

# Het inschatten van risico op geweld naar anderen: een kernactiviteit van iedere psychiater

S.J. Roza, L.C.S. Smalenburg, K. Goethals

- Achtergrond** In het Nederlands landelijk opleidingsplan 'De Psychiater' is risicomanagement een kernactiviteit van de psychiater. Toch voelen veel psychiaters zich weinig bekwaam in het kunnen inschatten van het risico op geweld naar anderen.
- Doel** Onderbouwing van en reflectie op de methoden om risico's op geweld te kunnen inschatten en daarnaar te kunnen handelen.
- Methode** Aan de hand van internationale literatuur aanbevelingen doen voor de klinische praktijk van de psychiater.
- Resultaten** Inschatting van geweldsrisico omvat contactname, goede psychiatrische diagnostiek, durven vragen naar geweld-dadige gedachten, intenties en plannen, en het in kaart brengen van predisponerende, luserende en onderhoudende factoren. Het gebruik van gestructureerde instrumenten draagt bij aan de volledigheid, maar vervangt niet het psychiatrisch interview. Risicomanagement wordt geïntegreerd in een geïndividualiseerd behandel- en veiligheidsplan, gericht op de noden en behoeften van de patiënt in diens interpersoonlijk functioneren.
- Conclusie** Geweld naar anderen is een negatieve uitkomst voor sommige patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis. Risicomanagement van geweld integreren in de behandeling draagt bij aan betere patiëntenzorg, ook met het oog op de veiligheid van naasten, medepatiënten, ggz-professionals en anderen.

Ernstige psychiatrische aandoeningen kunnen gepaard gaan met diverse negatieve gevolgen, waaronder geweld gericht tegen anderen. Het is goed dat risicomanagement van geweld als kernactiviteit (*entrustable professional activity*; EPA) is benoemd in het landelijk opleidingsplan van de Nederlandse psychiater.<sup>1</sup> Ook andere landen, zoals Canada, Australië en Nieuw-Zeeland, hebben risico-inschatting en -hantering benoemd als kernactiviteit van de psychiater.<sup>2,3</sup>

De gevaarlijkheid van patiënten met psychiatrische aandoeningen wordt vaak overschat, mede vanwege de media-aandacht voor geweldsincidenten met psychiatrische patiënten. Dit draagt bij aan stigmatisering, en doet soms vergeten dat psychiatrische patiënten veel vaker slachtoffer dan dader zijn van interpersoonlijk geweld. Dat betekent echter niet dat de associatie tussen psychiatrische ontregeling en geweld niet bestaat.

Mannen met schizofreniespectrumstoornissen hebben, na correctie voor comorbide middelengebruik, een 3,5 keer verhoogd risico op het plegen van interpersoonlijk geweld (waaronder naast fysiek en seksueel geweld ook bedreiging, intimidatie en brandstichting worden gerekend). Vrouwen hebben zelfs een nog (veel) meer verhoogd risico.<sup>4</sup> Het risico op het plegen van interpersoonlijk geweld is het hoogst onder patiënten met een eerste

psychotische episode, van wie 13 tot zelfs 40% enig geweld laat zien voorafgaand aan of bij eerste aanmelding in de zorg.<sup>5,6</sup> Naasten of hulpverleners zijn vaak het slachtoffer. Ook in psychiatrische klinieken is interpersoonlijk geweld een serieus probleem. Het leidt tot meer toepassing van dwangmaatregelen, maar ook tot gevoelens van boosheid, angst, schuld en burn-out onder hulpverleners.<sup>7</sup> Wanneer een geweldsuitbarsting eenmaal heeft plaatsgevonden, zijn de gevolgen voor zowel de omgeving als voor de patiënt groot. Naast fysiek en mentaal letsel bij anderen (met soms ernstige destructieve gevolgen) kan het bij de patiënt leiden tot langjarige insluiting in detentie of in forensische zorginstellingen. Sommige patiënten hebben, eenmaal hersteld van de psychiatrische ontregeling, last van schaamte, schuld en spijt.<sup>8,9</sup> Zij moeten leren leven met de wetenschap dat zij iemand (ernstig) letsel hebben toegebracht. Geweld naar anderen is dus, net als suicide, een potentieel negatief gevolg van ernstige psychiatrische aandoeningen, dat niet ontkend of onderschat moet worden. Risicomanagement van interpersoonlijk geweld behoeft periodieke evaluatie en gerichte preventie op indicatie. Wij doen in dit artikel aan de hand van (inter)nationale literatuur aanbevelingen over risicomanagement voor de klinische praktijk van de psychiater in de niet-forensische zorg.

## AUTEURS

**Sabine Roza**, forensisch psychiater en opleider, Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie (NIFP); directeur zorg & behandeling, Penitentiaire Inrichting (PI) Haaglanden, Den Haag; universitair hoofddocent forensische psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam.

**Louise Smallenburg**, forensisch (kinder- en jeugd)psychiater en onderzoeker, NIFP en de Forensische Zorgspecialisten, Rotterdam; eerste geneeskundige Penitentiair Psychiatrisch Centrum PI Haaglanden, Den Haag.

**Kris Goethals**, forensisch psychiater en psychotherapeut, directeur Universitair Forensisch Centrum, Universitair Ziekenhuis Antwerpen; hoogleraar forensische psychiatrie, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen.

## Correspondentie

Dr. Sabine Roza (s.roza@erasmusmc.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-9-2024.

## Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(8):447-451

## Aanbevelingen voor de klinische praktijk

De EPA risicomangement omvat onder andere kennis van het bestaan van risico-inschattinginstrumenten, bekwaamheid in het beoordelen van risicofactoren die samenhangen met persoonsgebonden kenmerken van de patiënt, potentieel uitlokkende factoren in de omgeving en de organisatie van de hulpverlening, en bekwaamheid in het de-escaleren bij crises en het maken van een veiligheidsplan.<sup>1</sup> In algemeen-psychiatrische handboeken en richtlijnen zijn nauwelijks (stoornisspecifieke) handvatten te vinden, terwijl agressie zowel een kenmerk kan zijn van verschillende stoornissen volgens de classificatiecriteria (tabel 1) als een bekend gevolg van psychiatrische ontregelingen, waaronder de schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen en de bipolaire stoornis.

De GGZ-zorgstandaard 'Assertieve en verplichte zorg' en de multidisciplinaire richtlijn 'Dwang en drang in de GGZ' bevelen gestructureerde risicotaxatie aan.<sup>10,11</sup> Op acute opnameafdelingen wordt de 'CrisisMonitor' aanbevolen, die verschillende instrumenten zoals de *Brøset Violence Checklist*, de *Kennedy-As-V*, de schaal voor gevaar en de *Social Dysfunction and Agression Scale* (SDAS) omvat, omdat het gebruik ervan de kans op agressie-incidenten en de duur van separaties lijkt te verminderen.<sup>12</sup> Toetsing bij naasten is belangrijk om een vollediger en gedifferentieerd beeld te verkrijgen. Verpleegkundigen hebben een belangrijke rol in het beoordelen welke patiënten conflictgedrag kunnen gaan vertonen en in het terugdringen van dwangmaatregelen.<sup>11</sup>

In de internationale literatuur zijn meer handvatten te vinden voor de psychiater.<sup>13</sup> Wortzel met zijn onderzoeksgroep zette in vijf artikelen uiteen hoe men hierbij te werk kan gaan.<sup>14-18</sup> Veel psychiaters hebben het gevoel dat zij onvoldoende training en ervaring hebben om geweldsrisico's in te kunnen schatten.<sup>19</sup> De vaardighe-

den steunen echter in grote mate op reeds verworven competenties zoals contact maken met de patiënt, goede klinische diagnostiek en verzamelen van informatie (ook

## Tabel 1. Agressie als classificatiecriterium of als gerelateerd kenmerk van stoornissen volgens de DSM-5-TR

### Agressie als classificatiecriterium van stoornissen volgens de DSM-5-TR, zoals:

- Persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening, agressieve type
- Intoxicatie door alcohol
- Intoxicatie door een hypnoticum of anxiolyticum
- Intoxicatie door een stimulantium zoals een amfetamineachtig middel en cocaïne
- Intoxicatie door fencyclidine
- Antisociale-persoonlijkheidsstoornis
- Borderline-persoonlijkheidsstoornis
- Periodieke explosieve stoornis
- Normoverschrijdend-gedragsstoornis (bij kinderen en adolescenten)

### Agressie als gerelateerd kenmerk van stoornissen volgens de DSM-5-TR, zoals:

- Neurocognitieve stoornis door de ziekte van Alzheimer
- Neurocognitieve stoornis door een traumatisch hersenletsel
- Neurocognitieve stoornis door de ziekte van Huntington
- Stoornis in het gebruik van alcohol
- Posttraumatische stressstoornis

bij naasten). De risico-inschatting op interpersoonlijk geweld lijkt erg op het gestructureerd beoordelen van suiciderisico. Angsten en vooroordelen moeten niet leiden tot vermijding. Net als bij suicidebeoordelingen hebben psychiaters een inspanningsverplichting en geen resultaatsverplichting. Belangrijk is dat risicomangement de zorg voor de patiënt stimuleert en verbetert.

Risicomangement begint met een goed psychiatrisch-diagnostisch onderzoek. Enkele screenende vragen die u kunt stellen, zijn: 'Heeft u ooit gedachten over het beschadigen van anderen?' en 'Heeft u zich ooit zo gedragen dat iemand anders letsel opliep?'<sup>14</sup> Als de patiënt op één van deze vragen bevestigend antwoordt, is verdieping nodig. Ten eerste: vraag naar ideaties (gedachten aan het letsel toebrengen aan anderen) in het heden en in het verleden, de intensiteit, frequentie en de duur van die gedachten, in hoeverre de gedachten gevoelens van angst of stress opleveren, op welke manier de patiënt getracht heeft de gedachten te onderdrukken of te doen verdwijnen, welke contextuele factoren de patiënt zelf kan onderkennen in het ontstaan van de gedachten (bijv. relatieproblemen, vermoeidheid of intoxicatie) en in het verdwijnen van de gedachten (afleiding en coping).

Ten tweede: breng de intenties in kaart: 'Is het toebrengen van letsel aan iemand iets wat u zou willen doen?' 'Is het iets waarvan u denkt dat u het zou kunnen doen?' 'Wat zou er voor nodig zijn om deze gedachten om te zetten in handelingen?' Hierbij is het belangrijk om niet alleen anamnestic informatie, maar ook informatie vanuit collaterale bronnen te betrekken, bijvoorbeeld van naasten, verpleegkundigen of de politie, en deze zorgvuldig met de patiënt te bespreken.

Ten derde: breng plannen in kaart: eventuele voorbereidende handelingen om iemand letsel toe te kunnen gaan brengen, de beschikking hebben over wapens (denk ook aan het op zak dragen van een mes), en de haalbaarheid van plannen.<sup>14</sup>

Eerdere gewelddadige gedragingen verdienen zowel anamnestic als heteroanamnestic nadere exploratie (**tabel 2**). Gebruik eerdere situaties om de individuele relatie met mentaal welzijn te onderzoeken: was iemand toen manisch, psychotisch of onder invloed van middelen? En hoe voelt de patiënt zich nu over de gedragingen toen: is er sprake van schaamte, gevoelens van spijt, rechtvaardiging van het gedrag of legt de patiënt de schuld bij de ander?

Van belang is om een open, niet-veroordelende houding aan te nemen en nieuwsgierig te zijn naar de ervaringen van de patiënt, ook als gevoelens van (tegen)overdracht bestaan. Sommige gedragingen zijn als normaal te beschouwen (iedereen is weleens boos geweest op iemand anders, kent woede, wraak- en wrokgevoelens, heeft conflicten gehad op school of met zijn of haar partner), maar houd ook aandacht voor begrenzing als de spanning oploopt en de agressie gericht wordt jegens de onderzoeker. Door zorgvuldige exploratie in deze 'vrije' klinische interviewvorm kan zeer veel informatie

**Tabel 2. Nadere onderwerpen bij het inschatten van het risico op geweld**

– Gewelddadig gedrag in de voorgeschiedenis
– Politiecontacten in de voorgeschiedenis
– Veroordelingen in de voorgeschiedenis
– Gedragsproblemen thuis
– Gedragsproblemen op school of op het werk
– Gedragsproblemen in het verkeer of tijdens het uitgaan
– Middelenmisbruik
– Verblijf in instellingen voor de leeftijd van achttien jaar
– Leerproblemen
– Bezit van wapens
– Familiale voorgeschiedenis van middelenmisbruik en/of geweldsdelicten/-veroordelingen/detentie bij (een van) de ouders

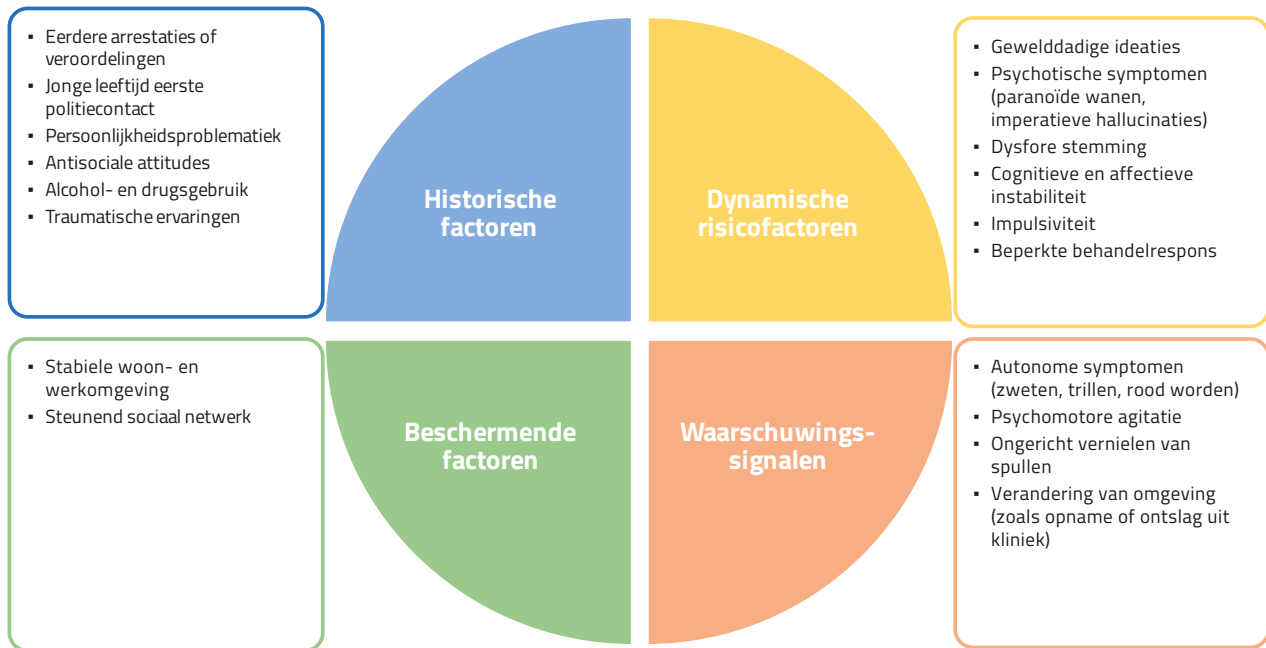
worden verzameld. Het geeft de patiënt de kans om zijn of haar ervaringen in eigen woorden weer te geven. De dialoog die dan ontstaat, ondersteunt tevens de behandelrelatie.<sup>14,15</sup>

Instrumenten kunnen helpen om structuur aan te brengen in een interview, geen informatie te vergeten en uniformiteit tussen beoordelaars te vergroten. Bovendien helpen instrumenten om evaluaties over de tijd of tussen hulpverleners te kunnen vergelijken. Statische (historische) risicofactoren, die niet meer te veranderen zijn, kunnen we onderscheiden van dynamische risico- en beschermende factoren, die aangrijpingspunten kunnen vormen voor verandering. Daarnaast zijn er waarschuwingssignalen, die vaak specifiek zijn voor het individu, het nauwst gerelateerd zijn aan gewelddadig gedrag en die van belang zijn bij de inschatting van het acute risico (**figuur 1**).

Er bestaan diverse screeningsinstrumenten en risicotaxatie-instrumenten die kunnen helpen bij het gestructureerd inschatten van het risico. De meeste screeningsinstrumenten zijn eenvoudig toe te passen in opnameklinieken of tijdens een crisisbeoordeling. Uitgebreidere risicotaxatie-instrumenten vergen (enige) training, maken uitgebreide collaterale informatie en gedragsobservaties noodzakelijk en zijn ontwikkeld voor en geïndiceerd in de forensische zorgsetting. Kennis van deze instrumenten kan – ook buiten de forensische setting – wel helpen bij het structureren van de diagnostiek en risicoanalyse, omdat de items veelal stelen op wetenschappelijk onderzoek, waarbij risicofactoren zijn geïdentificeerd die op populatieniveau geassocieerd worden met gewelddadig gedrag.<sup>15</sup>

Het geheel aan geïndividualiseerde risicofactoren leidt tot een vorm van stratificatie, waarbij we de ernst van het risico en de termijn waarover de inschatting is gemaakt, kunnen onderscheiden.<sup>20</sup> Dit leidt tot een inde-

**Figuur 1. Risico- en beschermende factoren voor geweld**



ling in een acuut en/of chronisch, hoog, gemiddeld of laag risico. Een hoog acuut risico dat in belangrijke mate wordt beïnvloed door klinisch-psychiatrische symptomen zou moeten doen denken aan opname in een psychiatrische kliniek. Bij een chronisch gemiddeld risico kan men bijvoorbeeld samen met de patiënt en naasten een veiligheids- en signaleringsplan maken. Herhaalde evaluatie wordt aanbevolen. Impulsieve (reactieve) agressie moeten we onderscheiden van instrumentele (proactieve) agressie. Die laatste vorm is veel moeilijker door psychiatrische interventies te beïnvloeden en hangt minder samen met (neuro)psychiatrische symptomen en stoornissen.<sup>15</sup>

Het geheel van diagnostische stappen leidt uiteindelijk tot het maken van een zorg-, behandel- en veiligheidsplan, al dan niet gecombineerd met een signaleringsplan. Adequate psychiatrische behandeling van klinische risicofactoren voor interpersoonlijk geweld kan men ook in niet-forensische klinische settings bieden. Een cochrane-review van gerandomiseerde klinische trials (RCT's) toonde aan dat behandeling met antipsychotische medicatie bij mensen met schizofreniespectrumstoornissen een belangrijke reductie in geweldsrisico gaf (relatief risico (RR): 0,37; 95%-BI: 0,24-0,59) ten opzichte van placebo.<sup>21</sup> Ook epidemiologische studies lieten al zien dat politie- en justitiecontacten vanwege geweld afnemen in perioden dat patiënten zijn ingesteld op antipsychotica ten opzichte van perioden dat ze deze medicatie niet gebruikten.<sup>22</sup> Niet-medicamenteuze behandeling gericht op verslaving of agressie- en emotieregulatie verdient nog nader wetenschappelijk onderzoek.<sup>23</sup>

### Stimulerende en belemmerende factoren in de implementatie

Dat men risicomangement als kernactiviteit van de psychiater onderkent, is slechts een eerste stap. Met dit artikel hopen we (het gevoel van) bekwaamheid onder psychiaters te vergroten. Bijna 10 jaar geleden vond in dit tijdschrift discussie plaats over 'standaardtoepassing van risicotaxatie in de ggz'.<sup>24,25</sup> Er werd beargumenteerd dat implementatie hoge kosten met zich mee zou brengen, dat risicotaxatie zeer tijdsintensieve procedures zou inhouden, en dat bovendien niet bewezen was dat verplichte risicotaxatie, zoals in Groot-Brittannië toen aan de orde was, leidde tot minder ernstige geweldsincidenten gepleegd door psychiatrische patiënten.<sup>26</sup> Bovendien zou het standaard toepassen van risicotaxatie in de ggz de illusie in stand houden dat we in deze zorg (ernstig) geweld kunnen voorspellen én voorkomen.<sup>24</sup> Door de invoering van de nieuwe wetten voor verplichte zorg, inclusief het 'schakelartikel' 2.3 in de Wet forensische zorg, werd deze discussie verder aangescherpt.<sup>27</sup> Vaak wordt genoemd dat delictpreventie en risicotaxatie niet tot de expertise van niet-forensische ggz-instellingen behoren.

In het licht van deze discussie is het belangrijk te benoemen dat risicomangement als kernactiviteit van de algemeen psychiater níét zou moeten leiden tot: 1. het idee dat nu alle psychiaters in staat moeten zijn om aan (straf)rechters te kunnen rapporteren, 2. het verantwoordelijk of aansprakelijk stellen van individuele hulpverleners of organisaties indien een patiënt alsnog tot een geweldsuitbarsting komt, of 3. het verplicht zijn tot doorbreking van het beroepsgeheim aan de hand van (slechts) een hoge risico-inschatting. Ook is dit artikel

geen pleidooi om alle forensische zorg te gaan verplaatsen naar de civiele (verplichte) zorg. Risicomanagement gaat niet over het accuraat voorspellen van risico, noch over de juridische consequenties van een predictie. Levensdelicten door een psychiatrische patiënt zijn een relatief zeldzame calamiteit en zijn moeilijk te voorspellen.<sup>26</sup>

Natuurlijk kan een conflict van plichten ontstaan als een patiënt gericht aangeeft iemand anders iets ernstigs aan te zullen doen, wat doorbreking van het beroepsgeheim rechtvaardigt.<sup>28</sup> Interpersoonlijk geweld is multifactorieel bepaald en heeft vele verschijningsvormen. Focus op slechts risicopredictie, met alle zorgen over de accuratesse, validiteit en documentatie ervan, leidt af van de doelstelling die wél past bij goede zorg: proberen om interpersoonlijk geweld te voorkomen door te werken aan de therapeutische alliantie, inclusief het identificeren van dynamische risicofactoren en het formuleren van gezamenlijke doelstellingen in een zorg-, behandel- of signaleringsplan.

## CONCLUSIE

Risicomanagement van geweld gaat niet over pure predictie of het afvinken van hokjes op een vragenlijst of instrument, maar over het betrekken van patiënten bij een geïntegreerd diagnostiek- en behandelplan, het gezamenlijk onderzoeken van kwetsbaarheidsfactoren, luxerende en onderhoudende factoren en waarschuwingssignalen, het in kaart brengen van behoeften en het bevorderen van sterke kanten en beschermende factoren. Een geïndividualiseerd risicomanagementplan, geïntegreerd in het algemeen behandelplan, verbetert de zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, en kan agressie zowel binnen als buiten de ggz-instelling verminderen.

## LITERATUUR

- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Landelijk Opleidingsplan 'De Psychiater, medisch expert, sociaal maatschappelijk betrokken, professioneel'. Utrecht: NVvP; 2019, update: oktober 2023.
- The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP). 'EPA Handbook Stage 1 and 2: 2012 Fellowship Program' [www.ranzcp.org](http://www.ranzcp.org).
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 'Entrustable Professional Activities for Psychiatry, version 1.0, 2020' [www.royalcollege.ca](http://www.royalcollege.ca).
- Whiting D, Gulati G, Geddes JR, e.a. Association of schizophrenia spectrum disorders and violence perpetration in adults and adolescents from 15 countries: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2022, 79: 120-32.
- Nielsen OB, Malhi GS, McGorry PD, e.a. Overview of violence to self and others during the first episode of psychosis. *J Clin Psychiatry* 2012, 73: e580-7.
- Youn S, Guadagno BL, Byrne LK, e.a. Systematic review and meta-analysis: rates of violence during first-episode psychosis (FEP). *Schizophr Bull* 2024, 50: 757-70.
- Weltens I, Bak M, Verhagen S, e.a. Aggression on the psychiatric ward: prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLoS One* 2021, 16: e0258346.
- Dandawete A, Kalebic N, Padfield N, e.a. Remorse in psychotic violent offenders: an overvalued idea? *Behav Sci Law* 2019, 37: 579-88.
- Lambe S, Cooper K, Fazel S e.a. Psychological framework to understand interpersonal violence by forensic patients with psychosis. *Br J Psychiatry* 2024, 224: 47-54.
- GGZ-Standaarden. Zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg 2021. [www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/assertieve-en-verplichte-zorg](http://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/assertieve-en-verplichte-zorg).
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Dwang en drang in de ggz. Utrecht: NVvP; 2016 ([www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl))
- Van de Sande R. 'De Crisismonitor': het signaleren van agressie en het voorkomen van separatie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2009; 64: 540-50.
- The Royal College of Psychiatrists. Assessment and management of risk to others: good practice guide (extracted from RC Psych College Report 201) 2016 [www.rcpsych.ac.uk](http://www.rcpsych.ac.uk)
- Wortzel HS, Borges LM, Barnes SM, e.a. Therapeutic risk management for violence: clinical risk assessment. *J Psychiatr Pract* 2020; 26: 313-9.
- Wortzel HS, Borges LM, McGarity S, e.a. Therapeutic risk management for violence: augmenting clinical risk assessment with structured instruments. *J Psychiatr Pract* 2020; 26: 405-10.
- Wortzel HS, Barnes SM, Gerard G, e.a. Therapeutic risk management for violence: stratifying risk and characterizing violence. *J Psychiatr Pract* 2020; 26: 503-9.
- McGarity S, Stacy S, Borges LM e.a. Therapeutic risk management for violence: safety planning for other-directed violence. *J Psychiatr Pract* 2021; 27: 296-304.
- Simonetti JA, Wortzel HS, Matarazzo BB. Therapeutic risk management and firearm-related lethal means safety. *J Psychiatr Pract* 2021; 27: 456-65.
- Whiting D, Glogowska M, Fazel S e.a. Approaches and challenges to assessing risk of violence in first episode psychosis: A qualitative interview study of clinicians, patients and carers. *Early Interv Psychiatry* 2024; doi: 10.1111/eip.13502.
- Goethals K. Personalised medicine in de forensische psychiatrie: een voorbeeld voor andere domeinen in de psychiatrie? *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 182-8.
- Ceraso A, Lin JJ, Schneider-Thoma J, e.a. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 8: CD008016.
- Sariaslan A, Fazel S. Reply to Seon et al's 'To prevent arrest and convictions, prescribe antipsychotics'. *Psychol Med* 2023; 53: 3236-7.
- Wolf A, Whiting D, Fazel S. Violence prevention in psychiatry: an umbrella review of interventions in general and forensic psychiatry. *J Forens Psychiatry Psychol* 2017; 28: 659-73.
- Boumans CE, Postularat D, van Os J. Risicotaxatie: meten is niet altijd weten. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 535-8.
- Goethals K. Reactie op 'Risicotaxatie; meten is niet altijd weten'. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 699-700.
- Szmukler G, Rose N. Risk assessment in mental health care: values and costs. *Behav Sci Law* 2013; 31: 125-40.
- Visscher A, Van Gestel C, Ten Noever de Brauw C, e.a. 'Behandel 'boeven' buiten de reguliere psychiatrie'. *de Volkskrant* 12 juli 2020.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG, 2024). KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens. [/www.knmg.nl](http://www.knmg.nl).