

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

2464

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

Mededeling van Staatssecretaris **Teeven** (Veiligheid en Justitie) (ontvangen 8 juli 2014)

Vraag 1

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

Vraag 2

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

Vraag 3

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

Vraag 4

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

Vraag 5

In het proefschrift worden verschillende (succesvolle) risicotaxatie-instrumenten genoemd en beoordeeld (Static-2002R en Static-99R); bent u bekend met de genoemde instrumenten en in het bijzonder met de Static

instrumenten? Zo ja, bent u bereid nader onderzoek te doen naar het succes en de toepasbaarheid hiervan in Nederland?

Vraag 6

Deelt u de mening dat voor de juiste werking van de genoemde risicotaxatie-instrumenten geen medewerking van de verdachte vereist is?¹ Bieden deze instrumenten zodoende nog meer handvatten om de problematiek van de weigerende observandi aan te pakken?

Vraag 7

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

Vraag 8

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

Mededeling

Hierbij deel ik u mede dat de schriftelijke vragen van het lid Van der Steur (VVD) van uw Kamer aan de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie over het proefschrift «Sexoffender Risk Assessment in The Netherlands – Towards a risk need responsivity oriented approach van dr. W. Smid (ingezonden 16 juni 2014) niet binnen de gebruikelijke termijn kunnen worden beantwoord, aangezien nog niet alle benodigde informatie is ontvangen. Ik streef ernaar de vragen zo spoedig mogelijk te beantwoorden.

¹ Momenteel is het wetsvoorstel forensische zorg aanhangig in de Eerste Kamer. Een oplossing voor de problematiek van de weigerende observandi door een aanpassing van artikel 37a van het Wetboek van Strafrecht is hierin opgenomen. In het proefschrift wordt gesteld dat de risicotaxatie met behulp van bepaalde instrumenten geen medewerking vereist van de verdachte.

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