek bij oplegging is het vrijwel altijd aangeraden om een uitgebreid intelligentieonderzoek te verrichten. Een screener, zoals de Raven's 2, volstaat dus niet. Mocht de betrokkene vanwege zijn psychiatrische toestandsbeeld moeilijk te testen zijn, dan zou eventueel de SCIL afgenomen kunnen worden om in ieder

geval een indicatie met betrekking tot de intelligentie te verkrijgen. Als iemand in sterke mate psychiatrisch ontregeld is, kun je je afvragen of een screener dan een reële indicatie geeft van de premorbide intelligentie. Het is dan beter om aan te geven dat je, gezien de psychiatrische ontregeling, geen zicht op het intelligentieniveau kunt verkrijgen. De afname van de SCIL of een andere screener moet altijd vergezeld gaan van een beargumenteerde onderbouwing waarom een uitgebreid intelligentieonderzoek niet mogelijk is. Als uit het intelligentieonderzoek blijkt dat er sprake is van een indicatie op de aanwezigheid van een licht verstandelijke beperking, is nader diagnostisch onderzoek nodig.

De WAIS-IV maakt het mogelijk een analyse te maken van de sterke en zwakke punten binnen de capaciteiten. Ook kan achterhaald worden waar een opvallend lage of juist hoge indexscore vandaan komt, of wanneer een subtaak de indexscore sterk beïnvloedt. Overeenkomstig wat vermeld is in DSM-5 wordt de vaststelling van een licht verstandelijke beperking niet alleen gebaseerd op de IQ-score. DSM-5 ziet de afname van een intelligentietest in dit verband als een eerste stap. Daarnaast worden de adaptieve functies van de betrokkene op het conceptuele, sociale en praktische domein toegelicht.

Zwakbegaafdheid en verdergaande intellectuele tekorten kunnen mede van invloed zijn op de mate van toerekenen, ook al hoeft dat niet automatisch het geval te zijn. De classificatie van een intellectuele beperking hangt af van de gehanteerde bron. DSM-5, GIT-2, WAIS-IV en WISC-V kennen verschillende indelingen van zwakbegaafdheid en een licht verstandelijke beperking. Aanbevolen wordt om bij de criteria van DSM-5 aan te sluiten, aangezien daarmee sprake is van internationale vergelijkbaarheid. Bij de classificatie van intellectuele beperkingen wordt nog altijd onderscheid gemaakt tussen een verstandelijke ontwikkelingsstoornis en zwakbegaafdheid (V-code). In beide gevallen is een zorgvuldige beoordeling nodig van de verstandelijke en adaptieve functies (mate van zelfredzaamheid) en de afwijking hierin. De verstandelijke functies betreffen de scores op de intelligentietest.

De adaptieve functies zijn, zoals beschreven, onderverdeeld in drie domeinen: het conceptuele, het sociale en het praktische domein. Bij de beschrijving van de ernst van de verstandelijke beperking kan aan de hand van de domeinen het niveau van functioneren worden bepaald. Bij het conceptuele domein gaat het bijvoorbeeld om abstract kunnen denken, de executieve functies en het functionele gebruik van schoolse vaardigheden. In het sociale domein wordt gekeken naar de sociale interacties, het vermogen om sociale signalen waar te nemen en emotieregulatie. Bij het praktische domein gaat het onder meer om persoonlijke verzorging, zelfstandig een huishouding kunnen voeren en vrijetijdsbesteding. Door de intelligentiescores te combineren met deze drie domeinen, ontstaat een breed beeld van (deficiënties) in het dagelijkse functioneren van de betrokkene. Voor het onderzoek naar de adaptieve vermogens kun je de ADAPT inzetten.

Bij mensen met beperkte (verbale) capaciteiten moet het gebruik van zelfrapportagevragenlijsten kritisch op de geschiktheid beschouwd worden. Het risico op een minder valide resultaat is hoog. In voorgaande paragrafen zijn al enkele vragenlijsten genoemd, evenals projectief materiaal.

Neem zelfrapportagelijsten af zoals beschreven in de handleiding van het instrument. Wijk je af, bijvoorbeeld door vragen voor te lezen, beargumenteer dit dan in het rapport. In de Algemene Standaard Testgebruik van het NIP staat dat afwijken van de voorgeschreven testafnameprocedure alleen mag als de onderzoeker dit verantwoordt. Wees voorzichtig bij de interpretatie: houd een slag om de arm en geef een beschrijving van tendensen. Het gaat bij de beantwoording van zelfrapportagevragenlijsten niet alleen om leesvaardigheid en woordenschat, maar ook om (zelf)reflectie. Mensen met beperkte (verbale) capaciteiten komen soms in de problemen als je hen vraagt zich te verplaatsen in een bepaalde situatie of in de ander, of als je een bepaalde tijdsperiode aanduidt (Landelijk Kenniscentrum LVG, 2012). De ADAPT is ondersteunend bij het in kaart brengen van de adaptieve vaardigheden.

3.9.4 Neuropsychologische functies en afwijkingen

Het onderzoek naar neuropsychologische functies vereist specifieke kennis. Sinds 2021 biedt het NIFP een zogenoemd neuroloket voor pro justitia-rapporteurs. Dit loket biedt een laagdrempelige mogelijkheid tot consultatie of overleg over de indicatiestelling op het gebied van neuropsychologie en neurologie. Voor een uitgebreide uitleg verwijzen we naar bijlage 2 van deze richtlijn.

3.9.5 Klinische stoornissen

Er zijn verschillende soorten instrumenten die kunnen bijdragen aan een gestructureerde wijze van onderzoek naar klinische stoornissen. Met behulp van vragenlijsten kunnen desgewenst de klachten in kaart gebracht worden. In een klachtenlijst wordt relatief eenvoudig taalgebruik toegepast, waardoor deze instrumenten ook geschikt kunnen zijn voor minderbegaafden. Daarnaast geven (semi) gestructureerde interviews een beeld van eventuele problemen op het gebied van verslaving, autisme, psychotische en depressieve stoornissen.

Voor meetinstrumenten verwijzen we naar bijlage 3.

3.9.6 Persoonlijkheid

Een categorale benadering van diagnostiek is belangrijk om een stoornis te kunnen vaststellen en daarmee de eerste vraag van de opdrachtgever te kunnen beantwoorden. Daarnaast is het noodzakelijk om een dimensioneel beeld te krijgen van de ernst van de pathologie, met name van de persoonlijkheidspathologie. Testpsychologische instrumenten lenen zich hier bij uitstek voor, maar ook voor een weging van iemands sociaal-maatschappelijk functioneren en de mate van zelfredzaamheid. Als je je beperkt tot alleen de beschrijving van schalen, hebben testresultaten weinig toegevoegde waarde. Wat

betreft de vragenlijsten betekent dit dat je de verschillende schalen van één vragenlijst en de verschillende vragenlijsten met elkaar kunt combineren en in samenhang interpreteren. Zo komen veelzeggende inconsistenties, conflicten en defecten aan het licht. Een zinvolle samenhang tussen de verschillende kenmerken van de persoon geeft de kleuring van de persoonlijkheid optimaal weer.

Meetinstrumenten

Er bestaan verschillende methoden om persoonlijkheidspathologie in kaart te brengen. Door meerdere soorten instrumenten naast elkaar te gebruiken (zelfrapportagevragenlijsten, psychodiagnostische instrumenten of (semi)gestructureerde interviews en projectief materiaal) verhoog je de betrouwbaarheid van de uitkomsten en kun je inconsistenties eerder opmerken (Eid & Diener, 2006).

Zelfrapportagevragenlijsten

Zelfrapportagevragenlijsten kunnen van grote waarde zijn voor de opsporing van mogelijke persoonlijkheidspathologie (zie voor een overzicht bijlage 3). Echter, in de forensische doelgroep is, ondanks de aanwezigheid van validiteitsschalen (MMPI-2/MMPI-A/EPPS/DAPP-BQ), alertheid geboden in verband met sociaalwenselijke antwoorden (Spaans, 2016).⁷

⁷ Hoewel in de DSM-5 wordt opgemerkt dat antisociale gedragskenmerken indicatief zijn voor het veinen van symptomen, laat recent onderzoek (Van Impelen, 2018) zien dat overrapporteren van symptomen evenveel voorkomt onder patiënten die de neiging hebben om niet accuraat te zijn bij het beschrijven van hun indexdelict, of weinig berouw te tonen over hun indexdelict, of de schuld voor hun delictgedrag te externaliseren, als onder patiënten die zulke neigingen niet vertonen. Men moet in deze populatie dan ook vooral rekening houden met de procespositie die een rol kan spelen in het over- of onderrapporteren van symptomen.

Bij het invullen van zelfrapportagevragenlijsten is het uitgangspunt dat toezicht wordt gehouden. Je hoeft echter geen toezicht te houden als je inschat dat de kwaliteit van de gegevens niet wordt aangetast, bijvoorbeeld als de betrokkene over voldoende cognitieve vaardigheden beschikt en doordrongen lijkt van het belang om zelfstandig de vragenlijsten in te vullen. Je moet hierin een eigen, onderbouwde afweging maken en deze inzichtelijk maken in het rapport. Het NIP heeft informatie over dit onderwerp in zijn richtlijnen opgenomen.⁸

Een aantal zelfrapportagevragenlijsten (NKPV, MMPI-2, MMPI-2-RF) kan gebruikt worden om psychodynamisch meer zicht te krijgen op eventuele psychopathologie. Dit betreft de zogeheten *dynamische theoriegestuurde profielinterpretatie* (DTP). Bij de interpretatie van deze methode is het belangrijk dat je goed op de hoogte bent van de hieraan ten grondslag liggende theorie. Opgemerkt wordt dat er binnen de beroepsgroep nog debat gaande is over de validiteit en betrouwbaarheid van de DTP.

Semigestructureerde interviews

Naast zelfrapportage-instrumenten kun je ook gebruikmaken van semigestructureerde interviews om het persoonlijkheidsfunctioneren in kaart te brengen. Het inzetten van een (semi)gestructureerd interview naast zelfrapportagevragenlijsten geeft de mogelijkheid om collaterale informatie en de klinische blik te combineren. Tot voor kort waren deze

⁸ Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), Algemene Standaard Testgebruik, p. 7: Er is voortdurend toezicht en/of begeleiding bij de afname van de psychodiagnostische instrumenten. Een uitzondering op deze vereiste geldt voor vragenlijsten, voor zover zelfstandige invulling de kwaliteit van de gegevens en van de beroepsrelatie niet aantast. Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 2009, 2007/300 heeft evenwel in een uitspraak geoordeeld dat er in de forensische praktijk geen uitzonderingen zijn op het uitgangspunt dat er voortdurend toezicht of begeleiding is bij de afname van een test.

instrumenten alleen gebaseerd op classificaties volgens DSM-IV-TR (VKP, SCID-II, SIDP-IV). Sinds kort zijn er enkele semigestructureerde interviews die in samenhang met de DSM-5 gebruikt kunnen worden.

Het semigestructureerde Interview voor Persoonlijkheidsfunctioneren DSM-5 (STiP-5.1) is een nieuw instrument om de ernst van persoonlijkheidsproblematiek in kaart te brengen aan de hand van een Alternatief Model voor Persoonlijkheidsstoornissen binnen de DSM-5. Een belangrijk onderdeel van dat alternatieve model is een Schaal voor Niveau van Persoonlijkheidsfunctioneren. Die schaal maakt het mogelijk om een inschatting te maken van de ernst van de aanwezige persoonlijkheidsproblematiek op basis van twaalf aspecten. Bijvoorbeeld de capaciteit van mensen om uiteenlopende emoties te ervaren en te reguleren of de capaciteit om intieme relaties aan te gaan. De STiP-5.1 biedt een interviewleidraad om deze twaalf aspecten van persoonlijkheidsfunctioneren systematisch uit te vragen en te scoren. De STiP-5.1 en de handleiding zijn (gratis) te downloaden van de website van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen.

Ten slotte is er de Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP). De SWAP is een instrument voor persoonlijkheidsdiagnostiek. Het instrument wordt ingevuld door een clinicus. De SWAP systematiseert en toetst het klinisch oordeel van de rapporteur over de persoonlijkheidspathologie van de betrokkene.

Projectieve meetinstrumenten

In aanvulling op gestructureerd materiaal kunnen projectieve tests worden afgenomen. Projectieve tests zijn veelal slecht gevalideerd en de scoringssystematiek is over het algemeen afwezig. Het is dan ook onvoldoende om alleen projectief materiaal te gebruiken. Daarnaast moet je deze tests alleen ondersteunend of hypothesevormend gebruiken en als zodanig altijd in combinatie met andere evaluatiemethoden. Gegeven deze voorbehouden kan het soms zinvol zijn projectieve tests te betrekken in onderzoek. Ze zijn weinig doorzichtig en daarom nauwelijks of niet gevoelig

voor sociaalwenselijke antwoorden. Je kunt ze eveneens afnemen bij verdachten met beperkte intellectuele vermogens. Ook kan een inhoudelijke analyse tot abstracties op hoger niveau leiden. Beschrijf in de rapportage de betekenis van de resultaten van het gebruikte projectieve materiaal, dus abstraheer de concrete antwoorden.

De nadelen van veel projectieve tests zijn de beperkte mogelijkheden tot gestructureerde scoring en interpretatie en het ontbreken van normgroepen. Bestaat er een gestructureerd scoringssysteem, maak hier dan zo veel mogelijk gebruik van.

Voor de Rorschach wordt het Rorschach Performance Assessment System (R-PAS) gebruikt, een 'evidence-focused', internationaal georiënteerd systeem. Wie geschoold en ervaren is, kan hier veel aanvullende informatie uithalen.

Vragenlijsten bij jeugdigen

Bij jeugdigen spreken we doorgaans (nog) niet van persoonlijkheids-pathologie, maar wordt gebruikgemaakt van gedragsvragenlijsten om de gedragingen te beschrijven. Bij jeugdigen kun je ouders/verzorgers vragen om vragenlijsten in te vullen, als daar aanleiding voor is.

Daarnaast kunnen er projectieve tests worden afgenomen, hoewel je met de interpretatie van dit soort tests voorzichtig moet omgaan (zie ook het voorgaande tekstblok over projectieve meetinstrumenten).

3.9.7 Gezinsfunctioneren bij jeugdigen

Bij onderzoek van jeugdigen is het van belang ook de ouders te spreken en zicht te krijgen op het gezinsfunctioneren. Dit zowel vanwege criminogene factoren in het gezin als de inschatting van recidiverisico en interventiemogelijkheden. Veel erkende gedragsinterventies bij jeugdigen zijn gericht op het gezinssysteem. Instrumenten die hierbij kunnen worden ingezet zijn de GKS-II of de GVL.

3.9.8 Seksualiteit

Er zijn maar weinig instrumenten verkrijgbaar die gebruikt kunnen worden bij onderzoek naar seksualiteit. Een van de oorzaken hiervoor is gelegen in het feit dat de betrokkene kan proberen om een zo gunstig mogelijk beeld van zichzelf te presenteren, en dat geldt ook op het vlak van seksualiteit. Dus zeker op dit gebied moet bij zelfrapportagelijsten een extra voorbehoud in acht genomen worden.

Er zijn geen instrumenten om hyperseksualiteit te kunnen vaststellen. Hyperseksualiteit betreft niet of moeilijk controleerbaar seksueel gedrag dat een (klinisch significante) verslechtering veroorzaakt in het functioneren van een persoon. Hyperseksualiteit verwijst meestal naar niet-parafiel seksueel gedrag. Verschillende neurobiologische modellen bieden een gedeeltelijke verklaring voor hyperseksualiteit. Voorbeelden zijn de compulsieve, impulsieve en verslavingsmodellen. Elk van deze modellen heeft als basiscomponent de affectieve disregulatie, gedragsverslaving en cognitieve discontrole. Van belang bij de neurobiologische modellen is ook een eventueel onderzoek naar hormoonspiegels. Dit kun je ook naar aanleiding van overleg met de mederapporteur aan de orde stellen. Mocht dit vermoeden rijzen in geval van een monodisciplinair onderzoek, dan is het van belang om contact op te nemen met het NIFP, de situatie uit te leggen en samen eventueel te komen tot een uitbreiding naar een multidisciplinair onderzoek.

3.9.9 Agressie

Er bestaan zelfrapportagevragenlijsten specifiek gericht op het meten van agressie (zie bijlage 3), maar in de forensische doelgroep gaat het voornamelijk over agressieregulatie. In een aantal vragenlijsten is een schaal opgenomen die 'agressie' meet in combinatie met andere kenmerken die een bijdrage leveren aan een al of niet gestoorde agressie- of impuls- of emotieregulatie (MMPI-2, MMPI-A, EPPS).

3.9.10 Autismespectrumstoornis

Bij een vermoeden van een autismespectrumstoornis (ASS) is een heteroanamnese belangrijk. Er zijn verschillende instrumenten beschikbaar om een stoornis in het autismespectrum te meten. Ze vallen uiteen in semigestructureerde interviews, waarbij het heteroanamnestische deel al is opgenomen, en zelfrapportagevragenlijsten. Besteed bij testpsychologisch onderzoek naar ASS in ieder geval aandacht aan gangbare verklaringsmodellen, zoals de Theory of mind, centrale coherentie en de executieve functies.

3.9.11 ADHD

Bij een vermoeden van ADHD zijn er enkele screeners beschikbaar. Het gebruik van de DIVA wordt steeds meer gezien als standaardnorm, omdat hiermee de symptomen systematisch worden uitgevraagd en heteroanamnestische informatie meetelt in het uiteindelijke gewogen klinisch oordeel.

3.9.12 Traumatisering

Ook bij dit thema zijn verschillende soorten instrumenten beschikbaar: screenende zelfrapportagelijsten, semigestructureerde interviews en classificerende instrumenten. Daarnaast zijn er instrumenten beschikbaar die een aspect meten dat samenhangt met traumatisering, zoals dissociatie. Voor de respectievelijke instrumenten verwijzen we naar bijlage 3.

3.9.13 Verslaving

Bij verslavingsproblemen ligt het meer voor de hand om naast de anamnese vooral heteroanamnestische informatie te betrekken. Er zijn

wel enkele toegespitste instrumenten en soms is er bij een vragenlijst een schaal opgenomen die verslavingsgevoeligheid meet.

3.9.14 Psychopathie

De PCL-R/PCL-YV is de standaard om de mate van psychopathie te bepalen. De PCL-R/PCL-YV meet psychopathie volgens het concept van Hare. Er worden twee factoren onderscheiden, namelijk het egoïstisch, ongevoelig en zonder wroeging gebruikmaken van anderen en chronisch instabiel en antisociaal gedrag. Cook kiest voor een verdeling in drie factoren: het bestaan van een arrogante en leugenachtige gedragsstijl, gebrekkige affectieve beleving en een impulsieve en onverantwoordelijke gedragsstijl. De PCL-R/PCL-YV bestaat uit een interview. Voor de scoring moet je dossierinformatie wegen. De volgorde van de vragen van het interview hoeft je niet strikt te volgen. Je moet getraind en bevoegd zijn voor scoring en interpretatie van dit instrument.

Bij de eventuele vaststelling van psychopathie is van belang dat het begrip bij sommige psychische stoornissen enigszins problematisch kan zijn. Verschillende items kunnen een kenmerk van de stoornis op zich zijn of een gevolg daarvan. Dat geldt met name als er sprake is van een verstandelijke beperking, ASS-problematiek en een psychotische stoornis. Dan is het goed om bij een eventueel hoge PCL-R/PCL-YV-score een relativerende opmerking in het rapport op te nemen in verband met die stoornis.

Een andere conceptualisatie is het triarchische model van Patrick e.a. Dit model omvat drie fenotypische constructen: ontremming, onverschrokkenheid en laaghartigheid, waarbij neurobiologische correlaten worden voorondersteld (TriPM: Nederlandse vertaling Van Dongen e.a., Erasmus Universiteit Rotterdam).

3.10 Differentiaal-diagnostische overwegingen

In deze paragraaf wordt de verzamelde informatie uit de in de voorgaande hoofdstukken beschreven bronnen (voorzorg, anamnese, collaterale informatie, verkregen klinische indrukken en de testresultaten) geïntegreerd tot een diagnostisch beeld van het psychisch functioneren van de onderzochte. Dit onderdeel bestaat uit een beschrijvende diagnose en de daaruit volgende DSM-classificatie. Als het van toepassing is, kun je de beperktheid van het onderzoek aangeven. Denk hierbij aan procespositie, beperkte onderzoekscontacten, beperkte periode, detentie, situationele stresssituatie door de tenlastelegging et cetera.

Je baseert de beschrijvende diagnose op alle in het rapport geraadpleegde en onderzochte bronnen. Het is niet de bedoeling om een samenvatting van de voorgaande hoofdstukken te maken. Wel is het verhelderend om geconstateerde problematiek te onderbouwen met gegevens uit (liefst meerdere) bronnen. Je kunt daarbij ingaan op oorzaken, etiologie, beloop en prognose. Geef ook inzicht in de wisselwerking, wederzijdse beïnvloeding en overgang tussen problematiek met verschillende signatuur (psychiatrisch, persoonlijkheid, intellectueel en cognitief).

Je mag de diagnose en classificatie niet onderbouwen met hetgeen de betrokkene ten laste is gelegd, ook niet als de betrokkene het ten laste gelegde bekend heeft. Het gaat eerst om het vaststellen van een stoornis, dan pas om het vaststellen van het verband tussen stoornis en het ten laste gelegde. Een stoornis mag dus niet uit het ten laste gelegde worden afgeleid. Wanneer de betrokkene onschuldig blijkt, dient de diagnostiek immers overeind te blijven. Soms lijkt dit extra ingewikkeld, bijvoorbeeld bij een pedofiele stoornis, terwijl de betrokkene niet eerder veroordeeld is voor een dergelijk delict. Bespreek de diagnose pedofiele stoornis in zo'n geval ook losstaand van de tenlastelegging met de betrokkene. De onderbouwing van de diagnose komt dan tot stand op grond van zijn seksuele fantasieën,

gedachten en gevoelens. De diagnose pedofiele stoornis blijft zo staan, ook als de betrokkene vrijgesproken wordt.

Op grond van de beschrijvende diagnostiek moet indien mogelijk zicht worden verkregen op de volgende domeinen: a. het intellectueel functioneren, b. het systeem en de sociale context waarin de betrokkene functioneert, c. de objectief en subjectief waarneembare symptomen, syndromen en persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-5 en d. de hechtingsstijlen. Je geeft aan welke beperkingen uit de diagnostische overwegingen voortvloeien en welke handicaps deze opleveren. Hier ligt de kern van de forensisch psychologische diagnostiek. Het beschrijven van gestoorde psychische functies is forensisch relevanter dan gedetailleerde diagnostiek/classificatie op basis van DSM-5 (Beukers, 2017). Geef indien relevant of van toepassing inzicht in de impulsbeheersing, agressieregulatie, het geweten, de frustratietolerantie, de culturele aspecten en differentiaal-diagnostische overwegingen. De classificatie van de DSM-5 kun je in een voetnoot in het rapport weergeven.

3.11 Forensisch psychologische beschouwing

In deze paragraaf gaat het er vooral om duidelijk te omschrijven of er een samenhang bestaat tussen de eventueel aangetroffen problematiek of pathologie (zoals verwoord in paragraaf 3.10) en het ten laste gelegde. Voor de diagnose kun je nadrukkelijk niet volstaan met alleen een DSM-5-classificatie.

Bij de (deels) ontkennende verdachte kun je op basis van de tenlastelegging een werkhypothese formuleren. Dit illustreert nogmaals het belang van het samenvatten van de gerechtelijke stukken. Op basis van de werkhypothese kun je een reconstructie maken van de gedragskundig relevante factoren rond het ten laste gelegde.

Verband diagnose en ten laste gelegde

Je begint met de beschrijving van de eventuele grenzen aan de onderzoekbaarheid van de betrokkene, in hoeverre er sprake is geweest van een weigerende en/of ontkennende procespositie en welke invloed dit heeft op de bevindingen.

Omschrijf vervolgens of er een relatie bestaat tussen de eerder vastgestelde stoornis en het ten laste gelegde en hoe dat verband eruitziet. Welke aspecten of symptomen voortkomend uit de stoornis hebben op welke wijze en in welke mate invloed gehad op het handelen van de betrokkene ten tijde van het ten laste gelegde? Het uitgangspunt in het strafrecht is volledige verantwoordelijkheid voor het handelen, waarbij sprake is van keuzevrijheid van het individu bij diens handelen en gedragingen. Dit onderdeel van het pro justitia-onderzoek gaat over het vaststellen of er sprake is van een eventuele inperking van die keuzevrijheid op grond van (bepaalde aspecten van) een stoornis. Enkel aangeven dat de stoornis van invloed is geweest, is onvoldoende en ontoereikend. Je beschrijft hoe bij deze persoon de aard en de ernst van de symptomen of kenmerken van de stoornis een zodanige rol hebben gespeeld, dat daardoor de keuzevrijheid is ingeperkt. Hierbij moet de stoornis niet los van de context worden beschouwd. Het is juist de bedoeling dat je aandacht besteedt aan de wisselwerking tussen een stoornis en de situatie van het ten laste gelegde. In bepaalde omstandigheden is een stoornis of zijn componenten ervan meer van invloed dan in andere situaties. Als voorbeeld een relatiedelict. De stoornis kan zodanig zijn dat de betrokkene in andere situaties goed functioneert, maar in een relatie wordt aangesproken op zijn zwakke punt. Bijvoorbeeld als hij geneigd is symbiotische relaties aan te gaan. De interactie tussen de stoornis en deze omstandigheden kan dan leiden tot een inperking van de keuzemogelijkheden, dus een doorwerking van de stoornis in het ten laste gelegde, terwijl dat bij een inbraak niet het geval hoeft te zijn.

Je geeft ook aan in hoeverre het binnen het vermogen van de betrokkene ligt om het ten laste gelegde na te laten of anders te

handelen dan hij deed, dus een andere keuze te maken. Verder kan het voorkomen dat symptomen van een stoornis niet van invloed zijn geweest op de gedragskeuzemogelijkheden van de betrokkene bij het plegen van het ten laste gelegde. Bijvoorbeeld iemand met een waanstoornis die fraude pleegt om een uitkering te krijgen. Geef ook aan of en welke beschermende factoren bij de betrokkene aanwezig zijn en hoe deze van invloed zijn geweest ten tijde van het ten laste gelegde.

Betreft het meerdere strafbare feiten? Je geeft dan per strafbaar feit aan hoe en op welke manier de verschillende aspecten van de eventueel gevonden stoornis hebben doorgewerkt ten tijde van de afzonderlijke feiten. De doorwerking kan per feit verschillen. Als bij al die feiten hetzelfde appèl op de stoornis gedaan wordt, kun je dat vermelden. Op grond daarvan kun je die feiten dan samennemen en als één feit behandelen in het advies over het toerekenen.

Baseer de onderbouwing van het verband tussen de diagnose en het ten laste gelegde alleen op gegevens die in de eerdere rapportonderdelen beschreven zijn. Vermeld op deze plek in het rapport dus geen nieuwe informatie. Het verband moet inzichtelijk, logisch en navolgbaar voortvloeien uit de voorgaande verslaglegging.

3.11.1 Advies over het toerekenen

De rechter vraagt de gedragsdeskundige informatie over de doorwerking van de eventueel geconstateerde psychische stoornis, verstandelijke handicap en/of psychogeriatrische aandoening in het gedrag ten tijde van de tenlastelegging, en een advies over de stafrechtelijke relevantie van die doorwerking. Het gaat over de invloed van de stoornis op het handelen ten tijde van het plegen van het ten laste gelegde. Je adviseert gedragskundig vanuit de beschrijving van de relatie tussen de stoornis en het ten laste gelegde, zoals die is gegeven in de forensisch psychologische beschouwing. In essentie vormt de vraag in hoeverre de betrokkene de consequenties van zijn handelen

kon overzien en of hij door psychopathologie mogelijk beperkt was om naar dit inzicht te handelen de achtergrond voor het gedragskundig advies ten aanzien van het toerekenen. Het is aan de rechter om daar vervolgens de consequentie uit te trekken voor het al dan niet, of in verminderde mate, toerekenen van het ten laste gelegde. Dit wordt onder meer tot uitdrukking gebracht in het vonnis. Artikel 39 WvSr stelt: *‘Niet strafbaar is hij die een feit begaat dat hem wegens de psychische stoornis, verstandelijke handicap en/of psychogeriatrische aandoening niet valt toe te rekenen.’* Bij niet toerekenen komt dit tot uitdrukking in ontslag van rechtsvervolging en dus het achterwege blijven van straf en bij verminderd toerekenen kan dit tot uitdrukking komen in een lagere straf.

De standaardvraagstelling informeert in vragen 4b en 4c naar de conclusie met betrekking tot het advies over de mate van het toerekenen. Deze conclusie baseer je op de wijze waarop en de mate waarin de stoornis de gedragskeuzes van de betrokkene beïnvloedde ten tijde van het ten laste gelegde. Het gaat hier nadrukkelijk om een gedragskundig *advies*. Het is aan de rechter om hierover te *oordelen*. Er bestaan geen meetinstrumenten die de exacte mate van toerekenen aangeven.

Over het advies over de mate van toerekenen bestaat al enige tijd discussie. De standaardvraagstelling, die is ingegaan op 1 september 2016, maakt een onderscheid in drie oriëntatiepunten (toerekenen, in een verminderde mate toerekenen, niet toerekenen). Binnen de ‘range’ ‘in een verminderde mate toerekenen’ moet gedragskundig nader worden geëxpliciteerd in hoeverre de sturingsmogelijkheden en keuzevrijheid van de betrokkene op basis van de stoornis werden ingeperkt ten tijde van het plegen van het ten laste gelegde. Je bent vrij om aan te geven dat dit in enigszins verminderde, verminderde of sterk verminderde mate gebeurde. Je geeft vanuit het onderzoek goed onderbouwd aan welke relatie er is tussen de verschillende aspecten van de gevonden stoornis en de strafbare feiten. Centraal staan de vragen op welke wijze en in welke mate die aspecten hebben

doorgewerkt in het plegen van de feiten. Hoe sterker het verband tussen de stoornis en het ten laste gelegde, hoe meer daar in de strafrechtelijke beoordeling rekening mee gehouden wordt. Bij een objectief gezien ernstige stoornis maar een zwak verband tussen die stoornis en het plegen van een strafbaar feit, kan bijvoorbeeld tot dezelfde mate van strafrechtelijke toerekening worden geadviseerd als bij een relatief milde stoornis maar een sterk verband. Er zijn dus geen vaste relaties tussen typen stoornissen en een advies over de verschillende maten van toerekenen. Je moet vooral de mate van doorwerking, de wijze waarop deze doorwerking plaatsvindt en de *inperking van de keuzevrijheid vanuit de stoornis* uitwerken. Dit dwingt de gedragsdeskundige om een weging te maken van de ernst van de stoornis en de mate van doorwerking daarvan ten tijde van het ten laste gelegde.

Middelengebruik verdient een aparte toelichting. Als het feit niet zou hebben plaatsgevonden als de betrokkene bepaalde middelen, bijvoorbeeld alcohol, niet had gebruikt, dan wordt hem het ten laste gelegde in principe toegerekend. Hij heeft zich bewust in een potentieel gevaarlijke situatie begeven door alcohol te gebruiken, wetende dat het beoordelingsvermogen en de impulscontrole daardoor aangetast kunnen worden.

Hierop kan echter ook weer een uitzondering gemaakt worden, als je het middelengebruik ziet als ernstige verslavingsziekte en/of deel uitmakend van een co-morbide gediagnosticeerde stoornis. Beschrijf dan welke functie het middelengebruik heeft voor de betrokkene en hoe die functie te plaatsen is binnen de stoornis als geheel.

Het is niet aan de gedragsdeskundige om zich uit te laten over juridische begrippen als noodweer, noodweerecces, psychische overmacht en culpa in causa. De rechtbank oordeelt of gezien de omstandigheden hier mogelijk sprake van is geweest.

3.11.2 Risicoanalyse en prognose

Inleiding

De inschatting van het recidiverisico en de communicatie daarvan naar de beslissers in het recht en de ketenpartners wordt zo veel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing. Binnen de NIFP-richtlijn voor het psychologische onderzoek vormt gestructureerde professionele risicotaxatie een onontbeerlijk bestanddeel. Deze vindt plaats aan de hand van daarvoor ontwikkelde risicotaxatie-instrumenten in combinatie met de klinische inschatting van de zwaarte van de verschillende factoren uit deze instrumenten voor de betrokkene. Uiteraard staat dit onderzoek niet op zichzelf, maar hangt het onlosmakelijk samen met de andere onderdelen van de rapportage. Bij alle modaliteiten van onderzoek waarbij (psychisch) geweld een rol speelt, wordt een dergelijke gestructureerde risicotaxatie gemaakt.

Wetenschappelijk onderzoek

Op basis van literatuuronderzoek en empirische bevindingen zijn in het buitenland meerdere instrumenten ontwikkeld om de risicotaxatie een sterkere wetenschappelijke onderbouwing te geven. Enkele van deze instrumenten zijn ook in het Nederlands vertaald en deels bij de Nederlandse populatie onderzocht. De in Nederland meest gebruikte instrumenten voor een algemene risicotaxatie zijn de HKT-R en de HCR-20V3. Specifiek voor onderzoek in zedenzaken worden de STATIC-99R, STABLE-2007 en ACUTE-2007 (SSA) gebruikt. Voor overige informatie over instrumenten voor risicotaxatie verwijzen we naar de website van het NIFP.

Aangezien risicotaxatie-instrumenten bedoeld zijn om het risico van interpersoonlijk geweld te beoordelen, is het nodig duidelijk te omschrijven wat verstaan wordt onder 'geweld': *'Geweld vindt plaats als een persoon een handeling uitvoert (of niets doet), met enige mate van intentie, die lichamelijke of ernstige psychische schade veroorzaakt of had kunnen veroorzaken bij een andere persoon of personen'* (De Vogel et al., 2013).

Bij een risicotaxatie gaat het in de eerste plaats om in de persoon gelegen factoren en diens context (factoren als werk, netwerk, et cetera) die het risico van toekomstig geweld verhogen en om een specifiek strafbaar feit. Dit wordt tot uitdrukking gebracht in het verband tussen de stoornis en het ten laste gelegde.

Ongeacht of er sprake is van een verband tussen psychische stoornis en ten laste gelegde, kan er toch sprake zijn van een risico van toekomstig geweld in zijn algemeenheid. De kans op toekomstig geweld wordt zelfs sterker onderbouwd door andere factoren dan alleen de psychische stoornis, zo blijkt uit grote empirische studies (Beukers, 2017). Dit uitgangspunt past bij de zich reeds langer aandienende ontwikkeling van stoornisdenken naar risicodenken in de maatschappij. Uit wetenschappelijk onderzoek komen acht centrale risicofactoren naar voren:

1. Geschiedenis van antisociaal gedrag
2. Antisociaal persoonlijkheidspatroon (onder andere psychopathie)
3. Antisociale cognities (antisociale waarden en normen)
4. Antisociaal netwerk/antisociale relaties
5. Ontbreken van emotionele binding aan familie/gezin
6. Ontbreken van binding aan opleiding en werk
7. Middelenmisbruik
8. Ontbreken van niet-criminele vrijetijdsbesteding

Daarnaast zijn er echter meer factoren, al dan niet verbonden aan andere psychische stoornissen, die een belangrijke rol kunnen spelen bij de inschatting van het risico van recidive. Al die factoren, al of niet verband houdend met een stoornis, zijn opgenomen in de verschillende risicotaxatie-instrumenten. Dit geldt eveneens voor (gewelddadige) zedendelicten, waarbij een stoornis afwezig kan zijn of niet risicorelevant is.

Risicotaxatie-instrumenten geven een (statistische) inschatting van toekomstig geweld op groepsniveau. Deze groepsstatistieken helpen echter maar beperkt bij het doen van prognostische uitspraken op

individueel niveau. Een (groeps)statistiek van bijvoorbeeld 34 procent recidive betekent immers niet dat een onderzochte 34 procent kans heeft om te recidiveren. Het cijfer vertelt ons daarentegen dat 34 van de 100 daders in deze groep wel recidiveren en 66 daders niet. De vraag of de onderzochte tot de groep van recidivisten of juist die van non-recidivisten behoort, is hiermee nog niet beantwoord.

Risico van geweld in de toekomst en het verband tussen stoornis en ten laste gelegde

De standaardvraagstelling in het pro justitia-onderzoek vertrekt vanuit de stoornis of gestoorde psychische functies bij de onderzochte. Dat impliceert dat gedragsdeskundigen in hun onderzoek gericht zijn op de opsporing van relevante psychopathologie en de beschrijving van de doorwerking hiervan in het ten laste gelegde. Dit mondt vervolgens uit in een gedragskundig advies over het toerekenen van het ten laste gelegde, het opstellen van een primair op psychopathologie gebaseerde risicoprognose en het geven van een interventieadvies om het recidiverisico terug te dringen.

Statistische informatie over geweldsrisico's zoals naar voren komt uit risicotaxatie-instrumenten, is niet in strijd hiermee. De rapporteur moet dan wel die verschillende factoren, al of niet stoornisgerelateerd, wegen voor deze onderzochte en op grond daarvan een inschatting maken welke factoren zwaarder wegen of zelfs doorslaggevend zijn voor het risico van toekomstig geweld. Op die manier geef je een gestructureerd professioneel oordeel over het risico van toekomstig geweld.

Gestructureerd professioneel oordeel en risicomangement

De volgende vragen zijn van belang bij het maken van een inschatting van de kans op recidive:

- a. Welke elementen van de *stoornis* van deze persoon leiden tot een verhoogd risico van toekomstig geweld?
- b. Welke *andere factoren*, los van de *stoornis*, die het risico van toekomstig geweld verhogen, kunnen door risicotaxatie-instrumenten in beeld gebracht worden?

- c. Als er sprake is van een stoornis wordt de vraag gesteld: welke situationele en relationele factoren kunnen de stoornis zodanig beïnvloeden dat zij daardoor bijdragen aan een verhoogd recidiverisico? Samengevat: hoe is de *interactie* tussen a en b en hoe moet die interactie gewogen worden in verband met de kans op recidive?

Een combinatie van factoren op deze drie terreinen vormt de uiteindelijke risicotaxatie, die is aan te merken als het gestructureerde professionele oordeel (*Structured Professional Judgement*). Daarbij weegt de onderzoeker de resultaten van het onderzoek naar de stoornis en van de risicotaxatie-instrumenten (a en b) en kan hij aan de ene factor meer gewicht toekennen dan aan de andere. Zelfs kan hij een factor als doorslaggevend voor het risico van toekomstig geweld aanmerken. Zo worden de verbanden gelegd en de interacties (c) tussen de verschillende factoren beschreven. Daar komt de extra kennis van de onderzoeker over dit individu in beeld, naast de statistische informatie gebaseerd op de instrumenten.

Behalve de risicoverhogende aspecten van het individu en zijn sociale omgeving, kunnen er ook factoren (bij de persoon) zijn die een beschermende functie tegen het risico van geweld vormen. De meeste instrumenten houden nauwelijks rekening met beschermende factoren die het recidiverisico kunnen reduceren. Daarom is er een instrument ontwikkeld dat de beschermende factoren in beeld brengt: de SAPROF. Dit wordt in aanvulling op de algemene risicotaxatie-instrumenten gebruikt.

Verslaglegging

De beschrijving van alle resultaten van het risicotaxatieonderzoek vindt bij voorkeur in één relaas plaats. Daarbij kunnen dan de termen uit de risicotaxatie-instrumenten als leidraad gebruikt en ook genoemd worden, terwijl de inschattingen van de onderzoeker daarover en de samenhang tussen die verschillende termen concreet beschrijven onder welke omstandigheden het risico van toekomstig geweld hoger wordt

en waardoor dit risico juist verlaagd kan worden. Zo is een uitspraak mogelijk over een hoog, laag of matig risico van gewelddadig gedrag van de onderzochte in de toekomst.

Op basis van een dergelijk relaas kan een risicoprognose worden opgesteld. Hierbij is het mogelijk de te verwachten afwikkeling van het delictscenario (en de kans hierop) te schetsen. Tevens wordt zo beschreven hoe de verschillende risicofactoren eventueel samenhangen met stoornisaspecten/functiebeperkingen.

Aan de hand van de risicofactoren en de beschermende factoren zijn strategieën te ontwikkelen om het recidiverisico te beperken, het zogenoemde risicomangement.

Gestructureerd professioneel oordeel en risicomangement

Een belangrijk voordeel van het gestructureerd professioneel oordeel is het feit dat de resultaten van de risicotaxatie bruikbaar zijn voor zowel de inschatting van het risico van toekomstig geweld als de formulering van het risicomangement.

Het gebruik van risicotaxatie-instrumenten dwingt de beoordelaar alle informatie in de dossiers te bestuderen. Vervolgens moet hij alle relevante factoren (zoals opgenomen in het instrument) beoordelen en wegen op relevantie en ernst.

De instrumenten leiden tot een gemeenschappelijke taal en meer eenheid tussen beoordelaars. Uit onderzoek (De Vogel, 2005) blijkt dat risicotaxaties die zijn gebaseerd op het gestructureerde professionele oordeel, beter gewelddadige recidive voorspellen dan risicotaxaties die anders zijn uitgevoerd.

De resultaten van het gestructureerde risicotaxatie-instrument moeten steeds vertaald worden naar de situatie rond *dit* individu in *die* specifieke situatie op *dat* moment.

Van belang is ook dat de resultaten goed gecommuniceerd worden naar de rechtbank. Dat wil zeggen dat concreet beschreven wordt aan de hand van een weging van de factoren uit de risicotaxatie-instrumenten onder welke omstandigheden er sprake is van een toename van de kans op geweld en wat er nodig is om dat risico te verminderen. Volstaan met alleen het vermelden van scores bijvoorbeeld zou bij de rechtbank gemakkelijk tot een verkeerde interpretatie kunnen leiden.

Kortom, de combinatie van alle bronnen levert de meest betrouwbare informatie op voor een inschatting van de kans op gewelddadig gedrag van dit individu in de toekomst, die vervolgens weer zorgvuldig gecommuniceerd moet worden naar de rechtbank.

Risicotaxatie en pro justitia-onderzoek

Forensisch psychiatrische centra (FPC's) werken vaak met de zogenaamde consensusmethode (De Vogel 2005; Staatscourant, 2007). Deze methode houdt in dat een multidisciplinair team een risicotaxatie opstelt. Daarbij vindt een gedegen afweging plaats vanuit de verschillende disciplines. Het streven is zo tot consensus te komen over de aard van de risicofactoren, het recidiverisico en het daarop gebaseerde risicomanagement bij een individuele patiënt.

De consensusmethode kan niet zomaar ingezet worden in de praktijk van het pro justitia-onderzoek. Bij een ambulante forensisch onderzoek worden *verdachte* personen onderzocht en in de tbs-kliniek verblijven *veroordeelde* patiënten. Anders dan in een behandelkliniek, wordt de risicotaxatie hier verricht door een of twee onderzoekers. Ook in geval van een monodisciplinair onderzoek kan echter een risicotaxatieonderzoek aan de hand van de gestructureerde instrumenten plaatsvinden. Uiteraard is er dan niet de mogelijkheid om tot consensus te komen, maar de instrumenten en de handleiding zijn zo opgesteld dat scoring en weging van de factoren betrouwbaar kunnen plaatsvinden.

In geval van een multidisciplinair onderzoek bij de pro justitia-rapportage is het mogelijk om een consensusbespreking te houden. Het advies is om binnen het overleg met de mederapporteur ook de risicoprognose te bespreken.

In beide gevallen blijven er natuurlijk verschillen bestaan in vergelijking met de situatie in een kliniek. Pro justitia-onderzoeken zijn in zekere zin momentopnames, terwijl de kliniek kan beschikken over informatie uit de continue observatie. Zoals benoemd gaat het bovendien in pro justitia-onderzoeken om verdachten. Ze zijn dus (nog) niet veroordeeld en bij hen heeft (vaak) nog geen enkele vorm van behandeling plaatsgevonden. Een aantal klinische en vaak ook op de toekomst gerichte items is daarom niet goed te scoren. Toch wordt ook bij deze pro justitia-rapportages onder meer de vraag gesteld naar de kans op recidive. Ook die factoren kunnen meegewogen worden en bij de inschatting van het risico van toekomstig geweld een minder zware of juist zwaardere rol spelen.

De instrumenten zijn gericht op de inschatting van de kans op een gewelddadig feit in de toekomst. Bij verwervingscriminaliteit zonder (psychisch) geweldaspect is een dergelijk uitvoerige risicotaxatie daarom niet aangewezen.

Risicotaxatie en consequenties daarvan voor de behandeling

Zeker binnen de forensisch psychiatrische behandelsettings zijn de 'what works'-principes dominant, waarbinnen het Risk-Need-Responsivity Model (RNR-model) centraal staat. Risico's (risk) in de zin van criminogene factoren vormen hier het uitgangspunt. Vanuit het risicoprincipe volgt dat hoe groter het risico is, hoe intensiever de behandeling. Bij laag risico is behandeling in principe niet geïndiceerd. Vanuit het needprincipe (criminogene behoeften) volgt dat de behandeling gericht dient te zijn op de dynamische (en hiermee beïnvloedbare) risicofactoren. Vanuit het responsivityprincipe (responsiviteit of beïnvloedingsmogelijkheden) volgt dat bij de behandeling rekening moet worden gehouden met de specifieke

eigenschappen van de onderzochte en dat behandeling/interventie moet worden aangeboden zoals die (wetenschappelijk) bedoeld is.

Weigerende en ontkennende verdachten en risicotaxatie

Risico's van toekomstig geweld kunnen, zoals gezegd, los staan van een stoornis. De implicatie hiervan is dat een risicotaxatieonderzoek in principe ook gedaan kan worden bij *verdachten die weigeren deel te nemen aan een pro justitia-onderzoek*. Daarbij is het dan wel noodzakelijk dat er andere betrouwbare informatiebronnen over de achtergrond van de betrokkene beschikbaar zijn in het dossier, zodat de verschillende items van de risicotaxatie-instrumenten gescoord kunnen worden. Er kunnen zeker omissies zijn, maar mogelijk minder dan je op voorhand zou veronderstellen (zie ook de NIFP-brochure 'Weigeren, ontkennen en 'verlies van geheugen'').

Bij verdachten die het ten laste gelegde *ontkennen, maar wel meewerken* aan het onderzoek, kan het pro justitia-onderzoek doorgaans wel worden verricht. Het ten laste gelegde is niet bespreekbaar, wat de beoordeling van de eventuele doorwerking van aspecten van die stoornis bij het ten laste gelegde bemoeilijkt. Een risicoprognostische uitspraak is dan afhankelijk van het verloop van het onderzoek, beschikbare collaterale informatie en eventuele eerdere (vergelijkbare) delicten.

3.11.3 Interventieadvies en condities bij volwassenen

In de vorige paragrafen is beschreven hoe je kunt onderzoeken wat het eventuele verband is tussen de gediagnosticeerde stoornis en het ten laste gelegde, waarna de risicoprognose is opgesteld. Op basis van deze bevindingen maak je een inschatting van de beïnvloedingsmogelijkheden van de betrokkene. Dat doe je op grond van onder meer de intellectuele capaciteiten van de betrokkene, zijn vermogen tot zelfreflectie, impulscontrole mogelijkheden en sociale vaardigheden. Belangrijk is inzicht te geven in de mate van probleembesef van de betrokkene, of er sprake is van lijdensdruk en

hoe groot zijn motivatie is om tot verandering te komen. De betrokkene zal wellicht ten tijde van het onderzoek sterk gemotiveerd zijn om te veranderen, maar het is de vraag of de sociale en maatschappelijke omstandigheden zodanig gunstig zijn dat zijn motivatie ook na zijn eventuele detentie in stand blijft. Denk aan middelenafhankelijkheid, die niet zo gemakkelijk te behandelen is.

In de laatste paragraaf van de forensisch psychologische beschouwing geef je eventueel een behandeladvies en adviseer je binnen welk juridisch kader deze behandeling zou kunnen plaatsvinden. De behandeling moet gericht zijn op terugdringing van het recidiverisico, met in feite eenzelfde uitgangspunt als bij de 'matched care en stepped care'-benadering in de geestelijke gezondheidszorg. Dit houdt in dat als eerste de minst intensieve en invasieve behandeling wordt aangewend. Als dit niet tot significante verbetering leidt, gaat men verder met een intensievere behandeling.

Bij de advisering van een behandeling binnen een juridisch kader geldt eenzelfde benadering, maar de complexiteit binnen het forensisch onderzoek is groter. Het gaat niet alleen om de ernst van de stoornis, maar ook om de ernst van het ten laste gelegde en het maken van een inschatting van het recidivegevaar, de noodzakelijke en gewenste (behandel- en zorg)interventies en het benodigde beveiligingsniveau. Dit zijn bij uitstek de forensische elementen in het psychologisch pro justitia-onderzoek.

Het relatief minst ingrijpende en bij (ambulante) pro justitia-onderzoek meest geadviseerde juridische kader zijn de 'bijzondere voorwaarden' bij een (deels) voorwaardelijke straf, waar ook zorg- en behandelinterventies deel van kunnen uitmaken. Vaak vindt deze behandeling in een ambulante kader plaats, maar het kan ook een klinische behandeling betreffen. Een klinische opname is een intensieve behandeling. Ook de rechtbank weet dit. De strafrechter beschouwt een klinische opname als een vrijheidsbenemende maatregel. Waar de reclassering ook een ambulante behandeling kan adviseren,

geldt voor de klinische behandeling dat alleen een gedragsdeskundige dit kan. Bij de bijzondere voorwaarden moet je inschatten of er sprake is van voldoende motivatie en of de kans op herhaling niet (te) acuut en ernstig is. Een tbs met voorwaarden of voorwaardelijke PIJ-maatregel bij jeugdigen of jongvolwassenen wordt geadviseerd bij een ernstiger geweldsdelict dan een advies in tbs-kader rechtvaardigt, maar waarbij de inschatting is dat de kans op recidive met begeleiding, ambulante of klinisch, redelijk onder controle te houden is, omdat de betrokkene gemotiveerd is voor een behandeling, in staat is om zich aan voorwaarden te houden en een zeker probleembesef heeft. Voor deze kaders is wel het bestaan van een stoornis en dubbelrapportage vereist.

Als er een sterk verband is tussen stoornis en ten laste gelegde, er sprake is van een ernstig geweldsfeit, de kans op recidive als groot wordt ingeschat en de motivatie van de betrokkene voor behandeling gering of afwezig is, dan kun je een tbs met bevel tot verpleging van overheidswege adviseren. Let op dat je een tbs-maatregeladvies goed onderbouwt en vervolgens weergeeft of een tbs met voorwaarden passend is dan wel een tbs met dwangverpleging.

Meer informatie over de juridische behandelkaders is beschikbaar in een uitgave over het Gedragskundig advies in strafzaken van het NIFP: 'Het juridisch perspectief'.

Ambulante behandeling

Zoals gezegd is het meest voorkomende advies bij het (ambulante) pro justitia-onderzoek de ambulante forensische behandeling, op te leggen als bijzondere voorwaarde bij een (deels) voorwaardelijke straf. In dit geval moet je overleggen met de reclassering, aangezien de reclasseringsmedewerker de indicatiestelling daarvoor afgeeft, evenals de beschermde woonvorm (verblijfszorg). De reclassering houdt ook toezicht op naleving van deze bijzondere voorwaarde. Je deelt je overwegingen over de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van het advies met de (jeugd)reclassering en Raad voor de Kinderbescherming. Mochten de visies tussen jou en de reclasseringsmedewerker niet

overeenkomen, beschrijf dit verschil in opvatting dan in de pro justitia-rapportage.

Civiele zorgmachtiging of rechterlijke machtiging tot opname en verblijf

Sinds 1 januari 2020 is het niet meer mogelijk te adviseren tot gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis voor de duur van één jaar. Daarvoor in de plaats is gekomen de civiele zorgmachtiging (Wvggz) of rechterlijke machtiging tot opname en verblijf (Wzd), die vanuit het strafrecht via artikel 2.3 Wfz (de zogenoemde schakelbepaling) opgelegd kan worden. Deze machtigingen gelden voor de duur van zes maanden en kunnen ook worden afgegeven bij jeugdigen. De Wvggz is van toepassing als sprake is van een psychische stoornis, de Wzd als sprake is van een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening. Een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging die tot stand komt via de schakelbepaling is geen strafrechtelijke titel maar een civielrechtelijke titel, net als voorheen het geval was bij de rechterlijke machtiging in het kader van de Bopz. Er vindt dus geen forensische behandeling plaats.

De machtiging die in het kader van de Wvggz kan worden afgegeven, betreft een zorgmachtiging en kent elf modaliteiten van verplichte zorg, waarvan één een opname in een accommodatie is. De overige zijn ambulante toepassingen van verplichte zorg. De rechterlijke machtiging die in het kader van de Wzd kan worden afgegeven, betreft een machtiging tot opname en verblijf. Via de schakelbepaling in de Wfz kan de strafrechter een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging afgeven. De zorgverlener heeft vervolgens een vrije keuze om al dan niet gebruik te maken van de door de rechtbank opgelegde vormen van verplichte zorg.

Wanneer je binnen een strafrechtelijk kader denkt aan het advies tot een gedwongen opname/zorg in de reguliere hulpverlening, wordt aangeraden om het te formuleren als 'de mogelijkheid van een zorgmachtiging via artikel 2.3 van de Wet forensische zorg te laten onderzoeken'. En, indien mogelijk, het advies op te nemen over welke

wet gezien de voorliggende problematiek de voorkeur verdient. Mocht je een advies tot opname in de reguliere hulpverlening geven, dan adviseren we hierover zo snel mogelijk contact op te nemen met de jurist van je dienst. De jurist zal contact opnemen met de zaaksofficier, die vervolgens in een vroegtijdig stadium overleg kan voeren met de zorgofficier en de aanvraag van de machtiging in gang kan zetten.

Klinische behandeling

Een advies om iemand een klinische behandeling te laten ondergaan is ingrijpender dan een ambulante behandeling. Je dient in je interventieadvies mogelijke aanknopingspunten te geven voor de interventie en wat daarvan te verwachten valt met betrekking tot het voorkomen van herhaling van het ten laste gelegde. Je moet dan redeneren vanuit de stoornis(sen) van de onderzochte, de aangetroffen verbanden en de risicoprognose.

Daarnaast is het belangrijk dat je benoemt en beargumenteert op welke wijze de gedragskundige aanknopingspunten vorm kunnen krijgen in de interventies in termen van:

- a. De mate van behandeling/zorg/verblijf en de dominante zorgvraag en zorgbehoefte (begeleiding, training, behandeling).
- b. De vorm van noodzakelijke behandeling/zorg/verblijf (ambulante behandeling, begeleid of beschermd wonen of klinische behandeling).
- c. De categorale zorg, met name zorg die bestemd is voor een bepaalde patiëntengroep of specifieke problematiek of stoornis (bijvoorbeeld verslaving, een verstandelijke beperking, zedenproblematiek, autisme).
- d. Bijzondere aandachtspunten binnen de behandeling/zorg/verblijf.
- e. De mate van beheersniveau (toezicht, controle, structuur, geslotenheid, materieel of immaterieel).

Een bijzondere rol bij de klinische behandeling is weggelegd voor de coördinator indicatiestelling forensische zorg (IFZ). De indicatiestelling forensische zorg voor volwassenen is ondergebracht bij het NIFP en

de coördinatoren voeren de onafhankelijke indicatiestelling uit voor onder andere klinisch forensische zorg (en ook beschermd wonen (verblijfszorg) vanuit een intramurale setting). De indicatiestelling wordt getoetst en (mede-)ondertekend door de IFZ-psychiater. De afdeling IFZ spreekt zich binnen de indicatiestelling uit over de mate van verblijfsintensiteit en het beveiligingsniveau. Op basis van deze indicatiestelling is de afdeling Divisie Individuele Zaken (DIZ) van het Hoofdkantoor DJI verantwoordelijk voor de daadwerkelijke plaatsing van de betrokkene.

De indicatiestelling gebeurt altijd op grond van een gedragsdeskundig oordeel, zoals van de pro justitia-rapporteur. Benoem daarom met betrekking tot de interventies zo specifiek mogelijk gedragskundige aanknopingspunten en beargumenteer welke vorm van klinische behandeling en welke zorg en beveiliging iemand nodig heeft. Het blijkt in de praktijk lastig voor rapporteurs om in termen van verblijfsintensiteit en beveiligingsniveaus te adviseren. Zonder een specifieke kliniek te noemen, kun je adviseren dat het beoogde zorg en beveiligingsniveau bijvoorbeeld op het niveau van een FPA, FVK of FPK of (SG)LVG-instelling benodigd is. Het is vervolgens aan de coördinator indicatiestelling forensische zorg van het NIFP om daadwerkelijk een beveiligingsniveau en een verblijfsintensiteit vast te stellen. De rechter wordt door de reclassering over de indicatiestelling van de coördinator IFZ van het NIFP geïnformeerd en over het type kliniek waaraan wordt gedacht. Noem in het advies van het rapport géén specifieke naam van een zorginstelling of kliniek. Met het al op voorhand noemen van een kliniek wek je verwachtingen bij de onderzochten die mogelijk niet kunnen worden gerealiseerd. Ook is het vonnis mogelijk niet uitvoerbaar als de rechtbank de naam van zorginstellingen (klinieken) of anderszins als bijzondere voorwaarden opneemt in een vonnis. Het wordt afgeraden om als rapporteur vooraf contact te leggen met zorginstellingen of klinieken.

Naast de beïnvloedingsmogelijkheden (responsiviteit), geredeneerd vanuit de betrokkene, is het ook belangrijk dat je, indien mogelijk,

een prognose geeft van de verwachte duur van de interventie. De achtergrond is, zoals al benoemd, dat een klinische behandeling in een strafdader een vrijheidsbenemende maatregel is. Deze moet in verhouding staan tot de strafmaat (proportionaliteit).

Neem bij vragen over de verschillende combinaties die mogelijk zijn voor wat betreft het niveau van beveiliging en het niveau van de zorg- of verblijfsintensiteit contact op met de afdeling IFZ van het NIFP. Je kunt overleggen met de coördinator als je denkt aan het adviseren van klinische zorg. Op die manier kan de coördinator meedenken over de haalbaarheid van een klinisch advies (en de eventuele formulering hiervan) aan de rechtbank. Dat geldt ook voor andere vormen van behandeling, begeleiding en verblijf.

3.11.4 Interventieadvies en -condities bij jeugdigen

Hoewel ook bij jeugdigen de ‘stepped care’-benadering wordt gehanteerd, wordt de laatste jaren vaker gesproken over ‘matched care’. Dit betekent dat er goed gekeken moet worden naar wat nodig is om recidive te voorkomen en een gunstige ontwikkeling te bevorderen. Als van een steviger aanpak betere resultaten te verwachten zijn, kan die worden geadviseerd in plaats van een lichtere aanpak met het risico van mislukken.

Het meest geadviseerde juridisch kader is ook bij de jeugd de ambulante forensische behandeling, als bijzondere voorwaarde bij een (deels) voorwaardelijke straf. De behandeling kan bestaan uit een individuele training of behandeling, maar ook uit een interventie die gericht is op het gezinssysteem. In dat geval is natuurlijk wel van belang dat de ouders gemotiveerd zijn om hieraan mee te werken. De gedragsbeïnvloedende maatregel (GBM) biedt de mogelijkheid om een combinatie van verschillende interventies op te leggen. Dit zijn bij voorkeur erkende gedragsinterventies. Als je een gedragsbeïnvloedende maatregel overweegt, is het belangrijk om in

een vroeg stadium contact op te nemen met de gedragsdeskundige van de Raad voor de Kinderbescherming. Deze moet namelijk de opdracht geven tot een haalbaarheidsonderzoek, uitgevoerd door de jeugdreclassering.

Een klinische behandeling (bijvoorbeeld in een verslavingskliniek) kan deel uitmaken van een gedragsbeïnvloedende maatregel. Plaatsing in een gesloten setting behoort echter niet tot de mogelijkheden. Het meest ingrijpende advies bij jeugdigen is de PIJ-maatregel (plaatsing in een inrichting voor jeugdigen). De PIJ-maatregel wordt alleen opgelegd aan jongeren bij wie een ziekelijke stoornis of gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens is vastgesteld. Voor een PIJ- maatregel is altijd het advies van twee gedragsdeskundigen nodig, van wie er één psychiater is. Ook een voorwaardelijke PIJ- maatregel is mogelijk. Een ingezette GBM of PIJ-maatregel kan na het achttiende levensjaar gecontinueerd worden. De PIJ-maatregel kan na zes jaar eventueel worden omgezet in een tbs-maatregel.

Het NIFP/IFZ heeft geen rol in de indicatiestelling voor klinische forensische zorg voor jeugd. Neem tijdig contact op met de jeugdreclassering om te overleggen over de haalbaarheid van het advies. Omdat de Raad voor de Kinderbescherming ook een adviserende taak heeft voor de rechter, is het van belang deze eveneens te informeren over het voorgenomen advies.

De gemeente is financieel verantwoordelijk voor alle benodigde hulp in het kader van strafrechtelijke beslissingen, genoemd onder de bijzondere voorwaarden in het kader van voorwaardelijke straffen en de maatregelen voorwaardelijke PIJ en GBM. Hierbij is de eis dat deze hulp is opgenomen in een beschikking of uitspraak van een rechter of het Openbaar Ministerie. Het is dus van groot belang dat je deze jeugdhulp exact omschrijft. De rechter laat zich hierbij informeren door de Raad voor de Kinderbescherming en de pro justitia-rapporteur. Van de rapporteur wordt daarom bij de advisering verwacht dat je in het advies specifiek benoemt welke behandeling nodig is, voor welke periode en waar die geboden wordt.

3.12 Beantwoording van de vragen

Bij dit essentiële onderdeel van de rapportage is het van belang om kernachtig de vragen van de rechtbank te beantwoorden. Benoem die elementen uit de analyse die voor de beantwoording van de vraag belangrijk zijn en vermijd zo veel mogelijk een letterlijk 'knippen en plakken' van de forensisch psychologische analyse. Het wordt afgeraden om bij de vragen slechts te verwijzen naar de forensisch psychologische analyse, en aangeraden om juist beknopt de vragen te beantwoorden, als een soort samenvatting van de forensische analyse.

3.13 Afronding van onderzoek en rapportage

De afronding van het onderzoek en rapportage heeft betrekking op het overleg met de (jeugd)reclassering (en bij jeugd: de Raad voor de Kinderbescherming), de eventuele mederapporteur en de bespreking van het rapport met de betrokkene.

Overleg met de (jeugd)reclassering

De (jeugd)reclassering kan optreden als referent bij het onderzoek, zeker als in het verleden sprake is geweest van toezicht. Deze informatie dient opgenomen te worden bij 'informatie van derden'. De (jeugd)reclassering kan echter daarnaast ook optreden als (mede-) uitvoerder van adviezen voor (ambulante) behandeling. Bespreek daarom de wenselijkheid en haalbaarheid van een behandeladvies met de (jeugd)reclassering. De (jeugd)reclassering moet na het vonnis toezien op de uitvoering van het advies.

Overleg met de mederapporteur

Bij een multidisciplinair onderzoek overleg je in de afrondende fase (en vaak ook al eerder, bijvoorbeeld over de diagnostiek) met de mederapporteur. Je doet beiden onafhankelijk onderzoek en bij de afronding bespreek je of de conclusies en het advies overeenkomen. Als er verschillen van inzicht bestaan, beschrijf je dit beiden aan het

einde van het rapport. Meestal gaat het om nuanceverschillen, die geen invloed hebben op het advies in welke mate het delict de betrokkene kan worden toegerekend, de inschatting van het recidivegevaar en het behandeladvies. Een belangrijk verschil van inzicht kan ook voorkomen. Beschrijf dan wat het verschil in visie is, zodat de rechtbank daar inzicht in krijgt en een eigen afweging kan maken. Dit kan betekenen dat de rechtbank beslist om beide deskundigen op te roepen om ter terechtzitting de visies toe te lichten.

Inzage- en correctierecht

Inzagerecht

Artikel 7:456 van de WGBO luidt: *‘De hulpverlener verstrekt aan de patiënt desgevraagd zo spoedig mogelijk inzage in en afschrift van de bescheiden, bedoeld in artikel 454. De verstrekking blijft achterwege voor zover dit noodzakelijk is in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een ander. De hulpverlener mag voor de verstrekking van het afschrift een redelijke vergoeding in rekening brengen.’*

In de WGBO is ook het recht om geïnformeerd te worden gecodificeerd. Ook op grond van de AVG (2016) heeft de betrokkene recht op inzage en afschrift (artikel 15).

De rapporteur zal de onderzochte (actief) inzage moeten verlenen voor zover dit noodzakelijk is voor de onderzochte om daarmee tevens zijn recht op rectificatie te kunnen uitoefenen. Ook als er sprake is van een weigerrapportage moet gewezen worden op het inzage- en correctierecht.

Adviesgesprek

Uitgangspunt bij de rapportage aan derden is dat het rapport voor verzending aan de opdrachtgever ter inzage en correctie aan de onderzochte wordt voorgelegd. Zie daarover ook de Beroepscode voor psychologen, artikel 91: *‘Als de psycholoog rapporteert aan een derde, biedt deze de cliënt de gelegenheid tot inzage voordat de rapportage wordt uitgebracht. Het recht op inzage geldt niet voor delen in het rapport die betrekking hebben*

op anderen. Wanneer de rapportage feitelijk wordt uitgebracht, verschaft de psycholoog de cliënt desgevraagd een afschrift, voor zover de rapportage op de cliënt betrekking heeft.'

Ook dient de psycholoog de onderzochte voor het uitbrengen van de definitieve rapportage te informeren over de conclusies en het advies: de rapporteur zal een adviesgesprek moeten voeren en de bevindingen en conclusies van het rapport met de onderzochte moeten bespreken. Ook in geval van weigerrapportage moet dit worden aangeboden aan de betrokkene. In bepaalde gevallen is te voorzien dat de inhoud van een rapport een heftige reactie kan oproepen. Adequate begeleiding van de betrokkene is dan vereist.

Inzage- en correctierecht in de praktijk

De rapporteur dient de betrokkene een reële kans te geven om kennis te nemen van het rapport en zijn correctierecht uit te oefenen. Je informeert de onderzochte vooraf over zijn rechten, hierbij kun je eventueel aangeven dat de betrokkene onjuistheden op papier kan zetten, zodat dit als bijlage bij het rapport kan worden gevoegd.⁹ Voor het uitbrengen van het rapport aan de opdrachtgever informeer je de betrokkene over de inhoudelijke bevindingen en de conclusies en het advies, zoals opgenomen in het rapport. Je legt het conceptrapport voor aan de betrokkene, zodat deze zijn correctierecht kan uitoefenen. Aanbevolen wordt om in het rapport zichtbaar te maken welke wijzigingen zijn gemeld en verwerkt, dit kan bijvoorbeeld worden opgenomen in de voetnoot. De rapporteur maakt in zijn rapport aantoonbaar dat hij de betrokkene in de gelegenheid heeft gesteld om gebruik te maken van zijn rechten.

Het inzagerecht uit de WGBO houdt in dat een patiënt of onderzochte recht heeft op inzage in zijn medisch dossier. De formulering in de

⁹ Zie ECLI:NL:TGZCTG:2021:121

WGBO zegt niets over een specifiek tijdstip – voor of na het uitbrengen van de rapportage – waarop inzage moet worden gegeven. Centraal staat het verzoek van de patiënt of onderzochte. Ingevolge de WGBO is het dus niet noodzakelijk om voorafgaand aan het uitbrengen van de rapportage aan de opdrachtgever inzage te verlenen in het rapport. Wel gelden, zoals hierboven genoemd, de rechten van de AVG, waaronder het recht op rectificatie. Dit houdt in dat niet zonder meer vereist is dat in alle gevallen de concluderende hoofdstukken, waarin de forensische beschouwing en de beantwoording van de vraagstelling zijn opgenomen, voorafgaand aan verzending aan de opdrachtgever integraal ter lezing worden voorgelegd aan de onderzochte. De inhoud van deze hoofdstukken komt immers niet voor rectificatie in aanmerking. Wél moet de onderzochte altijd geïnformeerd zijn over de inhoud van deze hoofdstukken. De rapporteur die om hem moverende redenen de concluderende hoofdstukken niet integraal op papier voorlegt aan de onderzochte, neemt de benodigde zorgvuldigheid in acht door de betrokkene in de gelegenheid te stellen om zijn correctierecht uit te oefenen op die hoofdstukken waarin gegevens zijn opgenomen die voor rectificatie in aanmerking komen, en hem middels een adviesgesprek te informeren over de conclusies in het rapport en de (volledige) advisering aan de opdrachtgever. De onderzochte moet ook in de gelegenheid zijn gesteld te reageren op de conclusies en adviezen en deze reactie dient te worden opgenomen in het eindrapport. Als dit zorgvuldig gebeurt, is er – in afwijking van wat soms wordt gedacht – geen reden om het concluderende hoofdstuk met de forensische beschouwing en de beantwoording van de vraagstelling nog apart actief ter inzage aan te bieden aan de onderzochte. De onderzochte heeft immers al kennis van de volledige inhoud hiervan. Dat is anders indien de betrokkene zelf om de inzage vraagt: dan moet je dit verzoek honoreren.

Inzage en afschrift van het dossier

Onderzochten hebben recht om hun dossier en dus hun (definitieve) rapport in te zien. Het inzagerecht strekt zich niet uit tot gegevens over anderen. De rapporteur verstrekt geen afschrift van de definitieve

versie van het rapport. Ten behoeve van de inzage kun je wel een (als zodanig herkenbare) conceptversie toezenden. De onderzochte kan in beginsel een afschrift van het rapport ontvangen via zijn advocaat. Als de onderzochte zelf om een afschrift vraagt, nadat het definitieve rapport is uitgebracht aan de opdrachtgever, verwijst je door naar de advocaat. Tegelijkertijd geldt dat de betrokkene op grond van de WGBO recht heeft op een afschrift en dat je dus aan het verzoek zal moeten voldoen, maar pas nadat het rapport aan de opdrachtgever is toegezonden.

Als de betrokkene inzage vraagt van *ruwe testgegevens* zal de rapporteur begeleide inzage moeten verstrekken van de ruwe testgegevens. Er is geen recht op afschrift van de ruwe testgegevens. Conform de richtlijn van het NIP is aan te bevelen de onderliggende vragen en antwoorden niet ter beschikking te stellen van de betrokkene. Voor deze afschriften kan niet naar justitie worden verwezen, omdat ruwe testgegevens doorgaans niet zijn gevoegd bij het ingezonden rapport.

Correctierecht

Het rectificatierecht (correctierecht) is opgenomen in artikel 16 van de AVG en houdt in dat een onderzochte het recht heeft op de correctie van gegevens in het medisch dossier of het pro justitia-rapport. De rapporteur is gehouden tot correctie van die gegevens in de rapportage waarvan de onderzochte aannemelijk heeft gemaakt dat deze feitelijk onjuist of onvolledig zijn. Het rectificatierecht strekt zich niet uit over professionele indrukken, meningen of conclusies. Dit betekent dat wijziging niet plaatsvindt omdat de betrokkene het niet eens is met een deel van het rapport of een passage niet relevant acht. Rectificatie kan ook inhouden dat er gegevens worden weggelaten als er meer informatie is verzameld dan noodzakelijk voor het doel. Denk daarbij niet alleen aan de passages die over de betrokkene gaan, maar bijvoorbeeld ook aan het weergeven van referentienformatie. Overbodige informatie wordt niet meegenomen in het rapport.

Het correctierecht is ook opgenomen in de Beroepscode voor psychologen 2015, artikel 93: *‘De gegevens in de rapportage, waarvan de cliënt aannemelijk maakt dat ze feitelijk onjuist, onvolledig of niet ter zake doen gezien de doelstelling van de rapportage, worden door de psycholoog gecorrigeerd, aangevuld of verwijderd. Dit geldt niet voor de bevindingen en conclusies, deze behoren tot de professionele verantwoordelijkheid van de psycholoog.’*

Reacties van onderzochte op het rapport die niet onder het rectificatierecht vallen, worden integraal opgenomen in het rapport of als bijlage toegevoegd.¹⁰ Het correctierecht ziet niet toe op gegevens afkomstig van derden.¹¹

¹⁰ Zie ook ECLI:NL:TGZCTG:2018:208 en 209.

¹¹ Zie ook ECLI:NL:TGZCTG:2021:121.

4

Verantwoording en implementatie

Verantwoording en implementatie

Deze herziening van de NIFP-richtlijn Forensisch psychologisch onderzoek en rapportage in het strafrecht heeft plaatsgevonden in opdracht van de portefeuillehouder Rapportage van het NIFP onder voorzitterschap van Ingrid van Woudenberg, klinisch psycholoog bij het NIFP. Verder namen deel aan de commissie NIFP-richtlijn Niesje Schoenmaker, GZ-psycholoog, Arjan de Groot, klinisch psycholoog, en Barend van Giessen, klinisch psycholoog, allen werkzaam bij de ambulante locaties en/of het Pieter Baan Centrum van het NIFP. De werkgroep werd bijgestaan door Frank Wagenvoort, senior beleidsadviseur en secretaris van de commissie NIFP-richtlijn.

De commissie heeft voor de herziening van de richtlijn een groot aantal experts en collega's met specifieke deskundigheid gevraagd om een bijdrage te leveren aan de richtlijn. De commissie is hen veel dank verschuldigd voor hun waardevolle inbreng en bereidwilligheid om mee te denken op zoveel verschillende onderwerpen. Met name wil de commissie de volgende collega's danken: Ans Schouten (GZ-psycholoog bij het NIFP Midden-Nederland) voor haar bijdrage over jeugdigen, Thijs van de Kant (klinisch psycholoog bij het PBC) voor zijn bijdrage over neuropsychologisch onderzoek, Vivienne de Vogel (bijzonder hoogleraar Forensische Zorg) en Ellen van den Broek (GZ-psycholoog in opleiding tot specialist en werkzaam als hoofd behandeling bij De Forensische Zorgspecialisten) voor hun bijdragen aan de risicoanalyse en prognose binnen het forensisch psychologisch onderzoek, Maaïke Kempes (bijzonder hoogleraar Forensische Neuropedagogiek en hoofd Wetenschap & Opleidingen bij het NIFP) voor haar wetenschappelijke kennis ten aanzien van jeugdigen en tot slot Merel Prinsen, Mirjam Nieuwendijk, Cynthia Brouwer en Janneke Kuin (allen jurist bij het NIFP) voor hun bijdragen op tal van juridische onderwerpen in de richtlijn.

De commissie NIFP-Richtlijn is hen allen zeer erkentelijk voor hun bijdragen en geduld als tijdens de herzieningsronden toch weer nieuwe aanpassingen nodig bleken.

De conceptversies van de NIFP-richtlijn zijn voorgelegd aan de Sectie Forensische Psychologie NIP en aan het NVO. Beide beroepsverenigingen hebben vanuit het perspectief van hun beroepscode aanvullende adviezen gegeven en met name met het NIP is uitgebreid gediscussieerd over de verschillen tussen het algemeen beroepsmatig handelen van psychologen en het forensisch beroepsmatig handelen. Zoals in de inleiding van deze richtlijn is aangegeven, is het voornemen om de NIFP-richtlijn onder te brengen bij een beroepsvereniging, zoals ook de richtlijn forensisch psychiatrisch onderzoek bij de NVvP is ondergebracht. Verder is de NIFP-richtlijn ook voorgelegd aan de belangenvereniging van rapporteurs, de VVR, die vanuit haar visie eveneens een zinvolle bijdrage heeft geleverd aan de richtlijn.

Literatuurlijst

Literatuurlijst

De onderstaande literatuurlijst betreft verwijzingen naar uit de tekst en aanbevolen literatuur. We pretenderen gezinszins een uitputtende lijst van aanbevelingen te doen.

Andrews, D.A. (2012). The risk-need-responsivity (RNR) model of correctional assessment and treatment. In: J.A. Dvoskin, J.L. Skeem, R. W. Novaco, & K.S. Douglas (Eds.) *Using social science to reduce violent offending* (p. 127-156). New York, NY: Oxford University Press.

Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, S.J. (2010) The level of service assessment of adults and older adolescents. In: R.K. Otto & K.S. Douglas (Eds.), *Handbook of violence risk assessment* (p. 199-225). New York: Routledge.

Beek, D. van, Doncker, D. de, & Ruiters, C. de (2001). Static-99. *Hanson & Thornton, Nederlandse geautoriseerde vertaling*. Utrecht: Forum Educatief, Dr. Henri van der Hoevenstichting.

Berg, J.W. van den & Vogel, V. de (2011). Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke handicap: Hoe bruikbaar zijn risicotaxatie instrumenten? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 83-93.

Beukers, M.M. *Over de grenzen van de stoornis* (2017). Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Blansjaar, B.A., Prinsen, M.M. & Kordelaar, W.F. van (tweede druk, 2021). *Stoornis en Delict. Handboek psychiatrische en psychologische rapportage in strafzaken*. Utrecht: De Tijdstroom.

Braithwaite, E., Charette, Y. Crocker, A., & Reyes, A. (2010). *The predictive validity of clinical ratings of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)*. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9, 271-281.

Canton, W.J., Veer, T.S. van der, Panhuis, P.J.A. van, Verheul, R., & Brink, W. van den (2004a). De voorspellende waarde van risicotaxatie in de pro Justitia rapportage. Onderzoek naar de HKT-R en de klinische inschatting. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(8), 525-536.

Canton, W.J., Veer, T.S. van der, Panhuis, P.J.A. van, Verheul, R., & Brink, W. van den (2004b). De betrouwbaarheid van risicotaxatie in de pro Justitia rapportage. Een onderzoek met behulp van de HKT-R. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(8), 537-542.

Douglas, K.S. & Reeves, K.A. (2010). Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20) Violence risk assessment scheme: Rationale, application, and empirical overview. In R.K. Otto & K.S. Douglas (Eds.), *Handbook of violence risk assessment. International perspectives on forensic mental health* (pp. 147-185). New York: Routledge.

DSM-5 (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen*. DSM-5, Amsterdam: Boom 2014 (derde druk maart 2015).

Esch, C. van, (2012). *Gedragsdeskundigen in strafzaken*. Deventer: Van Gorcum.

Esch, C. van, Hummelen, J.W., Blaauw, E. (2021) *Het kritisch beoordelen van gedragskundige rapportages in strafzaken*. Zutphen: Paris.

Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Snellen, W.M. (2021). *Dynamische persoonlijkheids-diagnostiek (5e druk, verschijningsdatum 16 december 2021)*. Lisse, Pearson Benelux.

Fuji, D.E.M., Tokioka, A.B., Lichten, A.I., & Hishinuma, E. (2005) Ethnic differences in prediction of violence risk with the HCR-20 among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 56(6), 711-716.

Gatner, D.T., Douglas, K.S., Hart, S.D., Kropp, P.R., *Structured Professional Judgment (SPJ) Violence Risk Case Formulation and Psychopathic Personality Disorder*. Published online 2021 15 March. <https://doi.org/10.1080/14999013.2021.1895378>

Gilbert, P. & Leahy, R. L. (2007). *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies*. New York: Routledge.

Gray, N.S., Fitzgerald, S., Taylor, J., MacCulloch, M.J., & Snowden, R.J. (2007). Predicting future reconviction in offenders with intellectual disabilities: The predictive efficacy of VRAG, PCL:SV and the HCR-20. *Psychological Assessment*, 19, 474-479.

Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Scott, T.L., & Helmus, L. (2007). *Assessing risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic supervision project* (User Report, Corrections Research). Ottawa: Public Safety Canada.

Hanson, R.K. & Thornton, D. (1999). *Sattic-99: Improving actuarial risk assessment for ex offenders. (User report 99-02)*. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.

Hart, D., Douglas, K.S., Guy, L.S., 'The structured professional judgment approach to violence risk assessment: Origins, nature and advances'. In : Craig, L. Rettenberger, M., Boen, D. (eds.), *The Wiley handbook on the theories, assessment, treatment of sexual offending* 2, 643-666, 2016.

Hanson, R.K. & Lee, S.C. (27 mei 2021): Updated 5-year and new 10-year sexual recidivism. Rate norms for Static-99 with routine / complete samples. In : *Law and Human Behavior*, 45 (1), 24-38. <https://doi.org/10.1037/lhb0000436>

Harte, J. & Breukink, M. (2010). Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 52(1), 52-72.

M.W. Hengeveld, D. Oosterbaan, J. Tijdink. *Handboek Psychiatrisch onderzoek*. Derde druk 2021. Uitgever Boom Amsterdam. De Tijdstroom.

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 en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-R en PCL-R*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

Knight, R.A., & Prentky, R.A. (1990). Classifying sexual offenders: The development and corroboration of taxonomic models. In: W.L. Marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree (Ed.). *Handbook of sexual assaults: Issues, theories and treatment of the offender* (pp. 52). New York: Plenum Press.

Kordelaar, W.F. van (2020), 'Het psychologisch onderzoek pro Justitia'. In: Bakker, F.A.M., m.m.v. Marle, H.J.C. van, *De psychiatrie in het Nederlandse recht*. Deventer: Wolters Kluwer.

Kropp, P.R., Hart, S.D., Webster, C.D., & Eaves, D. (1999). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide (Version 3)*. Vancouver: British Columbia Institute against Family Violence.

Lammers, S., Nijman, H., Haan, H. de, Soe-Agnie, S., & Bakkum, G. (2012). *De RIVJU: Een conceptinstrument voor de Risicotaxatie van Verslaafde Justitiabelen*. Nijmegen: Radboud Universiteit Academisch Centrum Sociale Wetenschappen.

Mann, R.E., Hanson, R.K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 22, 191-217.

MacKenzie, McEwn, Pathé, James Ogloff, Mullen (Nederlandse vertaling en bewerking: Brandt, Voerman en Bullens), *Stalking Risk Profile, Richtlijnen voor Risicotaxatie en Management van Stalkers*, De Forensische Zorgspecialisten Utrecht 2014.

Snowden, R.J., Gray, N.S., & Taylor, J. (2010) Risk assessment for future violence in individuals from an ethnic minority group. *International Journal of Forensic mental Health*, 9, 110-117.

Sprey, A. (derde druk 2017). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen: DSM-5, diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en therapeutische relatie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Viljoen, S., Nicholls, T., Greaves, C., Ruiter, C. de, & Brink, J. (2011). Resilience and successful community reintegration among female forensic psychiatric patients: a preliminary investigation. *Behavioral Sciences and the Law*, 29, 752-770.

Vogel, V. de (2005.) *Structured risk assessment of (sexual) vioaence in forensic clinical practice. The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients*. Amsterdam: Dutch University Press. Geraadpleegd op <http://dare.uva.nl/document/13725>.

Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Bouman, Y., & Vries Robbé, M. de (2012). *Handleiding bij de SAPROF. Structured Assessment of PROtective Factors for Violence Risk. 2e Editie*. Utrecht: Forum Educatief.

Vogel, V. de., Vries Robbé, M. de, Bouman, Y., Chakhssi, F., & Ruiters, C. de (2013). HCR-20^{v3}: Risicotaxatie van geweld Historical Clinical Risk Management-20 Versie 3. Delft: Eburon Academic Publishers.

Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Kalmthout, W. van, & Place, C. (2011). Female Additional Manual (FAM). *Aanvullende richtlijnen bij de HCR-20 voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwen*. Utrecht: Van der Hoeven Stichting.

Vries Robbé, M. de & Vogel, V. de (2011). Assessing protective factors in clinical practice: The SAPROF. *Paper presented at the 11th Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services, Barcelona, Spain*.

Wilson, C., Desmarais, S.L., Nicholls, T.L., & Brink, J. (2010). The role of client strengths in assessments of violence risk using the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). *International Journal of Forensic Mental Health*, 9, 282-293.

J. Psychopathol Behav Assess. 2017; 39(1): 58-66. Published online 2016 Aug 15. doi: 10.1007/s10862-016-9567-5 PMID: PMC5323504, Further Evidence for Reliability and Validity of the Triarchic Psychopathy Measure in a Forensic Sample and a Community Sample.

Bijlage 1:

Lijst met afkortingen van begrippen

Lijst met afkortingen van begrippen

ADHD	Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis
ASS	Autismespectrumstoornis
COTAN	Commissie Testaangelegenheden Nederland
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FMO	Forensisch milieuonderzoek
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GGzE	Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven
GZ	Gezondheidszorg
IFZ	Indicatiestelling forensische zorg
JD-Online	Justitiële Documentatie Online
LFPZ	Langdurige Forensische Psychiatrische Zorg
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NRGD	Nederlands Register Gerechtig Deskundigen
NVO	Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen
OvJ	Officier van justitie
PIJ	Plaatsing in een inrichting voor jeugdigen
PIQ	Performaal IQ
PJ	Pro justitia
PTSS	Posttraumatische stressstoornis
RC	Rechter-commissaris
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
Tbs	Terbeschikkingstelling
VIQ	Verbaal IQ
VVR	Vereniging van pro justitia rapporteurs
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WvSr	Wetboek van Strafrecht

Bijlage 2:

**Neuroloket:
neuropsychologische
functies en afwijkingen**

Neuroloket: neuropsychologische functies en afwijkingen

Uit wetenschappelijk onderzoek komt overtuigend bewijs naar voren dat er een relatie is tussen cognitieve functiestoornissen en (agressief) grensoverschrijdend gedrag. Door de wetenschappelijke ontwikkelingen op het gebied van de neurowetenschappen, maar ook door de vergrijzing van de bevolking, zal de vraag om neuro(psycho)logische expertise de komende jaren alleen maar toenemen. Voor pro justitia-rapporteurs is het van belang sensitief te zijn voor het bestaan van cognitieve functiestoornissen en zij moeten indien nodig verdiepend neuropsychologisch onderzoek (laten) uitvoeren.

Het NIFP beschikt over een neuroloket. Dit loket wordt bemand door een neuroloog en een klinisch neuropsycholoog en dient als laagdrempelige vraagbaak voor rapporteurs en medewerkers van het NIFP. De experts van het neuroloket kunnen meedenken over de indicatiestelling (voor verdiepend onderzoek), de forensische relevantie van eventuele cognitieve functiestoornissen, diagnostiek, het (al dan niet zelf) afnemen van testmateriaal, de interpretatie van testmateriaal, het formuleren van een vraagstelling of ondersteuning bij het afnemen van een gerichte (hetero)anamnese. Je kunt in overleg met de experts van het neuroloket bekijken in hoeverre je je bevoegd en bekwaam acht om het onderzoek zelf uit te voeren.

Als verdiepend neuropsychologisch of neurologisch onderzoek geïndiceerd is, wordt vanuit het NIFP en de medewerkers van het neuroloket gematcht naar een klinisch neuropsycholoog. De expertise van de klinisch neuropsycholoog betreft het gebied van de cognitieve functiestoornissen. Juist deze cognitieve functiestoornissen zijn van

groot belang in de pro justitia-rapportage, omdat ze een rol kunnen spelen in de doorwerking in het ten laste gelegde.

De klinisch neuropsycholoog krijgt een eigen benoeming en voert zelfstandig onderzoek uit, waarbij op consultatiebasis ook onderzoek kan worden verricht door een neuroloog of bijvoorbeeld beeldvormend onderzoek kan plaatsvinden. De klinisch neuropsycholoog integreert deze informatie in het rapport en beantwoordt de vraag of er sprake is van een neurologische aandoening, een psychogeriatrische aandoening of cognitieve functiestoornissen (vraag 1) en of deze stoornissen ook aanwezig waren ten tijde van het ten laste gelegde (vraag 2). Met de beantwoording van deze vragen wordt je als rapporteur voorzien van de informatie die nodig is om tot conclusies te komen over de diagnostiek, de doorwerking van de pathologie en het recidiverisico. Uiteraard dien je met de klinisch neuropsycholoog te overleggen over de doorwerking, maar de verantwoordelijkheid voor het beschrijven van de doorwerking ligt nadrukkelijk bij de rapporteur, die wordt geacht het geheel van pathologie (dus niet alleen cognitieve stoornissen), feiten en omstandigheden te overzien en bovendien de forensische expertise heeft.

Indicatie neuropsychologisch onderzoek

Zoals benoemd kun je als rapporteur laagdrempelig contact zoeken met het neuroloket voor overleg, maar dit vereist ook al een zekere sensitiviteit bij je voor het bestaan van cognitieve functiestoornissen. Aanwijzingen kunnen voortkomen uit het testpsychologisch onderzoek, klinische indrukken, informatie uit de voorgeschiedenis, het dossier of informatie verkregen van referenten. Aanwijzingen zijn sterk genoeg als er sprake is van langdurig disfunctioneren, niet als het gaat om incidenten. Het scoreprofiel op de WAIS-IV of WISC-V kan aanwijzingen geven voor cognitieve disfuncties die een nader neuropsychologisch onderzoek vereisen, maar dit hoeft niet altijd zo te zijn. Discrepanties in het profiel van de WAIS-IV en significant lagere resultaten op de indexen verwerkingsnelheid en werkgeheugen zijn signalen om uitgebreider onderzoek te overwegen. Andere aanwijzingen kunnen bijvoorbeeld zijn: een verandering in de persoonlijkheid, afwijkend of grensoverschrijdend gedrag dat zich voor het eerst voordoet op latere

leeftijd of wanneer uit de informatie blijkt dat sprake is van niet-aangeboren hersenletsel (NAH), langdurig bewustzijnsverlies, een coma of ernstig en langdurig middelengebruik.

Neuropsychologische screening

Wanneer je jezelf daartoe bekwaam acht, kun je naast het intelligentieonderzoek zelf ook enkele neuropsychologische tests afnemen als screening. Een dergelijke screening kan helpen bij het formuleren van hypothesen voor neuropsychologisch onderzoek. Denk hierbij aan de BRIEF-A, een vragenlijst naar het executief functioneren, die bij afname ook door een referent ingevuld moet worden. De AKTG kun je afnemen als screening voor onderpresteren, dus om te onderzoeken of een valide NPO wel mogelijk is.

Maar ook meer gerichte tests op aandacht, geheugen of andere cognitieve functies stelt het NIFP beschikbaar. Let wel: als er een indicatie is voor meer uitgebreid neuropsychologisch onderzoek door een klinisch neuropsycholoog, is het niet altijd wenselijk dat bepaalde tests al zijn afgenomen door de rapporteur. Doe dit indien mogelijk dan ook in overleg. Bij twijfel over de meerwaarde of mogelijkheden tot NPO kun je je wenden tot het neuroloket.

Inschakelen klinisch neuropsycholoog

Het neuroloket kan bemiddelen naar een klinisch neuropsycholoog op het moment dat verdiepend onderzoek geïndiceerd is. De regie over de inschakeling van een klinisch neuropsycholoog ligt bij het NIFP.

In de huidige situatie kan de rapporteur terecht bij het NIFP, waar de opdracht tot onderzoek is verstrekt. Je overlegt met het NIFP over het al dan niet inschakelen van een klinisch neuropsycholoog, waarna je van de opdrachtgever toestemming voor uitbreiding van het onderzoek kunt vragen. Na het ontvangen van toestemming wordt een klinisch neuropsycholoog ingeschakeld en benoemd. Mocht de opdrachtgever een neuropsychologisch onderzoek al op voorhand hebben aangevraagd, dan kan een NRGD-geregistreerd klinisch neuropsycholoog ingeschakeld worden. Deze voert dan zowel het totale pro justitia-onderzoek uit als het aanvullende

neuropsychologische onderzoek. In dat geval zal het NIFP zorgdragen voor een dubbele benoeming.

Aanvraag aanvullend onderzoek

Als er een indicatie voor aanvullend onderzoek is, is het van belang dat de rapporteur zo veel mogelijk relevante informatie verstrekt aan de klinisch neuropsycholoog. Denk hierbij aan:

- a. Algemene persoonsgegevens (onder andere nationaliteit, moedertaal indien niet Nederlands)
- b. Opleidings- en werkgeschiedenis (onder andere dubbures, hoogst afgeronde opleiding)
- c. Middelengebruik en medicatie (heden en verleden)
- d. Aanwijzingen voor niet-aangeboren hersenletsel (ongevallen, vechtpartijen, fysieke sporten)
- e. Aanvullende collaterale informatie (over zwangerschap, geboorte, vroege ontwikkeling, psychische/lichamelijke klachten, karakterveranderingen)
- f. Recente en eventuele oude resultaten van cognitief testonderzoek
- g. Eventuele resultaten van eerder beeldvormend onderzoek
- h. Hypotheses/vraagstelling

Hypotheses/vraagstelling

Een volledige aanvraag zorgt ervoor dat de klinisch neuropsycholoog een beeld krijgt van de te onderzoeken persoon en zijn achtergrond. De aanleiding voor het NPO en de vragen aan de klinisch neuropsycholoog moeten zo helder en scherp mogelijk gesteld worden om een duidelijk antwoord te krijgen. Naast de eerdergenoemde vraagstelling aan de klinisch neuropsycholoog vanuit de opdrachtgever, is het goed als de rapporteur ook specifieke vragen formuleert. Voorbeelden van vraagstellingen zijn:

- a. Is er sprake van cognitief verval?
- b. Is er bij de impulscontrole eventueel sprake van stoornissen met als basis een cerebrale disfunctie?
- c. Worden er problemen gevonden in de executieve functies (die bijvoorbeeld passen bij een frontaal syndroom)?

- d. Is er sprake van een (korte- of langetermijn)geheugenstoornis?
- e. Worden er neuropsychologische afwijkingen gevonden die verband houden met de alcohol- en/of drugsverslaving van de betrokkene?
- f. Wat is de (mate van) mentale flexibiliteit van de betrokkene?
- g. Worden er problemen met de 'theory of mind' gevonden?
- h. Is er sprake van achterstanden in de taalvaardigheden?

De klinisch neuropsycholoog beantwoordt de vraagstelling van de pro justitia-rapporteur en neemt hierin nadrukkelijk het bestaan van cognitieve functiestoornissen mee. Het is vervolgens aan jou om de forensische verstaalslag te maken van de conclusie van de neuropsycholoog naar het pro justitia-rapport. Je onderzoekt of en in welke mate een neuropsychologische afwijking kan hebben bijgedragen aan het gedrag ten tijde van het plegen van het ten laste gelegde. Je legt ook uit wat de effecten van de gevonden resultaten zijn op het dagelijks leven van de betrokkene indien dit forensisch relevant is. Hoe duidelijker de conclusie van de klinisch neuropsycholoog, hoe werkbaarder dit is voor de pro justitia-rapporteur.

Rapportage

De klinisch neuropsycholoog schrijft een neuropsychologische rapportage. Deze rapportage wordt beschikbaar gesteld als bijlage van het pro justitia-rapport. Je integreert de conclusies van het NPO in je rapport onder een apart kopje, bijvoorbeeld achter het intelligentieonderzoek.

Aanvullend medisch specialistisch onderzoek

In overleg met het NIFP kan besloten worden dat neurologisch (beeldvormend) onderzoek zinvol is als aanvulling op het neuropsychologisch onderzoek. Datzelfde kan bijvoorbeeld ook gelden voor klinisch genetisch onderzoek. Genetisch onderzoek wordt ingezet als er een vermoeden is van bijvoorbeeld het syndroom van Klinefelter, het syndroom van Prader-Willi of het Fragiele-X-syndroom. Het NIFP overlegt vervolgens met de opdrachtgever over de noodzaak. Een benoeming door de opdrachtgever is nodig om de genoemde onderzoeken uit te (laten) voeren.

Bijlage 3:

Informatie over risicotaxatie- instrumenten

Informatie over risicotaxatie-instrumenten

HCR-20^{V3}

Het eerste instrument ontwikkeld volgens de gestructureerde klinische methode is de HCR-20^{V3} (*Historical/Clinical/Risk Management-20*). De HCR-20^{V3} bestaat uit twintig items verdeeld over drie subschalen: de historische, klinische en risicohanteringsschaal, die respectievelijk verwijzen naar verleden, heden en toekomst. Het is een inmiddels wijdverbreid instrument, dat in diverse landen wordt gebruikt voor de klinische praktijk en researchdoeleinden. In Nederland is in 2001 een vertaalde en aangepaste versie tot stand gekomen. Internationale onderzoeksresultaten vanuit meer dan honderd studies geven aan dat de betrouwbaarheid en de validiteit bij de HCR-20^{V3} goed zijn. Nederlands onderzoek (De Vogel, 2005; Hildebrand, Hesper, Spreen & Nijman, 2005) wijst uit dat de HCR-20^{V3} het risico van geweld significant beter voorspelt dan de ongestructureerde klinische inschatting. De nieuwste versie van de HCR-20, de HCR-20^{V3}, schat in hoe hoog het risico van toekomstige geweld is en welke interventie en mate van beveiliging nodig zijn voor de patiënt. Dit wordt beschreven aan de hand van het Risk-Need-Responsivity Model. Daarbij geldt onder meer: hoe hoger het risico, hoe intensiever de behandeling en beveiliging moeten zijn (Andrews, 2012). Groot voordeel van de HCR-20^{V3} boven eerdere versies is dat de verschillende factoren een verschillende weging kunnen krijgen, waardoor er ook sprake kan zijn van een of meer factoren die, klinisch gewogen, als doorslaggevend worden ingeschat voor de kans op toekomstig geweld. De HCR-20^{V3} vat het item over eerder geweld breed op. Eerder geweld kan daarbij als item meetellen, waarbij het *eerdere geweld niet noodzakelijk tot een veroordeling geleid hoeft te hebben*. Opvallend is dat het item

‘psychopathie’ verdwenen is in HCR-20V3, maar nog wel terugkeert bij persoonlijkheidsstoornissen. Verder biedt de nieuwe versie concretere richtlijnen voor de codering, zijn enkele factoren samengevoegd of vervangen en meerdere items uitgesplitst in subfactoren. Ook kan voor elke factor aangegeven worden hoe relevant deze is voor het onderhavige risico. Het eindoordeel is in drieën opgedeeld: het risico van geweld, ernstig fysiek geweld en acuut geweld.

HKT-R

De HKT-R is de gereviseerde opvolger van de HKT-30. Het is een gestructureerd professioneel risicotaxatie-instrument ter ondersteuning van het klinisch gewogen eindoordeel over het risico van gewelddadige recidive van forensisch psychiatrische patiënten. Dit instrument bestaat uit 33 indicatoren en is opgebouwd uit drie clusters: het historische (twaalf indicatoren), klinische (veertien indicatoren) en toekomstcluster (zeven indicatoren). Alle indicatoren worden beoordeeld op een vijfpuntsschaal. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat de voorspellende waarde van de HKT-R vergelijkbaar is met die van de HCR-20 (Canton, Van der Veer, Van Panhuis, Verheul & Van den Brink, 2004a; Canton et al., 2004b). Evenals bij de HCR-20V3 is het item ‘psychopathie’ verdwenen.

SAPROF

De *Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk* (SAPROF) is een instrument om beschermende factoren in te schatten. Het kan alleen in samenhang met een algemeen risicoanalyse-instrument gebruikt worden, bijvoorbeeld de HCR-20V3 of de HKT-R. Uit twee retrospectieve onderzoeken is gebleken dat de dynamische SAPROF-factoren veranderbaar zijn tijdens de behandeling en dat de SAPROF een goede voorspellende waarde had. Dat wil zeggen dat uitbreiding van beschermende factoren gedurende de behandeling constructief bijdroeg aan een verminderde kans op recidive van een (seksueel) gewelddadig ten laste gelegde na behandeling. De voorspellende waarde nam nog toe als de SAPROF werd gecombineerd met de HCR-20V3 (De Vogel, De Ruiter, Bouman & De Vries Robbé, 2012; De Vries Robbé & De Vogel, 2011). Het

instrument is in tien talen vertaald en er lopen wereldwijd verschillende studies naar de bijdrage van de SAPROF aan het adequaat inschatten van het risico van geweld in de toekomst.

START

De *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)* is een instrument voor de kortetermijnbeoordeling (maximaal drie maanden) van risico's en behandelbaarheid, volledig gebaseerd op dynamische factoren. Hierbij wordt, behalve naar gewelddadig gedrag naar anderen, ook gekeken naar zelfbeschadigend gedrag, ongeoorloofde afwezigheid, middelenmisbruik en victimisatie. Zowel internationaal als Nederlands onderzoek toont aan dat het instrument significant voorspellende waarde heeft voor geweld naar anderen op de korte termijn en voor een succesvolle re-integratie (Braithwaite et al., 2010; Viljoen, Nicholls, Greaves, De Ruiter & Brink, 2011; Wilson, Desmarais, Nicholls & Brink, 2010). De START is vooral geschikt voor gebruik binnen een kliniek, maar kan eventueel ook in de ambulante setting gebruikt worden.

Risicotaxatie-instrument bij vrouwen

FAM

Als aanvulling op de HCR-20^{v3} is de *Female Additional Manual (FAM)* ontwikkeld. In vergelijking met de HCR-20^{v3} is de scoring op drie punten anders. Zo is de mogelijkheid toegevoegd om items te markeren die voor dit individu het belangrijkste zijn. Deze cruciale items kunnen tevens dienen als aandachtspunten dan wel doelstellingen voor de behandeling. Het is ook mogelijk om, behalve van het risico van geweld naar anderen, een inschatting te maken van het risico van zelfdestructief gedrag, victimisatie en niet-gewelddadig crimineel gedrag. Hoewel voor deze laatste aanvullende risicocategorieën vooralsnog nauwelijks empirische evidentie bestaat dat de FAM voorspellende waarde heeft, lijkt deze toevoeging voor klinisch gebruik waardevol. Ten slotte wordt het eindoordeel uitgedrukt aan de hand van een vijfpuntsschaal, evenals bij de HCR-20^{v3}: laag, laag-matig, matig, matig-hoog, hoog.

Risicotaxatie-instrumenten bij zedendelinquenten

STATIC, STABLE, ACUTE (SSA)

Hoewel er overlap is in risicofactoren met niet-seksueel gewelddadige delinquenten toont onderzoek aan dat specifieke factoren, zoals seksuele deviantie en eenzaamheid, van belang kunnen zijn bij het voorspellen van seksueel gewelddadig gedrag (Mann, Hanson & Thornton, 2010). Binnen de groep zedendelinquenten zijn er mogelijk echter ook weer verschillende factoren en dynamieken aanwijsbaar in verband met het voorspellen van seksueel gewelddadig gedrag. Zo zouden de factoren die voor pedoseksuelen gelden anders kunnen liggen dan voor verkrachters. Er zijn interessante wetenschappelijk ontwikkelingen gaande die mogelijk uitmonden in meer en andere instrumenten dan er momenteel zijn. In een grootschalig en langdurend onderzoek in Canada worden in dit verband zowel statische (STATIC-2007), stabiel dynamische (STABLE-2007) als acuut dynamische (ACUTE-2007) risicofactoren gecombineerd. De onderzoekresultaten naar deze SSA zijn veelbelovend (Hanson, Harris, Scott & Helmus, 2007). In Nederland is deze methodiek recentelijk op de markt gekomen en wetenschappelijk onderzoek is in meerdere instellingen gestart.

Bij de STATIC-99 worden slechts statische factoren gescoord. Uitgangspunt daarbij is dat die een krachtiger voorspeller zijn dan de meeste dynamische risicofactoren. Met de STATIC-99 wordt een soort baseline van het risico verkregen (Hanson & Thornton, 1999). De STATIC-99 wordt veelal in combinatie met de STABLE-2007 (stabele dynamische factoren) en/of ACUTE-2007 (acuut dynamische factoren) gebruikt (Van Beek, De Donker & De Ruiter, 2001).

Risicotaxatie-instrumenten bij interpersoonlijk en huiselijk geweld

SARA, B-SAFER

Deze instrumenten zijn toegespitst op het ontdekken van risicofactoren voor geweld tussen intieme partners. De SARA (*Spousal Assault Risk Assessment*) heeft een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en

een goede predictieve validiteit (Kropp, Hart, Webster & Eaves, 1999). De SARA maakt onderscheid tussen plegers met en zonder een geschiedenis van relationeel geweld en tussen degenen die wel of niet recidiveren. In het buitenland is dit instrument al gevalideerd (Kropp et al., 1999). In Nederland loopt er nog een onderzoek.

De B-SAFER (*Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk*) is een verkorte vorm van de SARA. De B-SAFER is een gestructureerde richtlijn voor het inschatten van het risico bij relationeel geweld. Het instrument bevat tien risicofactoren, onderverdeeld in twee delen. Deel I bevat vijf risicofactoren gerelateerd aan de pleger zijn verleden van relationeel geweld: ernstig lichamelijk/seksueel geweld, gewelddadige dreigementen of gedachten, escalatie, schending van voorwaarden of toezicht, negatieve opvattingen over huiselijk geweld. Deel II bevat vijf risicofactoren gerelateerd aan het psychologisch en sociaal functioneren van de pleger: andere ernstige delicten, relatieproblemen, problemen met betrekking tot werk en/of financiën, middelenmisbruik, psychische stoornis. Deze risicofactoren worden separaat gescoord voor het afgelopen jaar en voor het verleden (langer dan een jaar geleden). De scoring van de B-SAFER mondt uit in een eindoordeel over het onmiddellijke risico (binnen twee maanden), het langetermijnrisico (langer dan twee maanden) en het risico op extreem ernstig of dodelijk geweld. Deze oordelen worden gescoord als laag, matig of hoog.

Risicotaxatie-instrument bij stalking

SAM

De SAM (*Stalking Assessment and Management*) is een risicoanalyse-instrument gericht op stalking of belaging. Uit buitenlands onderzoek blijkt dat de validiteit van de SAM sterk is. Hoe hoger de score op de SAM, hoe groter de kans op recidiverend stalkinggedrag. Hetzelfde gold voor 'victim vulnerability'. De slachtoffers met een hoge score voor factoren in verband met victim vulnerability liepen meer kans opnieuw slachtoffer te worden.

SRP

Het doel van de *Stalking Risk Profile* (SRP) is clinici te helpen bij de beoordeling van stalkers door op een gestructureerde manier een inschatting te maken van het soort risico en de gradatie van het potentiële risico in een specifieke casus. De SRP maakt behalve van het risico op geweld ook een gestructureerde inschatting van het risico op volharding van stalking, terugval in stalking en psychosociale schade. Het instrument houdt rekening met de specifieke risicofactoren die van belang zijn bij stalking van publieke personen. Met behulp van de SRP komt de gebruiker uiteindelijk door middel van het gestructureerd professioneel oordeel tot een weging van het risico (laag, matig of hoog) per risicodomein (risico op geweld, volharding, terugval).

Risicotaxatie-instrument bij (licht) verstandelijk beperkten

DROS

De *Dynamic Risk Outcome Scale* (DROS) is ontwikkeld in een instelling specifiek voor forensische patiënten met een licht verstandelijke beperking. In een literatuuroverzicht werd overigens geconcludeerd dat instrumenten als de HCR-20V3 ook valide zijn voor licht verstandelijk beperkten (Van den Berg & De Vogel, 2011; Gray, Fitzgerald, Taylor, MacCullloch & Snowden, 2007; Niehoff, 2010). Waarschijnlijk kan de HCR-20V3 dan ook evengoed gebruikt worden voor deze groep met eventueel enkele aanvullende factoren, zoals het verkeerd interpreteren van sociale signalen en problemen met het herkennen van emoties (Niehoff, 2010).

Risicoanalyse bij verslaafden

Verslavingsproblematiek is vaak een belangrijke factor in het recidiverisico. Daarom wijden we hieraan een aparte paragraaf. In een rapport uit april 2012 doen Lammers, Nijman, De Haan, Soe-Agnie en Bakkum verslag van een onderzoek gebaseerd op een literatuurstudie en analyse van een bestaande dataset van recidive van al dan niet verslaafde ex-tbs'ers. Wat betreft de recidive van

seksueel en niet-seksueel geweld bestaat een kleine maar significante relatie met het gebruik van middelen. Als risicofactoren worden genoemd: ernst van de verslaving, verslavingsproblemen bij de ouders, beginleeftijd van gebruik, polydruggebruik, drugs dealen en drugs blijven gebruiken op oudere leeftijd. Ook combinaties van (cluster-B-) persoonlijkheidsstoornissen, psychoticisme, impulsief en vijandig gedrag of de aanwezigheid van een posttraumatische stressstoornis met middelengebruik enerzijds en verslaving anderzijds, brengen een hoog risico met zich mee. Daarnaast gelden ook de algemene risicofactoren voor recidive voor deze groep.

Het onderzoek onder ex-tbs'ers laat significante verschillen zien tussen wel en niet verslaafde patiënten. Bij verslaafden zijn vooral de dynamische factoren, gedrag en houding tijdens de behandeling en de verwachte psychosociale situatie na behandeling van belang, naast de historische factoren die een terugval in criminaliteit en geweld voorspellen. Bij niet verslaafde ex-tbs'ers zijn het voornamelijk de historische factoren die het risico op toekomstig geweld bepalen.

Bijlage 4:

Gedragcode NRGD

Gedragcode NRGD

1. I. Toepassingsbereik

1. De gedragscode is op u als geregistreerde deskundige van toepassing.
2. De gedragscode is ook op u van toepassing indien u bij benoeming of overeenkomst gehouden bent deze na te komen.

2. II. Verplichtingen voor de deskundige

1. Draag met zorgvuldig onderzoek en verslag ertoe bij om bovenal de desbetreffende gerechtelijke instantie tot een weloverwogen oordeel over de strafzaak te laten komen.
2. Handel integer, onafhankelijk en onpartijdig; informeer uw opdrachtgever zo spoedig mogelijk indien (de schijn van) belangenverstremgeling verondersteld kan worden.
3. Blijf binnen de grenzen van uw opdracht en van uw deskundigheid.
4. Meld iedere van belang zijnde (poging tot) beïnvloeding van de uitvoering van uw opdracht.
5. Draag zorg voor de vereiste kwaliteit van het onderzoek.
6. Behandel het onderzoeksmateriaal en de gegevens vertrouwelijk en met de vereiste professionele zorg; houd deze voor zover mogelijk beschikbaar voor tegenonderzoek of nader onderzoek.
7. Draag zorg voor een begrijpelijk, deugdelijk gemotiveerd, controleerbaar en tijdig beschikbaar verslag; wees bereid uw verslag ter toetsing aan vakgenoten voor te leggen.
8. Vul een uitgebracht verslag aan voor zover vereist op grond van u bekende nadere informatie of nadere ontwikkelingen.

9. Informeer direct de opdrachtgever indien u meent dat op grond van het gebruik van uw verslag een gerechtelijke dwaling is geschied of dreigt te geschieden.
10. Onderhoud en ontwikkel uw vakbekwaamheid.

3. III. **Uitwerking van de verplichtingen voor de deskundige** (verwezen wordt naar de onder II opgenomen verplichtingen)

Ad II.1

Draag met zorgvuldig onderzoek en verslag ertoe bij om bovenal de desbetreffende gerechtelijke instantie tot een weloverwogen oordeel over de strafzaak te laten komen.

- U brengt naar waarheid, in volledigheid en naar beste inzicht verslag uit om zodoende te bereiken dat mede op grond van uw verslag recht gedaan kan worden.
- U verzoekt bij onduidelijkheden in de opdracht de opdrachtgever zo spoedig mogelijk om een schriftelijke verheldering
- U volbrengt uw taak zo goed mogelijk. Hiervoor kan het noodzakelijk zijn om derden-deskundigen in te schakelen. Indien u uw opdracht uitvoert in samenwerking met andere deskundigen is niet vereist dat deze laatsten ook in het register van het NRGD zijn opgenomen; voorkeur verdient het echter wel. U blijft persoonlijk verantwoordelijk voor het door u uitgebrachte verslag, ook als u zich door derden-deskundigen laat bijstaan. Uw eigen oordeel is in dat geval herkenbaar in het verslag.
- U neemt nauwgezet de door u gebruikte bronnen, waaronder die van derden-deskundigen, op in uw eigen verslag. Het doel hiervan is de gebruiker duidelijk te maken hoe het verslag tot stand is gekomen.

Ad II.2

Handel integer, onafhankelijk en onpartijdig. Maak aan uw opdrachtgever zo spoedig mogelijk bekend indien (de schijn van) belangenverstremgeling verondersteld kan worden.

- U bent niet bevooroordeeld en vooringenomen.
- U bent onpartijdig. Dat betekent dat u ook de schijn van partijdigheid moet voorkomen.
- U vermijdt iedere (schijn van) belangenverstremgeling. Deze kan verondersteld worden indien belangen een rol spelen, anders dan die financiële belangen die te maken hebben met een gangbare betaling voor het deskundigenonderzoek.
- U meldt ook iedere vorm van (eerdere) betrokkenheid bij de desbetreffende strafzaak direct schriftelijk aan uw opdrachtgever. Deze informatie is van eminent belang voor het al dan niet inzetten van u als deskundige.

Ad II.3

Blijf binnen de grenzen van uw opdracht en van uw deskundigheid.

- U vermeldt uw NRGD-registratie in uw verslag en voor welk (deel)deskundigheidsgebied de registratie geldt.
- U meldt direct schriftelijk, onder opgave van redenen, aan uw (potentiële) opdrachtgever indien de (te geven) opdracht niet binnen de grenzen van uw deskundigheid valt.
- U rapporteert in beginsel binnen de (vraagstelling van de) opdracht. Dit is alleen anders indien u op grond van uw deskundigheid van oordeel bent dat u buiten de vraagstelling opmerkingen dient te maken die van belang zijn voor de beoordeling van de zaak.

Ad II.4

Meld iedere van belang zijnde (poging tot) beïnvloeding van de uitvoering van uw opdracht.

- U meldt iedere (poging tot) beïnvloeding van enig gewicht direct schriftelijk aan uw opdrachtgever. U neemt die melding ook op in uw verslag.

Ad II.5

Draag zorg voor de vereiste kwaliteit van het onderzoek.

- U vermeldt zo mogelijk de gebruikte methode(n) en de eventuele beperkingen ervan in uw verslag.
- U vermeldt in uw verslag indien u tot geheimhouding van de gebruikte methode(n) genoodzaakt bent.
- U maakt voor de uitvoering van de opdracht uitsluitend gebruik van geschikte methoden, apparatuur en materialen.
- U meldt zo spoedig mogelijk indien u niet kunt beschikken over de vereiste faciliteiten, apparatuur of uitrusting. Voorgaande omstandigheden kunnen betekenen dat u de opdracht moet teruggeven.
- U meldt direct schriftelijk, onder opgave van redenen, indien zich naar uw oordeel klemmende omstandigheden voordoen wdie het vervullen van uw opdracht in de weg staan.
- U neemt in uw verslag op indien de bevindingen kunnen leiden tot uiteenlopende interpretaties of conclusies. U geeft daarbij aan welke u op grond van uw deskundigheid de meest aannemelijke vindt.
- U verricht uw werkzaamheden met inachtneming van de in de uitoefening van uw beroep geldende regels en normen. U informeert uw opdrachtgever schriftelijk indien u hiervan afwijkt. Het kan hier gaan om regels en normen van

instituties of (beroeps)verenigingen waarvan u deel uitmaakt respectievelijk lid bent.

Ad II.6

Behandel het onderzoeksmateriaal en de gegevens vertrouwelijk en met de vereiste professionele zorg. Houd deze voor zover mogelijk beschikbaar voor tegenonderzoek of nader onderzoek.

- U vergaart, indien het onderzoek dat vereist, persoonlijk het noodzakelijke onderzoeksmateriaal of laat dit (mede) onder uw verantwoordelijkheid doen.
- U waarborgt de vertrouwelijkheid van het onderzoeksmateriaal en de onderzoeksgegevens. Van deze strikte eis kan slechts afgeweken worden indien de opdrachtgever uitdrukkelijk schriftelijk toestemming heeft gegeven om bepaalde gegevens vrij te geven, of indien u bij wet bevoegd of verplicht bent om bepaalde gegevens aan een met name genoemde persoon of (gerechtelijke) instantie beschikbaar te stellen. Voorts is het gebruik van gegevens voor wetenschappelijke doeleinden toegestaan, echter zonder dat de identiteit van de onderzochte bekend wordt.

Ad II.7

Draag zorg voor een begrijpelijk, deugdelijk gemotiveerd, controleerbaar en tijdig beschikbaar verslag. Wees bereid uw verslag ter toetsing aan uw vakgenoten voor te leggen.

- U stelt uw verslag zodanig op dat het controleerbaar is voor een andere deskundige op uw vakgebied. Deze verplichting houdt ook in dat u bereid bent gegevens die u heeft verzameld in het onderzoek ter beschikking te stellen, ook als deze niet door u zijn gebruikt.

- U vermeldt in uw verslag indien u tot geheimhouding van gebruikte onderliggende stukken genoodzaakt bent.
- U meldt zo spoedig mogelijk schriftelijk en onder opgave van redenen aan uw opdrachtgever indien u uw verslag niet tijdig kunt verstrekken. Daarbij geeft u aan welke inleverdatum haalbaar is.

Ad II.8 en II.9

ad II.8 Vul een uitgebracht verslag aan voor zover vereist op grond van u bekende nadere informatie of nadere ontwikkelingen.

ad II.9 Informeer direct de opdrachtgever indien u meent dat op grond van het gebruik van uw verslag een gerechtelijke dwaling is geschied of dreigt te geschieden.

- U meldt in voorkomend geval direct schriftelijk aan uw (toenmalige) opdrachtgever, dat u, na het uitbrengen van uw verslag, kennis heeft genomen van nieuwe van belang zijnde gegevens of gewijzigde inzichten of ontwikkelingen die, waren deze eerder aan u bekend geweest, tot andere resultaten en/of conclusies hadden geleid.
- U meldt een aantoonbaar verkeerde uitleg van uw verslag schriftelijk aan uw (voormalige) opdrachtgever.
- Deze twee verplichtingen kunnen bezwaarlijk aan een bepaalde tijdsduur verbonden worden. Van de deskundige wordt verwacht hier zorgvuldig mee om te gaan.

Ad II.10

Onderhoud en ontwikkel uw vakbekwaamheid.

U verplicht zich om state of the art te blijven onderzoeken en rapporteren. Dit betekent dat u uw (forensische) deskundigheid onderhoudt en ontwikkelt conform de daarvoor geldende normen.

4. IV. Slotbepalingen

Deze gedragscode wordt aangehaald als: Gedragscode NRGD.

Bijlage 5:

**Gedragsbeïnvloedende
en vrijheidsbeperkende
maatregel (GVM)**

Gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel (GVM)

Over welke maatregel hebben we het?

Antwoord

De gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel (GVM).

Hoe zit het juridisch?

De maatregel is te vinden in artikel 38z en verder van het Wetboek van Strafrecht. Tevens zijn enkele voorgaande artikelen door een schakelbepaling van overeenkomstige toepassing.

Wat betekent dit voor de adviesrapportage?

Mocht de GVM worden geadviseerd, dan zou deze als volgt kunnen worden aangehaald: de gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel (GVM) conform artikel 38z van het Wetboek van Strafrecht.

Zijn er valkuilen?

De GVM wordt (ook door rechters!) per abuis soms de GBM genoemd. De GBM is echter een maatregel in het jeugdstrafrecht.

Wat houdt de maatregel in?

Antwoord

Reclasseringstoezicht, waaraan nagenoeg alle denkbare voorwaarden kunnen worden verbonden, die gaat lopen na ommekomst van een (deels voorwaardelijke) gevangenisstraf of een tbs (zowel met voorwaarden als met verpleging), indien een rechter in een later stadium (na advisering) de tenuitvoerlegging van die GVM bepaalt (er volgt dus altijd eerst een nieuwe rechterlijke zitting). Dit toezicht (met voorwaarden) kan voor een periode van twee, drie, vier of vijf jaar worden opgelegd en deze periodes kunnen telkens worden verlengd, na rechterlijke toetsing. Het toezicht kan dus in theorie levenslang duren. Bij overtreding van de voorwaarden kan detentie volgen, tot maximaal 6 maanden per periode (de stok achter de deur is dus aanzienlijk dunner dan bij een tbs). Door deze detentie eindigt de maatregel echter niet, deze wordt enkel opgeschort.¹²

Hoe zit het juridisch?

In artikel 38ab Sr staan de voorwaarden opgesomd die aan de tenuitvoerlegging van de maatregel kunnen worden verbonden. Denk aan een middelenverbod en controle daarop, opname in een zorginstelling, verplichting tot behandeling, verblijf in begeleid wonen/maatschappelijke opvang, deelname aan gedragsinterventie, verbod op vrijwilligerswerk van bepaalde aard, locatie- of contactverbod (plaats- of tijdstipgebonden),

¹² Dan zou de situatie ontstaan dat er nog wel een GVM loopt, maar er (omdat de maximale periode van 6 maanden is uitgezeten) geen stok achter de deur meer is. De minister heeft daarop, nog in de fase van de wetsvoorbereiding, in antwoord op Kamervragen gesteld dat het OM dan een vordering zou kunnen doen om een nieuwe periode in te laten gaan. Het is echter maar de vraag of dit juridisch houdbaar is (en/of rechters hiermee akkoord gaan). De toekomst zal het leren.

uitreisverbod, vestigingsverbod of een verhuisplicht. Tevens is er een restcategorie ('overige voorwaarden die het gedrag van betrokkene betreffen'). Dwangmedicatie behoort niet tot de mogelijkheden.

Wat betekent dit voor de adviesrapportage?

De GVM is een van de maatregelen die behoren tot het (steeds groter wordende) sanctiepallet van de strafrechter. Mocht een casus aanleiding geven om de GVM te adviseren, dan kan dit prima binnen de huidige PJ-vraagstelling. In een volledige PJ-rapportage wordt daarnaast ook ingegaan op alternatieven voor het advies, mocht een GVM zijn overwogen maar niet worden geadviseerd, dan kan deze overweging ook worden weergegeven.

Zijn er valkuilen?

Doordat de GVM door zijn aard en bedoeling pas ten uitvoer kan worden gelegd óf na een gevangenisstraf óf na een tbs, kan de rapporteur onmogelijk ten behoeve van de oplegging adviseren over de inhoud van de voorwaarden, omdat deze afhankelijk zijn van de toekomstige situatie. In die zin is de GVM een vangnet, mocht het in de toekomst mogelijk zijn, dan kan de rechter deze ten uitvoer leggen. Van de rapporteur wordt dus niet gevraagd in de toekomst te kijken, te zijner tijd zullen een nieuwe (reclasserings)rapportage en rechterlijk oordeel volgen. Het gebrek aan een glazen bol is dus geen reden om af te zien van het adviseren van de GVM. Je zou het zelfs kunnen omdraaien: doordat niemand weet wat er in de toekomst gebeurt, kan de GVM in een veelvoud van casus van toegevoegde waarde zijn. Is de GVM niet nodig, dan volgt er simpelweg geen tenuitvoerlegging.

Dus er is een verschil tussen het moment van opleggen en het moment van ten uitvoer leggen?

Antwoord

Ja dat klopt, dat is een bijzondere (en tamelijk unieke) eigenschap van de GVM. De GVM moet worden opgelegd bij het veroordelend vonnis (of arrest), maar voor de tenuitvoerlegging is in de toekomst opnieuw een rechterlijke beslissing nodig.

Hoe zit het juridisch?

Het moment van oplegging staat beschreven in artikel 38z Sr, het moment van tenuitvoerlegging staat beschreven in artikel 38aa Sr.

Wat betekent dit voor de adviesrapportage?

Van een rapporteur wordt zeker niet verwacht dat hij uitspraken doet over de noodzaak van de tenuitvoerlegging in de toekomst, maar wel dat hij motiveert waarom het goed is dat in de toekomst de mogelijkheid van tenuitvoerlegging zou bestaan.

Zijn er valkuilen?

De grote valkuil is dat als de GVM bij het veroordelend vonnis (of arrest) niet is opgelegd, deze later ook nooit ten uitvoer kan worden gelegd, hoe noodzakelijk deze dan ook zal zijn.

Voor welke feiten kan de GVM worden opgelegd?

Antwoord

Dat ligt aan de sanctie die naast de GVM wordt opgelegd. Als de GVM wordt gecombineerd met een tbs (zowel verpleging, al dan niet gemaximeerd, als met voorwaarden), kan de GVM voor elk tbs-waardig feit worden opgelegd (dus ook voor niet geweldsdelicten, zoals belaging). Wordt de GVM echter opgelegd

naast een (al dan niet deels voorwaardelijke) gevangenisstraf, dan moet het - kort gezegd - gaan om een geweldsdelict waarop minimaal 4 jaar gevangenisstraf staat of specifieke zedendelicten (zie hiernaast), of om afpersing (zuiver theoretisch zou wellicht een afpersing denkbaar zijn die niet als geweldsdelict wordt gezien, door afpersing expliciet te noemen wordt waarschijnlijk discussie voorkomen).

Hoe zit het juridisch?

De juridische basis is terug te vinden in artikel 38z, eerste lid. De specifieke zedendelicten waarvoor de GVM kan worden opgelegd naast een gevangenisstraf zijn: kinderporno-delicten (240b Sr), aanwezigheid bij ontucht (248c Sr), een jeugdige getuige laten zijn van seksuele handelingen (248d Sr), grooming (248e Sr), dwingen tot ontucht met een derde (250 Sr) en mensenhandel (273f Sr). Voor oplegging van de GVM is geen stoornis of verminderde toerekenbaarheid vereist, maar deze staan hem ook niet in de weg.

Wat betekent dit voor de adviesrapportage?

Er bestaat geen noodzaak voor de rapporteur om de juridische basis te onderbouwen in de rapportage, maar je moet je er wel van vergewissen dat het een casus betreft waarin de maatregel überhaupt juridisch tot de mogelijkheden behoort.

Zijn er valkuilen?

Zorg voor zekerheid over de vraag of de GVM wel of niet kan worden opgelegd. Daartoe kun je altijd contact zoeken met een jurist van het NIFP. De GVM kan, bij meerdere feiten, worden geadviseerd als één van de feiten voldoet aan de criteria.

Maakt het uit wanneer de feiten gepleegd zijn?

Antwoord

Ja, de GVM kan niet worden opgelegd voor feiten die volledig zijn gepleegd voor 1 januari 2018.

Hoe zit het juridisch?

De stand van zaken in de huidige Nederlandse jurisprudentie bevestigt dat de GVM niet kan worden opgelegd voor feiten van voor 1 januari 2018. Zie <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:GHDHA:2019:848&showbutton=true&keyword=ECLI%3aNL%3aGHDHA%3a2019%3a848>

Wat betekent dit voor de adviesrapportage?

De rapporteur dient zich ervan te vergewissen dat de feiten (indien bewezen) in ieder geval deels van latere datum zijn dan 1 januari 2018.

Zijn er valkuilen?

Er is eerdere jurisprudentie van een rechtbank waarin een GVM is opgelegd voor feiten van ver voor 1 januari 2018. Deze uitspraak is echter vernietigd door het Hof (zie de link hiernaast). De valkuil is dus om af te gaan op deze eerste jurisprudentie (die wel gepubliceerd is), maar niet meer accuraat.

Waarom hoor ik zo weinig over de GVM?

Antwoord

Dit heeft meerdere redenen. In de eerste plaats is de GVM relatief nieuw en is er, bijvoorbeeld vanuit het NIFP, geen actieve voorlichting over gegeven. In de tweede plaats is de GVM onder rechters (nog) niet zo populair. Het wordt gezien als een Haagse

maatregel en uitspraken waarin de GVM worden opgelegd zijn tot op heden schaars. In de derde plaats is een reclasseringsrapportage die ziet op de GVM vereist, ook bij de reclassering is de kennis niet altijd aanwezig.

Hoe zit het juridisch?

Twee voorbeelden van uitspraken waarin de GVM is opgelegd door de rechter (dit zegt dus nog niks over de tenuitvoerlegging in de toekomst) zijn: <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBNHO:2019:3509&showbutton=true&keyword=ECLI%3aNL%3aRBNHO%3a2019%3a3509> en <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBGEL:2019:2778&showbutton=true&keyword=ECLI%3aNL%3aRBGEL%3a2019%3a2778+>

Wat betekent dit voor de adviesrapportage?

Het is goed om te beseffen dat niet alle rechters even goed ingevoerd zijn in de GVM. Dit betekent dat het verstandig is om nadrukkelijk de toegevoegde waarde van de GVM te motiveren. De rapporteur neemt hier, hoewel wat oneigenlijk, dus ook een voorlichtende rol in. Hieronder is een voorbeeldtekst opgenomen die je hiervoor zou kunnen gebruiken.

Zijn er valkuilen?

Gek genoeg is de rol van de PJ-rapporteur bij het adviseren van de GVM niet in de wet vastgelegd, maar die van de reclassering wel. Een vereiste voor oplegging is dan ook dat er een reclasseringsrapportage is die ziet op de GVM. Aanbevolen is dus om dit te bespreken in het contact met de reclassering en ook het noemen ervan in de PJ-rapportage kan zeker geen kwaad.

In welke casussen zou ik kunnen denken aan de GVM?

Antwoord

De wetgever dacht aan situaties waarbij de betrokkene (bijvoorbeeld door weigering mee te werken aan onderzoek) wordt afgestraft, maar waarbij er na detentie toch toezicht/voorwaarden nodig zouden kunnen zijn, of aan situaties van een gemaximeerde tbs met verpleging (maximaal 4 jaar) en zorgen over het recidiverisico na die termijn. Maar de GVM zou ook kunnen worden overwogen in situaties waarbij het zou kunnen zijn dat de tbs met voorwaarden (duur 9 jaar) in relatie tot de problematiek van onvoldoende duur is of als alternatief in situaties waarbij de tbs een brug te ver lijkt. Ten slotte kan de GVM ook in het voordeel zijn voor een betrokkene als deze naast een tbs wordt opgelegd. Immers zou dan wellicht in een eerder stadium het stempel van de tbs eraf kunnen, omdat de voorwaarden/het toezicht ook binnen de GVM kunnen worden vormgegeven.

Hoe zit het juridisch?

Indien aan de juridische voorwaarden is voldaan, kan de GVM in elke casus worden opgelegd. De discussie is open voor wat betreft de mogelijkheid van een ontoerekenbare met een tbs in combinatie met GVM. De wet sluit het niet uit. De combinatie lijkt wél oneigenlijk, omdat de sanctie bij niet naleving van de GVM-voorwaarden bestaat uit hechtenis en dat verhoudt zich niet met een ontoerekenbare dader. Anderzijds moet de tenuitvoerlegging van de GVM op grond van de actualiteit beoordeeld worden, dus in dit geval na ommekomst van de tbs. Het gaat dan niet meer om verantwoordelijkheid voor het gepleegde strafbare feit, maar om verantwoordelijkheid voor het actuele gedrag dat al dan niet gevaar veroorzaakt. Daar speelt de toerekening beperkt een rol, tenzij de stoornis nog steeds allesoverheersend is.

Wat betekent dit voor de adviesrapportage?

Het is zaak om altijd goed te motiveren waarin en waarom de meerwaarde van de GVM wordt gezien.

Zijn er valkuilen?

Het gedragsdeskundige en het juridische perspectief kunnen uiteenlopen. Waar het voor een gedragsdeskundige (of reclasseringswerker) logisch kan zijn om een mogelijkheid aan de voorkant te creëren, zodat nadien, indien nodig, aan de achterkant de GVM ten uitvoer kan worden gelegd, kan een jurist (rechter, advocaat) dit vanuit zijn perspectief zien als een stapeling van maatregelen die belastend kunnen zijn voor de betrokkene. Zaak is dus om vanuit het gedragsdeskundige perspectief, als de meerwaarde wordt gezien, ook te beschrijven wat de toegevoegde waarde voor de betrokkene is.

Zijn er ook alternatieven?

Antwoord

Zeker, in de advisering kunnen in een casus andere sancties uit het palet beter passen. Ook heeft de rechter of verantwoordelijke voor de tenuitvoerlegging in de tenuitvoerleggingsfase van bijvoorbeeld een tbs of een gevangenisstraf soms andere methoden tot zijn beschikking die gedrag kunnen controleren. Denk aan de VI bij een gevangenisstraf, eventueel met onbeperkte proeftijdverlenging of aan de huidige mogelijkheid (per 1 januari 2017) dat de voorwaardelijke beëindiging van de tbs met verpleging levenslang kan duren. Ook zouden de nieuwe mogelijkheden uit de Wet forensische zorg (vanaf 1 januari 2020) mogelijke alternatieven bieden.

Hoe zit het juridisch?

VI en proeftijd verlengen: artikel 15c Sr. Voorwaardelijke beëindiging tbs: artikel 38j Sr. Mogelijkheden Wet forensische zorg (toekomstig) artikel 2.3 Wet forensische zorg.

Wat betekent dit voor de adviesrapportage?

Advisering is maatwerk, maar de nadrukkelijke bespreking en verwerping van alternatieven voor het advies maken de onderbouwing van het uiteindelijke advies per definitie sterker.

Zijn er valkuilen?

Van een rapporteur wordt, door alle uitbreidingen in wetgeving, steeds meer kennis op het gebied van het sanctierecht verwacht. De valkuil zou de gedachte zijn dat de rapporteur er alleen voor staat. Je kunt altijd contact zoeken met een jurist of andere collega van het NIFP om mee te denken over de mogelijkheden.

Voorbeeldteksten motivering GVM (ter inspiratie).

Naast tbs:

Naast de [tbs met voorwaarden/tbs met verpleging] wordt geadviseerd om aan de betrokkene een gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel (GVM) op te leggen conform artikel 38z van het Wetboek van Strafrecht. Met deze maatregel kan de betrokkene, na ommekomst van de tbs-maatregel, in een forensisch kader worden ondersteund, begeleid en gemonitord door de reclassering. De GVM kan na beëindiging van de tbs-maatregel op vordering van het Openbaar Ministerie door de rechtbank ten uitvoer worden gelegd voor de duur die nodig is en met de voor de betrokkene benodigde voorwaarden (maatwerk). Indien nodig kan deze maatregel worden verlengd.

Dit aanvullende kader biedt samen met de geadviseerde tbs-maatregel een ruimer forensisch vangnet richting resocialisatie. Het vermindert daarmee de kans op het vastlopen van een langdurig begeleidingstraject, doordat het bewandelen van een alternatieve route mogelijk wordt gemaakt. Dit zou betekenen dat de begeleiding, indien deze ook na een tbs-traject nodig blijkt, niet afhankelijk is van civielrechtelijke monitoringsopties. Daarbij kan de GVM ook nadrukkelijk een alternatief bieden als blijkt dat voor het benodigde begeleidingsniveau niet langer een tbs-kader noodzakelijk is. Voor de betrokkene zou dit kunnen betekenen dat het toezicht in een minder ingrijpend kader zou kunnen worden voortgezet, indien daar aanleiding toe zou bestaan. Hiermee wordt op geen enkele wijze een voorschot genomen op wat in de toekomst de uitkomsten van de behandeling zijn. De maatregel wordt geadviseerd, omdat het de werkbaarheid en de doelmatigheid van forensische behandeling en begeleiding ten goede komt. Het is zinnig om aan de voorkant de mogelijkheid te creëren voor een eventueel alternatief traject aan de achterkant. Het enkele bestaan van deze mogelijkheid kan daarmee op zichzelf genomen al van toegevoegde waarde zijn.

Naast GS:

Aan de betrokkene wordt geadviseerd een gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel (GVM) op te leggen conform artikel 38z van het Wetboek van Strafrecht. Met deze maatregel kan de betrokkene, na ommekomst van de gevangenisstraf (indien een bewezenverklaring en oplegging hiervan zou volgen), in een forensisch kader worden ondersteund, begeleid en gemonitord door de reclassering. De GVM kan op vordering van het Openbaar Ministerie door de rechtbank ten uitvoer worden gelegd voor de duur die nodig is en met de voor de betrokkene benodigde voorwaarden (maatwerk). Indien nodig kan deze maatregel worden verlengd.

Dit aanvullende kader biedt een ruimer forensisch vangnet richting resocialisatie dan de mogelijkheden binnen de VI. Het vermindert daarmee in de toekomst mogelijk de kans op recidive. Hiermee wordt op geen enkele wijze een voorschot genomen op wat in de toekomst de omstandigheden zijn van de situatie van de betrokkene. Het is zinnig om aan de voorkant de mogelijkheid te creëren voor een eventueel alternatief traject aan de achterkant.

Bijlage 6:

**Testmateriaal
forensisch
psychologisch
onderzoek**

Testmateriaal forensisch psychologisch onderzoek

Symptoomvaliditeit en testattitude

AKTG
ToMM Test
SIMS
Supernormality Scale-Revised
(SS-R)
VAT-E

Intelligentie

WAIS-IV
WISC-V
GIT-II
SON-R 6-40 (anderstaligen)
NLV
SKIL
ADAPT
Raven's 2

Klachten/psychopathologie

SCL-90-S
MINI Plus
BDI-II-NL
BSI

Persoonlijkheid

EPPS
NKPV
(V)TCI
NPV-2-R
MMPI-II
MMPI-II RF
VKP-5
NEO-PI-3
NEO-FFI-3
SWAP

(Semi)gestructureerde interviews

STIP-5.1
SCID 5-P
SCID 5-S
SCID-D

Coping

CISS
CERQ
FEEL E

Zelfredzaamheid

ADAPT
SEO-R5
SRZ-P
ESSEON/R

Traumatisering

ZIL
DES
DIS-Q
SCID-D
KIP
Checklist schokkende
gebeurtenissen PTSS

Agressie

STAXI-2

ADHD

DIVA
ADHD-checklist
Zelfrapportage vragenlijst J.J.S.
Kooij

Autismespectrumstoornis

DSM-5 - ASS
AQ (ook PDD-SQ genoemd)
SRS-A
Faux-pas-test
Eetproblemenlijst
Kwaliteitenlijst
ASDASQ
Dewey story/strange stories
SQ Systemizing Quotiënt

SIT Sociale Interpretatie
Test
Thematic Apperception Test (TAT)
Complexe figuur van Rey

Psychopathie

PCL-R (alleen Engelstalig nog te
verkrijgen)
PPI-R

Projectief materiaal

TAT
Projective Storytelling Card van
Caruso
ZALC
ZAT
R-PAS (Rorschach Performance
Assessment System)
Columbus

Neuropsychologisch

MMSE
MOCA
K-SNAP
VAT
15 WT
RCFT
D2
LLT
Stroop kleur-woordtest
D-KEFS
BADs volwassenen
BRIEF-A
WCST

CDT
RBMT
VLGT
VMI-Beery

Risicotaxatie-instrumenten

HKT-R
HCR-20 V3
Static/Stable/Acute (SSA)
FAM
Stalking Risk Profile
Fare
SAPROF

Jeugd

ADHD-vragenlijst (AVL)
GKS-II
GVL
FRT
OBVL
VGFO
NOSI
SEV
CBCL
FEEL KJ
YPI jeugd
VISK
SRS-2 (jeugdversie)
MMPI-A
ESSEON-R
NPV Junior-3
CBSA
PCL YV
SAPROF-YV

J-SOAP
SAVRY
BADS-C
ARIJ
Theory of Mind test-R (ToM
test-R)
Columbus
RAF-GGZ jeugdversie
WISC-V Pearson
ADAPT
15-Woordentest Jeugd

Is een uitgave van:

**Forensisch psychologisch onderzoek
en rapportage in het strafrecht
volwassenen en jeugdigen**

Maart 2022 | 22400797

© Ministerie van Justitie en Veiligheid,
Dienst Justitiële Inrichtingen,
NIFP

Bij de vorige uitgave van de NIFP-richtlijn in 2018 schreven wij dat de richtlijn geen statisch document is, maar telkens aanpassing en verbetering behoeft. Welnu, nog geen vier jaar later verschijnt alweer de derde druk van de richtlijn voor het forensisch psychologisch onderzoek.

De aanpassingen in deze richtlijn zijn minder ingrijpend dan bij de vorige uitgave het geval was, maar de ontwikkelingen op het gebied van risicotaxatie en (heruitgaven van) psychologische tests bij volwassenen en jeugdigen gaan snel. De formats voor de psychologische rapportages bij volwassenen zijn aangepast aan de Wet forensische zorg, met veranderde adviesmogelijkheden en specifiekere vraagstellingen. In het bijzonder heeft de commissie NIFP-richtlijn aandacht besteed aan neuropsychologisch onderzoek, dat steeds meer terrein wint binnen ons vakgebied. Een tweede belangrijke verandering in deze derde uitgave van de NIFP-richtlijn is de herziening van het aantal psychologische tests. De commissie heeft verouderde tests geschrapt en de state of the art tests beschreven in categorieën, zoals symptoomvaliditeit, intelligentie, risicotaxatie en stoornissen. De tests zijn onderverdeeld in tests voor jeugdigen en voor volwassenen. Tot slot is in de herziene richtlijn veel aandacht besteed aan privacywetgeving en hoe om te gaan met informatie van derden en inzage- en correctierecht.

De commissie NIFP-richtlijn heeft meerdere experts op specifieke gebieden geraadpleegd en de conceptversie is voorgelegd aan de relevante beroepsverenigingen. We verwijzen naar hoofdstuk 4 voor een uitvoerige verantwoording van de werkwijze bij de onderhavige NIFP-richtlijn. Het NIFP biedt met deze richtlijn ruime handvatten om het werk als pro justitia-rapporteur op een kwalitatief hoog niveau te verrichten. De richtlijncommissie zal uiteraard ook in de komende tijd de ontwikkelingen binnen ons vakgebied nauwgezet volgen.