



Wetenschappelijk Onderzoek- en
Documentatiecentrum
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Cahier 2015-3

Recidive na forensische zorg

Een eerste stap in de ontwikkeling van een recidivemonitor voor de sector
Forensische Zorg

C. Boonmann
B.S.J. Wartna
I.M. Bregman
C.E. Schapers
K.A. Beijersbergen

Cahier

De reeks Cahier omvat de rapporten van onderzoek dat door en in opdracht van het WODC is verricht.

Opname in de reeks betekent niet dat de inhoud van de rapporten het standpunt van de Minister van Veiligheid en Justitie weergeeft.

Voorwoord

Dat er jaarlijks rond de 40.000 mensen worden ingesloten in penitentiaire inrichtingen is doorgaans bekend. Echter, vraag een beleidsbepaler uit de strafrechtketen of een wetenschapper uit de criminologie welke aantallen justitiabelen door de strafrechter verplichte zorg of behandeling opgelegd kregen en het antwoord zit meestal ver onder het daadwerkelijke aantal. Dat zich het afgelopen jaar bijvoorbeeld ruim 20.000 personen bevonden in forensische zorg is dus veelal onbekend. Een groot deel van deze 20.000 betreft personen die in het kader van een voorwaardelijke straf, zorg of behandeling kreeg opgelegd. Het palet van strafrechtelijke titels waarbij zorg mogelijk is, is de laatste jaren aanzienlijk uitgebreid. Evenals het palet aan typen van forensische zorg en zorgaanbieders, uiteenlopend van ambulante behandeling en begeleiding, beschermd wonen tot een klinische opname in een hoog zorg-intensief en hoog-beveiligd forensisch psychiatrisch centrum.

Is dat nu een gunstige ontwikkeling? In mijn ogen wel, tenminste als die zorg of behandeling ertoe bijdraagt dat de kans op recidive vermindert. Van de meest intensieve gedwongen behandeling, de tbs, weten we dat de recidivecijfers relatief laag zijn. Van de overige forensische zorg weten we nog te weinig. Het is daarom verheugend dat het WODC in dit onderzoek daarover meer opheldering geeft. Het zal nog de nodige dataverzameling en analyse vragen voordat het beeld compleet is en het onderzoek kan helpen bij het verbeteren van de zorg, maar de eerste stap is gezet.

Goof van Gemert
Directeur forensische zorg

Inhoud

Afkortingen — 7

Samenvatting — 9

1 Inleiding — 13

- 1.1 Eerder onderzoek — 15
- 1.2 Haalbaarheidsstudie — 17
- 1.3 Huidige onderzoek — 19

2 Methode — 21

- 2.1 Het meten van de recidive — 21
- 2.2 Selectie van onderzoeksgroepen — 22
- 2.3 Statistische analyses — 25

3 Resultaten — 27

- 3.1 Aantallen justitiabelen met forensische zorg — 27
- 3.2 Achtergrondkenmerken — 28
- 3.3 Prevalentie van recidive — 33
- 3.4 Frequentie en omvang van de recidive — 35
- 3.5 Prevalentie van recidive uitgesplitst naar achtergrondkenmerken — 35
- 3.6 Voorspellen van recidive na FZ: een eerste verkenning — 37

4 Conclusie en discussie — 39

Summary — 43

Literatuur — 47

Bijlagen

- 1 Begeleidingscommissie WODC-Recidivemonitor — 51
- 2 Klankbordgroep — 53
- 3 Informatiebronnen — 55
- 4 Overzicht (Forensische) Zorg 3RO — 57
- 5 Ontwikkelingen recidive tbs 1974-2010 — 59
- 6 Prevalentie, frequentie en omvang van recidive — 59
- 7 Prevalentie 2-jarige recidive uitgesplitst naar achtergrondkenmerken — 65
- 8 Multipole Cox-regressie-analyses — 69

Afkortingen

3RO	3 reclasseringsorganisaties
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AVT	Adviescollege verloftoetsing tbs
BI	Betrouwbaarheidsinterval
BSF	Bureau Selectiefunctionarissen
Bvt	Beginnelsenwet verpleging ter beschikking gestelden
CVS	Cliëntvolgsysteem
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DForZo	Directie Forensische Zorg
DSP	Directie Sanctie- en Preventiebeleid
ET	Elektronisch Toezicht
Fpc	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FZ	Forensische Zorg
GGz	Geestelijke Gezondheidszorg
GLM	Good Lives Model
GPS	Global Positioning System
HKS	Herkenningsysteem
Ifzo	Informatievoorziening forensische zorg
IRIS	Integraal Reclassering Informatie Systeem
ISD	Inrichting voor stelselmatige daders
JDS	Justitieel Documentatie Systeem
JustID	Justitiële Informatiedienst
MITS	Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
OBJD	Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie
OM	Openbaar Ministerie
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
Pbw	Penitentiaire beginselenwet
PI	Penitentiaire Instelling
PIJ	Plaatsing Inrichting voor Jeugdigen
Pm	Penitentiaire maatregel
PP	Penitentiair Programma
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
REPRIS	Recidiveprevalentie Informatiesysteem
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Begeleid Wonen
RN	Reclassering Nederland
RNR	Risk-Needs-Responsivity
SES	Sociaaleconomische status
SOV	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
SVG	Stichting Verslavingsreclassering GGz
Tbs	terbeschikkingstelling
TIM	Tijdelijk Informatiesysteem Monitoring tbs
TOM	Taakstraf Openbaar Ministerie
TULP	Tenuitvoerlegging straffen en maatregelen in Penitentiaire inrichtingen
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum

Samenvatting

Sinds 2007 is de Minister van Veiligheid en Justitie verantwoordelijk voor alle zorg in het strafrechtelijk kader. Deze forensische zorg (FZ) betreft alle geestelijke gezondheidszorg (GGz), verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg aan justitiabelen met een strafrechtelijke titel. Omdat het ministerie van Veiligheid en Justitie wil weten hoe hoog de recidive is onder forensische zorgpatiënten, is het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) gevraagd deze groep toe te voegen aan de *Recidivemonitor*, een doorlopend onderzoeksproject waarin de terugval van justitiabelen op gestandaardiseerde wijze wordt gemeten. Het WODC deed al onderzoek onder ex-terbeschikkinggestelden, maar nu worden daar ook de andere forensische zorgtitels aan toegevoegd.

Vanaf 2011 hebben alle indicerende en plaatsende instanties de Informatievoorziening forensische zorg (Ifzo) in gebruik genomen en verlopen alle indicaties direct via Ifzo. Ifzo is het systeem waarin de indicatiestellingen en plaatsingen worden vastgelegd van alle patiënten die zorg in een strafrechtelijk kader ontvangen. Vóór de ingebruikname vond registratie plaats binnen de administratieve systemen van de afzonderlijke instellingen. Het recidiveonderzoek zal op termijn worden gebaseerd op Ifzo. Sinds kort is Ifzo zo ingericht dat een structurele koppeling aan de Justitiële Documentatie mogelijk is. Het duurt echter nog enige tijd voordat het voor recidiveonderzoek kan worden gebruikt: er dienen voldoende personen te zijn uitgestroomd en bovendien moeten de ex-patiënten na hun uitstroomdatum minstens twee jaar 'at risk' zijn geweest. Vermoedelijk kunnen pas vanaf 2019 gestandaardiseerde recidivemetingen worden verricht op basis van Ifzo. Samen met de Directie Sanctie en Preventiebeleid (DSP) heeft de Directie Forensische Zorg (DForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) aangegeven al voor die tijd over terugvalpercentages onder deze groepen justitiabelen te willen beschikken. Daarom wordt in dit rapport op basis van andere bronnen onderzoek gedaan naar strafrechtelijk recidive van justitiabelen met forensische zorg.

Uit een eerdere haalbaarheidsstudie (Schönberger & Wartna, 2013) is gebleken dat er vooralsnog zes FZ-titels zijn waar recidiveonderzoek naar verricht kan worden: tbs met dwangverpleging (inclusief proefverlof en voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege), tbs met voorwaarden, plaatsing in een Inrichting voor stelselmatige daders (ISD) en plaatsing in een ISD met voorwaarden (verder: voorwaardelijke ISD). Het doel van dit onderzoek is om een eerste stap te zetten in de ontwikkeling van een recidivemonitor voor de sector Forensische Zorg. In dit rapport wordt een beeld geschetst van de recidive van justitiabelen met forensische zorg uitgestroomd vóór 2011. Daarnaast wordt nagegaan welke kenmerken samenhangen met het vóórkomen van recidive onder deze groepen justitiabelen. Dit onderzoek geeft geen inzicht in de effectiviteit van de forensische zorg, maar is vooraleerst beschrijvend van aard.

Methode

Dit onderzoek is uitgevoerd volgens de richtlijnen van de WODC-Recidivemonitor en heeft betrekking op de recidive van justitiabelen met forensische zorg die vóór 2011 naar vrijheid zijn uitgestroomd. Hierbij wordt gebruikgemaakt van ruwe recidivecijfers. Dit betekent dat de cijfers niet zijn gecorrigeerd voor verschuivingen in de

achtergrondkenmerken van de daderpopulatie over tijd. Recidive wordt gemeten aan de hand van de volgende drie criteria: algemene recidive, ernstige recidive (strafdreiging van vier jaar of meer, zoals eenvoudige diefstal, maar ook moord en doodslag), en zeer ernstige recidive (strafdreiging van acht jaar of meer, zoals verkrachting, moord en doodslag). Omdat de aantallen van de verschillende onderzoeksgroepen per jaar relatief klein zijn, wordt gewerkt met 'rollende' uitstroomcohorten van vijf jaar; ieder cohort schuift telkens met één jaar op (bijvoorbeeld 2000-2004, 2001-2005 en 2002-2006). Een uitgebreide toelichting op de werkwijze van de Recidivemonitor is te vinden op www.wodc.nl/recidivemonitor.

Gegevens over de tbs met dwangverpleging, de tbs met voorwaarden, de ISD met forensische zorg en de voorwaardelijke ISD met forensische zorg uitgestroomd in de periode 1996-2010 zijn uit de informatiesystemen van diverse ketenpartners verkregen. Bij de ISD'ers en de voorwaardelijke ISD'ers was het lastig om vast te stellen wie van hen daadwerkelijk forensische zorg kreeg. Bij de ISD hebben wij het onderzoek daarom beperkt tot de groep die in de extramurale fase van het ISD-traject terecht kwam. Voor de justitiabelen met een voorwaardelijke ISD is in principe bekend wie is toegeleid naar zorg, maar bleef onduidelijk of deze zorg is uitgevoerd. Om dit vast te stellen dienen de onderliggende dossiers te worden geraadpleegd, iets wat binnen dit onderzoek niet mogelijk was. Daarom wordt deze groep in het vervolg aangeduid als 'voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg'. Voor de FZ-titels tbs met dwangverpleging, tbs met voorwaarden en ISD met forensische zorg is recidive berekend vanaf de datum waarop de justitiabelen naar vrijheid zijn uitgestroomd. Omdat het op basis van de thans beschikbare gegevens veelal onduidelijk is op welke datum de voorwaardelijke ISD is geëindigd, wordt, in afwijking van andere titels, de recidive volgend op de voorwaardelijke ISD vooralsnog berekend vanaf de datum waarop deze maatregel onherroepelijk werd.

Belangrijkste resultaten, conclusies en discussie

Prevalentie van de recidive

De resultaten met betrekking tot tbs-gestelden met dwangverpleging betreffen een update van de meest recente cijfers van de reguliere rapportage van de Recidivemonitor over de tbs sector. In het huidige onderzoek varieert de prevalentie van algemene 2-jarige recidive van tbs'ers uitgestroomd in de periode 2000-2010 tussen 20% en 27%. Ernstige recidive ligt tussen 16% en 24%, en zeer ernstige recidive tussen 4% en 8%. Na een daling van de recidive sinds 2000 wordt in het laatste cohort een lichte stijging waargenomen. Het is onbekend of we hier met een eenmalige stijging of een trendbreuk te maken hebben. Toekomstig recidiveonderzoek zal hier meer inzicht in geven.

Verder recidiveren tbs-gestelden met proefverlof minder dan tbs-gestelden die geen proefverlof hebben doorlopen. Mogelijk speelt hier een selectie-effect: de factoren die ervoor zorgen dat iemand met proefverlof mag, zijn misschien ook verantwoordelijk voor een lagere recidivekans. Meer informatie over de achtergrondkenmerken van deze tbs-gestelden is nodig om beter inzicht te krijgen in de samenhang tussen proefverlof en recidive. Als dergelijke gegevens in toekomstige metingen worden meegenomen, kan het effect van proefverlof op recidive beter worden geduid.

Voor de tbs met voorwaarden geldt dat de prevalentie van de recidive iets hoger ligt dan bij de tbs-gestelden met dwangverpleging. Algemene recidive varieert tussen 24% en 33%, ernstige recidive tussen 20% en 30% en zeer ernstige recidive tussen

4% en 11%. Ook hier zien we een lichte stijging in het laatste cohort, en is het onbekend of dit een eenmalige stijging of een trendbreuk betreft.

Voor ISD'ers met forensische zorg en voorwaardelijke ISD'ers toegeleid naar forensische zorg worden hoge recidiveprevalenties gevonden (algemeen recidive, respectievelijk 73% en 86%; ernstig recidive, respectievelijk 70% en 84%; zeer ernstig, respectievelijk 17% en 10%). Deze resultaten liggen in lijn met eerder recidive-onderzoek bij (voorwaardelijke) ISD'ers in het algemeen. Deze percentages zeggen echter niets over de effectiviteit van de forensische zorg; het is immers onbekend hoe hoog de recidive zou zijn wanneer deze ISD'ers geen forensische zorg zouden hebben ontvangen.

Samenhang achtergrondkenmerken en recidive

Naast de prevalentie van de recidive hebben wij een eerste verkenning gedaan naar de samenhang tussen achtergrondkenmerken van justitiabelen met forensische zorg en strafrechtelijke recidive. In lijn met eerder wetenschappelijk onderzoek werd een verband gevonden tussen statische factoren, zoals leeftijd eerste delict en justitiële voorgeschiedenis, en recidive. Daarnaast is het ook van belang dat er informatie beschikbaar komt over dynamische en situationele factoren, zoals het psychiatrisch ziektebeeld of het type interventie, aangezien deze factoren aangrijpen op de behandeling van justitiabelen met forensische zorg. Vooralsnog zijn deze gegevens nog niet beschikbaar. Wanneer deze informatie beschikbaar komt, kan de prevalentie van de recidive van deze ex-patiënten beter worden verklaard.

Verder bleek dat ISD'ers met forensische zorg die direct vanuit de extramurale fase naar vrijheid waren uitgestroomd een kleinere kans op recidive hadden dan ISD'ers met forensische zorg die vanuit de intramurale fase in vrijheid waren gesteld. Dit indiceert dat wanneer (de extramurale fase van) het ISD-traject goed wordt doorlopen, de kans op strafrechtelijke recidive afneemt. Het is echter niet bekend welke aspecten maken of iemand vanuit de intramurale fase of extramurale fase van het traject in vrijheid worden gesteld. Mogelijk speelt hier ook een selectie-effect. Op dit moment heeft het WODC onderzoek in voorbereiding naar de effectiviteit van de ISD-maatregel.

Problemen in de registratie

Vóór de invoering van Ifzo werd niet altijd duidelijk geregistreerd welke justitiabelen forensische zorg ontvingen. Voor de tbs levert dit geen problemen op, omdat deze justitiële titel in zijn geheel onder de forensische zorg valt. Voor de ISD en de voorwaardelijke ISD was het in dit onderzoek wel lastig om op basis van andere bronnen de groepen met forensische zorg vast te stellen. In overleg met specialisten uit het werkveld hebben wij ons gericht op de groep ISD'ers die in de *extramurale* fase van het ISD-traject hebben gezeten. Hierdoor zijn mogelijk ISD'ers met forensische zorg gemist of zijn ISD'ers zonder forensische zorg ten onrechte geïnccludeerd. Voor de voorwaardelijke ISD speelt een ander probleem; er viel wel te bepalen welke personen waren toegeleid naar (forensische) zorg, maar niet of deze zorg daadwerkelijk was uitgevoerd. In de toekomst zal de groep justitiabelen met forensische zorg worden vastgesteld aan de hand van Ifzo en zal recidiveonderzoek worden verricht door koppeling met de Justitiële Documentatie. Zoals eerder gesteld zal dit vermoedelijk vanaf 2019 zijn. Tot die tijd zal op basis van andere bronnen onderzoek worden gedaan naar strafrechtelijk recidive van justitiabelen met forensische zorg. Voor de groepen ISD met forensische zorg en voorwaardelijke ISD met forensische zorg zal nader worden onderzocht of deze beter kunnen worden gedefinieerd met behulp van informatie van DJI en/of de reclassering.

Ontwikkeling recidivemonitor sector Forensische Zorg

Dit onderzoek betrof een eerste meting van de recidive onder justitiabelen met forensische zorg, in afwachting van de resultaten gebaseerd op Ifzo. Wij hebben een beeld kunnen schetsen van 6 van de 22 FZ-titels. Het is de bedoeling dat er in de toekomst recidivemetingen worden verricht naar alle relevante FZ-titels. De resultaten zullen worden opgenomen in het Recidiveprevalentie Informatiesysteem (REPRIS), de webapplicatie van het WODC waarmee selecties kunnen worden gemaakt uit het cijfermateriaal van de Recidivemonitor. Met de jaren zullen daar steeds meer titels, uitstroomjaren, uitsplitsingskenmerken, recidivecriteria en observatieperioden in terug te vinden zijn.

In opvolging van onze eerste verkenningen naar de samenhang tussen daderkenmerken en recidive zullen op termijn ook voorspellingsmodellen worden ingezet om de ontwikkelingen van de recidive onder FZ-patiënten beter te kunnen duiden. Dezelfde modellen zullen worden gebruikt om de geobserveerde recidive in bepaalde subgroepen van FZ-patiënten te kunnen vergelijken met de 'verwachte recidive'. Voor beide toepassingen is het nodig dat er informatie over de behandeling beschikbaar komt en er meer achtergrondgegevens worden verzameld.

1 Inleiding

Sinds 2007 is de Minister van Veiligheid en Justitie verantwoordelijk voor alle zorg uitgevoerd in het strafrechtelijk kader. Deze *forensische zorg* (FZ) betreft alle geestelijke gezondheidszorg (GGz), verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg aan justitiabelen met een strafrechtelijke titel.¹ Het systeem van de forensische zorg kan worden opgedeeld in 22 zorgtitels: 21 strafrechtelijke titels en 1 voorgenomen indicatiestelling (Ministerie van Veiligheid & Justitie, 2012).² Box 1 bevat een overzicht van deze zorgtitels.

Het ministerie van Veiligheid en Justitie wil weten hoe hoog de recidive is van forensische patiënten en heeft het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) gevraagd deze groep toe te voegen aan de *Recidivemonitor*, een doorlopend onderzoeksproject waarin de terugval van justitiabelen op gestandaardiseerde wijze wordt gemeten. Het WODC deed al onderzoek onder ex-terbeschikkinggestelden, maar nu worden daar ook de andere forensische zorgtitels aan toegevoegd.

In januari 2010 nam de sector de Informatievoorziening forensische zorg (Ifzo) in gebruik. Ifzo is het systeem waarin de indicatiestelling en plaatsing wordt vastgelegd van alle patiënten die zorg krijgen in een strafrechtelijk kader. Vanaf 2011 werken alle betrokken instanties met Ifzo en verlopen alle indicaties direct via dit systeem. Vóór de ingebruikname vond registratie plaats binnen de administratieve systemen van de afzonderlijke instellingen. Het recidiveonderzoek zal op termijn worden gebaseerd op Ifzo. Om de recidive te kunnen meten moeten gegevens over de uitstroom van personen worden gekoppeld aan de Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD), de centrale bron voor WODC-recidiveonderzoek. De koppeling vindt plaats op het parketnummer van de strafzaak naar aanleiding waarvan de forensische zorg werd opgelegd. Bij het ontwerp van Ifzo ontbrak het parketnummer echter als een verplicht veld. Dat is inmiddels rechtgezet, het parketnummer is aan de registratie toegevoegd, zij het niet met terugwerkende kracht. Ifzo is met andere woorden alleen geschikt voor 'nieuwe gevallen'. Het duurt enige tijd voordat het kan worden gebruikt: er dienen voldoende personen te zijn uitgestroomd en bovendien moeten de ex-patiënten na hun uitstroomdatum minstens twee jaar 'at risk' zijn.

Vermoedelijk kan pas vanaf 2019 op gestandaardiseerde wijze recidivemetingen worden verricht op basis van een structurele koppeling van Ifzo aan de Justitiële Documentatie. Samen met de Directie Sanctie- en Preventiebeleid (DSP) heeft de Directie Forensische Zorg (DForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) aangegeven eerder al over terugvalpercentages onder deze groepen justitiabelen te willen beschikken. In het onderhavige rapport wordt daarom op basis van andere bronnen dan Ifzo de strafrechtelijk recidive van justitiabelen met forensische zorg in kaart gebracht. De resultaten van het onderzoek hebben betrekking op personen die zijn uitgestroomd in de periode vóór 2011. Uit een eerdere haalbaarheidsstudie bleek dat er vooralsnog zes FZ-titels zijn waarnaar recidiveonderzoek kan worden

¹ Eerste Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 32 398, D.

² Vanaf september 2013 bestaat forensische zorg uit 25 zorgtitels (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2013). In lijn met het haalbaarheidsonderzoek van Schönberger en Wartna (2013) zal dit rapport zich echter richten op de eerdergenoemde 22 FZ-titels.

verricht (Schönberger & Wartna, 2013). Dit betreft de hoofdtitels: tbs met dwangverpleging, tbs met voorwaarden, plaatsing in een Inrichting voor stelselmatige daders (ISD) en plaatsing in een ISD met voorwaarden (verder: voorwaardelijke ISD), en twee subtitels, die alleen tijdens de tbs met dwang kunnen worden ingezet: het proefverlof en de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege.

Box 1 Clustering van de 22 justitiële titels waaronder forensische zorg kan worden geboden (Schönberger & Wartna, 2013, p. 8)

Cluster	Groep	Nr.	Titel
Cluster 1: Forensische zorg in het kader van een maatregel	1	2	Tbs met dwangverpleging (art. 37a jo 37b Sr)
		3	Tijdelijke plaatsing psychiatrisch ziekenhuis (art. 13 Bvt)
		4	Overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis (art. 14 Bvt)
		5	Tbs met proefverlof (art. 51 Bvt)
		7	Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38g Sr)
Cluster 2: Forensische zorg tijdens detentie	2	8	Tbs met voorwaarden (art. 38a Sr)
	3	1	Strafrechtelijke machtiging (art. 37 jo 39 Sr)
	1	12	Overbrenging vanuit Gevangeniswezen naar psychiatrisch ziekenhuis (art. 15 Pbw)
Cluster 3: Forensische zorg in het kader van voorwaarden bij een sanctie	1	13	Overbrenging vanuit gevangeniswezen voor hulpverlening (art. 43 Pbw)
	2	17	Interne overplaatsing naar penitentiair psychiatrisch centrum in het gevangeniswezen (art. 15 Pbw)
	3	18	Poliklinische verrichtingen door GGz in het gevangeniswezen (art. 42 Pbw)
	4	16	Penitentiair programma met zorg (art. 5 Pm)
	5	15	Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (art. 38m Sr jo art. 44 b t/m 44 q Pm)
Cluster 4: Overige vormen van zorg	1	14	Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders met voorwaarden (art. 38p Sr)
	2	9	Voorwaardelijke veroordeling (art. 14a Sr)
	3	19	Voorwaardelijke invrijheidsstelling met bijzondere voorwaarden (art. 15a Sr)
	4	10	Sepot met voorwaarden (art. 167/244 Sv)
	5	11	Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 Sv)
Cluster 4: Overige vormen van zorg	4	20	Voorwaardelijke gratieverlening (art. 13 Gratiwet jo. 558 Sv)
	5	21	Strafbeschikking met aanwijzingen als bedoeld in artikel 257, lid 3, Sv.
Cluster 4: Overige vormen van zorg	1	6	Plaatsing vanwege pro-Justitia rapportage (art 196/317 Sv)
	2	22	Voorgenomen indicatiestelling

In dit rapport zal een *voorlopig* beeld worden geschetst van de recidive onder justitiabelen die zorg kregen onder één van deze zes FZ-titels. Het beeld is voorlopig omdat de gegevens voor het onderzoek niet afkomstig zijn uit één centraal systeem, maar uit verschillende registraties waarvan de volledigheid en betrouwbaarheid

onvoldoende bekend is. Voor het definitieve beeld is het wachten op de beschikbaarheid van Ifzo ten behoeve van recidiveonderzoek.

Voordat we ingaan op de onderzoeksresultaten wordt in dit inleidend hoofdstuk eerst beschreven wat er in de nationale en internationale literatuur reeds bekend is over de recidive onder justitiabelen met forensische zorg (paragraaf 1.1). Vervolgens worden de uitkomsten van de haalbaarheidsstudie van Schönberger en Wartna (2013) in meer detail besproken (paragraaf 1.2) en wordt de vraagstelling van het huidige onderzoek nader uitgewerkt (paragraaf 1.3). Hoofdstuk 2 van dit rapport gaat in op de onderzoeksmethode. Hoofdstuk 3 bevat de meetresultaten. De conclusies en discussie worden in hoofdstuk 4 gepresenteerd.

1.1 Eerder onderzoek

Internationaal onderzoek laat zien dat personen met psychische problematiek oververtegenwoordigd zijn in het strafrechtstelsel (Teplin, 1990; Teplin, Abram & McClelland, 1996). Gemiddeld heeft 55% tot 80% van alle (jong)volwassen justitiabelen een psychiatrische stoornis. Dit is inclusief de aan middelen gebonden stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen (Brink, 2005). In Nederland zijn soortgelijke percentages gevonden: 68% van de gedetineerden op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen (PI's) heeft een psychiatrische stoornis (Bulten & Nijman, 2009). Dit is beduidend hoger dan in de algemene bevolking (Bijl, Ravelli & Van Zessen, 1998; Ekselius, Tillfors, Furmark & Fredrikson, 2001; Kessler, McGonagle, Zhao et al., 1994; Maier, Lichtermann, Klingler et al., 1992; Sansone & Sansone, 2011). Een systematische vergelijking van 62 internationale studies naar ernstig psychiatrische stoornissen bij bijna 23.000 gedetineerden bracht aan het licht dat gemiddeld 4% van de gevangenen te kampen heeft met een ernstig psychotische stoornis, 10% met een ernstige depressie en dat meer dan 40% een antisociale persoonlijkheidsstoornis heeft (Fazel & Danesh, 2002).

Onderzoek naar de relatie tussen psychische problematiek en strafrechtelijke recidive toont aan dat justitiabelen met psychische problemen die forensisch psychiatrische zorg ontvangen minder, en minder snel, recidiveren dan soortgelijke justitiabelen in detentie (McNiel & Binder, 2007; Nilsson, Wallinius, Gustavson et al., 2011). Daarnaast recidiveren zij minder, en minder ernstig, na behandeling dan in de periode voor hun behandeling (Herinckx, Swart, Ama et al., 2005; Moore & Hiday, 2006). Deze studies hebben zich echter beperkt tot één rechtbank specifiek gericht op justitiabelen met psychische problemen (zogenoemde *mental health courts*) of één forensisch psychiatrische afdeling. Tevens zijn deze studies buiten Nederland uitgevoerd, respectievelijk in de Verenigde Staten en in Zweden, en dat maakt dat de gevonden resultaten niet zonder meer kunnen worden gegeneraliseerd naar de gehele populatie justitiabelen alsmede naar de Nederlandse situatie. Ondanks het feit dat de resultaten positieve effecten van forensisch psychiatrische zorg laten zien, is meer onderzoek nodig om de relatie tussen psychische problematiek en strafrechtelijke recidive bij justitiabelen in Nederland te kunnen duiden.

Daarbij is het niet alleen van belang om na te gaan of justitiabelen met psychische problemen in een (justitiële) zorginstelling verblijven, maar ook wat voor soort behandeling zij daar ontvangen. De behandeling dient zo te worden ingericht dat deze aansluit op factoren die de kans op herhaling van delictgedrag verminderen. Bonta, Law en Hanson (1998) hebben een grote overzichtsstudie verricht naar de risicofactoren voor recidive bij justitiabelen met psychische problematiek. Demografische gegevens (bijvoorbeeld een jongere leeftijd en een lage sociaaleconomische

status [SES]), delictgeschiedenis (bijvoorbeeld een groter aantal eerdere delicten en een jongere leeftijd ten tijde van het eerste delict) en algemene problematiek (bijvoorbeeld beperkte sociale vaardigheden en werkloosheid) bleken risicofactoren voor recidive. Psychiatrische problemen verkleinden daarentegen over het algemeen de kans op herhaald delictgedrag. Alleen de antisociale persoonlijkheidsstoornis bleek ook een risicofactor voor recidive te zijn (Bonta et al., 1998). In vergelijking met eerder onderzoek concludeerden Bonta et al. (1998) dat de risicofactoren voor recidive bij justitiabelen met psychische problemen in zeer grote mate overeenkomsten vertonen met de risicofactoren bij justitiabelen in het algemeen. Het merendeel van de geïncludeerde onderzoeken in de studie van Bonta en collega's (1998) was echter niet van Nederlandse bodem (met uitzondering van Van Emmerik, 1987). Daarnaast betreft het onderzoeken die meer dan twintig jaar geleden zijn uitgevoerd. Ook deze resultaten zijn daarom niet per se van toepassing op de huidige Nederlandse situatie.

Gezien het feit dat behandeling van psychische problemen, ook bij justitiabelen, de afgelopen decennia is verbeterd, is het van belang dat de relatie tussen psychische problemen en recidive opnieuw wordt onderzocht. Zeker met de ontwikkeling van het *Risk-Need-Responsivity*-model (RNR-model; Andrews & Bonta, 2006, 2010) en het *Good Lives Model* (GLM; Ward & Brown, 2004) sluit de behandeling steeds beter aan op de behoeftes van de delinquent. Volgens het RNR-model dient behandeling van justitiabelen (1) gebaseerd te worden op het individuele recidiverisico, en dient de intensiteit van behandeling recht evenredig samen te hangen met dit risico, (2) zich te richten op dynamische criminogene factoren, met andere woorden veranderbare factoren die de kans op recidive direct beïnvloeden, en (3) rekening te houden met de mogelijkheden en beperkingen van het individu. Het GLM is een behandelingsmethode waarbij wordt getracht op een positieve wijze het welzijn van de delinquent te bevorderen alsmede het recidiverisico te verlagen. De basisveronderstelling van deze methode is dat iedereen probeert *primary goods* te verwerven. *Primary goods* zijn activiteiten, ervaringen of situaties die de kwaliteit van leven van het individu verhogen, zoals gelukkig zijn of je nuttig voelen. *Secondary goods* zijn concrete manieren om *primary goods* te verwerven (bijvoorbeeld het hebben van werk of het hebben van een relatie). Nadat de *primary goods* zijn vastgesteld, richt de behandeling zich op het aanleren van positieve, pro-sociale en maatschappelijk geaccepteerde manieren (*secondary goods*) om deze doelen (*primary goods*) te bereiken. Doordat behandelingen beter aansluiten op de noden van het individu, wordt verondersteld dat strafrechtelijke recidive nog verder kan worden verminderd (zie ook Barendregt, Van der Laan, Bongers & Van Nieuwenhuizen, 2012).

In Nederland is er tot op heden nog weinig bekend over strafrechtelijke recidive van volwassen justitiabelen met forensische zorg. Het onderzoek heeft zich tot nu toe voornamelijk gericht op recidive van ex-terbeschikkinggestelden (bijvoorbeeld Bregman & Wartna, 2011; Van Emmerik, 1985, 1989; Keune & Van Binsbergen, 2012; Leuw, 1995, 1999; Schönberger, De Kogel & Bregman, 2012; Wartna, Bregman, Schapers et al., 2014). Het onderhavige onderzoek is een aanvulling en uitbreiding op deze onderzoeken naar ex-tbs-gestelden, maar zal ook ingaan op de recidive van justitiabelen met andere vormen van forensische zorg (tbs met voorwaarden, ISD en voorwaardelijke ISD). Verder zal een eerste verkenning worden gedaan naar de relatie tussen de achtergrondkenmerken en de recidive bij justitiabelen met deze typen forensische zorg.

1.2 Haalbaarheidsstudie

Voorafgaand aan het onderhavige onderzoek is door het WODC een haalbaarheidsstudie verricht naar de mogelijkheden van recidivemeting bij volwassen justitiabelen in de forensische zorg. In deze studie is onderzocht in hoeverre er door koppeling van gegevens van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), de reclasseringsorganisaties (3RO)³ en het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) aan de Justitiële Documentatie een betrouwbaar beeld kan worden gegeven van de strafrechtelijke recidive van personen die vóór 2011 forensische zorg hebben ontvangen. Per FZ-titel is aan de hand van drie criteria, te weten: inhoud, omvang en beschikbaarheid, nagegaan of gegevens uit bestaande registraties bruikbaar zijn voor recidiveonderzoek. *Inhoud* heeft betrekking op de vraag of de interventie gericht is op recidivevermindering, of de interventie eindig is en of deze wordt gevolgd door een periode van vrijheid. *Omvang* heeft betrekking op de grootte van de groep. Vuistregel binnen de WODC-Recidivemonitor is dat er ten minste honderd individuen moeten zijn die minimaal gedurende twee jaar 'at risk' waren om te kunnen recidiveren. Tot slot is de *beschikbaarheid* van de juiste gegevens van belang om koppeling met het OBJD mogelijk te maken. Hierbij moet men denken aan de personalia van de zorgontvangers (volledige voor- en achternamen en geboortegegevens), het parketnummer van de strafzaak naar aanleiding waarvan de forensische zorg is opgelegd en de in- en uitstroomdatum van de forensische zorg.

Van de 22 titels werden 2 bij voorbaat niet meegenomen in de haalbaarheidsstudie, omdat op grond van de titel geen zorg plaatsvindt (plaatsing vanwege pro-Justitia rapportage), of omdat de titel – in geval van veroordeling – altijd direct wordt gevolgd door een andere FZ-titel (de voorgenomen indicatiestelling; zie figuur 1). Daarnaast is van drie zorgtitels de omvang van de groepen momenteel nog onvoldoende groot (strafbeschikking met aanwijzingen, voorwaardelijke gratieverlening en penitentiair programma met zorg).

Van de zeventien overgebleven FZ-titels zijn er vier hoofdtitels waarvan is vastgesteld dat zij voldoen aan de hierboven gestelde criteria. Dit betreft de FZ-titels tbs met dwangverpleging, tbs met voorwaarden, ISD en voorwaardelijke ISD. Daarnaast geldt voor zeven titels dat zij de facto enkel voorkomen in combinatie met andere titels⁴ (Schönberger & Wartna, 2013). Deze titels *kunnen* eventueel als subtitels worden meegenomen in het recidiveonderzoek naar de hoofdtitels. In het onderhavige onderzoek worden proefverlof en voorwaardelijke beëindiging meegenomen als subtitels van de hoofdtitel tbs met dwangverpleging. In figuur 1 zijn de zes FZ-titels die in het onderhavige onderzoek worden behandeld met rood aangegeven.

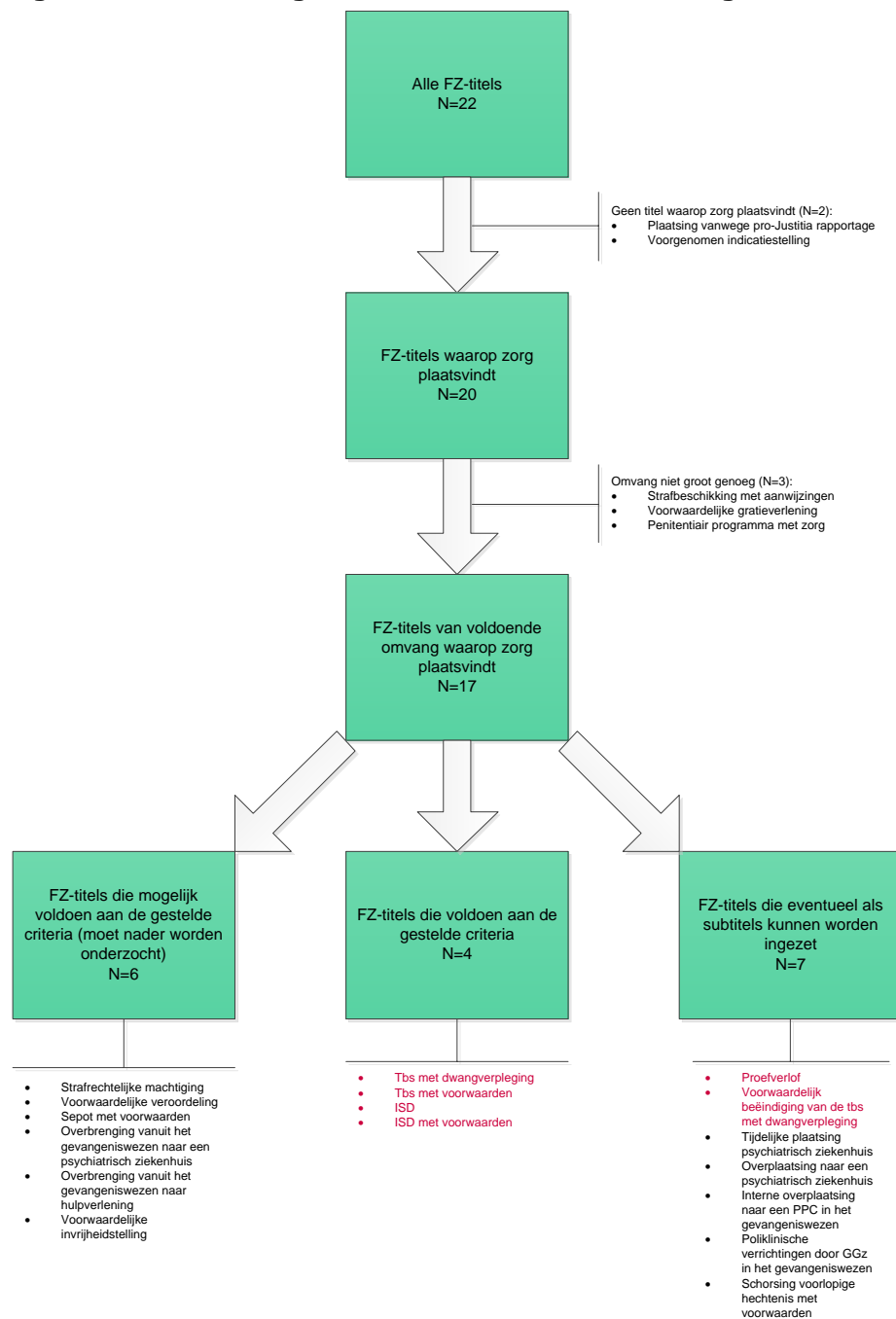
De haalbaarheidsstudie wees ten slotte voor zes andere FZ-titels uit dat nader vooronderzoek moet uitwijzen of recidivemetingen kunnen worden verricht op basis van de bestaande informatievoorzieningen; dit betreft de strafrechtelijke machtiging, voorwaardelijke veroordeling, sepot met voorwaarden, overbrenging vanuit

³ Reclassering Nederland (RN), de Stichting Verslavingsreclassering GGz (SVG), en het Leger des Heils Jeugdzorg & Reclassering van het Leger des Heils.

⁴ Proefverlof, voorwaardelijke beëindiging, tijdelijke plaatsing psychiatrisch ziekenhuis, overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis, interne overplaatsing naar een penitentiair psychiatrisch centrum (PPC) in het gevangeniswezen, poliklinische verrichtingen door GGz in het gevangeniswezen en schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden.

het gevangeniswezen naar een psychiatrisch ziekenhuis, overbrenging vanuit het gevangeniswezen naar hulpverlening en voorwaardelijke invrijheidstelling met bijzondere voorwaarden. De uitstroomresultaten van deze zes titels (links in figuur 1) laten dus nog op zich wachten. Eerst moet nader worden uitgezocht of de gegevens die er zijn voldoende gespecificeerd zijn om recidiveonderzoek te doen. De technische details zijn beschreven in een apart memorandum (Boonmann, Wartna & Schapers, 2015).

Figuur 1 Stroomdiagram onderzoek Forensische Zorg-titels



1.3 Huidige onderzoek

Het onderhavige onderzoek richt zich op de strafrechtelijk recidive van justitiabelen in de vier FZ-titels waarvan is vastgesteld dat zij qua inhoud, omvang en beschikbaarheid voldoen aan de eisen voor recidiveonderzoek, namelijk tbs met dwangverpleging, tbs met voorwaarden, ISD en voorwaardelijke ISD. Daarnaast zullen proefverlof en voorwaardelijke beëindiging als subtitels van de tbs met dwangverpleging worden meegenomen. De reguliere vragen bij het recidiveonderzoek binnen de Recidivemonitor zullen successievelijk worden beantwoord. Deze onderzoeksvragen luiden als volgt:

- 1 Welk deel van de groep komt na het zorgcontact opnieuw in aanraking met justitie (prevalentie van recidive)?
- 2 Hoeveel nieuwe justitiecontacten deden zich daarbij voor (frequentie) en van welke aard (bijvoorbeeld type delict)?
- 3 Wat is de totale omvang van de recidive?
- 4 Welke achtergrondkenmerken van justitiabelen in forensische zorg hangen samen met het voorkomen van recidive?

Ten slotte, dit onderzoek betreft een meting van de recidive onder justitiabelen met forensische zorg in afwachting van de resultaten gebaseerd op Ifzo. De zes titels die worden beschreven zijn een eerste stap in het meetbaar krijgen van de karakteristieken van justitiabelen met forensische zorg en de relatie met recidive. Dit onderzoek geeft derhalve geen inzicht in de effectiviteit van de forensische zorg, maar is vooraleerst beschrijvend van aard.

2 Methode

In dit hoofdstuk wordt de methodologie van het onderhavige onderzoek besproken. Eerst wordt nader toegelicht hoe de recidivegegevens tot stand zijn gekomen (paragraaf 2.1). Vervolgens wordt de selectie van de verschillende groepen van justitiabelen met forensische zorg beschreven (paragraaf 2.2), alsmede de gebruikte statistische analyses (paragraaf 2.3).

2.1 Het meten van de recidive

Het onderhavige onderzoek is uitgevoerd volgens de richtlijnen van de WODC-Recidivemonitor (Wartna, Blom & Tollenaar, 2011). De recidivegegevens zijn afkomstig uit de OBJD en bewerkt via vaste procedures die binnen de Recidivemonitor zijn ontwikkeld. De OBJD is een gepseudonimiseerde versie van het Justitieel Documentatie Systeem (JDS), het wettelijke documentatiesysteem voor de afdoening van strafzaken. Het gebruik van de OBJD impliceert dat alleen de criminaliteit die onder de aandacht komt van het Openbaar Ministerie (OM), met het onderzoek in kaart wordt gebracht. Delicten die niet worden opgespoord of niet door de politie worden doorgegeven, blijven buiten beschouwing. In dit rapport worden alleen *ruwe* recidivecijfers gepresenteerd. Dit betekent dat de cijfers niet zijn gecorrigeerd voor verschuivingen in de achtergrondkenmerken van de daderpopulatie over tijd.⁵

Voor het meten van recidive gelden vaste criteria. In het onderhavige onderzoek zullen drie van deze criteria worden gebruikt: algemene recidive, ernstige recidive (strafdreiging van vier jaar of meer, zoals eenvoudige diefstal, maar ook moord en doodslag), en zeer ernstige recidive (strafdreiging van acht jaar of meer, zoals verkrachting, moord en doodslag). Zie box 2 voor een beschrijving van deze criteria. Er wordt onderscheid gemaakt tussen prevalentie, frequentie en omvang van de recidive. De 'prevalentie' wordt uitgedrukt als het percentage recidivisten, 'frequentie' in het gemiddelde aantal recidivezaken per recidivist en 'omvang' is het aantal recidivezaken per honderd personen.

Omdat de uitstroomaantallen van de onderzochte FZ-titels per jaar relatief klein zijn, zal worden gewerkt met 'rollende' uitstroomcohorten van elk vijf jaar. Waar voorheen gebruik werd gemaakt van vaste, opeenvolgende uitstroomcohorten van vijf jaar (bijvoorbeeld 1999-2003 en 2004-2008), wordt in dit rapport gebruik gemaakt van uitstroomcohorten van vijf jaar die telkens met één jaar opschuiven (bijvoorbeeld 2000-2004, 2001-2005 en 2002-2006). De verschillen tussen de cohorten zullen hierdoor kleiner worden, er bestaat nu immers overlap tussen de cohorten. Een uitgebreide toelichting op de werkwijze van de Recidivemonitor is te vinden op www.wodc.nl/recidivemonitor. De recidivecijfers die in dit rapport zullen worden getoond vormen een selectie uit de statistieken die zijn opgeslagen in REPRIS, een webapplicatie bereikbaar via de site van het WODC. REPRIS staat voor Recidiveprevalentie Informatiesysteem. Hierin kan een selectie worden gemaakt uit

⁵ Correctie van de cijfers voor verschuivingen op achtergrondkenmerken vergt het inzetten van een statistische model. Vanwege de beperkte omvang van de verschillende groepen justitiabelen met FZ in dit rapport is het niet altijd mogelijk een passend model te vinden.

het cijfermateriaal van de Recidivemonitor. Ook de cijfers voor de justitiabelen met forensische zorg zijn er te vinden, met alle uitsplitsingen die beschikbaar zijn.⁶

Box 2 Recidivecriteria volgens de WODC-Recidivemonitor

Algemene recidive: een nieuw geldig* justitiecontact naar aanleiding van enig misdrijf, ongeacht de aard en ernst van de gepleegde delicten

Ernstige recidive: een nieuw geldig justitiecontact naar aanleiding van een misdrijf met een maximale straf dreiging van vier jaar of meer**

Zeer ernstige recidive: een nieuw geldig justitiecontact naar aanleiding van een misdrijf met een maximale straf dreiging van acht jaar of meer

* Zaken die niet eindigen in een vrijspraak, een technisch sepot door het OM of een technische beslissing door de rechter.

** Delicten met een lagere strafdreiging maar waarvoor wel voorlopige hechtenis kan worden opgelegd, vallen ook in deze categorie.

2.2 Selectie van onderzoeksgroepen

Tbs met dwangverpleging

Informatie over de groep tbs met dwangverpleging, inclusief proefverlof en voorwaardelijke beëindiging⁷, is met medewerking van DJI uit het Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling (MITS) gehaald. MITS bestaat vanaf 2000. Voor de hoofdtitel tbs met dwangverpleging en de subtitel proefverlof bleek het daarnaast mogelijk om gegevens uit het Tijdelijk Informatiesysteem Monitoring tbs (TIM), de voorloper van MITS, te achterhalen. Er is dus informatie beschikbaar over tbs-gestelden die in de periode 1996-2010 uit de tbs zijn uitgestroomd. De recidive wordt berekend vanaf de datum waarop de maatregel door de rechter onvoorwaardelijk werd beëindigd. De resultaten die met betrekking tot de ex-tbs-gestelden in dit rapport worden gepresenteerd vormen een aanvulling op eerder onderzoek van de Recidivemonitor onder deze daderpopulatie (Bregman & Wartna, 2010, 2011; Wartna, el Harbachi & Essers, 2006; Wartna, el Harbachi & Van der Knaap, 2005). De eerste landelijke recidivestudies van het WODC op het terrein van de tbs stammen uit de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw en zijn verricht door Van Emmerik (1985, 1989) en Leuw (1995, 1999).

Tbs met voorwaarden

Informatie over tbs-gestelden met voorwaarden is wederom met medewerking van DJI uit MITS gehaald. In het onderhavige onderzoek worden gegevens meegenomen

⁶ Om statistische redenen en omwille van de privacy van de ex-justitiabelen vertoont REPRIS geen cijfers van groepen kleiner dan vijftien personen.

⁷ Gedurende de verschillende intra- en transmurale behandelfase van de tbs met dwangverpleging kunnen tbs-gestelde verschillende soorten verlof doorlopen waarbij geleidelijk aan meer vrijheden in de maatschappij worden geboden. De verlofvormen betreffen begeleid verlof (art. 8 Verlofregeling tbs), onbegeleid verlof (art. 9 Verlofregeling tbs), transmuraal verlof (art. 10 Verlofregeling tbs) en proefverlof (art. 11 Verlofregeling tbs). De Minister van Veiligheid en Justitie beslist over deze verschillende soorten verlof en laat zich hierbij adviseren door het Adviescollege Verloftoetsing tbs (AVT).

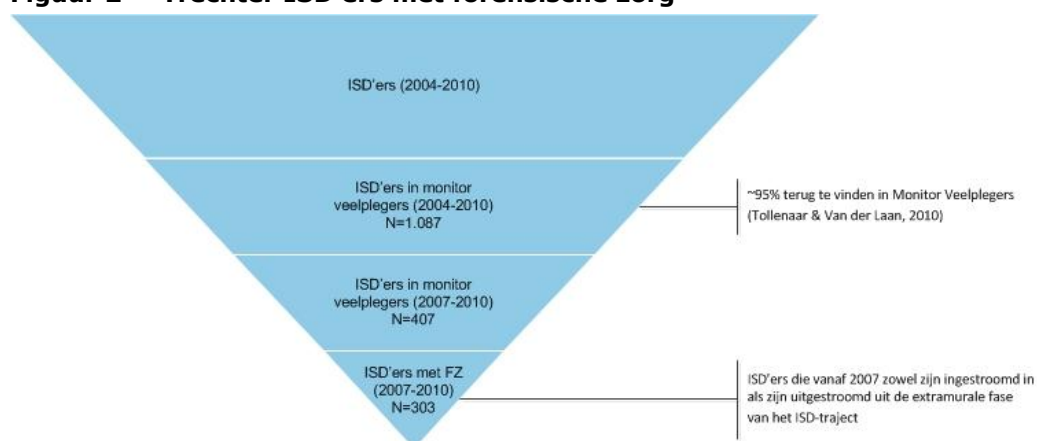
Tevens kan sinds 1997 de tbs met dwangverpleging voorwaardelijk worden beëindigd. De dwangverpleging wordt dan onder bepaalde voorwaarden opgeheven, terwijl de tbs-maatregel nog van kracht blijft. Over het algemeen luidt een voorwaardelijke beëindiging het einde van de tbs-maatregel in (Abraham, Van Dijk & Zwaan, 2007; Brouwer & Elzinga, 2003). De voorwaardelijke beëindiging wordt door de rechter opgelegd. Dit gebeurt voor een periode van één of twee jaar met een maximale duur van negen jaar.

van tbs-gestelden met voorwaarden wier maatregel in de periode 2000-2010 afliep. Recidive wordt gemeten vanaf de datum waarop de tbs met voorwaarden werd beëindigd. Justitiabelen van wie de tbs met voorwaarden is omgezet naar tbs met dwangverpleging worden als onderdeel van de titel tbs-dwang nader geanalyseerd.

ISD met forensische zorg

Voor het onderhavige onderzoek is de groep ISD'ers vastgesteld aan de hand van de Monitor Veelplegers van het WODC. De ISD-maatregel kan vanaf 1 oktober 2004 worden opgelegd. Uit onderzoek van Tollenaar en Van der Laan (2010) is gebleken dat 95% van het aantal strafzaken met een ISD-vonnis is terug te vinden in deze monitor. In overleg met specialisten uit het werkveld is er vervolgens voor gekozen om de analyse vooralsnog te beperken tot de groep ISD'ers die in de *extramura*le fase van het ISD-traject terecht kwamen, aangezien dit de fase is waarin wordt verondersteld dat ISD'ers de facto forensische zorg ontvangen (art. 38m Sr jo art. 44d, lid 3, Pm). Met behulp van het bestemmingswisselingenbestand, verkregen uit het centrale registratiesysteem van het gevangeniswezen TULP (Tenuitvoerlegging straffen en maatregelen in Penitentiaire inrichtingen), is achterhaald welke ISD'ers in de extramurale fase van het ISD-traject hebben gezeten. Hierbij is tevens nagegaan (1) of deze ISD'ers met forensische zorg vanuit een extramurale (zorg)instelling in vrijheid zijn gesteld (dichotome variabele), (2) of ISD'ers met forensische zorg zich ooit onttrokken hebben (dichotome variabele), en (3) hoe lang de extramurale fase afgezet tegen de totale duur van het ISD-traject duurde (ratio variabele). Een overzicht van de wijze waarop de definitieve groep ISD'ers met forensische zorg is vastgesteld is te vinden in figuur 2. Aangezien er een vermoeden bestaat dat de extramurale bestemmingscode in 2004, 2005 en naar alle waarschijnlijkheid ook voor een klein deel in 2006 niet volledig was geïmplementeerd, worden enkel de gegevens gepresenteerd van ISD'ers met forensische zorg die vanaf 2007 tot en met 2010 zowel zijn *ingestroomd in* als *uitgestroomd uit* de ISD. Recidive wordt gemeten vanaf de datum waarop de ISD-maatregel is beëindigd.

Figuur 2 Trechter ISD'ers met forensische zorg

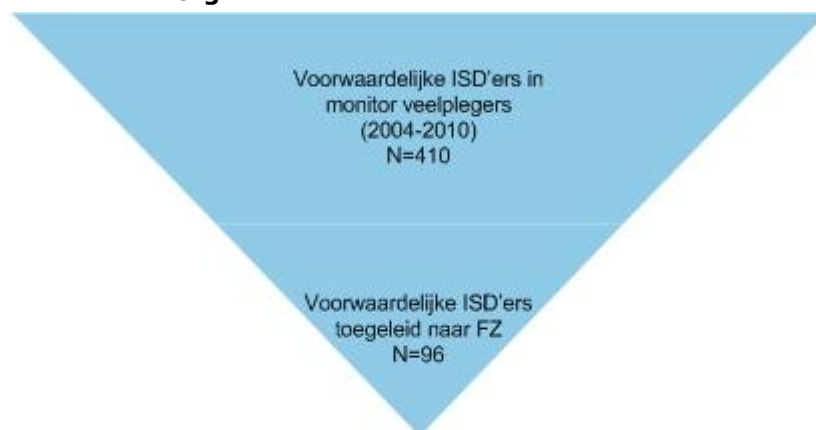


Voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg

Informatie over voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg is verkregen uit de Monitor Veelplegers van het WODC en het Cliëntvolgsysteem (CVS) van 3RO. In eerste instantie is de groep voorwaardelijke ISD'ers vastgesteld op basis van de Monitor Veelplegers. Vervolgens is met hulp van 3RO bepaald welke personen van deze groep zijn toegeleid naar (forensische) zorg (zie figuur 3). Het wordt uit de

beschikbare gegevens niet duidelijk waaruit de zorg precies bestaat en of zij daadwerkelijk is uitgevoerd. Om dit zeker te stellen dienen de onderliggende dossiers te worden geraadpleegd, maar dit was in het onderhavige onderzoek niet mogelijk. In dit onderzoek is daarom alleen die zorg meegenomen waarvan op voorhand uit de naamgeving helder is dat het forensische zorg betrof. Dit kan zowel klinische als ambulante behandeling zijn. Een overzicht van deze al dan niet forensische zorg is te vinden in bijlage 4. Aangezien de ISD vanaf 1 oktober 2004 kan worden opgelegd, worden de gegevens van voorwaardelijke ISD'ers toegeleid naar forensische zorg vanaf 2004 tot en met 2010 meegenomen. Omdat het op basis van de thans beschikbare gegevens in veel gevallen onduidelijk is op welke datum de voorwaardelijke ISD eindigde, wordt, in afwijking van andere titels, de recidive volgend op de voorwaardelijke ISD vooralsnog berekend vanaf de datum waarop deze maatregel onherroepelijk werd.

Figuur 3 Trechter voorwaardelijke ISD'ers toegeleid naar forensische zorg



Een overzicht van de herkomst en beschikbaarheid van de gegevens per FZ-titel is te vinden in tabel 1. Een overzicht van de geraadpleegde bronnen, alsmede een nadere toelichting op deze bronnen, is te vinden in bijlage 3.

Tabel 1 Herkomst gegevens voor recidiveonderzoek per FZ-titel

(Sub)titels	Selectieperiode	Bron selectie onderzoeksgroep	Bron recidive
Tbs-met dwangverpleging	1996-2010	TIM/MITS	OBJD
- Proefverlof	1996-2010	TIM/MITS	OBJD
- Voorwaardelijke beëindiging	2000-2010	MITS	OBJD
- Proefverlof & voorwaardelijke beëindiging	2000-2010	MITS	OBJD
- Omzetting tbs met voorwaarden	2000-2010	MITS	OBJD
Tbs met voorwaarden	2000-2010	MITS	OBJD
ISD met forensische zorg	2007-2010	Monitor Veelplegers & TULP	OBJD
Voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg	2004-2010	Monitor Veelplegers & CVS	OBJD

2.3 Statistische analyses

De *prevalentie* van recidive wordt bepaald met behulp van een survival analyse. Zo wordt rekening gehouden met onderlinge verschillen in observatietermijn. Volgens elk van de recidivecriteria (algemene, ernstige en zeer ernstige recidive), wordt berekend welk percentage van de groep justitiabelen met forensische zorg opnieuw in aanraking is gekomen met Justitie (onderzoeksvraag 1). De *frequentie* van de recidive wordt uitgedrukt in het aantal nieuwe justitiecontacten onder degenen die opnieuw met justitie in aanraking zijn gekomen. Voor elk jaar wordt het aantal recidivecontacten gedeeld door het aantal personen dat volgens de verschillende criteria heeft gerecidiveerd (onderzoeksvraag 2). De *omvang* van de recidive is het totale aantal nieuwe justitiecontacten per honderd justitiabelen (onderzoeksvraag 3).

Om de samenhang tussen de beschikbare achtergrondkenmerken en de prevalentie van recidive te bepalen, zal gebruik worden gemaakt van Cox-regressie-analyse. Met behulp van deze techniek kan worden geschat hoezeer bepaalde kenmerken van invloed zijn op de kans⁸ op (strafrechtelijke) recidive (onderzoeksvraag 4).

⁸ Officieel moet hier worden gesproken over de *hazard* maar omwille van de leesbaarheid zal in dit rapport worden gesproken over de kans.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd en besproken. Eerst tonen we per titel en per jaar de aantallen justitiabelen met forensische zorg (paragraaf 3.1). De achtergrondkenmerken van de verschillende onderzoeksgroepen komen in paragraaf 3.2 aan bod. Paragraaf 3.3 gaat in op de prevalentie van de 2-jarige recidive van de verschillende FZ-titels, paragraaf 3.4 geeft de uitsplitsingen van de recidive naar achtergrondkenmerken. De frequentie en omvang van de recidive worden besproken in paragraaf 3.5. Tot slot wordt in paragraaf 3.6 onderzocht hoe de gemeten achtergrondkenmerken gezamenlijk van invloed zijn op de kans dat er zich na de forensische zorg recidive voordoet.

3.1 Aantallen justitiabelen met forensische zorg

In tabel 2 zijn per uitstroomjaar de aantallen justitiabelen met forensische zorg weergegeven. Hieronder worden achtereenvolgens de cijfers van de tbs met dwangverpleging (inclusief proefverlof en/of voorwaardelijke beëindiging, en omzetting van de tbs met voorwaarden), tbs met voorwaarden, ISD met forensische zorg en voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg besproken (zie tabel 2).

Tbs met dwangverpleging

Vanaf 1996 zien we het aantal onvoorwaardelijk ontslagen tbs-gestelden met dwangverpleging geleidelijk oplopen van 46 in 1996 tot 96 in 2004; in de jaren daarna (2005-2010) varieert het aantal tussen de 71 en 91. Binnen de totale groep tbs-gestelden varieert het percentage ex-tbs-gestelden met proefverlof tussen 31% en 59%. Het percentage ex-tbs-gestelden bij wie sprake was van een voorwaardelijke beëindiging fluctueert tussen 44% en 68%. Het percentage tbs-gestelden uitgestroomd met zowel een proefverlof als een voorwaardelijke beëindiging ligt tussen 10% en 34%. Tot slot, het aantal onvoorwaardelijk ontslagen tbs-gestelden die zijn gestart met een tbs met voorwaarden is over het algemeen laag (nul tot vier per jaar).

Tbs met voorwaarden

De cijfers van het aantal tbs-gestelden dat uitstroomt vanuit de tbs met voorwaarden laten zien dat de aantallen in de periode 2000-2002 zeer beperkt waren (vier per jaar), waarna het aantal stijgt van 21 in 2003 tot 41 in 2006. In de periode 2006 tot en met 2010 varieert het aantal uitstromers tussen 39 en 46.

ISD met forensische zorg

Omdat informatie omtrent de extramurale fase van het ISD-traject pas vanaf 2007 als betrouwbaar wordt beoordeeld, kunnen enkel de gegevens worden gepresenteerd van ISD'ers met forensische zorg die vanaf 2007 tot en met 2010 zowel zijn *ingestroomd in* als *uitgestroomd uit* de ISD. Hierdoor is het aantal uitstromers in de eerste twee jaren beperkt. Dit heeft te maken met het feit dat de ISD over het algemeen voor een periode van twee jaar wordt opgelegd; instromers vanaf 2007 moesten veelal nog uitstromen. In 2009 en 2010 liggen deze aantallen, met respectievelijk 106 en 189, beduidend hoger.

Voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg

Voor voorwaardelijke ISD'ers toegeleid naar forensische zorg valt op dat het aantal personen vanaf 2004 (het begin van de invoering van de maatregel) tot en met 2008 oploopt tot 27. In de jaren daarna valt dit aantal terug tot twee in 2010. Bij deze cijfers dient te worden opgemerkt dat het onbekend is of deze zorg daadwerkelijk is uitgevoerd. Daarvoor dienen de onderliggende dossiers te worden geraadpleegd, hetgeen in het kader van het huidige onderzoek niet mogelijk was. De cijfers zijn daarom wellicht niet representatief voor de groep voorwaardelijke ISD'ers met forensische zorg.

3.2 Achtergrondkenmerken

Per FZ-titel bespreken we hieronder de achtergrondkenmerken van het meest recente cohort besproken. De bijbehorende cijfers zijn te vinden in tabel 3.

Tbs met dwangverpleging

Het grootste deel van de groep tbs met dwangverpleging bestaat uit mannen. De gemiddelde leeftijd is 37 jaar bij instroom en 42 jaar bij uitstroom. Ten tijde van hun eerste justitiecontact waren zij gemiddeld 22 jaar. Bijna driekwart van de ex-tbs-gestelden is in Nederland geboren. Voorafgaand aan de zaak waarvoor zij tbs opgelegd hebben gekregen, waren zij gemiddeld dertien maal eerder met justitie in aanraking gekomen. Bij bijna de helft van de groep betreft het zwaarste feit in de uitgangszaak een geweldsdelict, maar ook vernielingsdelicten en delicten tegen de openbare orde, zedendelicten en vermogensdelicten met geweld komen veel voor. De subgroepen met proefverlof en voorwaardelijke beëindiging lijken in sterke mate op de totale groep tbs-gestelden met dwangverpleging, mogelijk met uitzondering van het (gemiddeld) aantal eerdere justitiecontacten. Deze ligt bij personen met proefverlof of een voorwaardelijke beëindiging relatief gezien iets lager.

Tbs met voorwaarden

Ook voor de tbs met voorwaarden geldt dat het merendeel van de groep uit mannen bestaat. De gemiddelde leeftijd bij instroom is 35 jaar, de gemiddelde leeftijd bij uitstroom is 38 jaar en de gemiddelde leeftijd ten tijde van de eerste zaak is 26 jaar. Het merendeel van de tbs'ers met voorwaarden is geboren in Nederland. Voorafgaand aan de uitgangszaak hebben zij zeven maal eerder justitiecontact gehad. De meest voorkomende zwaarste feiten in de uitgangszaak zijn een geweldsdelict, vernieling/verstoring van de openbare orde of een zedendelict.

ISD met forensische zorg

Bijna alle ISD'ers met forensische zorg zijn mannen. Zij hebben een gemiddelde leeftijd van 37 jaar bij instroom en 39 jaar bij uitstroom. De gemiddelde leeftijd ten tijde van het eerste justitiecontact is 18 jaar. Het merendeel van de ISD'ers met forensische zorg is in Nederland geboren. Voorafgaand aan de uitgangszaak hadden zij gemiddeld al 54 justitiecontacten. Over het algemeen betreft het zwaarste feit in de uitgangszaak een vermogensdelict met geweld of een geweldsdelict.

Voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg

Bij de groep voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg valt op dat het percentage mannen lager ligt dan bij de groep ISD met forensische zorg, respectievelijk 88% en 96%. De gemiddelde leeftijd bij aanvang van de observatieperiode (ten tijde van de datum onherroepelijk) is 36 jaar. De gemiddelde leeftijd ten tijde van het eerste justitiecontact is 18 jaar. Net als bij de ISD, geldt dat het merendeel

van de groep voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg in Nederland is geboren. Daarnaast hebben zij gemiddeld al 46 justitiecontacten gehad voorafgaand aan hun uitgangszaak. Dit gemiddeld aantal eerdere contacten ligt lager dan het gemiddelde aantal eerdere contacten bij ISD'ers met forensische zorg (54 justitiecontacten). Het zwaarste feit in de zaak waarvoor de voorwaardelijke ISD is opgelegd betreft over het algemeen een vermogensdelict met geweld of een geweldsdelict.

Tabel 2 Aantallen justitiabelen met forensische zorg per uitstroomjaar

Titels	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tbs-dwang	46	62	58	69	68	77	69	74	96	79	85	81	71	81	91
- PV	27	30	31	38	28	36	22	23	47	40	39	39	31	31	37
- VB	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	35	34	47	43	55	40	49	50	43	43	44
- PV & VB	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	20	21	7	12	19	27	18	17	18	15	19
- Omzetting tbs met voorwaarden	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	0	0	1	4	3	2	4	3	4	0	2
Tbs met voorwaarden	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	4	4	4	21	31	29	41	39	46	46	44
ISD met forensische zorg	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	0	3	106	189
Voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	0	6	21	17	27	23	2

N.v.t. = informatie niet aanwezig omdat FZ-titel niet bestond.

N.b. = informatie niet aanwezig in beschikbare bronnen; voor de voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg is het jaar weergegeven waarin de maatregel onherroepelijk is geworden.

Tabel 3 Kenmerken van justitiabelen met forensische zorg

	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Sekse (man)	90,7 (371)	87,0 (154)	93,3 (168)	86,8 (187)	95,6 (285)	87,8 (79)
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Leeftijd bij instroom	36,5 (10,4)	37,3 (10,2)	35,3 (10,1)	34,9 (10,5)	37,1 (8,3)	36,1 (8,1)
Leeftijd bij uitstroom	42,0 (10,1)	42,9 (9,4)	41,4 (9,3)	38,1 (10,6)	39,4 (8,3)	
Leeftijd 1 ^e zaak	22,3 (10,7)	22,4 (10,6)	21,9 (10,1)	26,2 (11,2)	18,0 (4,9)	17,8 (4,8)
Aantal eerdere contacten	12,5 (17,8)	11,4 (17,3)	9,3 (11,4)	7,2 (12,1)	54,3 (36,8)	45,6 (34,8)
Leeftijd bij instroom						
t/m 17 jaar	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
18 - 24 jaar	11,4 (39)	9,9 (15)	15,8 (25)	20,4 (33)	4,5 (12)	10,3 (8)
25 - 29 jaar	12,5 (43)	8,6 (13)	15,2 (24)	14,8 (24)	12,1 (32)	14,1 (11)
30 - 39 jaar	38,5 (132)	42,1 (64)	36,7 (58)	35,2 (57)	42,0 (111)	38,5 (30)
40 - 49 jaar	25,4 (87)	25,7 (39)	21,5 (34)	18,5 (30)	33,7 (89)	35,9 (28)
50 jaar en ouder	12,2 (42)	13,8 (21)	10,8 (17)	11,1 (18)	7,6 (20)	1,3 (1)

	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Leeftijd bij uitstroom						
t/m 19 jaar	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
20 – 24 jaar	0,5 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	7,4 (12)	2,0 (6)	11,2 (10)
25 – 29 jaar	7,9 (32)	2,8 (5)	8,4 (15)	20,4 (33)	11,5 (34)	15,7 (14)
30 – 39 jaar	40,6 (164)	40,7 (72)	44,1 (79)	31,5 (51)	39,9 (118)	36,0 (32)
40 – 49 jaar	30,0 (121)	35,0 (62)	27,4 (49)	25,9 (42)	35,1 (104)	34,8 (31)
50 jaar en ouder	21,0 (85)	21,5 (38)	20,1 (36)	14,8 (24)	11,5 (34)	2,2 (2)
Leeftijd 1^e zaak						
t/m 17 jaar	48,0 (194)	44,1 (78)	45,8 (82)	22,7 (49)	61,2 (180)	67,0 (59)
18 – 24 jaar	24,8 (100)	28,2 (50)	28,5 (51)	31,9 (69)	30,6 (90)	25,0 (22)
25 – 29 jaar	8,7 (35)	10,2 (18)	8,4 (15)	13,9 (30)	4,4 (13)	4,5 (4)
30 – 39 jaar	10,1 (41)	10,2 (18)	11,7 (21)	17,6 (38)	3,4 (10)	3,4 (3)
40 – 49 jaar	4,7 (19)	3,4 (6)	2,2 (4)	9,7 (21)	0,3 (1)	0,0 (0)
50 jaar en ouder	3,7 (15)	4,0 (7)	3,4 (6)	4,2 (9)	0,0 (0)	0,0 (0)
Geboorteland						
Nederland	74,6 (305)	74,0 (131)	75,6 (136)	87,5 (189)	65,8 (196)	78,9 (71)
Marokko	4,6 (19)	3,4 (6)	3,9 (7)	1,4 (3)	5,4 (16)	3,3 (3)
Nederlandse Antillen	4,6 (19)	6,2 (11)	3,9 (7)	2,3 (5)	7,4 (22)	5,6 (5)
Suriname	7,1 (29)	9,6 (17)	7,8 (14)	2,8 (6)	11,7 (35)	6,7 (6)
Turkije	2,0 (8)	1,7 (3)	1,1 (2)	1,4 (3)	1,0 (3)	1,1 (1)
Overig westers	2,7 (11)	1,1 (2)	1,7 (3)	3,2 (7)	4,4 (13)	4,4 (4)
Overig niet-westers	4,4 (18)	4,0 (7)	6,1 (11)	1,4 (3)	4,4 (13)	0,0 (0)

	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Type delict van de uitgangzaak						
geweld	48,7 (199)	52,5 (93)	55,0 (99)	36,8 (78)	18,5 (55)	21,1 (19)
zeden	14,7 (60)	17,5 (31)	19,4 (35)	21,2 (45)	0,0 (0)	0,0 (0)
vermogen met geweld	10,5 (43)	10,2 (18)	8,3 (15)	11,3 (24)	65,8 (196)	66,7 (60)
vermogen zonder geweld	3,7 (15)	1,1 (2)	1,7 (3)	4,2 (9)	10,4 (31)	6,7 (6)
vernietiging, openbare orde	14,9 (61)	9,6 (17)	11,1 (20)	24,1 (51)	2,7 (8)	4,4 (4)
drugs	0,5 (2)	0,6 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	2,3 (7)	1,1 (1)
overig	1,0 (4)	8,5 (15)	4,4 (8)	2,4 (5)	0,3 (1)	0,0 (0)
verkeer	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Aantal eerdere contacten						
0	12,5 (51)	14,1 (25)	12,2 (22)	18,1 (39)	0,0 (0)	0,0 (0)
1 – 2	20,0 (82)	22,6 (40)	20,6 (37)	26,4 (57)	0,0 (0)	0,0 (0)
3 – 4	9,8 (40)	10,7 (19)	12,8 (23)	12,5 (27)	0,0 (0)	0,0 (0)
5 – 10	21,3 (87)	22,0 (39)	23,3 (42)	20,4 (44)	0,7 (2)	0,0 (0)
11 of meer	36,4 (149)	30,5 (54)	31,1 (56)	22,7 (49)	99,3 (296)	100,0 (90)
Aanvullende gegevens ISD						
% uitstroom vanuit extramuraal fase					56,7 (169)	
% onttrekkingen					42,6 (127)	

3.3 Prevalentie van recidive

Hieronder geven we het antwoord op de eerste onderzoeksvraag. We tonen de prevalentie van 2-jarige algemene, ernstige en zeer ernstige recidive voor de opeenvolgende cohorten van justitiabelen met verschillende vormen van forensische zorg. De cijfers voor de ex-tbs-gestelden met dwangverpleging (inclusief proefverlof en/of voorwaardelijke beëindiging) staan afgebeeld in figuur 4. Figuur 5 toont de recidivepercentages die horen bij tbs met voorwaarden, figuur 6 die van ISD met forensische zorg en die van de voorwaardelijke ISD'ers die werden toegeleid naar forensische zorg. De cijfers die ten grondslag liggen aan de figuren zijn te vinden in tabel b6.1 tot en met b6.3, alsook in **REPRIS**. Recidivegegevens over de ex-tbs-gestelden die zijn uitgestroomd nadat hun tbs met voorwaarden werd omgezet in een onvoorwaardelijke maatregel, zijn in onderstaande analyses niet meegenomen vanwege het te lage aantal personen.

Tbs met dwangverpleging

In figuur 4 is de prevalentie van 2-jarige recidive voor tbs-gestelden (inclusief proefverlof en/of voorwaardelijke beëindiging) uitgestroomd in de periode 2000-2010 weergegeven. De prevalentie algemene recidive in de totale groep tbs met dwangverpleging, varieert tussen 20% en 27%. De prevalentie ernstige recidive varieert tussen 16% en 24%. De prevalentie ex-tbs-gestelden met dwangverpleging die binnen twee jaar zeer ernstige recidiveert ligt daarentegen een stuk lager (4% tot 8%). Over de jaren heen valt op dat de prevalentie recidivisten vanaf het cohort 2000-2004 daalt.⁹ Alleen in het laatste cohort (2006-2010) lijkt een lichte stijging zichtbaar. Voor de groepen met proefverlof en/of voorwaardelijke beëindiging liggen de prevalenties van de recidive lager dan bij de totale groep tbs-gestelden (zie figuur 4). Los daarvan zien we echter dezelfde trends terug; na een daling vanaf het cohort 2000-2004, is in het laatste cohort (2006-2010) een lichte stijging waar te nemen.

Tbs met voorwaarden

Figuur 5 toont de 2-jarige prevalenties van de recidive van justitiabelen uitgestroomd uit de tbs met voorwaarden. De prevalentie van algemene recidive varieert tussen 24% en 33%, de prevalentie van ernstige recidive tussen 20% en 30%, en de prevalentie van zeer ernstige recidive tussen 4% en 11%. Net als bij de tbs met dwangverpleging, zien we een daling van de recidive tussen het cohort 2000-2004 en het cohort 2001-2005. Ook hier zien we een lichte stijging in het laatste cohort (2006-2010).

ISD met forensische zorg

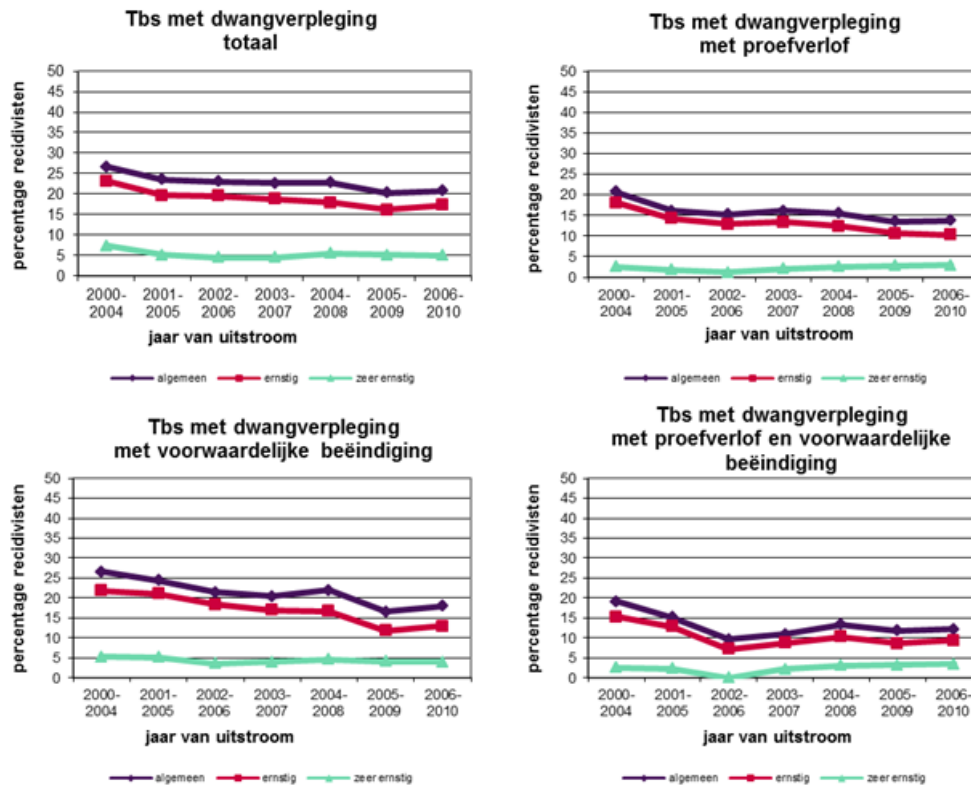
In figuur 6 worden de prevalentie van algemene (73%), ernstige (70%) en zeer ernstige (17%) recidive weergegeven van ISD'ers met forensische zorg uitgestroomd in 2009 en 2010.

Voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg

Voor de voorwaardelijke ISD'ers toegeleid naar forensische zorg (cohort 2006-2010) geldt dat de prevalentie van algemene (86%) en ernstige recidive (84%) iets hoger liggen dan bij ISD'ers met forensische zorg, terwijl de prevalentie van zeer ernstige recidive (10%) iets lager ligt (zie figuur 6).

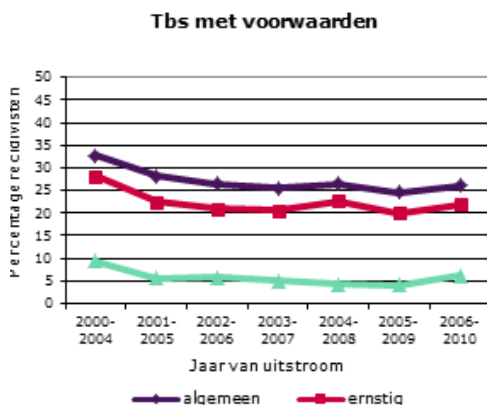
⁹ Omdat het WODC al langer recidiveonderzoek doet onder ex-terbeschikkinggestelden met een dwangmaatregel zijn er voor deze FZ-titel ook cijfers beschikbaar over de periode van vóór de eeuwwisseling. Bijlage 5 bevat een figuur die de ontwikkeling van de recidive over een langere periode laat zien.

Figuur 4 Prevalentie van 2-jarige ruwe recidive voor opeenvolgende uitstroomcohorten van ex-tbs-gestelden (inclusief proefverlof en/of voorwaardelijke beëindiging); naar recidivecriterium^a

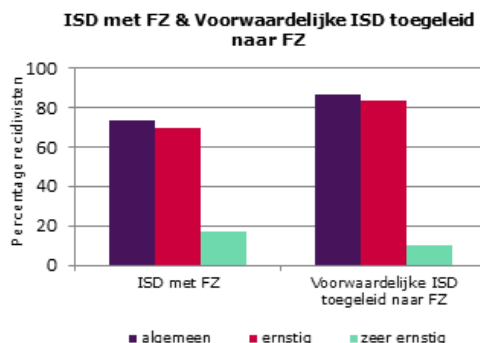


^a De aantallen justitiabelen met forensische zorg per uitstroomjaar zijn te vinden in tabel 2.

Figuur 5 Prevalentie van 2-jarige ruwe recidive voor opeenvolgende uitstroomcohorten tbs met voorwaarden; naar recidivecriterium



Figuur 6 Prevalentie van 2 jarige ruwe recidive ISD met forensische zorg (2009-2010) en Voorwaardelijke ISD (2006-2010); naar recidivecriterium



3.4 Frequentie en omvang van de recidive

Onderzoeksvragen 2 en 3 hebben betrekking op de frequentie en de omvang van de recidive. Tabel b6.4 tot en met b6.6 bevat per FZ-titel de cijfers van de algemene, ernstige en zeer ernstige recidive. De *frequentie* is het gemiddeld aantal nieuwe justitiecontacten onder de recidivisten in de groep. Gemeten over alle FZ-titels, ligt deze frequentie tussen de 1,6 en 4,4 bij algemene recidive, tussen de 1,0 en 3,9 bij ernstige recidive en 1,0 en 1,5 bij zeer ernstige recidive. Ten opzichte van de totale groep tbs met dwangverpleging valt op dat de frequentie bij de groep met proefverlof over het algemeen lager ligt. Dit geldt niet voor de groep met een voorwaardelijke beëindiging.

Daarnaast is de *omvang* van de algemene, ernstige en zeer ernstige recidive per FZ-titel berekend, zie tabel b6.7 tot en met b6.9 voor de cijfers. De omvang van de recidive is het totale aantal nieuwe justitiecontacten per 100 justitiabelen. Berekend over de zes FZ-titels loopt zij uiteen van 18 tot 319 voor algemene recidive, van 10 tot 269 voor ernstige recidive en van 4 tot 24 voor zeer ernstige recidive. Binnen de groep ex-tbs-gestelden met dwangverpleging valt op dat de omvang van de recidive kleiner is wanneer men proefverlof (zowel met als zonder voorwaardelijke beëindiging) heeft doorlopen, terwijl de omvang bij tbs-gestelden met alleen een voorwaardelijke beëindiging groter is.

3.5 Prevalentie van recidive uitgesplitst naar achtergrondkenmerken

Voor een antwoord op de vierde onderzoeksvraag kijken we eerst hoe de recidive per FZ-titel uitvalt als de cijfers worden uitgesplitst naar de achtergrondkenmerken die in het onderzoek konden worden meegenomen. De onderliggende cijfers zijn te vinden in tabel b7.1 tot en met b7.3. Maar ook in REPRIS. Via deze applicatie kunnen tevens aanvullende uitsplitsingen worden opgevraagd. Omwille van de

leesbaarheid, worden in dit rapport alleen de achtergrondkenmerken tussen groepen met een verschil van ten minste tien procentpunten besproken.

Tbs met dwangverpleging

Voor de groep tbs met dwangverpleging geldt dat de prevalentie van *algemene* recidive hoger is bij mannen (22%) dan bij vrouwen (8%), hoger is bij hen die op jongere leeftijd zijn uitgestroomd (32%) dan bij ouderen (19%), en hoger is bij tbs-gestelden met een eerste justitiecontact voor hun 25^e (26%) dan voor tbs-gestelden die gestart zijn met hun strafrechtelijke carrière na hun 25^e (6%). Daarnaast hebben tbs-gestelden met een zedendelict in hun uitgangszaak (10%) een lagere prevalentie dan tbs'ers waarvoor dit niet geldt (23%), terwijl tbs'ers met een vermogensdelict (38%) een hogere recidive-prevalentie hebben dan tbs-gestelden zonder een vermogensdelict (18%). Verder geldt: hoe meer eerdere justitiecontacten, hoe hoger de prevalentie van algemene recidive.

Voor tbs-gestelden met proefverlof of een voorwaardelijke beëindiging worden grotendeels dezelfde resultaten gevonden. Eén opvallend verschil ten opzichte van de totale groep doet zich echter voor bij het geboorteland: tbs-gestelden met proefverlof en/of een voorwaardelijke beëindiging die buiten Nederland zijn geboren hebben een hogere prevalentie van algemene recidive dan de groep die in Nederland is geboren (proefverlof: respectievelijk 24% ten opzichte van 10%; voorwaardelijke beëindiging: respectievelijk 30% ten opzichte van 14%).

De verschillen in de prevalentie van *ernstige* recidive komen bij de groep tbs met dwangverpleging in grote lijnen overeen met de resultaten met betrekking tot algemene recidive. De prevalentie van ernstige recidive is hoger bij mannen (18%) dan bij vrouwen (8%) en bij justitiabelen die op jongere leeftijd hun eerste justitiecontact hadden (22%) dan bij degenen die na hun 25^e levensjaar voor het eerst met justitie in aanraking kwamen (4%). Tbs'ers met een zedendelict in hun uitgangszaak hadden een lagere prevalentie van ernstige recidive (7%) dan tbs'ers zonder (19%), terwijl tbs'ers met een vermogensdelict (35%) een hogere prevalentie van ernstige recidive hadden dan tbs-gestelden waarbij dit niet het geval was (14%). Tot slot, de prevalentie van ernstige recidive is hoger naarmate het aantal eerder justitiecontacten toeneemt.

Ook hier geldt dat de resultaten bij tbs-gestelden met proefverlof en/of een voorwaardelijke beëindiging in grote mate overeenkomen met de totale groep tbs met dwangverpleging. Wederom zien we een verschil voor wat betreft geboorteland: tbs-gestelden met een voorwaardelijke beëindiging die buiten Nederland zijn geboren hebben een hogere prevalentie van ernstige recidive dan de groep die in Nederland is geboren (respectievelijk 25% en 9%).

Voor *zeer ernstige* recidive valt op dat de verschillen klein zijn, zowel bij de totale groep als bij de subgroepen. Dit heeft te maken met de lage base rate; zeer ernstige recidive komt in het algemeen niet vaak voor. Alleen bij de uitstroomleeftijd wordt een verschil van meer dan 10 procentpunten gevonden: voor de totale groep tbs met dwangverpleging geldt dat jongeren een hogere prevalentie zeer ernstige recidive hebben dan ouderen (respectievelijk 15% en 4%). Ditzelfde beeld zien we terug bij de groep met een voorwaardelijke beëindiging (respectievelijk 13% en 3%).

Tbs met voorwaarden

De resultaten met betrekking tot de groep tbs met voorwaarden komen in grote lijnen overeen met de groep tbs met dwangverpleging. We zien grofweg dezelfde verschillen terug in de algemene, ernstige en zeer ernstige recidive, als we percentages uitsplitsen naar de verschillende achtergrondkenmerken. Anders dan bij de tbs-gestelden met dwangverpleging is er bij tbs met voorwaarden ook een verschil op instroomleeftijd gevonden. Tbs-gestelden met voorwaarden die deze maatregel vóór hun 30^e kregen opgelegd hadden later een grotere kans op algemene recidive dan oudere voorwaardelijke tbs-gestelden (respectievelijk 35% en 17%). Ook hebben zij een grotere kans op ernstige recidive: respectievelijk 32% en 13%.

ISD met forensische zorg

Voor de groep ISD met forensische zorg werden bij de uitsplitsingen van de prevalentie van algemene, ernstige en zeer ernstige recidive weinig verschillen gevonden van meer dan 10 procentpunten. Voor algemene recidive blijkt dat de prevalentie hoger is bij ISD'ers met forensische zorg met een instroomleeftijd instroom tot 30 jaar (84%) dan vanaf 30 jaar (71%). Ook bij ernstige recidive wordt een verschil van meer dan 10 procentpunten gevonden op instroomleeftijd, te weten 80% voor ISD'ers tot 30 jaar en 67% voor ISD'ers ouder dan 30 jaar. Voor zeer ernstige recidive geldt dat de prevalentie hoger is bij ISD'ers met forensische zorg met een eerste zaak voor hun 25^e (19%) dan ISD'er met forensische zorg die pas na hun 25^e voor het eerst met justitie in aanraking komen (0%). Deze laatste groep bevat echter slechts 24 personen (zie tabel 3 in paragraaf 3.2).

Voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg

Ook voor de groep voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg worden over het algemeen niet veel verschillen in prevalentie van recidive uitgesplitst naar achtergrondkenmerken gevonden. Voorwaardelijke ISD'ers toegeleid naar forensische zorg met vernieling of een delict tegen de openbare orde in hun uitgangzaak, hadden een hogere prevalentie ernstige recidive (93%) dan voorwaardelijke ISD'ers waarbij dit niet het geval was (83%). Tot slot was de prevalentie zeer ernstige recidive onder jongeren hoger dan onder oudere voorwaardelijke ISD'ers toegeleid naar forensische zorg, zowel gemeten bij instroom als bij uitstroom. Het percentage voorwaardelijke ISD'ers dat na hun 30^e uitstroomde uit de forensische zorg en daarna werd vervolgd voor een zeer ernstige delict is met 8% relatief gering.

3.6 Voorspellen van recidive na FZ: een eerste verkenning

Nu de enkelvoudige verbanden tussen de achtergrondkenmerken en de terugval in de diverse FZ-groepen zijn besproken, zal in deze paragraaf een eerste beeld worden geschetst van de complexe samenhang tussen de kenmerken en de prevalentie van recidive. Om dit verband te analyseren is gebruikgemaakt van multiële Cox-regressie. Met behulp van deze techniek kan worden geschat hoezeer bepaalde factoren in hun onderlinge samenhang voorspellend zijn voor de kans op recidive. De details van de regressie-analyses, inclusief een korte toelichting op de techniek, zijn te vinden in bijlage 8. Hieronder bespreken we de uitkomsten in grote lijnen.

Tbs met dwangverpleging

Voor tbs-gestelden met dwangverpleging komt uit de Cox-regressie naar voren dat de kans op algemene recidive afneemt met de leeftijd ten tijde van het eerste justitiecontact en toeneemt met de omvang van het strafrechtelijke verleden (zie tabel b8.1). Ex-tbs-gestelden die op jonge leeftijd met hun carrière zijn gestart en al

veel justitiecontacten hadden opgebouwd toen zij de maatregel kregen opgelegd, hebben na de tbs dus een verhoogde kans op recidive, temeer indien zij een vermogensdelict in hun uitgangzaak hadden. Ex-tbs'ers die tijdens hun maatregel proefverlof kregen blijken, rekening houdend met andere verschillen, een kleinere kans op recidive te hebben dan tbs-gestelden die niet op verlof gingen.

De kans op ernstige recidive hangt ook af van de startleeftijd en de omvang van het strafrechtelijke verleden en we zien hetzelfde verband met proefverlof. Daarenboven blijken ex-tbs-gestelden die buiten Nederland zijn geboren of een vermogensdelict, vernieling of delict tegen de openbare orde in hun uitgangzaak hadden, een grotere kans op ernstige recidive te hebben dan tbs'ers waarbij dit niet het geval was.

Tot slot, er is geen enkel statistisch significante relatie gevonden tussen een van de gemeten achtergrondkenmerken en het vóórkomen van zeer ernstige recidive onder ex-tbs-gestelden met een dwangmaatregel. De oorzaak hiervan ligt vermoedelijk in de lage base rate: deze vorm van recidive komt in het algemeen niet vaak voor.

Tbs met voorwaarden

Voor tbs'ers met voorwaarden valt op dat de kans op algemene en ernstige recidive toeneemt met de omvang van justitiële voorgeschiedenis (tabel b8.2). Daarnaast neemt de kans op ernstige recidive toe naarmate de tbs-gestelde jonger was ten tijde van het eerste justitiecontact. De kans op zeer ernstige recidive neemt toe naarmate de tbs-gestelde jonger was bij uitstroom. Ex-tbs-gestelden met een vernielingsdelict of een delict tegen de openbare orde in hun uitgangzaak hebben een grotere kans op zeer ernstige recidive dan tbs-gestelden met andere delicten.

ISD met forensische zorg

Voor ISD'ers met forensische zorg geldt dat de kans op algemene recidive toeneemt naarmate het eerste justitiecontact op jongere leeftijd heeft plaatsgevonden (tabel b8.3). Tevens hebben ISD'ers die buiten Nederland zijn geboren een grotere kans op zeer ernstige recidive dan ISD'ers die in Nederland zijn geboren. Specifiek voor deze groep gold dat ISD'ers met forensische zorg die direct vanuit de extramurale fase zijn uitgestroomd, een kleinere kans hadden op zowel algemene als ernstige recidive dan ISD'ers met forensische zorg die vanuit de intramurale fase in vrijheid zijn gesteld. Bovendien blijken ISD'ers met forensische zorg zonder onttrekkingen een kleinere kans op (algemene en ernstige) recidive te hebben dan ISD'ers waarbij dit wel het geval was. Tot slot: de kans op (ernstige) recidive in deze groep neemt af als het aandeel van de extramurale fase in de totale duur van de ISD toeneemt.

Voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg

Bij deze FZ-groep werd in de multivariate analyses slechts één significant verband gevonden. Voorwaardelijke ISD'ers toegeleid naar forensische zorg met een vermogensdelict in hun uitgangzaak hebben een grotere kans op zowel algemene als ernstige recidive dan voorwaardelijke ISD'ers zonder vermogensdelict (tabel b8.4). Het type delict is dus een voorspeller van recidive in deze dadergroep.

4 Conclusie en discussie

Het doel van dit onderzoek was om een eerste stap te zetten in de richting van een recidivemonitor voor de sector Forensische Zorg. Recidive is één van de mogelijke indicatoren van behandelingsucces. Om inzicht in de uitstroomresultaten van de forensische zorg te krijgen is het van belang dat de terugval over het hele veld op eenduidige wijze wordt gemeten. Uit een eerdere inventarisatie van de beschikbare informatie bleek dat op dit moment bij 6 van de 22 zorgtitels structureel recidiveonderzoek mogelijk is. Het onderhavige rapport geeft de resultaten van de eerste metingen. Het schetst een beeld van de strafrechtelijke recidive van justitiabelen die vóór 2011 een van de volgende vormen van forensische zorg ontvingen: tbs met dwangverpleging (inclusief de subtitels proefverlof en voorwaardelijke beëindiging), tbs met voorwaarden, ISD en voorwaardelijke ISD. Voor de overige titels, waar- onder zorg tijdens een voorwaardelijke veroordeling, wordt nader onderzocht hoe de herhaalde recidivemetingen in de toekomst het beste vorm gegeven kunnen worden.

Prevalentie van recidive

De recidivemetingen onder tbs-gestelden met dwangverpleging sluiten aan op een lange reeks van WODC-onderzoeken op dit terrein (bijvoorbeeld: Bregman & Wartna, 2010, 2011; Van Emmerik, 1985, 1989; Leuw, 1995, 1999; Wartna et al., 2005, 2006). De strafrechtelijke recidive in de tbs-sector is de laatste decennia structureel gedaald. In het huidige onderzoek wordt in het laatste uitstroomcohort – de terbeschikkinggestelden die tussen 2006 en 2010 met ontslag gingen – een lichte stijging van de algemene en ernstige recidive waargenomen. In recidiveonderzoek onder ex-gedetineerden en cliënten van de reclasseringsinstellingen zijn voor 2010 ook iets hogere prevalenties gevonden dan in de jaren daarvoor (Wartna, Tollenaar et al., 2014). Het is niet bekend of het hier om een eenmalige stijging gaat, of dat het een trendbreuk betreft. Toekomstige recidivemetingen zullen dat uitwijzen.

Tbs-gestelden die met proefverlof gingen, blijken minder vaak te recidiveren dan tbs-gestelden zonder proefverlof. Dit is in lijn met eerder onderzoek (Wartna et al., 2005). Onduidelijk is nog wat hiervan de oorzaak is. Wijst dit op een succesvolle behandeling of is hier misschien sprake van een selectie-effect? De factoren die zorgen dat iemand op proefverlof kan, zijn wellicht ook de factoren die zorgen voor een lagere recidivekans. Het is met andere woorden lastig om de bijdrage dat het verlof heeft op het niveau van de recidive bloot te leggen. In dit onderzoek kon een deel van de 'ruis' worden geëlimineerd. Het verschil in recidive tussen personen met en zonder proefverlof blijft zichtbaar als men rekening houdt met moderators als sekse, leeftijd, type delict en omvang van het strafrechtelijke verleden. Meer informatie over de achtergronden van de tbs-gestelden en hun behandeling is nodig om de samenhang tussen proefverlof en recidive nog beter te begrijpen. Als deze gegevens bij toekomstige metingen worden meegenomen, kan het effect van het proefverlof scherper worden geschat.

Voor ISD'ers met forensische zorg en voorwaardelijke ISD'ers toegeleid naar forensische zorg vallen de algemene prevalenties van recidive erg hoog uit, met respectievelijk 73% en 86% recidivisten berekend over twee jaar. Ook in eerder onderzoek naar (voorwaardelijke) ISD'ers werden dergelijke terugvalpercentages gevonden (Tollenaar & Van der Laan, 2012; Zebel, Alberda & Wartna, 2014). Bij

ISD'ers vonden Tollenaar en Van der Laan (2012) een 2-jarige algemene recidive van 72%. Zebel en collega's (2013) vonden onder ex-reclassenten met een ISD een 2-jarige algemene recidiveprevalentie van 72%. De gevonden recidivepercentages in het huidige onderzoek zeggen op zich weinig over de effectiviteit van de forensische zorg. Het is immers niet bekend hoe hoog de recidive zou zijn geweest als de justitiabelen géén forensische zorg zouden hebben gehad. Op basis van kale recidivecijfers kan niet worden bewezen dat forensische zorg de kans op recidive verkleint. Om het effect te meten zou men een experiment kunnen opzetten waarin een deel van de groep de zorg bewust wordt ontzegd. De vraag is echter of een dergelijk experiment uitvoerbaar is. Wellicht is het beter om intussen naar andere manieren te zoeken om de kwaliteit van de zorg te bepalen. Eén mogelijkheid is om, zoals wel vaker gebeurt binnen de Recidivemonitor, een vergelijking te maken tussen de geobserveerde recidive en de recidive die op voorhand mocht worden verwacht afgaand op algemene verbanden die in deze daderpopulatie worden waargenomen. Een dergelijke aanpak levert een indruk op bij welke subgroepen van FZ-patiënten relatief gunstige of juist ongunstige resultaten worden behaald. Het is een manier om op zoek te gaan naar 'best practices'. Maar ook dan is het van belang dat we komen te beschikken over meer informatie met betrekking tot de achtergronden en kenmerken van de justitiabelen. De berekening van de verwachte recidive vergt een voorspellingsmodel waarin de belangrijkste determinanten van de recidive onder de betreffende daderpopulatie vertegenwoordigd zijn.

Samenhang achtergrondkenmerken en recidive

Naast de berekening van recidivestatistieken hebben we een eerste stap gezet op weg naar een dergelijke analyse. De samenhang tussen de achtergrond van de justitiabelen met forensische zorg en hun strafrechtelijke recidive is onderzocht op basis van de thans beschikbare informatie. De multiële regressie-analyses brengen naar voren dat statische factoren voorspellende waarde hebben. Zo neemt bijvoorbeeld de kans op algemene recidive onder tbs-gestelden toe naarmate zij jonger waren ten tijde van hun eerste justitiecontact en is de recidivekans hoger bij een uitgebreider strafrechtelijke verleden. Dit komt overeen met de resultaten uit eerder onderzoek (Wartna, Bregman et al., 2014; Wartna, Tollenaar & Bogaerts, 2009). Vooralsnog hebben we niet kunnen toetsen of ook dynamische (en dus: veranderbare) factoren, zoals het psychiatrisch ziektebeeld en het type behandeling, van invloed zijn op de latere recidive. Dat is wel van belang omdat dergelijke kennis richting kan geven aan de interventies die tijdens de zorg worden gepleegd. Zo zou het kunnen zijn dat ISD'ers die verslavingszorg krijgen minder recidiveren dan ISD'ers die een ander type zorg ontvangen. Of het zou kunnen blijken dat de kans op recidive afhangt van de duur en intensiteit van de behandeling. Gegevens over dynamische en situationele factoren en over de aanpak van de FZ-patiënten zijn echter vooralsnog niet beschikbaar. Wellicht is dat in de toekomst anders en kan de recidive onder justitiabelen met forensische zorg beter worden verklaard.

Het deel van de ISD'ers met forensische zorg dat vanuit de extramurale fase naar vrijheid uitstroomt blijkt een kleinere kans op recidive te hebben dan hun tegenhangers die na een intramurale fase in vrijheid werden gesteld. Dit resultaat suggereert dat wanneer (de extramurale fase van) het ISD-traject succesvol wordt doorlopen, de kans op strafrechtelijke recidive bij deze hoog-risicogroep afneemt. Het is echter onbekend welke factoren maken of iemand vanuit de intramurale fase of extramurale fase in vrijheid worden gesteld. Mogelijk speelt ook hier een selectie-effect: de kenmerken die bepalen dat een ISD'er naar de extramurale fase kan, zijn dezelfde factoren die er voor zorgen dat hij of zij recidivevrij blijft. Op dit moment loopt er binnen het WODC een haalbaarheidsstudie naar de werkzame elementen

van de ISD-maatregel (Beijersbergen, Van der Laan, & Tollenaar, 2014). Dit haalbaarheidsonderzoek en de eventueel hieruit voortvloeiende vervolgstudie, zal meer inzicht geven in de effectiviteit van deze interventie.

Problemen in de registratie

Vóór de invoering van Ifzo werd niet altijd duidelijk geregistreerd welke justitiabelen werden toegeleid naar forensische zorg. Met betrekking tot de tbs is dit geen probleem omdat deze groep in zijn geheel onder de forensische zorg valt en ook vóór 2011 duidelijk werd geregistreerd. Voor de ISD en voorwaardelijke ISD was het wel lastig om op basis van de beschikbare bronnen de groepen met forensische zorg aan te merken en te selecteren voor het onderzoek. In overleg met specialisten uit het veld is ervoor gekozen om de groep ISD'ers met forensische zorg in eerste instantie te selecteren aan de hand van de Monitor Veelplegers van het WODC. Aangezien 95% van alle strafzaken met een ISD-vonnis terug te vinden is in deze monitor, valt slechts een klein deel van de groep ISD met forensische zorg buiten het bereik van dit onderzoek. Vervolgens is om praktische redenen bepaald dat de relevante groep vooralsnog moet worden gedefinieerd als de ISD'ers die in de extramurale fase van het ISD-traject hebben gezeten. Mogelijk hebben we hierdoor ISD'ers die forensische zorg ontvingen gemist, of zijn er ISD'ers die uiteindelijk geen forensische zorg kregen ten onrechte geïncludeerd.

Bij het onderzoek onder voorwaardelijke ISD'ers speelde een ander probleem. Op basis van CVS viel wel te bepalen welke personen waren toegeleid naar (forensische) zorg, maar bleef onduidelijk of de zorg daadwerkelijk is uitgevoerd. Om dat vast te stellen dienen de onderliggende dossiers te worden geraadpleegd, maar dat bleek binnen het bestek van dit onderzoek onmogelijk. Het gevolg is dat in dit onderzoek mogelijk voorwaardelijke ISD'ers zijn meegenomen die uiteindelijk geen forensische zorg hebben ontvangen. In de toekomst zullen de groepen justitiabelen met forensische zorg worden vastgesteld aan de hand van Ifzo en zal recidiveonderzoek worden verricht door een directe koppeling met de Justitiële Documentatie. Zoals gesteld, zal dit vermoedelijk echter pas vanaf 2019 zijn beslag krijgen. Tot die tijd zal op basis van alternatieve bronnen onderzoek moeten worden gedaan en zoeken we naar mogelijkheden om de recidivemonitor van de forensische zorg uit te breiden en te verbeteren. Via haalbaarheidsstudies zal moeten blijken of de groep ISD'ers met forensische zorg beter kan worden gedetecteerd met behulp van informatie van Bureau Selectiefunctionarissen (BSF) en/of TULP, beiden in beheer van DJI. Voor de voorwaardelijke ISD met forensische zorg zal worden onderzocht of deze informatie uit het Integraal Reclassering Informatie Systeem (IRIS) te halen valt. IRIS is de opvolger van CVS.

Doorontwikkeling recidivemonitor sector Forensische Zorg

Zoals aangegeven betrof dit onderzoek een eerste meting van de recidive onder justitiabelen met forensische zorg. Het betreft een voorlopige meting, in afwachting van de resultaten gebaseerd op in-, door- en uitstroominformatie vastgelegd in Ifzo, het centrale registratiesysteem voor alle forensische zorg. Wij hebben een beeld kunnen schetsen van zes van de 22 FZ-titels (zie figuur 1). Het is de bedoeling dat er in de toekomst recidivemetingen worden verricht naar alle relevante FZ-titels. De recidivestatistieken zullen stevast worden opgenomen in **REPRIS**, de webapplicatie van het WODC waarmee selecties kunnen worden gemaakt uit het cijfermateriaal van de Recidivemonitor. Met de jaren zal een databestand worden opgebouwd waarin steeds meer FZ-titels, uitstroomjaren, uitsplitsingskenmerken, recidivecriteria en observatieperioden terug te vinden zullen zijn.

Intussen zullen in opvolging op onze eerste verkenningen van de samenhang tussen achtergrondkenmerken en de recidive onder justitiabelen met forensische zorg, voorspellingsmodellen worden ontwikkeld (cf. Wartna, Bregman et al., 2014; Wartna et al., 2009). Deze modellen kunnen worden gebruikt om de ontwikkelingen in de tijd beter te kunnen volgen. Via de modellen kan de invloed van verschuivingen in achtergronden van de justitiabelen worden geneutraliseerd. Dit levert de best mogelijke beschrijving op van de netto-ontwikkeling die zich per FZ-titel in de recidive heeft voorgedaan. Een andere toepassing van de modellen is de berekening van 'verwachte recidive'. De vergelijking met ruwe recidivecijfers wijst uit of de strafrechtelijke recidive die optreedt na de (verschillende vormen van) forensische zorg hoger of lager uitvalt dan op voorhand mocht worden verwacht op grond van de algemene verbanden die in deze daderpopulatie konden worden gevonden. Zoals aangegeven, hebben we voor het opstellen van voorspellings-modellen meer dadergegevens nodig en daar zal de komende tijd dan ook aan worden gewerkt.

Summary

The Minister of Security and Justice is responsible for all (psychiatric) care in the Dutch criminal justice system. This forensic psychiatric care includes treatment of mental disorders and substance abuse disorders, as well as the care for those with intellectual disabilities. As re-offense reduction is an important aim of the treatment of offenders, the Ministry of Security and Justice requested the Research and Documentation Center (i.e., WODC) to add information regarding forensic psychiatric care to their Recidivism Monitor. The WODC Recidivism Monitor is an ongoing research project in which re-offense rates are measured in a standardized way. The WODC already reported about forensic psychiatric patients with compulsory treatment (i.e., the Dutch judicial order 'terbeschikkingstelling' [tbs]) since 1974, and will now add other types of forensic psychiatric care.

Nowadays, all authorities involved in the assessment and allocations of forensic psychiatric patients use the registration system *Ifzo* to monitor their care. *Ifzo* has been used since 2011. Before 2011, information was recorded by the various health care facilities. It is intended to link the information in *Ifzo* to the official judicial registration system (i.e., OBJD). Currently, the information in *Ifzo* is not sufficient enough to enable this link. This will likely be the case beginning of 2016, and only for future allocations. Taking into consideration that the follow-up time after release should be at least two years (see guidelines of the WODC Recidivism Monitor), results are not foreseen before mid 2019. However, the department of Forensic Psychiatric Care (i.e., DForZo) of the National Agency of Correctional Institutions (i.e., DJI) and the directorate Sanction and Prevention Policy (i.e., DSP) of the Dutch Ministry of Security and Justice have requested re-offense information before that time. In the current report we, therefore, obtained information regarding forensic psychiatric patients from other available registration systems.

A feasibility study performed by Schönberger and Wartna (2013) demonstrated that six types of forensic psychiatric care are currently suitable for re-offense research:

- 1 tbs¹⁰ patients with compulsory treatment;
- 2 tbs patients with compulsory treatment with probation;
- 3 tbs patients with compulsory treatment with conditional release;
- 4 conditional tbs outpatients;
- 5 ISD¹¹ patients;
- 6 conditional ISD outpatients.

The aim of the current study is to take the first step in the development of a recidivism monitor for offenders with forensic psychiatric care. In this report we will focus on the re-offense rate of offenders in the aforementioned six groups released before 2011. In addition, we will examine the relationship between demographics and offense characteristics, and re-offending in forensic psychiatric patients. The current study is a descriptive study and provides no insight into the effectiveness of forensic care.

¹⁰ The Dutch judicial order 'terbeschikkingstelling' (tbs).

¹¹ The Dutch judicial order 'inrichting voor stelselmatige daders' (ISD; i.e., institution for habitual offenders).

Methods

This study was conducted according to the guidelines of the Recidivism Monitor of the Research and Documentation Center. Recidivism is examined based on the following three criteria: general reoffending, serious reoffending (offenses with a maximum penalty of at least four years in prison) and very serious reoffending (offenses with a maximum penalty of at least eight years in prison). Due to the limited number of patients per year, we grouped five years (e.g., 2000-2004, 2001-2005, 2002-2006). More information about the Recidivism Monitor can be found on: www.english.wodc.nl/onderzoek/cijfers-en-prognoses/Recidive-monitor/.

Information regarding the aforementioned groups was gathered from the registration systems of various partners in the field of forensic psychiatric care. For conditional ISD outpatients it was not possible to examine whether the appointed care had actually been performed, at least not on an aggregated level. Therefore, this group will be addressed as conditional ISD outpatients directed to forensic psychiatric care.

Reoffending was computed from the time the forensic psychiatric patients were released into society. For the conditional ISD outpatients directed to forensic psychiatric care it could not be examined on an aggregated level on what date the measure ended. Therefore, reoffending for this group was calculated from the time the measure was irrevocable.

Most important results, conclusions and discussion

Prevalence of recidivism

The two-year prevalence rates for the tbs patients with compulsory treatment released from 2000 until 2010 ranged between 20% and 27% for general reoffending, between 16% and 24% for serious reoffending, and between 4% and 8% for very serious reoffending. After a decrease of the re-offense rates since 2000, there is a slight increase in the last cohort. It is unknown whether this is a one-time increase or a change in trend. Future research should provide more insight in this regard.

In addition, tbs patients with compulsory treatment with probation were less likely to reoffend than those without probation. However, it is unknown what factors play a role in the allocation of probation. More information about the characteristics of tbs patients with compulsory treatment with and without probation is needed in order to understand the connection between probation and reoffending.

The prevalence rate in conditional tbs outpatients was somewhat higher than in tbs patients with compulsory treatment: general reoffending varied between 24% and 33%, serious reoffending between 20% and 30% and very serious reoffending between 4% and 11%. Again, there is a slight increase in re-offense rate in the last cohort, but it is unknown whether this comprises a one-time increase or a change in trend.

For both ISD patients with forensic psychiatric care and conditional ISD outpatients directed to forensic psychiatric care, high prevalence rates were found (general reoffending: 73% and 86%, serious reoffending: 70% and 84%, very serious reoffending: 17% and 10%). The rates are in line with previous research in offenders with an ISD measure. Our results do not provide any insight into the effectivity of forensic psychiatric care, as it is unknown what the prevalence rate in ISD patients without the provided care would have been.

Relationship demographics and offense characteristics, and reoffending

Next to the prevalence of reoffending, we conducted a preliminary exploration of the relationship between the demographic characteristics and offense characteristics, and reoffending in offenders with forensic psychiatric care. In line with previous research, we found an association between static factors, such as age at first offense or number of prior offenses, and recidivism. For future reference, information concerning dynamic and situational factors, such as type of disorders or type of intervention, is warranted, especially since these factors act on the treatment of individuals with forensic psychiatric care. This information is not available yet, but might be available in the future. This will enhance our understanding of the recidivism rates in offenders with forensic psychiatric care. In addition, our results showed that ISD patients with forensic psychiatric care were less likely to reoffend when they were released from an outpatient clinic than from an inpatient correctional institution. This indicates that the re-offense rate decreases when the progress within the ISD-trajectory goes well (i.e., from an inpatient correctional institution via an outpatient clinic into society). It is, however, unknown what factors are related to a release from an inpatient correctional institution or an outpatient clinic. Currently, the Documentation and Research Center is working on a study that might provide more insight into the effectiveness of the ISD measure.

Problems in registration

Before the introduction of *Ifzo* it was not always clear which offenders received forensic psychiatric care and which offenders did not. This was not a problem for the tbs measure as all individuals within this group receive forensic psychiatric care. For the (conditional) ISD measure it was harder to pinpoint the individuals that received forensic psychiatric care. In consultation with experts, we included ISD patients that had been in an outpatient clinic. Hence we might have missed some ISD patients who received forensic psychiatric care, or wrongly included ISD patients who did not receive forensic psychiatric care. For conditional ISD patients we were able to identify those who were directed to forensic psychiatric care. However, it was unknown whether this care had actually been performed. In the future, offenders with forensic psychiatric care will be identified based on *Ifzo*. Recidivism will be examined linking *Ifzo* and the official judicial registration system (i.e., OBJD) of the Research and Documentation Center. The first reports based on this link will probably be presented in 2019. Until then, information regarding forensic psychiatric patients will not be retrieved from *Ifzo*, but from other available registration systems.

Development recidivism monitor forensic psychiatric care

The current study was a first examination of reoffending in forensic psychiatric patients, awaiting results based on *Ifzo*. We were able to outline information about 6 of the 22 types of forensic psychiatric care. It is intended that there will be re-offense information about all 22 types of forensic psychiatric care in the future. This information will also be included in the web application of the Research and Documentation Center (i.e., REPRIS) that allows more in-depth analyses of the available judicial information (for more information, see:

<https://english.wodc.nl/onderzoek/cijfers-en-prognoses/Recidive-monitor/>.

In REPRIS, a dataset will be developed along which more types of forensic psychiatric care, years, as well as variables (e.g., demographics, offense related information, mental health information) will be incorporated.

In the future, prediction models based on the background characteristics and recidivism among offenders with forensic psychiatric care will be developed in order to better identify trends in recidivism over time. This information will also be used to

compare the observed recidivism rates with the rates that could be expected based on the characteristics of the offenders. Future research with more insight into these characteristics is needed to carry out these applications.

Literatuur

- Abraham, M., Dijk, B. van, & Zwaan, M. (2007). *Inzicht in toezicht: De uitvoering van toezicht door de reclassering*. Amsterdam: DSP-groep BV.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4th ed.). Newark, NJ: LexisNexis.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. New Providence, NJ: Matthew Bender & Company Inc.
- Barendregt, C.S., Laan, A.M. van der, Bongers, I.L., & Nieuwenhuizen, Ch. van (2012). Explaining reoffending and psychiatric relapse in youth forensic psychiatry from a Good Lives Model perspective. In T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Progression in forensic Psychiatry* (pp.415-434). Deventer Kluwer.
- Beijersbergen, K., Laan, A. van der, & Tollenaar, N. (2014). *Een haalbaarheidsonderzoek naar de bruikbaarheid van registraties van ISD-trajecten*. Den Haag: WODC. Memorandum 2014-7.
- Bijl, R.V., Ravelli, A., & Zessen, G. van (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 123(2), 123.
- Boonmann, C., Wartna, B.S.J., & Schapers, C.E. (2015). *Haalbaarheidsstudie 2: Recidivemeting forensische zorg*. Den Haag: WODC. Memorandum 2015-1.
- Bregman, I.M., & Wartna, B.S.J. (2010). *Recidive TBS 1974-2006: Ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden: Een tussenverslag*. Den Haag: WODC. Factsheet 2010-4.
- Bregman, I.M., & Wartna, B.S.J. (2011). *Recidive TBS 1974-2008. Ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. Den Haag: WODC. Factsheet 2011-6.
- Brink, J. (2005). Epidemiology of mental illness in a correctional system. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 536-541.
- Brouwer, C., & Elzinga, H.K. (2003). De TBS met voorwaarden en de rol van de reclassering. *Ontmoetingen: Voordrachtenreeks van het Lutje Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap*, 9, 41-50.
- Bulten, E., & Nijman, H. (2009). Veel psychiatrische stoornissen onder gedetineerden op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen. Veel gedetineerden willen zelf ook hulp. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 153, A634.
- Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T., & Fredrikson, M. (2001). Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences*, 30, 311-320.
- Emmerik, J.L. van (1985). *Tbr en recidive: Een beschrijving van ter beschikking gestelden van wie de maatregel is beëindigd in de periode 1974-1979*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij. Onderzoek en beleid 61.
- Emmerik, J. van (1987). *Detention at the government's pleasure: A follow-up study of patients released from the Dr. Henri Van Der Hoeven Clinic*. In M. J. M. Brand-Koolen (red.), *Studies on the Dutch prison system* (pp. 117-149). Den Haag: Kugler.

- Emmerik, J.L. van (1989). *Tbs en recidive: Een vervolgstudie naar de recidive van ter beschikking gestelden van wie de maatregel is beëindigd in de periode 1979-1983*. Arnhem: Gouda Quint. Onderzoek en beleid 95.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorders in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(16), 545-550.
- Herinckx, H.A., Swart, S.C., Ama, S.M., Dolezal, C.D., & King, S. (2005). Rearrest and linkage to mental health services among clients of the Clark County mental health court program. *Psychiatric Services*, 56(7), 853-857.
- Keune, L.H., & Binsbergen, M.H. van (2012). *Monitoring Recidivism*. Utrecht: Forum Educatief.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Leuw, E. (1995). *Recidive na ontslag uit tbs*. Arnhem: Gouda Quint. Onderzoek en beleid 141.
- Leuw, E. (m.m.v. M. Brouwers en J. Smit) (1999). *Recidive na de tbs: Patronen, trends en processen en de inschatting van gevaar*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers. Onderzoek en beleid 182.
- McNiel, D., & Binder, R. (2007). Effectiveness of a mental health court in reducing criminal recidivism and violence. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1395-1403.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie (2012). *Handboek Forensische Zorg*. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie (2013). *Handboek Forensische Zorg: Editie 2, september 2013*. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Maier, W., Lichtermann, D., Klingler, T., Heun, R., & Hallmayer, J. (1992). Prevalence of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *Journal of Personality Disorders*, 6(3), 187-196.
- Moore, M.E., & Hiday, V.A. (2006). Mental health court outcomes: A comparison of re-arrest and re-arrest severity between mental health court and traditional court participants. *Law and Human Behavior*, 30(6), 659-674.
- Nilsson, T., Wallinius, M., Gustavson, C., Anckarsäter, H., & Kerekes, N. (2011). Violent recidivism: A long-time follow-up study of mentally disordered offenders. *PloS one*, 6(10), e25768.
- Sansone, R.A., & Sansone, L.A. (2011). Personality disorders: A nation-based perspective on prevalence. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(4), 13-18.
- Schönberger, H.J.M., Kogel, C.H. de, & Bregman, I.M. (2012). *Kenmerken en recidivecijfers van ex-terbeschikkinggestelden met een zedendelict*. Den Haag: WODC. Memorandum 2012-1.
- Schönberger, H., & Wartna, B.S.J. (2013). *Haalbaarheidsstudie recidivemeting Forensische Zorg*. Den Haag: WODC. Memorandum 2013-5.
- Teplin, L.A. (1990). The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: Comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *American Journal of Public Health*, 80(6), 663-669.
- Teplin, L.A., Abram, K.M., & McClelland, G.M. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: I. Pretrial jail detainees. *Archives of General Psychiatry*, 53, 505-512.
- Tollenaar, N., Meijer, R.F., Huijbrechts, G.L.A.M., Blom, M., & el Harbachi, S. (2007). *Monitor Veelplegers: Jeugdige en zeer actieve veelplegers in kaart gebracht*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers. Onderzoek en beleid 256.
- Tollenaar, N., & Laan, A.M. van der (2012). *Effecten van de ISD-maatregel*. Den Haag: WODC. Factsheet 2012-1.

- Tollenaar, N., & Laan, A.M. van der (2013). *Monitor Veelplegers 2013: Trends in de populatie zeer actieve veelplegers uit de periode 2003-2011*. Den Haag: WODC. Factsheet 2013-4.
- Tollenaar, N., & Laan, A.M. van der (2010). *Monitor Veelplegers 2010. Trends in de populatie zeer actieve veelplegers uit de periode 2003-2007*. Den Haag: WODC. Factsheet 2010-1.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243-257.
- Wartna, B.S.J., Blom, M., & Tollenaar, N. (2011). *Brochure recidivemonitor, 4^e herziene versie*. Den Haag: WODC.
- Wartna, B.S.J., Harbachi, S. el, & Essers, A.A.M. (2006). *Strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden: Welk percentage wordt na beëindiging van de maatregel opnieuw vervolgd voor een ernstig delict?* Den Haag: WODC. Factsheet 2006-8.
- Wartna, B.S.J., Harbachi, S. el, & Knaap, L.M. van der (2005). *Buiten behandeling: Een cijfermatig overzicht van strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers. Onderzoek en beleid 230.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., & Bogaerts, S. (2009). StatRec: Inschatting van het recidivegevaar van verdachten van een misdrijf. *Tijdschrift voor Criminologie*, 51(3), 277-295.
- Wartna, B.S.J., Bregman, I., Schapers, C., Blom, M., & Boonmann, C. (2014). *Recidivecijfers per fpc: Eindrapport van het haalbaarheidsonderzoek naar het gebruik van recidivecijfers op het niveau van de afzonderlijke tbs-instellingen*. Den Haag: WODC. Cahier 2014-15.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Verweij, S., Timmermans, M., Witvliet, M., & Homburg, G.H.J. (2014). *Terugval in recidive: Exploratie van de daling in de recidivecijfers van jeugdigen en ex-gedetineerden bestraft in de periode 2002-2010*. Den Haag: WODC. Cahier 2014-16.
- Zebel, S., Alberda, D.L., & Wartna, B.S.J. (2014). *Recidive na een reclasseringscontact: Overzicht en analyse van de terugval van personen na beëindiging van een toezicht of een werkstraf in de periode 2002-2009*. Den Haag: Boom LEMMA. Onderzoek en beleid 312.

Bijlage 1 Begeleidingscommissie WODC-Recidive-monitor

Voorzitter

Prof. dr. P.G.M. van der Heijden Hoogleraar Statistiek, Universiteit Utrecht en professor of Socials Statistics, University of Southampton

Leden

J.J.A. Essers Senior Beleidsmedewerker, Ministerie van Veiligheid en Justitie, Directie Justitieel Jeugdbeleid

Dr. O. Etman Manager Informatievoorziening, Reclassering Nederland

Dr. M.M. Kommer Coördinator strategieontwikkeling Ministerie van Veiligheid en Justitie, Directie Algemene Justitiële Strategie

P.J. Linckens Analist, Ministerie van Veiligheid en Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen

Prof. mr. dr. L.M. Moerings Hoogleraar Penologie, Universiteit Leiden, Instituut voor Strafrecht & Criminologie

J.E. van 't Riet MSc Beleidsmedewerker, Ministerie van Veiligheid en Justitie, directie Sanctie en Preventiebeleid

Dr. G. Suurmond Beleidsadviseur, Openbaar Ministerie, Parket-Generaal

Bijlage 2 Klankbordgroep

Voorzitter

Prof. dr. Ch. van Nieuwenhuizen Bijzonder hoogleraar Forensische Geestelijke
Gezondheidszorg, Universiteit van Tilburg en
Onderzoeksprogrammaleider Centrum Kinder-
en Jeugdpsychiatrie GGzE

Leden

Mr. A.G. van Bergen Beleidsmedewerker, Ministerie van Veiligheid
en Justitie, Directie Sanctie- en Preventiebeleid

P.J. Linckens Analist, Ministerie van Veiligheid en Justitie,
Dienst Justitiële Inrichtingen; lid vaste
begeleidingscommissie WODC-Recidivemonitor

Dr. N.H. Tenneij Beleidsmedewerker, Ministerie van Veiligheid
en Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen,

A. Uyterlinde Projectleider 3RO forensische zorg, Stichting
Verslavingsreclassering GGz

Bijlage 3 Informatiebronnen

CVS

In het Cliëntvolgsysteem (CVS) van de reclassering wordt sinds 2002 informatie over instroom van alle opdrachten bij 3RO bewaard; van vroeghulp tot de uitvoering van een toezicht of werkstraf. Sinds november 2011 is het CVS vervangen door het Integraal Reclassering Informatie Systeem (IRIS). In het kader van het onderhavige onderzoek zal met name worden gewerkt met het CVS basisbestand toeleiding zorg & gedragsinterventies, met onder andere informatie over de toeleidingen naar zorg, alsook de aanvangsdatum en einddatum van het toezicht. Het is echter onbekend of de zorg waar de justitiabelen naar zijn toegeleid ook daadwerkelijk is uitgevoerd. Hiervoor dienen de onderliggende dossiers te worden geraadpleegd. Per reclasseringscliënt is alle CVS-informatie in één pdf-document opgeslagen en in IRIS gezet. In deze documenten zijn cliënt-, basis-, adres- en justitiële gegevens te vinden van alle reclassenten, waaronder tbs-gestelden met voorwaarden en voorwaardelijke ISD'ers. Tevens bevat IRIS informatie over de geleverde diensten door de reclassering, zoals adviezen, rapportages en verslagen.

MITS

MITS is een informatiesysteem van DJI en bevat gegevens over terbeschikking-gestelden. De gegevens worden gebruikt voor de administratieve en juridische processen rond de verpleging van deze doelgroep. MITS omvat onder andere personalia, informatie over het indexdelict, begin- en einddatum van de tbs, overplaatsingen tussen forensisch psychiatrische centra (fpc's) en verblijfloccaties.

Monitor Veelplegers

De Monitor Veelplegers is een verzamelbank voor landelijke informatie over veelplegers ontwikkeld door het WODC in opdracht van DSP en Justitieel Jeugdbeleid van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. In deze monitor worden jaarlijks de aantallen veelplegers in Nederland in kaart gebracht. Daarnaast worden de ontwikkelingen van deze groep over tijd gevolgd, alsook achtergrondkenmerken en recidivegegevens bijgehouden. In de monitor worden gegevens uit verschillende datasystemen aan elkaar gekoppeld. Op basis van het Herkenningssysteem (HKS; het registratiesysteem van de politie) wordt de groep veelplegers gedefinieerd. Vervolgens worden de gegevens van het Openbaar Ministerie (OM), DJI en de reclassering, gekoppeld aan de informatie van de groep veelplegers, om ketenbrede informatie over deze daders te krijgen (Tollenaar & Van der Laan, 2013; Tollenaar & Van der Laan, 2012; Tollenaar & Van der Laan, 2010; Tollenaar et al., 2007).

OBJD

OBJD is een gepseudonimiseerde versie van het Justitieel Documentatie Systeem (JDS), het officiële justitiële documentatiesysteem, dat wordt beheerd door de Justitie Informatiedienst (JustID). De OBJD is ontwikkeld ten behoeve van het ontwikkelen en monitoren van beleid en voor de uitvoering van wetenschappelijk onderzoek. In tegenstelling tot het JDS heeft OBJD géén last heeft van verwijderregels voor zaken waarvan de wettelijke bewaartermijn is verstreken. De OBJD bevat slechts enkele achtergrondkenmerken, zoals de sekse, leeftijd en het geboorteland van de justitiabele, het type delict waarvoor hij/zij werd vervolgd en gegevens over eerdere justitiecontacten (het strafrechtelijke verleden). Meer informatie over de OBJD is te vinden op de website van JustID: www.justid.nl/organisatie/producten/objd/.

TULP

TULP (Tenuitvoerlegging straffen en maatregelen in Penitentiaire inrichtingen) is het centrale registratiesysteem van DJI. TULP bevat verschillende subsystemen en applicaties, sommigen specifiek gericht op het gevangeniswezen. Deze landelijke applicaties worden beheerd door ICT Services DJI te Gouda en worden gebruikt in alle penitentiaire inrichtingen van DJI. Voor het onderhavige onderzoek is gebruik gemaakt van het systeem 'TULP verblijf'. TULP verblijf bestaat sinds 1996 en heeft geen verjaartermijn. Dit betekent dat de gegevens in TULP niet na verloop van tijd (als ze verjaard zijn) worden verwijderd. De gegevens in TULP verblijf hebben betrekking op de gedetineerden (inclusief zaakgegevens), alsook de inrichtingen waarin zij verblijven. TULP verblijf bevat algemene informatie van de gedetineerden, delicten, strafzaken, duur van opgelegde straffen, bestemmingen en duur van verblijf.

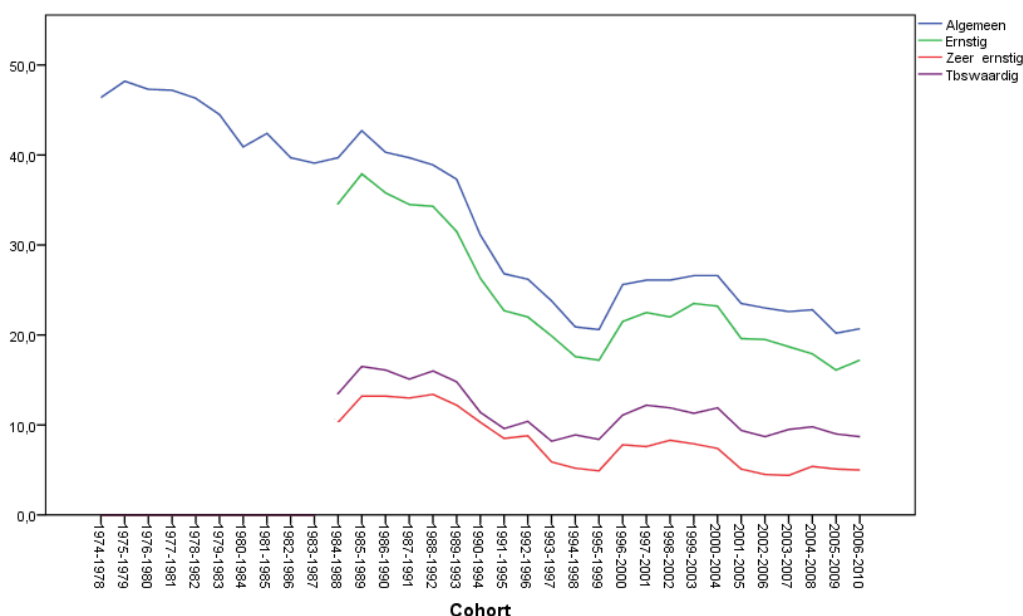
Bijlage 4 Overzicht (Forensische) Zorg 3RO

Geen forensische zorg	Mogelijk forensische zorg	Forensische zorg
Aanvraag naturalisatie	Bijzondere voorwaarde bij vonnis	Klinische verslavingszorg
Aanvullend voorlichtingsrapportage	Crisisopvang 24 uur	Maatregel tbs met verpleging/proefverlof
Advies Penitentiair Programma (PP)/Elektronisch Toezicht (ET)	ISD zonder ET	Maatregel tbs met voorwaarden (ambulant)
Algemene verlofferegeling	Intensief toezicht veelplegers	Maatregel tbs VB
Detentiefasering	Internaten voor dak- en thuisloze	Niet-klinische psychiatrische zorg
ET	Maatschappelijke opvang	Niet-klinische verslavingszorg
Gratieverzoek	Plaatsing open inrichting	Plaatsing Art. 43.3 Penitentiaire Beginselenwet (Pbw) (verslavingskliniek)
Justitie in de Buurt (JIB)-variant	PP met ET	Plaatsing verslavingskliniek (art.43.3 Pbw)
Milieurapportage	PP zonder ET	Psychiatrische deeltijdbehandeling
Naleving bijzondere voorwaarden	STP	Psychiatrische zorg door een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ)
Overige vraagstelling vanuit gevangenis	Schorsing + Global Positioning System (GPS)	Psychotherapie
Overige vraagstellingen vanuit Rechterlijke Macht	Schorsing preventieve hechtenis + ET	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV)
Passantenverblijven	STP/PIJ voorbereiding	SOV-maatregel rapport
Preadvies PP/ET	v.i. toezicht	Zorg door een Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)
Pre-Toezicht (opdracht tot begeleiding)	Vorbereiding proefverlof tbs	Zorg door een psychiatrische poli
Proefverlof in het kader van maatregel PI	Vorbereiding tbs met voorwaarden	Zorg door een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG)
Rapport aan niet-reclasseringsinstantie	V.v. + ET	Zorg door een Regionale Instelling voor Begeleid Wonen (RIBW)
Rapport Verlenging tbs	Voorwaarde gratieverlening	
Rapportschorsing/raadkamer	Voorwaarde schorsing preventieve hechtenis	
Reïntegratieplan	Voorwaarde sepot	
Reïntegratieplan voorwaardelijke veroordeling (v.v.)	Voorwaarde transactie	
Sociale pensions	V.v.	
Strafonderbreking		
Taakstraf Openbaar Ministerie (TOM)-afdoening		
Tripelrapport/Milieuonderzoek		
Verklaring omtrent gedrag		
Verzoek voorwaardelijke invrijheidstelling (v.i.) advies		
Vorbereiding scholings- en trainingsprogramma (STP)		
Vorbereiding Proefverlof Plaatsing Inrichting voor Jeugdigen (PIJ)		
Vorbereiding VB		
Voorlichting i.v.m. ISD		
Voorlichting in strafzaken		
Voorlichting i.v.m. hoger beroep		

Bijlage 5 Ontwikkelingen recidive tbs 1974-2010

In figuur b5.1 wordt de prevalentie van de 2-jarige recidive voor opeenvolgende 'rollende' uitstroomcohorten van ex-tbs-gestelden in de periode 1974-2010 weer-gegeven. Na een scherpe daling vanaf midden jaren '70 van de vorige eeuw, en een stijging rond de eeuwwisseling, lijkt de recidive onder ex-tbs-gestelden gedurende het eerste decennium van deze eeuw verder te zijn afgenomen. Het blijft echter de vraag hoe deze daling moet worden verklaard: is de behandeling van tbs-gestelden de afgelopen 40 jaar verbeterd, is er sprake van een selectie effect of zijn er misschien andere oorzaken aan te wijzen? In de factsheet van Bregman en Wartna (2011) wordt ingegaan op de ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden in de periode 1974-2008. In die periode is een stijging te zien van de gemiddelde verblijfsduur. Dat doet vermoeden dat de dalende recidive in elk geval deels een reflectie is van een restrictiever beleid ten aanzien van de beëindiging van de maatregel. Rechters en behandelaars zouden in de loop der jaren voorzichtiger zijn geworden om 'uitbehandelde' terbeschikkinggestelden in vrijheid te stellen.

Figuur b5.1 Prevalentie van 2-jarige recidive voor opeenvolgende 'rollende' uitstroomcohorten van ex-terbeschikkinggestelden; berekend aan de hand van verschillende criteria^a



^a Om het tijdstip van de recidive te bepalen wordt afgegaan op de pleegdatum van het eerste recidivedelict. Vóór 1996 werd deze datum echter niet altijd geregistreerd. In die gevallen gaan we af op de datum waarop de strafzaak bij Justitie werd ingeschreven. Omdat deze datum later in de tijd ligt, leidt dit mogelijk tot een lichte onderschatting van de strafrechtelijke recidive. Voor de jaren 1974-1996 zijn de percentages in werkelijkheid dus waarschijnlijk iets hoger dan de grafiek aangeeft.

Bijlage 6 Prevalentie, frequentie en omvang van recidive

Tabel b6.1 Prevalentie van 2-jarige algemene ruwe recidive van justitiabelen met forensische zorg

Titels	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tbs-dwang	25,6	26,1	26,1	26,6	26,6	23,5	23,0	22,6	22,8	20,2	20,7
- PV	20,3	20,5	19,5	21,3	20,7	16,1	15,2	16,1	15,5	13,5	13,8
- VB	N.b.	N.b.	N.b.	N.b.	26,6	24,4	21,4	20,4	21,9	16,5	18,0
- PV & VB	N.b.	N.b.	N.b.	N.b.	19,1	15,1	9,6	10,9	13,3	11,8	12,2
Tbs met voorwaarden	N.b.	N.b.	N.b.	N.b.	32,8	28,1	26,5	25,6	26,4	24,5	26,1
ISD ¹	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	N.b.	73,4
Voorwaardelijke ISD	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	86,4	86,4

N.v.t. = informatie niet aanwezig omdat FZ-titel niet bestond.

N.b. = informatie niet aanwezig in beschikbare bronnen.

¹ De ISD betreft een vierjarig cohort (2007-2010).

Tabel b6.2 Prevalentie van 2-jarige ernstige ruwe recidive van justitiabelen met forensische zorg

Titels	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tbs-dwang	21,5	22,5	22,0	23,5	23,2	19,6	19,5	18,7	17,9	16,1	17,2
- PV	15,0	16,1	15,6	18,6	18,1	14,3	12,9	13,4	12,4	10,7	10,3
- VB	N.b.	N.b.	N.b.	N.b.	21,8	21,0	18,4	17,0	16,7	11,8	12,9
- PV & VB	N.b.	N.b.	N.b.	N.b.	15,3	12,8	7,2	8,7	10,2	8,6	9,4
Tbs met voorwaarden	N.b.	N.b.	N.b.	N.b.	28,1	22,5	20,9	20,6	22,6	20,0	21,9
ISD ¹	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	N.b.	69,6
Voorwaardelijke ISD	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	83,7	83,7

N.v.t. = informatie niet aanwezig omdat FZ-titel niet bestond.

N.b. = informatie niet aanwezig in beschikbare bronnen.

¹ De ISD betreft een vierjarig cohort (2007-2010).

Tabel b6.3 Prevalentie van 2-jarige zeer ernstige ruwe recidive van justitiabelen met forensische zorg

Titels	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tbs-dwang	7,8	7,6	8,3	7,9	7,4	5,1	4,5	4,4	5,4	5,1	5,0
- PV	3,3	3,1	3,3	3,4	2,6	1,8	1,2	2,1	2,6	2,8	2,9
- VB	N.b.	N.b.	N.b.	N.b.	5,3	5,1	3,6	4,0	4,6	4,1	3,9
- PV & VB	N.b.	N.b.	N.b.	N.b.	2,5	2,3	0,0	2,2	3,1	3,2	3,5
Tbs met voorwaarden	N.b.	N.b.	N.b.	N.b.	9,4	5,6	5,7	5,0	4,3	4,0	6,1
ISD ¹	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	N.b.	17,1
Voorwaardelijke ISD	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	10,3	10,3

N.v.t. = informatie niet aanwezig omdat FZ-titel niet bestond.

N.b. = informatie niet aanwezig in beschikbare bronnen.

¹ De ISD betreft een vierjarig cohort (2007-2010).

Tabel b6.4 Frequentie van 2-jarige algemene ruwe recidive van justitiabelen met forensische zorg

Titels	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tbs-dwang	2,8	2,8	2,6	2,6	2,9	2,5	2,5	2,6	2,6	2,3	2,2
- PV	2,1	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	1,8	1,7
- VB	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	3,1	2,6	2,3	2,3	2,3	2,2	1,9
- PV & VB	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	1,9	2,6	2,3	1,9	1,8	1,8	1,6
Tbs met voorwaarden	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	2,6	2,0	1,8	1,9	2,3	2,2	2,1
ISD ¹	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	N.b.	4,4
Voorwaardelijke ISD	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	2,4	2,5

N.v.t. = informatie niet aanwezig omdat FZ-titel niet bestond.

N.b. = informatie niet aanwezig in beschikbare bronnen.

¹ De ISD betreft een vierjarig cohort (2007-2010).

Tabel b6.5 Frequentie van 2-jarige ernstige ruwe recidive van justitiabelen met forensische zorg

Titels	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tbs-dwang	2,9	2,7	2,5	2,4	2,7	2,3	2,3	2,5	2,6	2,2	2,2
- PV	2,1	1,8	1,8	1,7	1,6	1,6	1,9	1,9	1,9	1,7	1,7
- VB	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	3,0	2,2	2,0	2,2	2,2	2,1	1,9
- PV & VB	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	1,5	1,5	1,7	1,6	1,6	1,6	1,5
Tbs met voorwaarden	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	2,4	1,8	1,7	1,6	2,0	2,1	1,9
ISD ¹	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	N.b.	3,9
Voorwaardelijke ISD	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	2,2	2,2

N.v.t. = informatie niet aanwezig omdat FZ-titel niet bestond.

N.b. = informatie niet aanwezig in beschikbare bronnen.

¹ De ISD betreft een vierjarig cohort (2007-2010).

Tabel b6.6 Frequentie van 2-jarige zeer ernstige ruwe recidive van justitiabelen met forensische zorg

Titels	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tbs-dwang	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,3	1,4	1,4	1,5	1,4	1,5
- PV	1,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,2	1,2	1,2
- VB	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	1,2	1,1	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4
- PV & VB	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	1,0	1,0	-	1,0	1,3	1,3	1,3
Tbs met voorwaarden	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
ISD ¹	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	N.b.	1,4
Voorwaardelijke ISD	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	1,2	1,2

N.v.t. = informatie niet aanwezig omdat FZ-titel niet bestond.

N.b. = informatie niet aanwezig in beschikbare bronnen.

¹ De ISD betreft een vierjarig cohort (2007-2010).

Tabel b6.7 Omvang van 2-jarige algemene ruwe recidive van justitiabelen met forensische zorg

Titels	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tbs-dwang	72,2	72,8	67,5	67,5	75,0	58,2	56,3	57,4	58,0	44,8	45,2
- PV	65,0	65,0	61,0	62,0	60,0	52,0	53,0	59,0	59,0	42,0	40,0
- VB	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	139,0	113,0	82,0	84,0	88,0	61,0	60,0
- PV & VB	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	29,0	27,0	18,0	19,0	23,0	20,0	18,0
Tbs met voorwaarden	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	85,9	56,2	48,8	47,2	59,7	54,2	54,6
ISD ¹	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	N.b.	318,8
Voorwaardelijke ISD	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	209,6	215,6

N.v.t. = informatie niet aanwezig omdat FZ-titel niet bestond.

N.b. = informatie niet aanwezig in beschikbare bronnen.

¹ De ISD betreft een vierjarig cohort (2007-2010).

Tabel b6.8 Omvang van 2-jarige ernstige ruwe recidive van justitiabelen met forensische zorg

Titels	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tbs-dwang	62,3	60,8	54,3	55,7	61,7	44,3	44,7	45,5	45,4	35,3	37,2
- PV	48,0	47,0	42,0	46,0	45,0	38,0	41,0	47,0	46,0	32,0	30,0
- VB	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	110,0	82,0	62,0	65,0	65,0	42,0	43,0
- PV & VB	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	18,0	16,0	10,0	13,0	16,0	13,0	12,0
Tbs met voorwaarden	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	67,2	40,5	36,0	33,5	45,2	40,8	41,2
ISD ¹	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	N.b.	269,1
Voorwaardelijke ISD	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	180,9	185,6

N.v.t. = informatie niet aanwezig omdat FZ-titel niet bestond.

N.b. = informatie niet aanwezig in beschikbare bronnen.

¹ De ISD betreft een vierjarig cohort (2007-2010).

Tabel b6.9 Omvang van 2-jarige zeer ernstige ruwe recidive van justitiabelen met forensische zorg

Titels	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tbs-dwang	9,9	9,9	10,3	9,8	9,9	6,6	6,2	6,3	8,3	7,1	7,1
- PV	6,0	5,0	5,0	5,0	4,0	3,0	2,0	4,0	6,0	6,0	6,0
- VB	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	11,0	10,0	8,0	9,0	11,0	10,0	10,0
- PV & VB	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	2,0	2,0	-	2,0	4,0	4,0	4,0
Tbs met voorwaarden	N.v.t.	N.b.	N.b.	N.b.	9,4	5,6	5,6	5,0	4,3	4,0	6,0
ISD ¹	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	N.b.	23,5
Voorwaardelijke ISD	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.b.	11,7	13,3

N.v.t. = informatie niet aanwezig omdat FZ-titel niet bestond.

N.b. = informatie niet aanwezig in beschikbare bronnen.

¹ De ISD betreft een vierjarig cohort (2007-2010).

Bijlage 7 Prevalentie 2-jarige recidive uitgesplitst naar achtergrondkenmerken

Tabel b7.1 Prevalentie van 2-jarige algemene ruwe recidive van justitiabelen met forensische zorg uitgesplitst naar achtergrondkenmerken

Variabele	Tbs met dwangverpleging (2006-2010) N=409	Tbs met dwangverpleging (proefverlof) (2006-2010) N=177	Tbs met dwangverpleging (voorwaardelijke beëindiging) (2006-2010) N=180	Tbs met voorwaarden (2006-2010) N=216	ISD met forensische zorg (2007-2010) N=298	Voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg (2006-2010) N=90
Sekse						
Mannen	21,9	15,6	18,5	28,4	73,6	86,1
Vrouwen	8,1	0,0	#	10,6	#	#
Leeftijd bij instroom						
t/m 29 jaar	25,9	14,3	20,4	34,8	84,1	78,9
30 jaar en ouder	19,4	14,5	16,5	17,0	70,9	86,4
Leeftijd bij uitstroom						
t/m 29 jaar	32,4	#	40,0	46,4	80,0	83,3
30 jaar en ouder	19,2	13,4	15,2	18,9	73,0	87,7
Leeftijd 1^e zaak						
t/m 24 jaar	26,0	17,2	21,1	33,6	73,7	86,4
25 jaar en ouder	5,7	4,1	6,5	14,3	75,0	#
Geboorteland						
Nederland	19,4	9,9	14,0	26,1	75,2	85,9
Niet-Nederland	24,4	23,9	29,5	#	70,2	89,5
Type delict uitgangzaak						
Gewelddelict						
- Ja	20,2	15,6	16,5	30,7	74,5	84,2
- Nee	21,3	10,3	20,0	21,9	73,1	87,3
Zedendelict						
- Ja	9,8	3,0	14,3	16,3	-	-
- Nee	22,6	16,0	18,6	28,9	-	-
Vermogensdelict						
- Ja	38,2	22,0	35,0	37,0	70,1	90,9
- Nee	17,6	11,0	12,9	24,5	73,8	84,8
Vernieling en openbare orde						
- Ja	24,4	18,2	23,8	22,0	68,1	93,3
- Nee	19,3	12,5	15,9	28,2	74,4	85,3
Aantal eerdere contacten						
0	8,0	8,0	13,6	7,7	-	-
1 - 4	11,0	5,1	13,3	19,2	-	-
5 of meer	28,3	20,4	21,4	40,0	73,4	86,7

Geen prevalentie vanwege een te kleine N (N<15).

Noot: Type delict uitgangzaak betreft de aanwezigheid van het type delict in de uitgangzaak.

Tabel b7.2 Prevalentie van 2-jarige ernstige ruwe recidive van justitiabelen forensische zorg uitgesplitst naar achtergrondkenmerken

Variable	Tbs met dwangverpleging (2006-2010) N=409	Tbs met dwangverpleging (proefverlof) (2006-2010) N=177	Tbs met dwangverpleging (voorwaardelijke beëindiging) (2006-2010) N=180	Tbs met voorwaarden (2006-2010) N=216	ISD met forensische zorg (2007-2010) N=298	Voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg (2006-2010) N=90
Sekse						
Mannen	18,1	11,7	13,1	23,6	69,6	83,5
Vrouwen	8,1	0,0	8,3	10,6	#	#
Leeftijd bij instroom						
t/m 29 jaar	21,0	10,7	12,2	31,8	79,5	78,9
30 jaar en ouder	15,9	11,3	12,8	12,9	67,2	83,1
Leeftijd bij uitstroom						
t/m 29 jaar	23,5	#	20,0	42,9	75,0	83,3
30 jaar en ouder	16,2	9,9	11,6	14,5	69,4	84,6
Leeftijd 1^e zaak						
t/m 24 jaar	21,9	13,3	15,8	29,0	69,9	84,0
25 jaar en ouder	3,8	2,0	2,2	10,7	70,8	#
Geboorteland						
Nederland	16,7	9,2	8,8	22,9	71,5	83,1
Niet-Nederland	18,5	13,0	25,0	#	66,2	89,5
Type delict uitgangzaak						
Geweldsdelict						
- Ja	15,7	11,0	11,3	23,8	72,7	78,9
- Nee	19,4	8,8	15,4	20,2	68,9	85,9
Zedendelict						
- Ja	6,5	0,0	8,6	14,3	-	-
- Nee	19,1	12,4	13,8	24,1	-	-
Vermogensdelict						
- Ja	34,9	17,1	30,0	33,3	70,1	90,9
- Nee	14,0	8,1	7,9	20,2	69,6	82,3
Vernieling en openbare orde						
- Ja	20,7	15,2	16,7	23,2	63,8	93,3
- Nee	15,9	9,0	11,6	19,3	70,8	82,7
Aantal eerdere contacten						
0	6,0	8,0	9,1	7,7	-	-
1 - 4	7,6	3,4	8,3	16,8	-	-
5 of meer	24,4	15,1	16,3	32,4	69,6	84,4

Geen prevalentie vanwege een te kleine N (N<15).

Noot: Type delict uitgangzaak betreft de aanwezigheid van het type delict in de uitgangzaak.

Tabel b7.3 Prevalentie van 2-jarige zeer ernstige ruwe recidive van justitiabelen met forensische zorg uitgesplitst naar achtergrondkenmerken

Variabele	Tbs met dwangverpleging (2006-2010) N=409	Tbs met dwangverpleging (proefverlof) (2006-2010) N=177	Tbs met dwangverpleging (voorwaardelijke beëindiging) (2006-2010) N=180	Tbs met voorwaarden (2006-2010) N=216	ISD met forensische zorg (2007-2010) N=298	Voorwaardelijke ISD toegeleid naar forensische zorg (2006-2010) N=90
Sekse						
Mannen	5,2	3,2	4,2	5,4	17,1	11,4
Vrouwen	2,9	0,0	#	10,6	#	#
Leeftijd bij instroom						
t/m 29 jaar	6,2	7,1	4,1	4,5	25,0	15,8
30 jaar en ouder	4,3	2,4	4,6	4,1	15,8	5,1
Leeftijd bij uitstroom						
t/m 29 jaar	14,7	#	13,3	8,9	20,0	20,8
30 jaar en ouder	4,1	2,3	3,0	5,0	16,8	7,7
Leeftijd 1^e zaak						
t/m 24 jaar	6,5	3,9	5,3	6,1	18,9	9,9
25 jaar en ouder	0,9	0,0	0,0	6,0	0,0	#
Geboorteland						
Nederland	3,7	1,5	1,5	6,4	14,7	11,3
Niet-Nederland	8,7	6,5	11,4	#	21,9	10,5
Type delict uitgangzaak						
Gewelddelict						
- Ja	3,7	3,7	2,6	5,9	23,6	15,8
- Nee	6,9	1,5	6,2	6,1	15,6	9,9
Zedendelict						
- Ja	1,7	0,0	2,9	4,1	-	-
- Nee	5,6	3,5	4,1	6,7	-	-
Vermogensdelict						
- Ja	10,0	4,9	10,0	11,1	15,9	18,2
- Nee	4,1	2,2	2,1	5,3	14,6	10,1
Vernieling en openbare orde						
- Ja	4,7	0,0	4,8	9,7	23,4	13,3
- Nee	5,1	3,5	3,6	4,2	15,9	10,7
Aantal eerdere contacten						
0	2,0	4,0	4,5	2,6	-	-
1 – 4	2,5	1,7	1,7	6,0	-	-
5 of meer	6,9	3,2	5,1	7,6	17,1	11,1

Geen prevalentie vanwege een te kleine N (N<15).

Noot: Type delict uitgangzaak betreft de aanwezigheid van het type delict in de uitgangzaak.

Bijlage 8 Multipele Cox-regressie-analyses

Cox-regressie is een survivalmodel waarmee het effect van achtergrondkenmerken op de recidivekans kan worden geschat. De achtergrondkenmerken kunnen zowel categorische als continue variabelen zijn. Met behulp van Cox-regressie kan worden vastgesteld hoe achtergrondkenmerken zoals sekse, geboorteland en het aantal eerdere justitiecontacten samenhangen met de kans op recidive. Het effect wordt uitgedrukt in een coëfficiënt, de exponent bèta (e^β , beter bekend onder de naam hazard ratio). De hoogte van deze coëfficiënt geeft de sterkte van het verband aan. Bij categorische variabelen, zoals sekse, drukt de e^β uit hoezeer de 'hazard ratio' op recidive toeneemt bij een bepaalde waarde van de variabele. De hazard is de verhouding van de kans om op een tijdstip te recidiveren en de cumulatieve kans om tot aan dat tijdstip niet te recidiveren. Een coëfficiënt van 2,5 voor de waarde 'man' bijvoorbeeld, betekent dat de hazard dat mannelijke daders recidiveren 2,5 keer zo groot is als de hazard op recidive bij vrouwen. Bij numerieke variabelen, zoals het aantal eerdere justitiecontacten of de startleeftijd van de dader (zogenoeten 'telvariabelen'), geeft de coëfficiënt aan hoeveel procent de hazard op recidive daalt of stijgt als de waarde van de variabele met 1 eenheid toeneemt. Een coëfficiënt van 1,05 voor het aantal eerdere contacten bijvoorbeeld, houdt in dat bij elk eerder justitiecontact de hazard op latere recidive 5% groter is en een coëfficiënt van 0,97 voor startleeftijd geeft aan dat de hazard op recidive met 3% afneemt met elk jaar dat de eerste strafzaak van de dader later plaatsvond (Wartna et al., 2011). Met het 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) wordt vervolgens aangegeven binnen welke grenswaarden e^β in 95% van de gevallen ligt, als een soortgelijk onderzoek in een soortgelijke populatie herhaald zou worden. Hoe kleiner het betrouwbaarheidsinterval, hoe groter dan kans dat e^β de werkelijkheid benadert.

In het multipele Cox-regressie-modellen die in dit onderzoek zijn uitgevoerd zijn de volgende achtergrondkenmerken opgenomen: sekse, leeftijd instroom uitgangzaak, leeftijd uitstroom uitgangzaak, leeftijd eerste justitiecontact, geboorteland, type delict (onderverdeeld naar geweld, zeden, vermogen, vernieling/openbare orde), de omvang van het strafrechtelijk verleden. Daarnaast zijn voor de tbs met dwangverpleging wel/geen proefverlof, wel/geen voorwaardelijke beëindiging, en wel/geen proefverlof én voorwaardelijke beëindiging, en voor de ISD met forensische zorg wel/geen uitstroom vanuit de extramurale fase, wel/geen onttrekkingen en de relatieve duur van de extramurale fase (ten opzichte van de totale duur van het IDS-traject), als achtergrondkenmerken meegenomen. Van deze kenmerken wordt vervolgens de invloed op algemene recidive, ernstige recidive en zeer ernstige recidive bepaald.

Tabel b8.1 Multipele Cox-Regressie; samenhang achtergrondkenmerken ex-terbeschikkinggestelden met dwangverpleging (cohort 2006-2010) en ruwe recidive naar recidivecriterium

	Algemene recidive e^{β} (95%BI)	Ernstige recidive e^{β} (95%BI)	Zeer ernstige recidive e^{β} (95%BI)
Sekse (referentiecategorie=man)	0,72 (0,30-1,74)	0,95 (0,39-2,32)	1,62 (0,42-6,33)
Leeftijd uitstroom uitgangzaak	0,98 (0,96-1,01)	0,98 (0,96-1,01)	0,97 (0,92-1,02)
Leeftijd eerste justitiecontact	0,96** (0,92-0,99)	0,96* (0,92-0,99)	0,94 (0,88-1,01)
Geboorteland (referentiecategorie=Nederland)	1,26 (0,86-1,83)	1,53* (1,02-2,29)	1,68 (0,81-3,46)
Type delict uitgangzaak			
– Geweld	1,01 (0,70-1,46)	0,97 (0,65-1,44)	0,77 (0,39-1,52)
– Zeden	0,75 (0,42-1,34)	0,65 (0,33-1,28)	0,41 (0,09-1,78)
– Vermogen	1,59* (1,04-2,41)	1,62* (1,02-2,57)	0,88 (0,37-2,07)
– Vernieling en openbare orde	1,24 (0,85-1,79)	1,57* (1,06-2,33)	1,34 (0,68-2,64)
Aantal eerdere justitiecontacten	1,01** (1,00-1,02)	1,01** (1,00-1,02)	1,01 (1,00-1,03)
Proefverlof	0,58* (0,37-0,92)	0,59* (1,06-2,33)	0,56 (0,23-1,37)
Voorwaardelijke beëindiging	0,85 (0,55-1,31)	0,80 (0,49-1,31)	0,74 (0,32-1,74)
Proefverlof en voorwaardelijke beëindiging	0,99 (0,47-2,08)	1,22 (0,54-2,74)	0,79 (0,16-3,94)

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Noot: Type delict uitgangzaak betreft de aanwezigheid van het type delict in de uitgangzaak.

Tabel b8.2 Multipele Cox-Regressie; samenhang achtergrondkenmerken ex-terbeschikkinggestelden met voorwaarden na uitstroom uit de tbs met voorwaarden (cohort 2006-2010) en ruwe recidive per recidivecriterium

	Algemene recidive e ^β (95%BI)	Ernstige recidive e ^β (95%BI)	Zeer ernstige recidive e ^β (95%BI)
Sekse (referentiecategorie=man)	0,63 (0,27-1,42)	0,75 (0,31-1,81)	2,15 (0,68-6,81)
Leeftijd uitstroom uitgangsaan	0,98 (0,95-1,01)	0,97 (0,94-1,00)	0,94* (0,88-1,00)
Leeftijd eerste justitiecontact	0,96 (0,93-1,00)	0,95* (0,91-1,00)	1,01 (0,94-1,09)
Geboorteland (referentiecategorie=Nederland)	0,88 (0,46-1,68)	0,94 (0,48-1,84)	0,87 (0,25-2,95)
Type delict uitgangsaan			
- Geweld	1,11 (0,68-1,81)	0,97 (0,58-1,62)	1,08 (0,44-2,62)
- Zeden	0,63 (0,30-1,32)	0,75 (0,35-1,64)	1,13 (0,27-4,68)
- Vermogen	1,15 (0,62-2,12)	1,25 (0,66-2,36)	4,31** (1,45-12,77)
- Vernieling en openbare orde	1,02 (0,62-1,67)	1,18 (0,69-2,00)	3,47* (1,32-9,10)
Aantal eerdere justitiecontacten	1,02** (1,01-1,04)	1,02** (1,01-1,04)	1,03 (1,00-1,06)

* p<0,05

** p<0,01

Noot: Type delict uitgangsaan betreft de aanwezigheid van het type delict in de uitgangsaan.

Tabel b8.3 Multipele Cox-Regressie; samenhang achtergrondkenmerken ex-ISD'ers met forensische zorg (cohort 2007-2010) en ruwe recidive per recidivecriterium

	Algemene recidive e ^β (95%BI)	Ernstige recidive e ^β (95%BI)	Zeer ernstige recidive e ^β (95%BI)
Sekse (referentiecategorie=man)	0,86 (0,41-1,80)	0,95 (0,45-1,98)	1,15 (0,27-4,97)
Leeftijd uitstroom uitgangsaan	0,99 (0,97-1,01)	1,00 (0,97-1,02)	0,97 (0,93-1,02)
Leeftijd eerste justitiecontact	0,96* (0,93-1,00)	0,97 (0,93-1,00)	0,95 (0,88-1,01)
Geboorteland (referentiecategorie=Nederland)	1,07 (0,81-1,42)	1,06 (0,79-1,41)	2,15** (1,31-3,50)
Type delict uitgangsaan			
- Geweld	0,95 (0,68-1,32)	0,97 (0,69-1,36)	1,24 (0,70-2,19)
- Vermogen	1,05 (0,69-1,60)	1,19 (0,78-1,81)	1,21 (0,61-2,39)
- Vernieling en openbare orde	0,72 (0,50-1,05)	0,76 (0,52-1,12)	1,15 (0,61-1,56)
Aantal eerdere justitiecontacten	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (1,00-1,01)
Uitstroom vanuit extramurale fase	0,63** (0,46-0,85)	0,62** (0,45-0,85)	0,78 (0,46-1,34)
Onttrekkingen	1,41* (1,06-1,88)	1,46* (1,09-1,97)	0,94 (0,56-1,56)
Relatieve duur extramurale fase	0,99* (0,98-1,00)	0,99* (0,98-1,00)	0,99 (0,98-1,01)

* p<0,05

** p<0,01

Noot: Type delict uitgangsaan betreft de aanwezigheid van het type delict in de uitgangsaan.

Tabel b8.4 Multipele Cox-Regressie; samenhang achtergrondkenmerken ex voorwaardelijke ISD'ers toegeleid naar forensische zorg (cohort 2006-2010) en ruwe recidive per recidivecriterium

	Algemene recidive e^{β} (95%BI)	Ernstige recidive e^{β} (95%BI)	Zeer ernstige recidive e^{β} (95%BI)
Sekse (referentiecategorie=man)	1,44 (0,71-2,91)	1,61 (0,80-3,25)	0,72 (0,15-3,37)
Leeftijd instroom uitgangzaak	0,98 (0,93-1,03)	0,98 (0,93-1,02)	1,00 (0,93-1,09)
Leeftijd eerste justitiecontact	0,98 (0,93-1,04)	0,97 (0,92-1,03)	0,93 (0,83-1,05)
Geboorteland (referentiecategorie=Nederland)	1,45 (0,79-2,64)	1,54 (0,85-2,78)	2,77 (0,93-8,30)
Type delict uitgangzaak			
- Geweld	0,59 (0,31-1,10)	0,58 (0,31-1,07)	0,55 (0,15-2,04)
- Vermogen	2,65* (1,12-6,25)	2,90* (1,29-6,50)	1,07 (0,23-4,94)
- Vernieling en openbare orde	0,97 (0,53-1,77)	1,06 (0,58-1,94)	1,74 (0,57-5,22)
Aantal eerdere justitiecontacten	1,01 (1,00-1,02)	1,01 (1,00-1,02)	0,99 (0,96-1,01)

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Noot: Type delict uitgangzaak betreft de aanwezigheid van het type delict in de uitgangzaak.