



Wetenschappelijk Onderzoek- en
Documentatiecentrum

**Recidive na forensische zorgtrajecten
met uitstroom 2013-2015**

Datum 11 mei 2020

Klaus Drieschner
Jessica Hill
Gijs Weijters

Colofon

Afzendgegevens	Onderzoeksafdeling Criminaliteit, Rechtshandhaving en Sancties
	Koningskade 4 2596 AA Den Haag Postbus 20301 2500 EH Den Haag www.wodc.nl
Contactpersoon Projectnaam	T 088 37 17412 Recidive na forensische zorg in relatie tot zorgtype
Auteurs	Klaus Drieschner Jessica Hill Gijs Weijters

Inhoud

Colofon - 3

Afkortingen - 7

Samenvatting - 8

Inleiding - 8
Onderzoeksmethode - 9
De belangrijkste bevindingen - 10
Conclusie - 12

1 Inleiding - 14

1.1 Eerdere bevindingen - 14
1.2 Het huidige onderzoek - 14
1.3 FZ-trajecten - 15
1.3.1 Beveiligingsniveaus, segmenten, zorgtypes en types instellingen in de FZ - 16
1.3.1.1 Beveiligingsniveaus - 16
1.3.1.2 Zorgsegmenten - 17
1.3.1.3 Zorgtypes - 17
1.3.1.4 Types instellingen - 17
1.3.2 Classificatie van FZ-trajecten - 18

2 Methode - 20

2.1 Onderzoekspopulatie - 20
2.2 Databronnen - 20
2.2.1 Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling (MITS) - 20
2.2.2 Informatiesysteem Forensische Zorg (IFZO) - 20
2.2.3 Facturatie Controle Systeem (FCS) - 21
2.2.4 Realisatie en Patiëntenstromen DForZo (RePaD) - 22
2.2.5 Ten Uitvoer Legging Penitentiaire beschikkingen (TULP) - 22
2.2.6 Aanvullende titelinformatie van het CJIB - 22
2.2.7 Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD) - 23
2.3 Databewerking - 23
2.3.1 Fase 1: van brondata naar uitstroomdata - 24
2.3.1.1 Tbs - 24
2.3.1.2 Overige FZ - 24
2.3.2 Fase 2: van uitstroomdata naar analysedata - 25
2.4 Operationalisaties - 25
2.4.1 Onafhankelijke variabelen - 25
2.4.1.1 Type FZ-traject - 25
2.4.1.2 Langstdurende FZ-titel - 26
2.4.1.3 Duur FZ-traject - 26
2.4.1.4 Beveiligingsniveau (BVN): - 26
2.4.1.5 Hoofdgroep primaire diagnose - 27
2.4.2 Afhankelijke variabelen - 28
2.4.2.1 Aard en ernst van misdrijven - 28
2.4.2.2 Prevalentie en frequentie van recidive - 28
2.5 Data-analyse - 28
2.5.1 Cox proportional hazard regressie - 29

3 Resultaten - 31

3.1 Beschrijvende statistieken - 31

- 3.1.1 Type FZ-trajecten per uitstroomjaar - 31
- 3.1.2 Demografische kenmerken en strafrechtelijk verleden per type FZ-traject - 31
- 3.1.3 Psychopathologie per type OFZ-traject - 34
- 3.1.4 Forensische zorgtitels per type OFZ-traject - 35
- 3.1.5 Trajectduur en BVN per type OFZ-traject - 36
- 3.2 Recidive - 37
- 3.2.1 Recidive per type FZ-traject - 37
- 3.2.2 Recidive per type FZ-traject uitgesplitst naar strafrechtelijke titel - 40
- 3.2.3 Recidive per type FZ-traject uitgesplitst naar kenmerken van de FZ - 42
- 3.3 Variabelen die samenhangen met de kans op recidive - 43

4 Conclusie - 49

- 4.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen - 49
- 4.1.1 Tien types FZ-trajecten - 49
- 4.1.2 Kenmerken van de justitiabelen in de verschillende types FZ-trajecten - 50
- 4.1.3 Recidivecijfers voor de FZ-trajecten - 50
- 4.1.4 Variabelen die samenhangen met de kans op recidive - 51
- 4.2 Discussie - 52
- 4.2.1 Operationalisatie van de verleende FZ - 52
- 4.2.2 Kenmerken van de FZ en de onderzoeksgroepen - 53
- 4.2.3 Recidive - 54
- 4.2.4 Beperkingen van het onderzoek - 55
- 4.2.5 Vooruitblik - 56
- 4.3 Aanbevelingen - 56
- 4.3.1 Interpretatie van de huidige onderzoeksresultaten - 56
- 4.3.2 Fenomenen voor nader onderzoek - 56
- 4.3.3 Onderzoek naar de effectiviteit van FZ - 57

Summary - 59

- Introduction - 59
- Method - 60
- Main findings - 60
- Conclusion - 63

Literatuur - 65

Bijlage 1 Klankbordgroep - 67

Bijlage 2 Forensische zorgtitels - 68

Bijlage 3 Operationalisering tbs-waardige recidive - 69

Afkortingen

BVN	Beveiligingsniveau
Bvt	Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden
CJIB	Centraal Justitieel Incassobureau
DBBC	Diagnose Behandeling Beveiliging Combinatie
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
FCS	Facturatie Controle Systeem
FP	Forensische psychiatrie
FPA	Forensisch psychiatrische afdeling
ForFACT	Forensisch Functional Assertive Community Treatment
Forzo/JJI	Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinstellingen
FPC	Forensisch psychiatrisch centrum
FPK	Forensisch psychiatrische kliniek
FPP	Forensisch psychiatrische polikliniek
FVP	Forensische verslavingspolikliniek
FVA	Forensische verslavingsafdeling
FVGZ	Forensische verstandelijk gehandicaptenzorg
FVK	Forensische verslavingskliniek
FVZ	Forensische verslavingszorg
FZ	Forensische zorg
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HR	Hazard ratio
IFZO	Informatiesysteem Forensische Zorg
ISD	Maatregel Plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders
JDS	Justitieel Documentatie Systeem
Justid	Justitiële Informatiedienst
LVB	Mensen met lichte verstandelijke beperkingen
MITS	Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling
OBJD	Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie
OFZ	Overige forensische zorg
Pbw	Penitentiaire beginselenwet
PI	Penitentiaire inrichting
PKN	Parketnummer
PPC	Penitentiair psychiatrisch centrum
RePad	Registratiesysteem Realisatie en Patiëntenstromen DForZo
RIBW	Regionale instelling voor beschermd en begeleid wonen
SGLVB+	Sterk gedragsgestoord met lichte verstandelijke beperkingen en een strafrechtelijk kader (synoniem SGLVG+)
SKN	Strafrechtketennummer
SJDS	Versleuteld persoonsidentificatienummer in het JDS
Tbs	Maatregel terbeschikkingstelling
TIP	Onderzoekdatabestand Time in Prison
TULP	Registratiesysteem Ten Uitvoer Legging Persoonsgebonden straffen
VGZ	Verstandelijk gehandicaptenzorg
VZ	(Reguliere) verslavingszorg
WvSr	Wetboek van strafrecht
WvSv	Wetboek van strafvordering
ZZP	Zorgzwaartepakket

Samenvatting

Inleiding

Forensische zorg (FZ) is de aanduiding voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijke gehandicaptenzorg in een strafrechtelijk kader. Het primaire doel van FZ is strafrechtelijke recidive van daders met een psychische stoornis te voorkomen.

Op aanvraag van de Directie Sanctietoepassing en Jeugd (DSJ) en de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Justitie en Veiligheid voert het WODC een vijfjarig [onderzoeksprogramma recidiveonderzoek forensische zorg \(2016-2021\)](#) uit. In eerder onderzoek binnen dit programma werden recidivecijfers berekend voor de verschillende FZ-titels waaronder justitiabelen in de jaren 2013 en 2014 uit de FZ uitstroonden (Drieschner, Hill & Weijters, 2018). Omdat er slechts een zwakke relatie bestaat tussen deze titels en de aard van de FZ die wordt ingezet met als doel recidive te voorkomen, is in het onderhavige onderzoek de recidive na forensische zorg in relatie tot de aard van de ontvangen FZ onderzocht. Daarbij is gekeken naar de uitstroombare jaren 2013-2015.

Het Nederlandse FZ-stelsel kent een sterke differentiatie van zorgtypes. Daartoe behoren ambulante behandelingen en intramurale behandelingen met verschillende beveiligingsniveaus, gespecialiseerde FZ voor verslavingsproblematiek en voor mensen met verstandelijke beperkingen, FZ in het gevangeniswezen, en forensische verblijfszorg in begeleide woonsettingen. Binnen hetzelfde FZ-traject kunnen meerdere soorten FZ worden ingezet. Hierdoor bestaat er een grote variabiliteit aan FZ-trajecten. In dit onderzoek is onderscheid gemaakt tussen tbs-trajecten en trajecten binnen de overige FZ (OFZ). Binnen de OFZ-trajecten is verder onderscheid gemaakt op basis van de aanwezigheid van een periode in detentie en van verblijfszorg in het FZ-traject en naar ambulante versus intramurale behandeling. Op basis van deze criteria zijn FZ-trajecten onderverdeeld in tien types (zie tabel S1).

Tabel S1: Onderverdeling van FZ-trajecten in tien types

OFZ-trajecten	Geheel ambulante	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alle FZ wordt verleend door een of meer forensisch psychiatrische poliklinieken 2. Alle FZ wordt verleend door een of meer forensische verslavingspoliklinieken 3. Alle FZ wordt verleend door niet nader bekende types ambulante instellingen
	Met intramurale behandeling	<ol style="list-style-type: none"> 4. Tenminste een deel van de FZ is intramurale behandeling (excl. verblijfszorg) 5. Tenminste een deel van de FZ bestaat uit verblijfszorg
	Met periode in detentie	<ol style="list-style-type: none"> 6. Alle FZ wordt verleend in detentie, inclusief penitentiair psychiatrische centra 7. FZ buiten detentie (exclusief verblijfszorg) naast periode(s) in detentie 8. Verblijfszorg (evt. ook andere FZ) naast een of meer periodes in detentie
Tbs-trajecten		<ol style="list-style-type: none"> 9. FZ onder de titel Tbs met dwangverpleging 10. FZ onder de titel tbs met voorwaarden zonder omzetting in tbs dwangverpleging

Voor deze tien types FZ-trajecten zijn in dit onderzoek de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

- 1 Welke types FZ-trajecten zijn te onderscheiden bij ex-justitiabelen die in de periode 2013 tot en met 2015 de FZ zijn uitgestroomd, en hoe verdeelt zich het totaal van alle FZ-trajecten over deze types?
- 2 Wat zijn de demografische en strafrechtelijke kenmerken van ex-justitiabelen die tussen 2013 en 2015 uit de FZ zijn uitgestroomd, uitgesplitst naar het type FZ-traject?
- 3 Wat is het recidivebeeld voor de verschillende types FZ-trajecten op verschillende meetmomenten na uitstroom uit de FZ?
 - a Welke percentage heeft een nieuwe strafzaak naar aanleiding van een recidivedelict?
 - b Wat is het gemiddeld aantal strafzaken per recidivist?
- 4 Welke kenmerken van de justitiabelen en de verleende FZ hangen samen met recidive na uitstroom uit de FZ?

Onderzoeksmethode

De onderzoekspopulatie omvat alle personen die FZ hebben ontvangen en in de jaren 2013, 2014 of 2015 naar vrijheid zijn uitgestroomd.

De onderzoeksgroep is samengesteld op basis van gegevens uit zeven landelijke registratiesystemen: Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling (MITS), Ten Uitvoer Legging Persoonsgebonden straffen (TULP), Informatiesysteem Forensische Zorg (IFZO), Facturatie Controle Systeem (FCS), Realisatie en Patiëntenstromen DForZo (RePaD) (allen beheerd door de DJI); Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD) van het WODC en een registratie van voorwaardelijke titels door het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB). Door koppeling en bewerking van deze gegevens is een onderzoeksdatabestand samengesteld dat per justitiabele informatie bevat over de begin- en einddatum van het FZ-traject, types ontvangen FZ met de respectievelijke zorgperiodes, strafrechtelijke titel waaronder de FZ plaatsvond, type psychopathologie, demografische gegevens en strafzaken onderverdeeld naar recidivezaken, uitgangszaken voor de FZ en strafrechtelijke verleden.

Gebruikmakend van de standaardmethode van de WODC-recidivemonitor is recidive geoperationaliseerd als een strafzaak naar aanleiding van een misdrijf na uitstroom uit een FZ-traject, die eindigde in een schuldigverklaring door de rechter of een afdoening door het openbaar ministerie. Er wordt onderscheid gemaakt tussen drie ernstcategorieën van recidive, *algemene recidive*, *zeer ernstige recidive* (wetsartikel met strafdreiging van acht jaar of meer) en *tbs-waardige recidive*. Daarnaast wordt recidive naar delicttype onderscheiden in de categorieën geweld, zeden, vermogen en drugs.

Met survivalanalyse is voor de tien types FZ-trajecten afzonderlijk het percentage recidivisten binnen twee jaar na uitstroom uit het FZ-traject en het gemiddelde aantal recidivedelicten per recidivist berekend. Daarnaast is de ontwikkeling van het percentage recidivisten in de eerste vier jaar na uitstroom in kaart gebracht. Voor algemene recidive en zeer ernstige recidive zijn de percentages recidivisten van de tien types FZ-trajecten verder uitgesplitst naar demografische kenmerken, strafrechtelijk verleden, type uitgangsdelict, strafrechtelijke titel en psychopathologie. Ten slotte is met Cox-regressie-analyse nagegaan hoe algemene en zeer ernstige recidive verklaard kunnen worden uit de combinatie van persoonskenmerken (demografisch, strafrechtelijk, psychopathologisch), strafrechtelijke titel en kenmerken van de FZ-trajecten (types FZ-traject, trajectduur en beveiligingsniveau).

De belangrijkste bevindingen

In de jaren 2013 tot en met 2015 zijn ongeveer 17500 justitiabelen uit een FZ-traject uitgestroomd. Hiervan betreft 50% trajecten met uitsluitend ambulante FZ (trajecttypes 1-3), 40% trajecten waarin een periode in detentie voorkwam (types 6-8), 6% trajecten met intramurale FZ of verblijfzorg anders dan tbs-trajecten en 4% trajecten in het kader van de maatregel tbs.

Zoals tabel S2 laat zien verschillen de groepen die de verschillende types FZ-trajecten doorlopen onderling met betrekking tot demografische en strafrechtelijke kenmerken. De groepen in trajecten met een detentieperiode en de groepen in tbs-trajecten bevatten minder vrouwen dan de groepen in de overige trajecten. In de trajecten met een detentieperiode ligt daarnaast het percentage personen dat buiten Nederland is geboren hoger dan bij de overige types trajecten. Bij de tbs-trajecten, met name bij tbs met dwangverpleging, ligt de gemiddelde leeftijd bij uitstroom beduidend hoger dan bij de OFZ-trajecten, hetgeen te verklaren is door de langere duur van de tbs-trajecten.

Afgezien van de tbs-trajecten bestaat er een verband tussen zwaarte van het strafrechtelijk verleden en de zwaarte van de FZ. De zwaarste groepen wat betreft aantallen eerdere strafzaken en onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen zijn te vinden in de trajecten met een detentieperiode. Het minst zware strafrechtelijke verleden hebben de groepen in ambulante FZ-trajecten. Een tussenpositie nemen FZ-trajecten met intramurale FZ of verblijfszorg in. Bij de tbs-groepen lijkt de keuze voor deze zware vorm van FZ vooral door het uitgangsdelict en niet door het strafrechtelijk verleden te worden bepaald.

Tabel S2: Demografische kenmerken en strafrechtelijk verleden van de onderzoeksgroepen in de tien types FZ-trajecten

Type FZ-traject	Demografische kenmerken			Strafrechtelijk verleden	
	% vrouw	% geboren in NL	Gemiddelde leeftijd bij uitstroom	Gem. aantal strafzaken	Gem. aantal vrijheidsstraffen
Ambulante trajecten				6-10	1-2
	9-14%	73-84%			
Trajecten met intramurale of verblijfszorg			36-39	12-17	3
Trajecten met detentie		59-72%		17-23	5-7
	6-7%				
Tbs-trajecten		75-80%	40-44	7-10	2

Zoals weergegeven in tabel S3 heeft 51-53% van de uitstroom uit FZ-trajecten met een detentieperiode binnen twee jaar na uitstroom een recidivedelict gepleegd, en 9-11% een zeer ernstig recidivedelict. Daarmee is het percentage recidivisten twee keer hoger en het percentage zeer ernstige recidivisten zelfs vier keer hoger, dan bij de ambulante trajecten, met respectievelijk 26-27% en 2-3%. De types trajecten waarin intramurale behandeling of verblijfszorg voorkomt (types 4 en 5) en de ambulante verslavingstrajecten (type 2) nemen een tussenpositie in, met 34-37% recidivisten en 3-6% zeer ernstige recidivisten. De Tbs-trajecten hebben met 18-20% de laagste percentages recidivisten maar hiervan recidiveert wel een verhoudingsgewijs grote groep van 4-7% met een zeer ernstig delict. Het aantal recidivestrafzaken per recidivist laat een soortgelijk beeld zien. Ook dit ligt het hoogst bij de FZ-trajecten met een detentieperiode (gemiddeld 2,8-3,3 zaken) gevolgd door de types trajecten met intramurale behandeling of verblijfszorg en de ambulante verslavingstrajecten (2,3-2,4 zaken) en de overige ambulante trajecten (1,8 zaken) en tbs-trajecten (1,7-2,2 zaken).

Tabel S3: Percentages recidivisten en gemiddeld aantal strafzaken per recidivist binnen twee jaar na uitstroom per type FZ-traject

		Percentage recidivisten		Gemiddeld aantal recidivezaken per recidivist	
		Algemene recidive	Zeer ernstige recidive	Algemene recidive	Zeer ernstige recidive
Ambulante trajecten	Alleen forensisch psychiatrische poli	26,6	3,0	1,8	1,1
	Alleen forensische verslavingspoli	33,9	2,3	2,3	1,0
	Overige ambulant of ambulant n.n.b.	26,3	2,3	1,8	1,1
Trajecten met intramurale of verblijfszorg	Intramuraal en evt. ook ambulant	35,6	5,5	2,4	1,0
	Intramuraal en/of ambulant & FZ-verblijf	36,9	2,8	2,3	1,2
Trajecten met detentie	Alleen FZ in detentie	51,7	11,0	3,3	1,1
	Behandeling naast detentie	53,1	9,2	2,8	1,2
	FZ-verblijf, detentie en evt. behandeling	51,2	10,6	3,3	1,3
Tbs-trajecten	Tbs met dwangverpleging	18,2	4,2	1,7	1,1
	Tbs met voorwaarden	20,0	6,7	2,2	1,3

Een belangrijke vraag is welke variabelen samenhangen met de kans op recidive. Dit is afzonderlijk onderzocht voor de twee types tbs-trajecten (types 9 en 10) en de acht types OFZ-trajecten (types 1-8). Bij de tbs-trajecten is de samenhang van recidive met demografische kenmerken, het strafrechtelijke verleden en de psychopathologie van de justitiabelen onderzocht. Bij de OFZ-trajecten zijn daarnaast ook kenmerken van de verleende FZ meegenomen. In alle gevallen is gekeken naar variabelen die samenhangen met de kans op recidive, nadat is gecontroleerd voor de invloeden van alle andere variabelen.

Bij de tbs-trajecten neemt de kans op een recidivedelict toe naarmate men jonger was bij het plegen van het eerste delict en naarmate men voorafgaande aan de tbs al meer strafzaken heeft gehad. De kans op zeer ernstige recidive is daarnaast duidelijk hoger voor personen die buiten Nederland zijn geboren.

Bij de OFZ-trajecten hangen de volgende variabelen significant samen met de kans op recidive nadat voor de invloed van alle andere onderzochte variabelen is gecontroleerd. Wat de demografische kenmerken betreft hebben mannen een hoger recidiverisico dan vrouwen en hebben personen die buiten Nederland zijn geboren een hoger risico dan in Nederland geboren. Beide geldt in sterkere mate voor zeer ernstige recidive dan voor algemene recidive. Met toenemende leeftijd neemt het risico af.

Wat het strafrechtelijk verleden betreft neemt de kans op recidive toe met het aantal eerdere strafzaken, het aantal eerdere onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen en een jongere leeftijd bij het plegen van het eerste delict. Als de FZ was opgelegd naar aanleiding van een gewelds- of zedendelict is de recidivekans lager. Was het uitgangsdelict een vermogensdelict zonder geweld dan is de kans op recidive juist hoger.

Wat de te behandelen stoornis betreft heeft de groep met een aan middelen verbonden stoornis het hoogste risico om te recidiveren. Bij seksuele stoornissen is het recidiverisico het laagst.

Bij de OFZ-trajecten is ook het verband tussen type traject en recidive onderzocht. Dit verband blijkt te bestaan, ook nadat voor alle verschillen met betrekking tot de hiervoor genoemde persoonsgebonden kenmerken is gecontroleerd. Vergeleken met de ambulante OFZ-trajecten hebben de groepen die uitstroomden uit een traject met een detentieperiode en duidelijk hoger risico om te recidiveren. De kans op algemene recidive ligt in de eerste tijd na uitstroom ongeveer met een factor twee hoger, de kans op zeer ernstige recidive zelfs met een factor tweeënhalf tot vier. Daarna neemt het verschil in recidiverisico vergeleken met de ambulante trajecten met ieder jaar in vrijheid substantieel af. Ook bij FZ-trajecten zonder detentieperiode waarin intramurale FZ voorkwam is het risico op zeer ernstige recidive bijna twee keer zo hoog als bij ambulante trajecten. Over alle types trajecten heen neemt de kans op recidive licht af naarmate het traject langer duurde.

De strafrechtelijke titel waaronder de FZ werd verleend laat geen samenhang met algemene noch met zeer ernstige recidive zien.

Conclusie

In dit onderzoek is de strafrechtelijke recidive na uitstroom uit de forensische zorg in de jaren 2013 tot en met 2015 in kaart gebracht. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen tien verschillende types FZ-trajecten.

Ruim de helft van de uitstroom uit de FZ heeft een traject met uitsluitend ambulante FZ doorlopen. De tweede grote groep betreft FZ-trajecten waarin een periode in detentie werd doorgebracht, zij het omdat het traject met een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf begon, of omdat een voorwaardelijke titel met forensische zorg werd omgezet in een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf. Slechts tien procent van de uitstroom uit de FZ betreft tbs-trajecten of niet-ambulante OFZ-trajecten zonder detentieperiode.

Justitiabelen in de ambulante trajecten hebben gemiddeld een minder zwaar strafrechtelijk verleden dan de justitiabelen in de andere types trajecten, in het bijzonder de trajecten met een detentieperiode. Dat betekent dat de oplegging en

toewijzing van FZ in grote lijnen in overeenstemming is met het wetenschappelijk ondersteunde kernprincipe van effectieve daderbehandeling, dat de meer intensieve interventies voorbehouden moeten zijn aan daders met hoger recidiverisico.

Het percentage recidivisten binnen twee jaar na uitstroom ligt bij de FZ-trajecten met een detentieperiode met ruim 50% twee keer hoger dan bij de ambulante trajecten. Het percentage recidivisten met zeer ernstige delicten is met ongeveer 10% zelfs ongeveer vier keer hoger. Een tussenpositie nemen de OFZ-trajecten met intramurale behandeling of forensische verblijfszorg in, en wat de zeer ernstige recidive betreft ook de tbs-trajecten. Het percentage algemene recidivisten ligt bij de tbs-trajecten lager dan bij de ambulante trajecten.

Een belangrijke vraag is of de hogere percentages recidivisten in de niet-ambulante trajecten, in het bijzonder de trajecten met detentieperiode, verklaarbaar zijn door het zwaardere strafrechtelijk verleden, demografische verschillen of verschillen in psychopathologie. Dat blijkt niet of slechts ten dele het geval te zijn. Ook na correctie voor deze verschillen heeft de uitstroom uit de types trajecten met detentieperiode een veel hoger recidiverisico dan de uitstroom uit de ambulante trajecten. Dit betreft in bijzondere mate de eerste tijd na uitstroom. Uit het feit dat de verschillen tussen de recidivecijfers van de types FZ-trajecten niet aan strafrechtelijke, demografische en diagnostische verschillen tussen de betreffende groepen toegeschreven kunnen worden, mag niet worden geconcludeerd dat de types trajecten in verschillende mate effectief zijn in het voorkomen van recidive. Het is mogelijk dat de groepen justitiabelen verschillen op kenmerken die in dit onderzoek niet konden worden meegenomen. Hierbij valt te denken aan persoonsgebonden risicofactoren, zoals motivatie voor behandeling en de bereidheid om zich aan gestelde voorwaarden te houden, en situationele factoren, zoals de toegang tot reguliere zorg na uitstroom uit de FZ-trajecten.

Anders dan in het voorafgaande recidive-onderzoek is de recidive onderzocht voor verschillende types FZ in plaats van voor verschillende strafrechtelijke titels. Twee resultaten van dit onderzoek ondersteunen het belang van deze aanpak. Ten eerste bleek het percentage recidivisten binnen dezelfde titel sterk te variëren afhankelijk van de aard van de verleende FZ. Ten tweede bleek het type FZ-traject maar niet de strafrechtelijke titel een bijdrage te leveren aan de verklaring van recidive.

Om een nog vollediger beeld van de recidive na FZ te verkrijgen, zal in toekomstig onderzoek ook naar recidive tijdens FZ-trajecten en naar de invloed van reguliere zorg na uitstroom uit FZ-trajecten moeten worden gekeken. Dit onderzoek staat gepland binnen het WODC-basisprogramma *Recidiveonderzoek Forensische Zorg, 2016-2021*.

In het kader van aanbevelingen wordt benadrukt dat de geconstateerde grote verschillen in recidivecijfers niet moeten worden geïnterpreteerd als bewijs voor of tegen de effectiviteit van bepaalde vormen van FZ. Ze wijzen echter wel op drie fenomenen die nader onderzoek verdienen met het oog op aangrijpingspunten voor beleid gericht op recidivevermindering: de hoge recidivecijfers bij FZ-trajecten met een detentieperiode; het feit dat afschaling van FZ in aanloop naar de datum van uitstroom verhoudingsgewijs zelden plaatsvindt; en opvallend hoge percentages recidivisten in subgroepen met bepaalde combinaties van strafrechtelijke titel en type FZ-traject. Daarnaast wordt onderzoek naar de effectiviteit van FZ weliswaar als methodologisch uitdagend maar voor delen van de FZ als eventueel mogelijk beschouwd. Aan dergelijk onderzoek zou echter een haalbaarheidsonderzoek vooraf moeten gaan.

1 Inleiding

Forensische zorg (FZ) is de aanduiding voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijke gehandicaptenzorg in een strafrechtelijk kader. Het primaire doel van de FZ is strafrechtelijke recidive van daders met een psychische stoornis te voorkomen. Ondanks de lang bestaande vraag naar recidivecijfers voor de forensische zorg, die regelmatig werd aangewakkerd door spraakmakende incidenten, was lange tijd nauwelijks kennis over de strafrechtelijke recidive na forensische zorg beschikbaar. Weliswaar werd al sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw de strafrechtelijke recidive voor de maatregel tbs in kaart gebracht (van Emmerik, 1985), maar door de gestage groei van de overige FZ (OFZ) maakte de tbs een steeds kleiner deel van de FZ uit. Ook na een eerste uitbreiding van het recidiveonderzoek met de ISD-maatregel (Boonmann et al., 2015), was nog voor meer dan 90% van de uitstroom uit de FZ onbekend in hoeverre de doelstelling om recidivedelicten te voorkomen werd bereikt (Drieschner, Hill & Weijters, 2018). In 2008 werd deze situatie voor het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) onbevredigend omdat men integraal verantwoordelijk werd voor de hele FZ, waar de verantwoordelijkheid zich eerder beperkte tot de tbs-maatregel. Daarom hebben de Directie Sanctietoepassing en Jeugd (DSJ) en de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van JenV het Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum (WODC) gevraagd om het bestaande recidiveonderzoek voor de tbs-maatregel uit te breiden naar alle strafrechtelijke titels waaronder FZ plaatsvindt. Hieruit is een vijfjarig [onderzoeksprogramma recidiveonderzoek forensische zorg \(2016-2021\)](#) voortgekomen.

1.1 Eerdere bevindingen

Eind 2018 kon het WODC voor het eerst recidivecijfers voor de gehele forensische zorg presenteren (Drieschner et al, 2018). Twee jaar na uitstroom, bleek van de ex-tbs-gestelden 19% een nieuw delict te hebben gepleegd en 4% een zeer ernstig delict. Bij de groep waaraan FZ in het kader van een ISD-maatregel werd verleend waren dit bijna 80% respectievelijk 20%, bij de groep die FZ had ontvangen tijdens de uitvoering van een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf waren het 50% respectievelijk 10%, en bij de grote groep waaraan de FZ als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke titel was opgelegd 35% respectievelijk 4%. Uit dit onderzoek bleek daarnaast dat de tbs-maatregel slechts verantwoordelijk is voor minder dan 4% van de uitstroom uit de FZ. De meeste uitstroom uit de FZ (65%) betreft een voorwaardelijke FZ-titel, 18% een titel voor FZ tijdens een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf en 4% FZ in het kader van de ISD-maatregel. Ongeacht de strafrechtelijke titel bleek recidive samen te hangen met het strafrechtelijke verleden van de justitiabelen. Hoe jonger men was bij de eerste strafzaak en hoe meer strafzaken men had des te groter de kans op een recidivedelict. Verbanden tussen de aard van de verleende FZ en recidive zijn weliswaar niet systematisch onderzocht maar de twee kenmerken van FZ-trajecten die in het onderzoek mee konden worden genomen bleken wel significant bij te dragen aan de verklaring van recidive. De kans op recidive was lager naarmate de FZ langer duurde en hoger voor FZ-trajecten die een periode in detentie bevatten, in het bijzonder als de detentieperiode aan het eind van het FZ-traject lag.

1.2 Het huidige onderzoek

Het eerdere onderzoek heeft recidivecijfers opgeleverd per strafrechtelijke titel waaronder de FZ werd verleend. Bij de meeste FZ-titels, inclusief de voorwaardelijke titels die het leeuwendeel van de FZ voor hun rekening nemen, kunnen verschillende types FZ worden verleend, zoals extra- of intramurale

behandeling, FZ in instellingen die zijn gespecialiseerd op verslavingsproblematiek of verstandelijke beperkingen en ook FZ in een begeleide woonsetting zonder behandeling. Andersom kan hetzelfde type FZ bij verschillende titels plaatsvinden. Alleen bij de maatregel tbs en enkele titels voor FZ tijdens detentie bepaalt de titel grotendeels de aard van de FZ. Omdat het type FZ los staat van de FZ-titel, kunnen op basis van recidivecijfers per titel geen conclusies worden getrokken over de recidive in relatie tot de aard van de verleende FZ. Dat is een belangrijke beperking omdat ervan uit is te gaan dat een eventueel effect van FZ op recidive niet aan de strafrechtelijke titels maar aan de feitelijk uitgevoerde zorg toegeschreven moet worden. Zowel voor theorievorming als voor beleidsvoering is het daarom van belang ook het verband tussen recidive en types FZ in beeld te brengen. Dit verband staat in het onderhavige onderzoek centraal waarbij echter geen uitspraken over een effect van FZ op recidive gedaan zullen kunnen worden. Hiervoor is het immers niet voldoende om de recidive in kaart te brengen, maar zou een onderzoeksdesign toegepast moeten worden waarmee ook geschat kan worden, hoe de recidive zonder toedoen van de FZ zou zijn geweest. Het eerdere recidiveonderzoek betrof de uitstroomjaren 2013 en 2014. In dit onderzoek is hieraan het uitstroomjaar 2015 toegevoegd.

Meer specifiek richt het huidige onderzoek zich op de volgende vragen:

- 1 Welke types FZ-trajecten zijn te onderscheiden bij ex-justitiabelen die in de periode 2013 tot en met 2015 de FZ zijn uitgestroomd, en hoe verdeelt zich het totaal van alle FZ-trajecten over deze types?
- 2 Wat zijn de demografische en strafrechtelijke kenmerken van ex-justitiabelen die van 2013 tot en met 2015 de FZ zijn uitgestroomd, uitgesplitst naar het type FZ-traject?
- 3 Wat is het recidivebeeld van deze groepen (zie vraag 2) op verschillende meetmomenten na uitstroom uit de FZ?
 - c Welk percentage heeft een nieuwe strafzaak naar aanleiding van een recidivedelict?
 - d Wat is het gemiddeld aantal strafzaken per recidivist?
- 4 Welke kenmerken van de justitiabelen en de verleende FZ hangen samen met recidive na uitstroom uit de FZ?

Wat betreft de beschrijving van de recidive (zie vraag 3) werden in het voorafgaande recidiveonderzoek ernstcategorieën van recidivedelicten onderscheiden. Er werd echter niet gedifferentieerd naar types recidivedelicten, zoals geweld-, zeden-, vermogens of drugsdelicten. Om een meer genuanceerd beeld van de recidive te verkrijgen, wordt in het onderhavige onderzoek ook onderscheid gemaakt naar de aard van de recidive.

1.3 FZ-trajecten

De grootste uitdaging bij dit onderzoek betreft vraag 1, het onderscheiden van FZ-trajecten op basis van de erin verleende FZ. Bij de maatregel tbs ligt het zorgtraject met een geleidelijke uitbreiding van vrijheden in de vorm van gestandaardiseerde verlofniveaus grotendeels vast. Bij de OFZ bestaat er nauwelijks een verband tussen de strafrechtelijke titel en de aard van de verleende FZ en ligt ook de volgorde waarin verschillende types FZ elkaar opvolgen niet vast. Om types OFZ-trajecten te onderscheiden moeten in dit onderzoek twee stappen worden gezet. In de eerste stap moet de gerealiseerde OFZ op basis van beschikbare registratiedata worden gereconstrueerd. In de tweede stap moeten de OFZ-trajecten in inhoudelijk zinvolle en voor beleidsvoering relevante categorieën worden onderverdeeld. Op de methode voor de eerste stap zullen wij later in detail terugkomen. Voor de tweede stap is het noodzakelijk om eerst een overzicht te verschaffen over de forensische zorgtypes waaruit alle FZ-trajecten zijn samengesteld. Daarna zullen in de praktijk

voorkomende combinaties van zorgtypes in een overzichtelijk aantal types OFZ-trajecten worden ingedeeld.

1.3.1

Beveiligingsniveaus, segmenten, zorgtypes en types instellingen in de FZ

Tabel 1.1 geeft een overzicht over de verschillende zorgtypes die in het Nederlandse FZ-stelsel worden verleend. Hierin is te zien dat alle FZ tot een bepaald zorgtype behoort, een beveiligingsniveau (BVN) heeft, in een van de FZ-segmenten valt, en door een bepaald type instelling wordt uitgevoerd. Deze begrippen worden nu nader toegelicht.

Tabel 1.1 : Types FZ: BVN, segmenten en types instellingen

Type FZ	Beveiligingsniveau (BVN)	Personele en materiele beveiliging	FZ-segment		For. verstand. gehandicapten-zorg (FVGZ)
			Forensische psychiatrie (FP)	Forensische verslavingszorg (FVZ)	
Ambulant Verblijfszorg	1. Ambulant of open zonder 24h toezicht	Eigen woning of woonsetting met lichte begeleiding zonder doorlopend toezicht	FPP RIBW	FVP	LVB-polikliniek VGZ-verblijf
	2. Open met 24h toezicht	Begeleid wonen met doorlopend toezicht	RIBW		VGZ-verblijf
Behandeling: intramuraal	3. Besloten	Gesloten buitendeur, vrij bewegen binnen, activiteiten buiten gesloten zone	Reguliere GGZ RIBW	Reguliere VZ	VGZ-verblijf
	4. Besloten-gesloten	Gesloten buitendeur, beperkte vrijheden binnen, na gesloten fase activiteiten buiten gesloten zone	FPA FPK-resocialisatie	FVA	SGLVB+
	5. Gesloten & beveiligd	Beveiligde buitendeur, sterk beperkte bewegingsvrijheid binnen, geen activiteiten buiten gesloten zone	FPK FPC PPC	FVK	FPK/LVB
	6. Beveiligd (detentie)	Beveiligde buitendeur, sterk beperkte bewegingsvrijheid binnen, geen activiteiten buiten gesloten zone		Penitentiaire inrichting (PI) (FZ wordt verleend door externe zorgaanbieders)	

1.3.1.1

Beveiligingsniveaus

FZ vindt altijd binnen een bepaald beveiligingsniveau (BVN) plaats dat afgestemd is op het ingeschatte delict risico van de betreffende justitiabele. BVN1 betreft de extramurale of ambulante FZ waarbij de justitiabele in de eigen woonomgeving verblijft en de FZ-instelling van daaruit bezoekt.¹ Een verhoudingsgewijs nieuwe variant van ambulante FZ is de zogenaamde ForFact (forensic functional assertive community treatment), waarbij FZ-professionals de justitiabele in diens woonomgeving opzoeken. Onder BVN1 valt ook verblijfszorg in open beschermde woonsettings zonder doorlopend toezicht. BVN2 heeft betrekking op verblijfszorg in open beschermde woonsettings met 24 uur toezicht. BVN3 betreft twee zorgtypes

¹ In de registratiesystemen van de DJI wordt zorg in een reguliere detentiestelling door personeel van een FZ-instelling tot de ambulante FZ gerekend. In dit onderzoek is deze zorg daarentegen als FZ in detentie in BVN 6 ingedeeld.

met vergelijkbare mate van risicomanagement: beschermde woonsettings met intensieve doorlopende begeleiding en 24 uur toezicht en intramurale FZ in reguliere GGZ- of VZ-settings. BVN4 betreft intramurale forensische behandelsettings met een gesloten bereik waarin niet alle behandel Faciliteiten aanwezig zijn. Hier worden patiënten geplaatst die naar verwachting binnen een periode van zes tot twaalf weken vrijheden kunnen krijgen om het gesloten bereik te verlaten. BVN5 betreft gesloten intramurale behandelsettings met beperkte bewegingsvrijheid binnen de beveiligde zone waarin zich alle behandel Faciliteiten bevinden. BVN6 is van toepassing op detentiesettings, met name penitentiaire inrichtingen.

Deze indeling van BVN komt niet exact overeen met de indeling van de DJI die alleen vier BVN's voor de intramurale FZ kent. Omdat de mate van beveiliging in dit onderzoek een dimensie moet vormen die de gehele FZ omspant, hebben wij ook aan de ambulante FZ, de verblijfszorg en detentiesettings een BVN toegekend. Intramurale settings met verschillende mate van materiele en immateriële beveiliging die in de indeling van de DJI worden onderscheiden, hebben we samengevoegd onder BVN5 om het aantal BVN beperkt te houden.

1.3.1.2 Zorgsegmenten

De indeling van de FZ in zorgsegmenten betreft kenmerken van de doelgroep die voor de aard van de behandeling relevant zijn. Er worden drie segmenten onderscheiden, te weten forensische psychiatrie (FP), forensische verslavingszorg (FVZ) en forensische verstandelijk gehandicaptenzorg (FVGZ). Omdat uit de groep met verstandelijke beperkingen voornamelijk personen met zogenaamde lichte verstandelijke beperkingen met het strafrecht in aanraking komen, wordt voor het FVGZ-segment ook de aanduiding SGLVB gebruikt (sterk gedragsgestoord met lichte verstandelijke beperkingen).

Anders dan tabel 1 suggereert zijn de grenzen tussen de FZ-segmenten niet altijd eenduidig te trekken. Instellingen uit het FVZ-segment zijn specifiek gericht op een doelgroep met verslavingsproblematiek. Verslavingsproblematiek is echter ook te vinden in instellingen uit de FP- en FVGZ-segmenten. In sommige gevallen wordt in instellingen uit het FP-segment ook FZ verleend aan personen met verstandelijke beperkingen.

1.3.1.3 Zorgtypes

Naast de BVN en de FZ-segmenten kunnen drie forensische *zorgtypes* worden onderscheiden. Het eerste type is behandeling. Deze kan zowel in intramurale als ambulante settings plaatsvinden en is doorgaans gericht op een stoornis dan wel op beïnvloeding van zogenoemde dynamische risicofactoren voor recidive. Het tweede type is verblijfszorg in, meestal kleinschalige, begeleide woonsettings waarbij geen behandeling plaatsvindt en risicomanagement centraal staat. Het derde type is FZ in het kader van een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf in een detentiestelling. Terwijl de eerste twee types FZ altijd vermindering van het recidiverisico als doel hebben, kan FZ in detentie ook voortkomen uit de wettelijke zorgplicht tegenover gedetineerden.

1.3.1.4 Types instellingen

FZ wordt door verschillende *types instellingen* uitgevoerd die langs de lijnen van de BVN, zorgsegmenten en zorgtypes onderscheiden kunnen worden.

- Binnen het segment FP zijn de volgende types behandelinstellingen te onderscheiden: Forensisch Psychiatrische Polikliniek (FPP, BVN1), forensische verblijfszorg in Regionale Instellingen voor Beschermd Wonden (RIBW, BVN1-3), FZ in de reguliere GGZ (BVN3), Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA,

- BVN4), Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK), Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) en Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC, allen BVN5).
- Het segment FVZ kent de volgende types instellingen: Forensische Verslavingspolikliniek (FVP, BVN1), forensische verblijfszorg door RIBW (BVN1-3), reguliere intramurale VZ (BVN3), Forensische Verslavingsafdeling (FVA, BVN4) en Forensische Verslavingskliniek (FVK, BVN5).
- In het segment FVGZ zijn er ambulante LVB-poliklinieken (BVN1) die ambulante behandelingen veelal parallel uitvoeren aan verblijfszorg in een VGZ-verblijfsvoorziening (BVN1-3). Daarnaast bestaan er intramurale SGLVB+ settingen (BVN4) en een FPK voor justitiabelen met verstandelijke beperkingen (BVN5).

Het aantal FZ-aanbieders schommelde in de jaren 2012 tot en met 2015 tussen 120 en 130, waarvan de meesten meerdere types FZ aanboden. In die periode zien we een afname van FZ in het kader van de tbs-maatregel en een toename van OFZ. Vooral de forensische verblijfszorg liet een sterke groei zien waardoor aannemelijk is dat de uitstroom uit FZ-trajecten met verblijfszorg na 2015 verder zal toenemen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2016).

1.3.2 Classificatie van FZ-trajecten

Een FZ-traject kan uit één type FZ bestaan maar kan ook meerdere types FZ in verschillende combinaties bevatten (zie tabel 1.2). Er zijn drie types trajecten die geheel uit één type FZ bestaan. Dit zijn trajecten waarbij alle FZ in een detentiesetting plaatsvindt, zij het een PI of PPC (in tabel 1.2 genummerd 3), en behandeltrajecten zonder detentieperiode of verblijfszorg, zij het ambulant (1a) of intramuraal (1b). Bij trajecten bestaande uit meerdere types FZ zijn de volgende combinaties te onderscheiden: trajecten met intramurale en ambulante behandeling zonder periode in detentie en verblijfszorg (1c); trajecten zonder detentie waarin behandeling (ambulant en/of intramuraal) en verblijfszorg voorkomen (2a-2c); trajecten met een periode in detentie en behandeling buiten detentie (ambulant en/of intramuraal) maar geen verblijfszorg (4); trajecten met een periode in detentie en verblijfszorg zonder (5) dan wel met (6) behandeling buiten detentie.

Tabel 1.2: Indeling van OFZ-trajecten op basis van beveiligingsniveau en aanwezigheid van detentieperiodes en forensische verblijfszorg

		Zonder verblijfszorg	Met verblijfszorg
Trajecten zonder periode in detentie			
Ambulante behandeling		1a	2a
Intramurale behandeling	Zonder ambulante behandeling	1b	2b
	Naast ambulante behandeling	1c	2c
Trajecten met periode in detentie			
Zonder behandeling buiten detentie		3	5
Met behandeling buiten detentie (ambulant of intramuraal)		4	6

Bij de trajecten met meerdere BVN en zorgtypes kunnen deze in verschillende volgordes voorkomen. Dat betekent dat er sprake kan zijn van afschaling of opschaling van het BVN. Van afschaling is bijvoorbeeld sprake als in het kader van resocialisatie tegen het einde van een FZ-traject overplaatsing van een intramurale naar een ambulante setting plaatsvindt. Als ten behoeve van risicomanagement een hoger BVN noodzakelijk wordt geacht kan het ook tot opschaling van ambulante naar intramurale FZ komen.

Bij trajecten met een detentieperiode kan deze voorafgaan aan of volgen op de FZ buiten detentie. In het eerste geval wordt de FZ ingezet bij de uitstroom uit detentie, zij het in het kader van een penitentiair programma met zorg, een voorwaardelijke invrijheidstelling met FZ als bijzondere voorwaarde of een schorsing voorlopige hechtenis met FZ als voorwaarde. Het tweede geval doet zich voor als een voorwaardelijke titel met FZ na een overtreding van voorwaarden wordt omgezet in een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf. Beide gevallen kunnen ook binnen hetzelfde FZ-traject optreden, hetgeen in trajecten resulteert waarin meerdere periodes in detentie en/of meerdere periodes met FZ buiten detentie elkaar opvolgen.

De classificatie van types FZ-trajecten in tabel 1.2 is uitsluitend op inhoudelijke overwegingen tot stand gekomen en is als voorlopig te beschouwen. Om voor recidiveonderzoek bruikbaar te zijn moet ieder trajecttype in voldoende aantal voorkomen om kwantitatieve analyses mogelijk te maken. In hoeverre dit voor de types trajecten in tabel 1.2 geldt moet uit de data blijken. Als een bepaald type te weinig voorkomt kan het noodzakelijk zijn meerdere types samen te voegen. Als een type zeer veel voorkomt zou een verdere opsplitsing zinvol kunnen zijn, bijvoorbeeld naar het segment van de FZ. De uiteindelijke indeling in types trajecten is weergegeven in paragraaf 2.4.1.1.

2 Methode

2.1 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle ontvangers van FZ die in de jaren 2013 tot en met 2015 naar vrijheid zijn uitgestroomd. De term *uitstroom naar vrijheid* verwijst hierbij naar het einde van het strafrechtelijk kader en niet naar het einde van de FZ. Er is sprake van uitstroom naar vrijheid als een strafrechtelijke titel respectievelijk de eraan verbonden voorwaarden eindigen en de titel niet onmiddellijk wordt gevolgd door een andere strafrechtelijke titel. Dat betekent dat de datum van uitstroom naar vrijheid zowel vóór als na de feitelijke beëindiging van de zorg in een FZ-instelling kan vallen. Het eerste doet zich voor als de zorg na afloop van de titel op vrijwillige basis wordt voortgezet, het tweede als op de FZ een periode in detentie volgt of als de forensische zorg eindigt voor de einddatum van de onderliggende strafrechtelijke titel respectievelijk de hieraan verbonden voorwaarden.

2.2 Databronnen

In het onderzoek worden gegevens afkomstig uit zeven informatiesystemen gebruikt. Zes van deze databronnen worden gebruikt om de onderzoeksgroep samen te stellen, de datum van uitstroom te bepalen en informatie over de duur en invulling van de FZ-trajecten en de psychopathologie van de justitiabelen toe te voegen. Voor de tbs-trajecten betreft dit alleen het *Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling (MITS)*. Bij de OFZ-trajecten moet informatie gekoppeld worden uit het *Informatiesysteem Forensische Zorg (IFZO)*, de facturatiesystemen *Facturatie Controle Systeem (FCS)* en *Realisatie en Patiëntenstromen DForZo (RePaD)*, het centrale registratiesysteem voor het gevangeniswezen *Ten Uitvoer Legging Penitentiaire beschikkingen (TULP)* en door het Central Justitiele Incassobureau (CJIB) verstrekte aanvullende gegevens over de looptijden van voorwaardelijke titels. Het bepalen van recidive gebeurt met gegevens uit de *Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD)*. Dit systeem levert daarnaast ook alle informatie over de uitgangszaak, de strafrechtelijke voorgeschiedenis en de demografische kenmerken van de justitiabelen. Hieronder worden per databron de eruit verkregen gegevens en eventuele beperkingen beschreven. De eerste vijf informatiesystemen worden beheerd door de DJI, het zesde door het CJIB en het laatste door het WODC.

2.2.1 *Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling (MITS)*

Alle in het onderzoek gebruikte informatie over FZ voor de groepen met tbs met dwangverpleging en tbs met voorwaarden is afkomstig uit MITS. Dit betreft de begin- en einddatum van de tbs, globale informatie over de psychopathologie en gegevens waarmee koppeling aan het strafdossier en identificatie van de uitgangszaak in het strafdossier mogelijk is, te weten een persoonsnummer, personalia en het parketnummer van de uitgangszaak waarin de tbs werd opgelegd. De meeste informatie in MITS is zo goed als volledig en van goede kwaliteit.

2.2.2 *Informatiesysteem Forensische Zorg (IFZO)*

IFZO is in de loop van 2012 door de DJI geïmplementeerd ter ondersteuning van het indicatie- en plaatsingsproces voor de FZ. Vanaf oktober 2012 bevat IFZO registratiegegevens over alle nieuwe plaatsingen voor FZ. Omdat de zorgtoewijzing en de plaatsing bij zorgaanbieders via IFZO verloopt en FZ alleen na een formeel plaatsingsbesluit gefactureerd kan worden, kan ervan uit worden gegaan dat plaatsingen in FZ nagenoeg volledig in IFZO zijn geregistreerd.

In dit onderzoek worden de volgende gegevens uit IFZO gebruikt: koppelgegevens (SKN, parketnummer, geboortedatum, plaatsingsbesluitnummer), FZ-titel met begin- en einddatum, opnamedatum bij de FZ-aanbieder, naam van de zorgaanbieder en de zorglocatie en de hoofdgroep van de diagnose, voor zover de FZ is gericht op behandeling van een stoornis.

IFZO heeft voor dit onderzoek twee beperkingen. De eerste beperking is het gevolg van het feit dat bij de invoering van IFZO de registratie van plaatsingen voor lopende FZ niet met terugwerkende kracht is uitgevoerd. FZ-trajecten met een eerdere begindatum staan alleen in IFZO als na ingebruikname van IFZO nog wijzigingen in zorgtype of -intensiteit, instelling of strafrechtelijke titel hebben plaatsgevonden. Dat betekent dat een deel van de onderzoekspopulatie niet in IFZO voorkomt. Dit betreft vooral personen met uitstroomjaar 2013 en, in het geval van meer langdurende FZ, ook uitstroomjaar 2014. De tweede beperking betreft de datakwaliteit van sommige voor dit onderzoek belangrijke informatie. Met name het parketnummer en de einddatum van de FZ-titel zijn bij ongeveer 25-30% van de geregistreerde plaatsingen niet of foutief geregistreerd.

2.2.3

Facturatie Controle Systeem (FCS)

Het FCS bevat de facturatie van met ingang van 2011 door zorgaanbieders geleverde FZ. FCS kent vijf registratieformats voor verschillende types FZ. De eerste drie formats (verblijf, behandeling en dagactiviteiten) betreffen FZ in het kader van de behandeling van een gedragsstoornis, verslavings- of psychiatrisch probleem. De laatste twee formats (zorgzwaartepakketten en extramurale parameters) worden gebruikt voor facturatie van verblijfszorg en begeleiding of dagbesteding zonder curatief karakter.

- Het format *FCS-verblijf* bevat de facturatie van verblijfsdagen in het kader van een klinische behandeling. Voor iedere verblijfsperiode worden het BVN en de zorgintensiteit geregistreerd. Daarbij worden binnen vier BVN telkens zeven zorgintensiteiten onderscheiden, resulterend in totaal 28 verblijfssoorten.
- Het format *FCS-behandeling* wordt gebruikt voor de facturatie van behandelactiviteiten, zij het in een klinische setting gekoppeld aan verblijfsdagen, of in een ambulante behandelsetting. De data bevat het totale aantal behandelminuten gedurende de gefactureerde periode.
- In het format *FCS-dagactiviteiten* worden activiteiten tijdens behandelverblijven geregistreerd die niet onderdeel van de eigenlijke behandeling uitmaken, zoals activerende, educatieve en arbeidsmatige activiteiten
- Het format, *FCS-zorgzwaartepakketten (FCS-ZZP)*, dient voor de facturatie van verblijfszorg binnen de twee ZZP-hoofdtypes, begeleid wonen in een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW) en verblijf in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Binnen deze hoofdtypes worden zes respectievelijk vijf subtypes onderscheiden die zijn gekenmerkt door verschillende begeleidingsintensiteit en mate van toezicht.
- *FCS-extramurale parameters (FCS-EP)* bevat de facturatie van periodes met dagactiviteiten en begeleiding zonder verblijf die niet zijn gericht op de behandeling van een stoornis of gedragsprobleem. De zorgintensiteit wordt geregistreerd in uren of dagdelen.

Alle vijf formats bevatten het SKN, het plaatsingsbesluitnummer, de zorgaanbieder (zonder nadere informatie over de zorglocatie) en de periode waarin de betreffende FZ plaatsvond. In de eerste drie formats is ook de strafrechtelijke titel opgenomen.

FCS-behandeling bevat daarnaast ook nog de hoofdgroep van de primaire diagnose waarop de behandeling is gericht.²

Zorgaanbieders hebben een sterke interesse om geleverde FZ volledig in FCS te factureren omdat dit een voorwaarde voor vergoeding van de zorg vormt. De DJI controleert de ingediende facturatie. Door de belangen van enerzijds de zorgaanbieders om geleverde zorg vergoed te krijgen en anderzijds de DJI om niet onterecht vergoedingen uit te keren, is het aannemelijk dat de gegevens in FCS een goede afspiegeling vormen van de daadwerkelijk uitgevoerde FZ. Ook het FCS kent een aantal beperkingen. Ten eerste kon tot oktober 2013 zonder plaatsingsbesluitnummer gefactureerd worden hetgeen de koppeling van de betreffende facturatie aan IFZO bemoeilijkt en in sommige gevallen zelfs onmogelijk maakt. Ten tweede is in FCS de informatie over de strafrechtelijke titel, zorginstelling en hoofddiagnose onvolledig. Voor zover de FCS-formats titelinformatie bevatten ontbreken de start- en einddatum van de titels in ruim 20% respectievelijk 40% van de facturatie. Omdat alle FCS-formats enkel de naam van de zorgaanbieder bevatten en niet de zorglocatie, is met name bij instellingen die diverse types FZ in een groot aantal zorglocaties aanbieden, onduidelijk in welk type instelling de gefactureerde FZ plaatsvond. Diagnostische informatie over de zorgontvangers is alleen beschikbaar voor FZ die zich op behandeling van de betreffende stoornis richt. Hierdoor is de aard van een eventuele stoornis bij ontvangers van uitsluitend niet-curatieve FZ onbekend. Ten derde komt een deel van de intramurale FZ tot en met 2015 niet in FCS voor omdat deze nog in het informatiesysteem RePaD (zie hierna) kon worden gefactureerd. Dit betreft met name de ZZP en FZ voor de groep met een sterke gedragsstoornis en lichte verstandelijk beperkingen (SGLVB).

2.2.4 *Realisatie en Patiëntenstromen DForZo (RePaD)*

RePaD is bij de overgang naar het nieuwe FZ-stelsel in 2008 ingevoerd als tijdelijke oplossing voor de registratie van verblijfstromen en de gerealiseerde zorg in de FZ. Tot en met 2015 werd RePaD nog gebruikt voor de registratie van beschermd wonen en zorg voor de SGLVB-doelgroep. Met ingang van 2016 is RePaD niet meer in gebruik en wordt alle FZ in het FCS gefactureerd. RePaD bevat onder andere: SKN en geboortedatum, naam van de zorgaanbieder, specificatie van het type FZ-instelling, periode van de geleverde zorg, FZ-titel en de reden van uitstroom. Omdat RePaD geen plaatsingsbesluitnummers bevat, is de koppeling aan de overige databronnen iets meer foutgevoelig.

2.2.5 *Ten Uitvoer Legging Penitentiaire beschikkingen (TULP)*

TULP is het centrale registratiesysteem voor het gevangeniswezen. Het bevat onder andere informatie over inrichtingen waar gedetineerden verbleven, detentieperiodes en bestemmingswisselingen. Uit TULP is door het WODC het onderzoeksdatabestand *Time in Prison* (TIP) afgeleid dat voor de populatie van ex-gedetineerden de begin- en einddata van alle geregistreerde detentieperiodes bevat. TIP bevat alleen detentieperiodes waarvoor zowel begin- als einddatum in TULP is geregistreerd. Er zijn aanwijzingen dat dit niet altijd het geval is. Het is aannemelijk dat het aantal detentieperiodes dat om deze reden niet in TIP voorkomt hoger is bij justitiabelen die in de laatste fase van hun detentie op basis van een FZ-titel in een externe setting verbleven.

2.2.6 *Aanvullende titelinformatie van het CJIB*

² Meer informatie over FZ-types inclusief de mate van beveiliging en toezicht is te vinden in de forensische zorgwijzer van de DJI (2017). Voor verdere details over de inhoud van de registratie in FCS zie Staatscourant nr. 36703 (7 juli 2017).

Voor alle personen in de databronnen afkomstig van de DJI met uitzondering van MITS, is bij het CJIB informatie opgevraagd over opleggingen van de voorwaardelijke FZ-titels met begindatum vanaf 2011. Dit betreft de titels voorwaardelijke veroordeling, beleidssepot met voorwaarden, schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden, voorwaardelijke invrijheidstelling en plaatsing in een ISD met voorwaarden. De verstrekte informatie omvat naast de titel ook het parketnummer, de vonnisdatum van de strafzaak waarin de titel is opgelegd en de begin- en einddatum van de totale proeftijd van alle voorwaarden bij de titel. Een beperking van deze databron is dat de looptijd van de bijzondere voorwaarde waaronder de FZ plaatsvindt niet afzonderlijk beschikbaar is. In gevallen waarbij de looptijd van deze voorwaarde eindigt terwijl andere algemene of bijzondere voorwaarden nog langer doorlopen is er een periode van onbekende duur tussen de datum van uitstroom uit de FZ en uitstroom naar vrijheid gedefinieerd als einde van de strafrechtelijke titel (zie paragraaf 2.1).

2.2.7 *Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD)*

De OBJD is een gepseudonimiseerde versie van het Justitieel Documentatie Systeem (JDS) die voor iedere persoon die vanaf 1996 met justitie in aanraking kwam, alle strafzaken bevat waarin deze verdachte was en die door het Openbaar Ministerie in behandeling zijn genomen. Van elke strafzaak zijn onder andere de pleegdatum en aard van de delicten, hoe de zaak is afgedaan en welke wetsartikelen daarbij zijn toegepast, geregistreerd. Anders dan bij het JDS worden de gegevens in de OBJD niet verwijderd als de wettelijke bewaartermijnen verstreken zijn. Alle gegevens in de OBJD zijn gepseudonimiseerd. Naamgegevens en dergelijke ontbreken, en andere identificerende gegevens, zoals het SKN en parketnummers, zijn versleuteld.

Niet ieder misdrijf leidt tot een strafzaak. Door het gebruik van de OBJD als bron van delictinformatie blijft het onderzoek noodgedwongen beperkt tot misdrijven waarvan aangifte is gedaan en waarbij zowel opsporing als vervolging door het openbaar ministerie hebben plaatsgevonden. Omdat bovendien ook nog meerdere misdrijven in één strafzaak samengevoegd kunnen worden, moet ervan uit worden gegaan dat zowel de percentages recidivisten als de aantallen misdrijven per recidivist in dit onderzoek een onderschatting zijn van de werkelijke aantallen. In dit onderzoek zijn strafzaken gebruikt die tot juli 2018 in de OBJD waren geregistreerd.

2.3 **Databewerking**

In het bewerkingsproces van brondata tot databestanden waarop de berekening van recidive kan plaatsvinden, kunnen twee fasen worden onderscheiden. In de eerste fase worden zogenoemde uitstroombestanden voor de FZ samengesteld. Deze bevatten voor iedere ex-ontvanger van FZ met uitstroombdatum in de jaren 2012 tot en met 2015 informatie over de aard en de periode van de ontvangen FZ, eventuele detentieperiodes die direct aan de FZ aansluiten, de strafrechtelijke titels waaronder de FZ plaatsvond, en waar mogelijk de aard van de problematiek waarop de FZ werd gericht. In de tweede fase wordt aan de uitstroombestanden uit de OBJD informatie over recidivedelicten, het uitgangsdeldict voor de FZ en het strafrechtelijke verleden van de justitiabelen toegevoegd. Met het resulterende databestand kunnen recidivecijfers worden berekend.

In de eerste fase verschilt de databewerking bij de groepen tbs en OFZ omdat gegevens uit verschillende databronnen worden gebruikt. Daarom wordt de eerste fase van de databewerking in de volgende paragrafen voor beide groepen afzonderlijk beschreven. In beide gevallen begint de databewerking met de versleuteling van de persoonsidentificerende gegevens, te weten strafrechtketennummer (SKN), parketnummer (PKN), naam, geboortedatum,

plaatsingsbesluitnummer (alleen OFZ) en MITS-nummer (alleen tbs) zodat bij alle verdere bewerkingen niet direct identificeerbare data wordt gebruikt.

2.3.1 *Fase 1: van brondata naar uitstroomdata*

2.3.1.1 Tbs

Omdat de brondata uit MITS voor iedere tbs-gestelde de datum van onvoorwaardelijke beëindiging van de maatregel bevat, is de samenstelling van de uitstroomcohorten voor de tbs-maatregel ongecompliceerd. Gevallen waarbij de titel tbs met voorwaarden is omgezet naar tbs met dwangverpleging worden gevoegd bij de groep tbs met dwangverpleging. Tbs-trajecten die eindigden door overlijden of uitzetting zijn verwijderd. Het resulterende databestand bevat van iedere ex-tbs-gestelde bij wie de maatregel in 2015 eindigde de titel (tbs met dwangverpleging of tbs met voorwaarden), de datum van onvoorwaardelijke beëindiging van de maatregel en de bovengenoemde versleutelde persoonsidentificerende gegevens. Dit databestand wordt vervolgens toegevoegd aan uitstroomdatabestanden voor de tbs-uitstroom in de voorafgaande jaren die eerder op dezelfde wijze waren samengesteld.

2.3.1.2 Overige FZ

Voor de overige FZ vereist de samenstelling van het uitstroomdatabestand uit de brondata de volgende bewerkingen: Als eerste zijn alle personen die in de brondata voorkomen op basis van de versleutelde SKN, PKN en geboortedatums in de OBJD opgezocht. In de gevallen waarbij dit is gelukt (96,4%) is een versleutelde versie van het nummer waarmee personen in de OBJD zijn geïdentificeerd, het SJDS-nummer, aan de brondata toegevoegd. In de overige gevallen is hiervoor de hulp van de Justitiële Informatiedienst (Justid) ingeroepen. Personen waarvoor ook op deze wijze geen SJDS-nummer gevonden kon worden (1,6%) zijn niet in het verdere onderzoek meegenomen.

In de volgende stap van de databewerking vindt voorbereiding van de aangeleverde databestanden plaats. Bij IFZO betreft dit het verwijderen van registratieregels met afgewezen plaatsingsverzoeken, stopgezette plaatsingen en dubbele registraties van dezelfde plaatsing. Bij RePaD en de vijf FCS-databestanden wordt facturatie samengevoegd als deze hetzelfde type zorg op basis van dezelfde titel in aansluitende of overlappende periodes betrof. In de CJIB-data worden dubbele registraties van dezelfde titeloplegging verwijderd en registraties van aansluitende of overlappende periodes met dezelfde titel samengevoegd. Als tijdens een periode met titel A een periode met titel B begint, is de einddatum van titel A vervangen door de begindatum van titel B. Vaak betreft dit de titel schorsing voorlopige hechtenis die overgaat in een voorwaardelijke veroordeling.

In de derde stap worden de data uit de verschillende informatiesystemen geïntegreerd. Eerst wordt de CJIB-data aan de IFZO-data gekoppeld. Dit gebeurt op basis van het SJDS-nummer in combinatie met de titel en de begindatum van de titel of de opnamedatum bij een zorgaanbieder. De in IFZO ontbrekende titels, titelperiodes, parketnummers en vonnisdatums worden dan uit de CJIB-data aangevuld. Vervolgens wordt de facturatie in RePaD en FCS op basis van het SJDS-nummer zodanig samengevoegd, dat iedere regel informatie bevat over een samenhangende periode met FZ van hetzelfde type. Hiervoor wordt de RePaD-data in twee delen opgesplitst. De facturatie van ZZP wordt gekoppeld aan FCS-ZZP en de overige facturatie aan FCS-verblijf. Hierna wordt één databestand samengesteld waarin de met CJIB-titelinformatie verrijkte IFZO-data, de samengevoegde facturatie uit FCS en RePad en de detentieperiodes uit de TIP-data zijn geïntegreerd. Dit databestand bevat nu voor iedere persoon die FZ heeft ontvangen de begin- en

einddatums van alle titels waaronder FZ werd verleend, de periodes in detentie, en alle samenhangende periodes waarin hetzelfde type FZ werd verleend.

In de vierde stap worden eerst FZ-trajecten met uitstroom in de jaren 2013, 2014 en 2015 geselecteerd. Vervolgens worden variabelen aangemaakt die voor ieder traject informatie bevatten over de duur van het FZ-traject, de laatste en de langstdurende strafrechtelijke titel waaronder FZ plaatsvond, het laatste en het langstdurende BVN en de trend in het BVN (afschaling of opschaling) gedurende het FZ-traject, het type traject, of in het traject FZ een specifiek type FZ-instelling voorkomt en de hoofdgroep van de diagnose op basis waarvan de FZ werd verleend.

2.3.2 *Fase 2: van uitstroombestanden naar analysedata*

In fase 2 van de databewerking worden de uitstroombestanden uit fase 1 met behulp van het SJDS-nummer gekoppeld aan de digitale strafdossiers in de OBJD. Hierna is voor iedere justitiabele in de tbs- en OFZ-uitstroombestanden gedetailleerde informatie over alle afgedane strafzaken beschikbaar, waaronder de in het vonnis gebruikte wetsartikelen en de pleegdatums. Iedere strafzaak wordt op basis van de wetsartikel behorende bij het zwaarste behandelde feit, ingedeeld in categorieën voor ernst en type van het delict, overeenkomstig de standaardmethode van de WODC-recidivemonitor (Wartna, Blom & Tollenaar, 2011). Zaken met pleegdatum van het eerste feit na de datum van uitstroom uit de FZ worden als recidivezaken geteld. De uitgangszaken, dat wil zeggen de strafzaken waarin de FZ werd opgelegd, worden met behulp van het parketnummer afkomstig uit de uitstroombestanden geïdentificeerd. Alle hieraan voorafgaande eerdere strafzaken worden tot het strafrechtelijke verleden gerekend.

2.4 **Operationalisaties**

2.4.1 *Onafhankelijke variabelen*

2.4.1.1 Type FZ-traject

Op basis van de voorlopige, op inhoudelijke overwegingen gebaseerde onderscheiding van trajecttypes in paragraaf 1.3.2 (tabel 1.2), de beschikbaarheid van informatie in de brondata en het aantal trajecten binnen de verschillende types, worden tien types FZ-trajecten onderscheiden. Acht types betreffen OFZ-trajecten en twee types tbs-trajecten.

De eerste drie OFZ-types zijn geheel ambulante behandeltrajecten zonder detentieperiode. De opsplitsing van de ambulante trajecten naar FZ-segment werd mogelijk door het grote aantal justitiabelen in deze trajecten (zie paragraaf 3.1.1).

- 1 Trajecten waarin alle FZ ambulant in één of meerdere forensisch psychiatrische poliklinieken (FPP) heeft plaatsgevonden.
- 2 Trajecten waarin alle FZ ambulant in één of meerdere forensische verslavingspoliklinieken (FVP) heeft plaatsgevonden.
- 3 Trajecten waarin alle FZ ambulant heeft plaatsgevonden in één of meerdere niet nader bekende behandelsettings. Een groot deel van deze trajecten behoort waarschijnlijk tot de eerste twee types maar kon bij gebrek aan informatie niet als zodanig ingedeeld worden. Daarnaast vallen onder dit type trajecten waarin de FZ door ambulante settings uit de reguliere GGZ, VZ of VGZ is uitgevoerd.

Ook de OFZ-types 4 en 5 bevatten geen detentieperiode maar tenminste één niet-ambulante vorm van FZ, eventueel naast ambulante FZ. De onderscheiding tussen trajecten met uitsluitend intramurale behandeling en trajecten met intramurale en

ambulante behandeling (in tabel 1.2 aangegeven als 1b en 1c) kan door het te geringe aantal justitiabelen met deze trajecten niet worden gemaakt.

- 4 Trajecten met intramurale behandeling al dan niet naast periodes met ambulante FZ. Deze trajecten bevatten geen forensische verblijfszorg.
- 5 Trajecten met forensische verblijfszorg in een beschermd woonsetting. In de meeste gevallen wordt de verblijfszorg voorafgegaan door andere intramurale of ambulante vormen van FZ.

De OFZ-types 6, 7 en 8 zijn gekenmerkt door één of meer periodes in detentie, zij het aan het begin of aan het einde van het FZ-traject, of tussen periodes met FZ buiten detentie.

- 6 Trajecten waarin alle FZ in het kader van een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf tijdens detentie plaatsvindt, zij het in een PPC of door een externe FZ-aanbieder binnen een reguliere detentiestelling.
- 7 Trajecten die een periode in detentie bevatten en waarin daarnaast FZ buiten detentie plaatsvindt, niet zijnde forensische verblijfszorg. Veelal wordt ook tijdens de detentieperiode FZ verleend maar dit is niet altijd het geval.
- 8 Trajecten die naast een periode in detentie forensische verblijfszorg bevatten en al dan niet nog andere vormen van FZ. Vaak vindt ook tijdens de detentieperiode FZ plaats. In de meeste gevallen volgt de forensische verblijfszorg op de detentieperiode maar dit is niet altijd het geval.

Bij de twee types tbs-trajecten is de titel bepalend voor de indeling.

- 9 Trajecten op basis van de titel tbs met dwangverpleging, al dan niet met periodes met proefverlof en/of voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging. Ook trajecten met de titel tbs met voorwaarden die werd omgezet in tbs met dwangverpleging vallen binnen dit type.
- 10 Trajecten op basis van de titel tbs met voorwaarden, als deze titel niet werd omgezet in tbs met dwangverpleging.

2.4.1.2 Langstdurende FZ-titel

FZ vindt altijd onder een strafrechtelijke titel plaats, ook aangeduid als FZ-titel.³

In een FZ-traject kunnen meerdere FZ-titels elkaar opvolgen. Trajecten waarvan een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf deel uitmaakt, kunnen daarnaast een periode zonder FZ-titel bevatten waarin alleen de vrijheidsstraf wordt uitgevoerd. De langstdurende FZ-titel is de titel die gedurende langere tijd van kracht was dan elke andere FZ-titel of periode zonder FZ-titel in het traject. Als de periode zonder FZ-titel het langst duurde dan heeft het traject geen langstdurende FZ-titel.

2.4.1.3 Duur FZ-traject

De duur van FZ-trajecten is de tijdsperiode van begin van het FZ-traject tot de datum van uitstroom naar vrijheid. De trajectduur omvat daarmee naast periodes met FZ ook eventuele periodes in detentie waarin geen FZ werd verleend en periodes buiten detentie waarin een FZ-titel liep maar geen FZ plaatsvond. Er worden zes categorieën voor de trajectduur onderscheiden, (1) tot en met 3 maanden, (2) 4 tot en met 9 maanden, (3) 10 tot en met 18 maanden, (4) 19 tot en met 30 maanden, (5) 31 tot en met 48 maanden en (6) langer dan 48 maanden.

2.4.1.4 Beveiligingsniveau (BVN):

Er worden zes BVN's onderscheiden. Deze komen niet overeen met de BVN's die in de brondata van de DJI worden onderscheiden (DJI, 2017). Om alle FZ op de dimensie 'mate van risicomanagement' in te kunnen delen hebben we hieraan twee BVN's toegevoegd: ambulante FZ (BVN1), verblijfszorg zonder behandeling (BVN2)

³ Een overzicht van de FZ-titels staat in bijlage 2.

en verblijf in een detentiesetting (BVN6). Omdat het verschil tussen enerzijds FPC en PPC en anderzijds FPK en FVK dat in de brondata van de DJI wordt gemaakt, voor dit onderzoek niet relevant is, zijn deze settings in hetzelfde BVN ingedeeld (BVN5).

BVN 1: Er zijn geen beperkingen van de bewegingsvrijheid noch 24-uurs toezicht in de woonsetting. Hiervan is sprake bij wonen buiten een zorgsetting of in een beschermde woonsetting met het laagste niveau van begeleiding (in de door de DJI gehanteerde systematiek aangeduid als ZZP C1 of ZZP VG1).

BVN 2: Er zijn geen beperkingen van de bewegingsvrijheid maar wel 24-uurs toezicht in de woonsetting. Dit is het geval bij beschermde woonsettings van het type ZZP C2-C3 en ZZP VG2-VG6).

BVN 3: De woonsetting heeft een gesloten buitendeur maar er zijn geen beperkingen van bewegingsvrijheid binnen de woonsetting. Dit geldt voor een deel van de intramurale FZ in reguliere GGZ VZ-settings en voor de meest beveiligde settings voor forensische verblijfszorg (ZZP C4-C5 en ZZP VG7). Soms worden zorgsettings met dit beveiligingsniveau als 'gesloten' aangeduid.

BVN 4: Settings met dit BVN worden aangeduid als 'gesloten'. Er is sprake van een gesloten en bewaakte buitendeur en ook beperkingen van de bewegingsvrijheid binnen de setting. Dit beveiligingsniveau is van toepassing op FPA's, FVA's, sommige reguliere GGZ- of VZ-settings en resocialisatieafdelingen van FPK's.

BVN 5: Dit BVN geldt voor de zogenoemde 'beveiligde' FZ-settings. Naast een bewaakte buitendeur hebben deze settings een sterker materieel beveiligde buitenschil en ook de bewegingsvrijheid binnen de zetting sterker beperkt. Dit geldt voor FPC's, PPC's, de reguliere behandelafdelingen van FPK's en FVK's.

BVN 6: Dit BVN is voorbehouden voor detentiesettings met uitzondering van de PPC's.

Op basis van deze zes BVN worden twee kenmerken van FZ-trajecten bepaald die gebruikt worden voor een verdere uitsplitsing van recidivecijfers binnen de types OFZ-trajecten.

- Het *langstdurende BVN* is het BVN dat van alle BVN die in het FZ-traject voorkwamen de langste tijd van kracht was.
- De *trend in het BVN* heeft betrekking op veranderingen van BVN gedurende FZ-trajecten. Er worden drie trends onderscheiden. Afschaling en opschaling van FZ zijn gedefinieerd als verlaging respectievelijk verhoging van het BVN in de aanloop naar uitstroom. Trajecten zonder afschalings- of opschalingstrend vallen in de derde categorie voor constant of fluctuerend BVN. Hieronder vallen ook trajecten met afwisselend verlagingen en verhogingen van BVN, trajecten met verandering van het BVN door het begin of beëindiging van een detentieperiode en trajecten waarin op afschaling van het BVN op een later tijdstip in het traject nog een detentieperiode volgt.

2.4.1.5 Hoofdgroep primaire diagnose

Voor OFZ-trajecten die een periode bevatten waarin behandeling van een stoornis plaatsvond, is in de meeste gevallen informatie over de diagnostische hoofdgroep van de stoornis beschikbaar. Daarbij worden op basis van het diagnostische classificatiesysteem DSM-5 de volgende diagnostische hoofdgroepen onderscheiden:

- stoornissen in de kindertijd,
- psychotische stoornissen,
- problemen in verband met misbruik of verwaarlozing,
- seksuele en genderidentiteitsstoornissen,
- stoornissen in de impulsbeheersing,
- aan een middel gebonden stoornissen,
- persoonlijkheidsstoornissen,
- overige diagnoses.

Bij de tbs-trajecten kunnen met de beschikbare informatie alleen psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden worden.

2.4.2 *Afhankelijke variabelen*

2.4.2.1 Aard en ernst van misdrijven

Zowel bij de recidive als bij de uitgangszaken en het strafrechtelijk verleden worden strafzaken in categorieën voor ernst en aard van het misdrijf ingedeeld. Voor zover de criminele activiteit in het verleden of na uitstroom uit de FZ in aantallen wordt uitgedrukt, hebben deze geen betrekking op feiten maar op strafzaken waarin meerdere feiten samengevoegd kunnen zijn. Bij iedere strafzaak wordt de indeling in categorieën voor ernst en aard van het misdrijf bepaald door het meest ernstige feit in de zaak.

Categorieën voor de ernst van de recidive:

Algemene recidive: alle strafzaken die eindigen met een schuldigverklaring door de rechter of met een beleidssepot of transactie door de officier van Justitie (geldige afdoening), ongeacht aard en ernst van de gepleegde misdrijven.

Zeer ernstige recidive: strafzaken die zijn afgedaan op basis van een wetsartikel met een strafdreiging van acht jaar of meer. Dit betreft in de meeste gevallen levensdelicten, ernstige zedendelicten zoals verkrachting en aanranding, zware mishandeling, diefstal met geweld of bedreiging, brandstichting of ernstige delicten vallend onder de Opiumwet.

Tbs-waardige recidive: strafzaken naar aanleiding van feiten waarvoor een tbs-maatregel opgelegd zou kunnen worden. Hiertoe tellen naast de meeste misdrijven uit de categorie 'zeer ernstig' onder andere ook afpersing, bedreiging, openlijke geweldpleging, vrijheidsberoving en mensenhandel.⁴

Categorieën voor de aard van de recidive:

Geweldzaken: strafzaken naar aanleiding van een geweldsmisdrijf, inclusief vermogensdelicten met geweld, ongeacht de ernst, en exclusief zedenzaken.

Zedenzaken: strafzaken naar aanleiding van een zedenmisdrijf ongeacht de ernst.

Vermogenszaken: strafzaken naar aanleiding van een vermogensdelict exclusief vermogensdelicten met geweld.

Drugszaken: strafzaken die zijn afgedaan op basis van de Opiumwet, ongeacht de ernst van het misdrijf.

2.4.2.2 Prevalentie en frequentie van recidive

Er worden twee recidivestatistieken berekend. De primaire statistiek is de *prevalentie*, dat wil zeggen het percentage van de uitstroom dat binnen twee jaar na uitstroom uit de het FZ-traject een strafzaak had naar aanleiding van een nieuw delict. De prevalentie wordt voor alle recidivecategorieën en uitsplitsingen naar subgroepen berekend.

De *frequentie* is het gemiddeld aantal justitiecontacten naar aanleiding van nieuwe delicten binnen twee jaar na uitstroom. De frequentie wordt alleen voor algemene en zeer ernstige recidive en ook alleen voor de uitsplitsing naar types FZ-trajecten berekend.

2.5 **Data-analyse**

Kaplan-Meier survivalanalyse

De recidiveprevalenties worden berekend met Kaplan-Meier survivalanalyse. Voor elk jaar na uitstroom wordt hiermee het percentage van de onderzoeksgroep berekend dat inmiddels gerecidiveerd is. Deze analysemethode houdt rekening met

⁴ Voor een uitgebreid overzicht zie bijlage 3.

de verschillende observatieperiodes waarin de personen in de onderzoeksgroep gevolgd konden worden en levert een betrouwbare schatting van de recidivekans op.

2.5.1

Cox proportional hazard regressie

Cox proportional hazard regressie wordt gebruikt om te bepalen hoe recidive samenhangt met demografische, strafrechtelijke en klinische persoonskenmerken en kenmerken van de ontvangen FZ. Tot deze kenmerken behoren geslacht, geboorteland, leeftijd bij uitstroom uit de FZ, leeftijd bij de eerste strafzaak, aantal strafzaken voorafgaande aan de uitgangszaak, aantal eerdere onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen, type uitgangsdeldict, diagnostische hoofdgroep, type FZ-traject, duur van het FZ-traject, het langstdurende BVN gedurende het FZ-traject en de langstdurende FZ-titel.

Voor ieder kenmerk (covariaat) wordt een coëfficiënt berekend (*hazard ratio, HR*), die de sterkte van het verband met de recidivekans weergeeft, gecontroleerd voor de invloeden van alle andere kenmerken in het regressiemodel. Het laatste betekent dat in de *HR* tot uitdrukking komt wat het statistische effect van het betreffende kenmerk op recidive is, bovenop de statistische effecten van alle overige kenmerken in het model. De waarde van de *HR* geeft de verhouding weer van de kans om te recidiveren met versus zonder het kenmerk. De waarde 1 betekent dat mannen en vrouwen hetzelfde recidiverisico hebben. De waarde 2 voor het kenmerk 'man' geeft (evenals de waarde 0,5 voor het kenmerk 'vrouw') aan dat de kans om te recidiveren voor mannen tweemaal hoger is als voor vrouwen. Bij achtergrondkenmerken met een numerieke schaal, zoals leeftijd bij uitstroom uit de FZ, geeft de *HR* aan met hoeveel procent de recidivekans verandert als het betreffende kenmerk met één eenheid verandert. Een waarde 1,02 voor leeftijd bij uitstroom zou betekenen dat per jaar dat de justitiabele bij uitstroom uit de FZ ouder is, de kans om te recidiveren met 2% toeneemt. Het is belangrijk om te realiseren dat een statistisch effect van een kenmerk op recidive niet impliceert dat er sprake is van een causaal effect.

De ontwikkeling van de Cox-regressiemodellen voor algemene recidive en voor zeer ernstige recidive gebeurt als volgt, gebruik makend van het statistische programma Stata 15.1. In de eerste stap wordt voor ieder covariaat afzonderlijk het verband met recidive vastgesteld. Dit gebeurt door vergelijking van Kaplan-Meier survivalfuncties van de groepen met en zonder het betreffende kenmerk middels log-rank toetsen. Covariaten waarvoor een significant verband met recidive is vastgesteld of die om inhoudelijke redenen bijzonder relevant zijn, worden in het initiële regressiemodel opgenomen. Vervolgens wordt in opeenvolgende regressiemodellen telkens het covariaat met de hoogste niet significante p-waarde op de Wald toets uit het model verwijderd. Dit wordt herhaald tot alleen covariaten overblijven die een significante samenhang met recidive laten zien, nadat is gecontroleerd voor de invloed van alle andere covariaten in het model. Met andere woorden, alle in het uiteindelijke model opgenomen covariaten leveren een uniek bijdrage aan de statistische verklaring van recidive. In de volgende stap worden één voor één inhoudelijk plausibele interacties tussen covariaten aan het model toegevoegd. Significante interacties (Wald toets) die voldoende sterk zijn om inhoudelijk relevant te zijn, worden in het model opgenomen. In de derde stap wordt voor alle covariaten in het model de houdbaarheid van de proportional hazard assumptie onderzocht die bij Cox regressie wordt gedaan. Deze assumptie houdt in dat de verhouding tussen de kans op recidive in de groepen die door het covariaat worden onderscheiden over de tijd constant is. Als bijvoorbeeld het recidiverisico van mannen twee keer zo hoog is als dat van vrouwen, dan moet dit één jaar na uitstroom evenzo gelden als na drie jaar. De houdbaarheid van deze assumptie wordt voor alle covariaten onderzocht door visuele inspectie van paralleliteit in

zogenoemde log-log plots en door proportional hazard toetsen. In geval van aanwijzingen voor niet-proportionele hazards wordt een interactie tussen het betreffende covariaat en tijd tot recidive aan het model toegevoegd. Statistisch significante covariaat \times tijd interacties die voldoende sterk zijn om inhoudelijk relevant te zijn, worden in het definitieve model opgenomen.

Omdat de beschikbare informatie over covariaten in de data voor de OFZ en de tbs sterk verschilt, worden afzonderlijke Cox-regressiemodellen voor de OFZ en de tbs berekend.

3 Resultaten

De onderzoeksresultaten worden in drie blokken weergegeven. In paragraaf 3.1 worden kenmerken van de tien types FZ-trajecten en de onderzoeksgroepen per type traject beschreven. In paragraaf 3.2 worden recidivecijfers per type traject gepresenteerd. Paragraaf 3.3 heeft betrekking op kenmerken van FZ-trajecten en justitiabelen die samenhangen met de kans op recidive.

3.1 Beschrijvende statistieken

In deze paragraaf wordt eerst de kwantitatieve verdeling van FZ-trajecten met uitstroom in 2013 tot en met 2015 over de tien types weergegeven. Daarna worden per type traject achtereenvolgend de demografische kenmerken, het strafrechtelijk verleden, de forensische zorgtitels en de psychopathologie van de groepen justitiabelen in kaart gebracht.

3.1.1 *Type FZ-trajecten per uitstroomjaar*

Tabel 3.1 laat de aantallen trajecten per OFZ- en tbs-trajecttype per uitstroomjaar zien. In totaal zijn er 16.071 FZ-trajecten met uitstroom in de jaren 2013 tot en met 2015. Het aantal beëindigde trajecten is jaarlijks toegenomen met de sterkste stijging van 2013 naar 2014. Dit is volledig te wijten aan de OFZ-trajecten. De tbs-trajecten laten de omgekeerde ontwikkeling zien. Trajecten met uitsluitend ambulante FZ (types 1-3) maken in ieder uitstroomjaar ruim de helft van alle trajecten uit. Ambulante trajecten in een FPP (type 1) komen met 37% het meest voor, gevolgd door OFZ-trajecten met een detentieperiode en FZ buiten detentie anders dan verblijfszorg (type 7) met 27%. Trajecten met intramurale behandeling en/of verblijfszorg zonder een periode in detentie (types 4 en 5) nemen met 6% een verhoudingsgewijs gering deel van de uitstroom van alle FZ-trajecten voor hun rekening. Dat geldt in nog sterkere mate voor de tbs-trajecten (types 9 en 10) met 4%. Het aandeel van trajecten met verblijfszorg (types 5 en 8) aan de totale FZ-uitstroom ligt bij 9% met een stijgende trend tussen 2013 en 2015.

3.1.2 *Demografische kenmerken en strafrechtelijk verleden per type FZ-traject*

Tabel 3.2 laat kenmerken zien van de justitiabelen die de verschillende types FZ-trajecten hebben doorlopen. Vrouwen vormen in alle types trajecten een minderheid maar zijn met 9-14% versus 6-7% iets sterker vertegenwoordigd in OFZ-trajecten zonder detentie (types 1-5) dan in trajecten met detentie (types 6-8) en tbs-trajecten (types 9-10). In de groepen met detentie in het FZ-traject ligt het percentage personen met niet-westerse etnische achtergrond hoger dan in de overige trajecten (24-30% versus 12-23%).

Tabel 3.1: Aantallen FZ-trajecten uitgesplitst naar type traject en uitstroomjaar

	2013		2014		2015		2013 - 2015	
	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^a	N	% ^b
OFZ-trajecten								
1. Alleen FPP	1.391	35,0%	2.187	39,4%	2.387	39,9%	5.965	37,1%
2. Alleen FVP	269	6,8%	373	6,7%	452	7,6%	1.094	6,8%
3. Ambulant overige of nnb	473	11,9%	385	6,9%	246	4,1%	1.104	6,9%
4. Intramuraal evt. naast ambulant	189	4,8%	191	3,4%	118	2,0%	498	3,1%
5. Intramuraal en/of ambulant & FZ-verblijf	138	3,5%	149	2,7%	223	3,7%	510	3,2%
6. Alleen FZ tijdens detentie	262	6,6%	391	7,0%	397	6,6%	1050	6,5%
7. FZ naast detentie (m.u.v. FZ-verblijf)	1.101	27,7%	1.598	28,8%	1.692	28,3%	4391	27,3%
8. FZ-verblijf naast detentie	148	3,7%	274	4,9%	467	7,8%	889	5,5%
Alle OFZ-trajecten	3.971	25,6%	5.548	35,8%	5.983	38,6%	15.501	96,5%
Tbs-trajecten								
9. Tbs met dwangverpleging	162	35,0%	135	29,2%	166	35,9%	463	2,9%
10. Tbs met voorwaarden	41	38,3%	40	37,4%	26	24,3%	107	0,7%
Alle tbs-trajecten	203	35,6%	175	30,7%	192	33,7%	570	3,5%
Alle FZ-trajecten	4.174	26,0%	5.723	35,6%	6.175	38,4%	16.071	100%

^a Procent in dat jaar van alle trajecten van het betreffende type met uitstroom in de jaren 2013 - 2015.

^b Procent van het trajecttype van alle trajecten met uitstroom in de jaren 2013 - 2015.

Wat het strafrechtelijk verleden betreft, hadden de justitiabelen in FZ-trajecten met detentie hun eerste strafzaak gemiddeld op jongere leeftijd dan alle andere ontvangers van FZ (19,8-21,8 jaar versus 21,8-25,9 jaar). Ook het percentage personen met meer dan tien strafzaken voorafgaande aan het uitgangsdeldict ligt hoger bij de trajecten met detentieperiode (48-58%) dan bij de overige OFZ-trajecten (17-35%) en de tbs-trajecten (22-32%). Hetzelfde geldt voor het aantal strafzaken naar aanleiding van zeer ernstige delicten, geweldsdelicten, vermogensdelicten en drugsdelicten. In het verlengde hiervan hebben de groepen met een detentieperiode in het FZ-traject ook duidelijk meer onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen in hun strafrechtelijk verleden dan alle andere groepen (5,3 - 7,1 versus 1,1 - 2,6). Ook binnen de OFZ-trajecten zonder detentieperiode houdt de zwaarte van de opgelegde FZ verband met de zwaarte van het strafrechtelijk verleden. Gemiddeld hebben de groepen in geheel ambulante FZ-trajecten minder zware straf dossiers dan de groepen waaraan intramurale FZ of verblijfszorg is opgelegd. Echter ook in de ambulante trajecten heeft een substantieel deel van de justitiabelen een zwaar strafrechtelijk verleden. Tussen 26% en 33% was eerder veroordeeld voor een zeer ernstig delict en 11-17% had al drie of meer onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen. Of tbs-trajecten worden opgelegd lijkt minder samen te hangen met het eerdere strafrechtelijke verleden dan met het uitgangsdeldict. Bijna altijd gaat het om een zeden- of geweldsdelict. De cijfers met betrekking tot het uitgangsdeldict voor de OFZ-trajecten moeten terughoudend worden geïnterpreteerd vanwege de hoge percentages gevallen waarin het uitgangsdeldict niet bepaald kon worden.

Tabel 3.2: Demografische en strafrechtelijke kenmerken van justitiabelen per type FZ-traject

		1. Alleen FPP	2. Alleen FVP	3. Ambulant overige of nmb	4. Intramuraal evt. naast ambulant	5. Intramuraal en/of ambulant & FZ-verblijf	6. Alleen FZ tijdens detentie	7. FZ naast detentie (muv FZ-verblijf)	8. FZ-verblijf naast detentie	9. Tbs dwangverpleging	10. Tbs met voorwaarden
	N =	5965	1094	1104	498	510	1050	4391	889	463	107
Demografische kenmerken											
Geslacht	Mannelijk	86,1%	90,6%	87,3%	88,2%	87,3%	93,2%	93,1%	94,0%	93,3%	93,4%
Leeftijd bij uitstroom	Gem. (jaren)	37,6	36,9	37,4	38,5	35,5	37,1	36,2	37,1	44,0	40,3
	t/m 19 jaar	1,1%	0,8%	1,3%	1,2%	1,4%	1,5%	0,6%	0,4%	0,0%	0,9%
	20-24 jaar	17,7%	16,0%	17,6%	10,6%	26,1%	13,5%	15,8%	14,8%	0,4%	4,7%
	25-29 jaar	16,5%	16,7%	15,3%	14,3%	13,5%	14,4%	17,8%	16,5%	5,2%	19,8%
	30-39 jaar	24,0%	28,2%	25,5%	28,9%	22,9%	33,6%	30,4%	25,5%	30,7%	25,5%
	40-49 jaar	23,0%	23,4%	23,2%	28,9%	21,2%	22,6%	23,9%	27,2%	36,4%	25,5%
	≥ 50 jaar	17,4%	14,8%	17,0%	15,3%	14,3%	13,9%	11,1%	14,7%	27,3%	24,5%
Geboorteland	Onbekend	0,1%	0,5%	0,3%	0,2%	0,4%	1,8%	0,3%	0,0%	0,4%	0,0%
	Nederland	73,5%	84,4%	76,4%	79,9%	72,7%	59,1%	71,6%	66,9%	75,3%	80,2%
	Ov. westers	3,7%	3,4%	4,5%	3,2%	4,7%	10,1%	4,5%	3,4%	3,7%	4,7%
	Ov. niet-westers	22,9%	12,2%	18,8%	16,8%	22,4%	28,9%	23,8%	29,7%	20,8%	15,2%
Strafrechtelijk verleden											
Leeftijd eerste strafzaak	Gem. (jaren)	25,1	21,8	24,5	22,5	20,8	21,8	19,8	19,6	23,0	25,9
	t/m 17 jaar	34,6%	42,3%	36,4%	41,2%	44,9%	46,8%	54,4%	53,3%	42,0%	34,0%
	18-24 jaar	28,6%	34,9%	29,5%	29,3%	34,5%	24,4%	27,4%	29,6%	28,6%	23,6%
	25-29 jaar	9,5%	7,3%	8,3%	10,0%	6,7%	10,7%	7,0%	6,6%	7,6%	13,2%
	30-39 jaar	12,3%	7,7%	12,0%	10,4%	9,0%	10,6%	6,7%	5,4%	12,1%	12,3%
	40-49 jaar	9,0%	4,9%	8,2%	5,2%	3,3%	4,2%	2,5%	3,3%	5,6%	10,4%
	≥ 50 jaar	5,6%	2,7%	5,3%	3,0%	1,0%	2,9%	1,6%	1,1%	3,9%	6,6%
Eerdere strafzaken	Gem. aantal	6,4	9,9	8,0	11,9	11,5	16,8	18,4	22,9	10,3	7,0
	Geen	15,8%	7,4%	11,8%	3,2%	7,8%	3,4%	4,4%	4,2%	14,3%	20,8%
	1-2	26,1%	20,2%	24,0%	19,7%	17,5%	15,0%	10,3%	9,9%	19,7%	22,6%
	3-4	16,6%	16,7%	16,6%	13,1%	18,0%	9,8%	8,7%	9,7%	12,3%	10,4%
	5-10	24,7%	26,6%	26,2%	28,9%	24,9%	23,7%	24,2%	18,4%	21,2%	24,5%
	11-25	13,1%	20,5%	16,5%	24,1%	22,7%	29,2%	31,2%	26,7%	22,7%	18,9%
	≥ 26	3,8%	8,6%	5,0%	11,0%	9,0%	18,9%	21,3%	31,2%	9,7%	2,8%
Eerdere zeer ernstige strafzaken	Gem. aantal	0,5	0,7	0,5	0,8	0,9	1,6	1,5	1,9	1,3	0,9
	Geen	74,2%	66,9%	71,8%	62,9%	60,0%	37,0%	42,5%	39,3%	47,0%	59,4%
	1-2	20,6%	25,0%	22,9%	26,7%	28,8%	42,9%	37,0%	34,2%	34,2%	28,3%
	≥ 3	5,2%	8,1%	5,2%	10,4%	11,2%	20,1%	20,5%	26,5%	18,8%	12,3%
Eerdere geweld-zaken ¹	Gem. aantal	1,6	2,1	1,9	2,5	2,4	3,7	3,9	4,0	2,5	2,3
	Geen	44,7%	38,9%	40,0%	29,5%	34,1%	24,5%	21,7%	24,3%	37,4%	49,1%
	1-2	33,7%	32,6%	33,8%	36,5%	32,9%	28,7%	29,0%	26,9%	29,9%	17,9%
	≥ 3	21,5%	28,5%	26,2%	34,0%	32,9%	46,8%	49,3%	48,8%	32,7%	33,0%
Eerdere zeden-zaken	Gem. aantal	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3	0,3
	Geen	92,3%	94,2%	90,7%	93,0%	91,8%	88,6%	90,0%	90,0%	84,0%	84,0%
	1-2	6,9%	5,5%	8,5%	5,4%	7,5%	10,4%	9,1%	8,9%	12,3%	12,3%
	≥ 3	0,8%	0,3%	0,8%	1,6%	0,8%	1,0%	0,9%	1,1%	3,7%	3,8%
Eerdere vermogen-zaken ²	Gem. aantal	2,7	4,4	3,6	6,0	6,5	9,5	10,8	14,8	5,6	2,5
	Geen	49,9%	37,4%	45,6%	28,7%	29,6%	22,5%	20,5%	16,6%	35,3%	48,1%
	1-2	25,1%	28,4%	24,7%	27,1%	22,9%	19,7%	18,8%	17,1%	22,7%	26,4%
	≥ 3	25,0%	34,2%	29,8%	44,3%	47,5%	57,8%	60,7%	66,2%	42,0%	25,5%
Eerdere opiumwet-zaken	Gem. aantal	0,3	0,6	0,3	0,5	0,5	0,7	0,8	1,0	0,3	0,3
	Geen	84,2%	71,9%	82,5%	77,5%	76,5%	67,9%	66,8%	64,9%	86,8%	84,9%
	1-2	12,6%	21,5%	14,6%	16,5%	17,8%	23,0%	23,5%	23,6%	10,0%	10,4%
	≥ 3	3,2%	6,7%	2,9%	6,0%	5,7%	9,2%	9,6%	11,4%	3,2%	4,7%
	Gem. aantal	1,1	1,7	1,4	2,6	2,6	5,4	5,3	7,1	2,2	1,6

		1. Alleen FPP	2. Alleen FVP	3. Ambulant overige of nmb	4. Intramuraal evt. naast ambulant	5. Intramuraal en/of ambulant & FZ-verblijf	6. Alleen FZ tijdens detentie	7. FZ naast detentie (muw FZ-verblijf)	8. FZ-verblijf naast detentie	9. Tbs dwang-verpleging	10. Tbs met voorwaarden
Eerdere onvoorw. vrijheidsstraffen	Geen 1-2 3-10 ≥ 11	68,8% 20,2% 9,0% 1,9%	63,2% 19,7% 12,7% 4,4%	61,4% 26,5% 8,7% 3,3%	48,2% 28,1% 17,0% 6,6%	46,9% 28,6% 17,5% 7,1%	17,4% 35,8% 31,0% 15,8%	24,8% 27,6% 32,2% 15,4%	22,7% 24,1% 28,4% 24,8%	43,3% 29,2% 22,5% 5,0%	50,0% 31,1% 15,1% 3,8%
Kenmerken uitgangsdeldict											
Type uitgangsdeldict	Geweld ¹ Zeden Vermogen ² Drugs Overig Onbekend	46,5% 8,3% 13,6% 3,9% 7,3% 20,3%	42,3% 1,6% 17,8% 7,6% 10,6% 19,7%	35,2% 5,1% 11,7% 3,7% 38,6%	41,2% 3,0% 15,9% 3,4% 10,4% 24,9%	40,4% 4,9% 24,3% 5,9% 9,0% 15,3%	12,5% 1,3% 8,2% 2,0% 2,2% 73,8%	39,8% 4,0% 25,6% 5,7% 6,6% 18,1%	39,7% 3,8% 30,6% 5,5% 7,8% 12,6%	67,3% 17,1% 2,6% 0,0% 0,0% 2,4%	52,8% 29,2% 3,8% 1,9% 0,0% 0,9%

Noot: ¹ inclusief vermogensdelicten met geweld, exclusief zedendelicten met geweld; ² vermogensdelicten zonder geweld.

3.1.3 Psychopathologie per type OFZ-traject

Bij de informatie over de stoornissen in tabel 3.3 moet er rekening mee worden gehouden dat deze voor 9-40% van de justitiabelen in de OFZ-onderzoeksgroepen ontbreekt. Bij de tbs-trajecten zijn alleen psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen geregistreerd. Gevallen in de tbs-groepen waarbij geen stoornis is geregistreerd betreffen waarschijnlijk meestal overige stoornissen. Daarnaast is het aannemelijk dat bij een deel van de gevallen met een persoonlijkheidsstoornis daarnaast ook sprake is van een andere stoornis die niet geregistreerd kon worden. Hierdoor zijn de percentages tussen de OFZ- en tbs-trajecten niet vergelijkbaar.

Bij de OFZ-trajecten bestaat een samenhang tussen het type problematiek en de verleende FZ. Bij ambulante trajecten in het FVZ-segment (type 2) overheersen, zoals te verwachten, de aan een middel gebonden stoornissen (85%). In de overige ambulante FZ-trajecten (types 1 en 3) komen verhoudingsgewijs vaak stoornissen in de impulsbeheersing (14-23%), problemen in verband met misbruik of verwaarlozing (6-11%), stoornissen in de kindertijd (7-8%) en seksuele stoornissen (5-6%) voor. Psychotische stoornissen zijn in ambulante trajecten de uitzondering (1-2%).

Bij de niet-ambulante trajecten, al dan niet met detentieperiodes, is relatief vaak sprake van aan middelen gebonden stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en psychotische stoornissen. Laatstgenoemde komen met 39% bijzonder vaak voor in trajecten die zich volledig in detentie afspelen (type 6). Bij justitiabelen in dit type traject is daarnaast vaak sprake van een "overige stoornis". Het is aannemelijk dat dit in veel gevallen angst- en stemmingsstoornissen betreft waarbij de FZ in het kader van de wettelijke zorgplicht wordt verleend en niet noodzakelijkerwijs recidivepreventie tot doel heeft.

Over alle OFZ-trajecten heen is de meest frequent gestelde hoofddiagnose een aan middelen verbonden stoornis. Doordat bij de ambulante trajecten onderscheid tussen trajecten in de segmenten FP en FVZ wordt gemaakt, is hier zichtbaar dat deze stoornissen grotendeels in specifieke verslavingsinstellingen worden behandeld. Dit onderscheid kon bij de niet-ambulante trajecten door de geringere aantallen justitiabelen niet worden gemaakt, maar het is aannemelijk dat ook bij deze trajecten aan middelen gerelateerde problematiek veelal in specifieke instellingen wordt behandeld, met name FVK's en FVA's. In de trajecten met alle FZ binnen detentie (type 6) lijken deze stoornissen met 12,6% verhoudingsgewijs weinig voor te komen. Gezien de veel voorkomende comorbiditeit van psychotische stoornissen en aan een middel verbonden stoornissen, is echter aannemelijk dat bij een deel van de grote groep met een psychotische stoornis als hoofddiagnose ook sprake is van verslavingsproblematiek.

Persoonlijkheidsstoornissen komen in bijna alle types FZ-trajecten veel voor met uitzondering van de ambulante trajecten in het FVZ-segment (type 2; 3%). Ook hier moet echter rekening worden

gehouden met de mogelijkheid dat naast de als hoofddiagnose gestelde verslavingsstoornis sprake kan zijn van een persoonlijkheidsstoornis.

Tabel 3.3: Hoofddiagnoses van justitiabelen per type OFZ-traject, voor zover bekend

	1. Alleen FPP	2. Alleen FVP	3. Ambulant overige of nmb	4. Intramuraal evt. naast ambulant	5. Intramuraal en/of ambulant & FZ-verblijf	6. Alleen FZ tijdens detentie	7. FZ naast detentie (nuw FZ-verblijf)	8. FZ-verblijf naast detentie	9. Tbs dwangverpleging	10. Tbs met voorwaarden
Hoofddiagnose onbekend	21,3%	23,6%	13,6%	8,8%	39,6%	29,1%	16,1%	26,4%	4,1%	68,2%
Hoofddiagnose bekend; N =	4692	836	954	454	308	744	3686	654	444	34
Psychotische stoornis	1,7%	0,8%	2,7%	19,2%	9,1%	39,2%	12,4%	12,2%	27,7%	23,5%
Aan middel gebonden stoornis	15,0%	84,8%	27,5%	55,5%	50,0%	12,6%	41,7%	53,8%		
Seksuele stoornis	6,2%	0,4%	5,0%	1,8%	1,0%	0,5%	2,0%	1,4%		
Stoornis in de impulsbeheers.	23,4%	5,5%	13,8%	2,6%	5,5%	4,8%	6,2%	5,2%		
Probl. ivm misbrk/verwaarl.	11,4%	1,8%	5,7%	0,9%	3,9%	1,1%	3,7%	0,8%		
Persoonlijkheidsstoornis	23,3%	2,6%	21,8%	9,5%	15,9%	18,1%	22,1%	17,7%	72,3%	76,5%
Stoornis in de kindertijd	7,5%	2,0%	6,9%	4,0%	5,2%	3,9%	4,4%	3,7%		
Overige stoornis	11,5%	2,0%	16,6%	6,6%	9,4%	19,6%	7,4%	5,2%	*	*

* in het registratiesysteem voor de tbs-trajecten (MITS) wordt alleen onderscheid gemaakt tussen psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Gevallen met onbekende hoofddiagnose betreffen waarschijnlijk doorgaans een overige diagnose.

3.1.4 Forensische zorgtitels per type OFZ-traject

Tabel 3.4 laat voor de OFZ-trajecten de strafrechtelijke titels zien waaronder de FZ is verleend. Als FZ onder meerdere titels plaatsvond is de titel meegenomen die gedurende de langste periode van het FZ-traject van kracht was.

De dominante titel in zeven van de acht types OFZ-trajecten is met 49-76% de voorwaardelijke veroordeling. Zoals te verwachten komt deze titel bij trajecten waarin alle FZ in het kader van een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf plaatsvindt nagenoeg niet voor (type 6). Op de tweede plaats volgt de titel beleidssepot met bijzondere voorwaarden. In tegenstelling tot de voorwaardelijke veroordeling komt deze titel bij trajecten met een detentieperiode nagenoeg niet voor. De titel schorsing voorlopige hechtenis is bij alle types trajecten met 3-7% substantieel vertegenwoordigd. Per definitie komen de titels voor overplaatsing naar een PPC, overbrenging uit het gevangeniswezen naar FZ, poliklinische FZ in detentie en penitentiair programma met zorg alleen voor in OFZ-trajecten met tenminste één periode in detentie (types 6-8). In de meeste gevallen betreft dit trajecten zonder FZ buiten de detentieperiode (type 6). De meest duidelijke relatie met een bepaald type traject heeft de strafrechtelijke machtiging. Deze titel komt bijna uitsluitend voor bij OFZ-trajecten met intramurale behandeling (type 4).

Bij de trajecten zonder FZ buiten detentie (type 6) zien we kleine groepen met titels waarbij FZ buiten detentie wordt verleend. Dit kan zijn veroorzaakt door registratiefouten bij de titels of bij de detentieperiodes. Het eerste doet zich bijvoorbeeld voor als een justitiabele aan wie FZ als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke veroordeling is opgelegd, niet bij de zorgaanbieder verschijnt. De voorwaardelijke veroordeling kan dan worden gewijzigd in een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf zonder dat al FZ heeft plaatsgevonden. Als deze wijziging van titel niet is geregistreerd kan uit de data het beeld ontstaan van een detentieperiode gedurende de looptijd van een voorwaardelijke veroordeling. Een voorbeeld voor foutieve registratie van detentie is een doorlopende registratie van detentie nadat de justitiabele is uitgeplaatst naar FZ buiten detentie, zij het in het kader van een penitentiair programma met zorg of de artikelen 15 en 43 pbw. In dit geval is er in werkelijkheid sprake van een FZ-traject met en detentieperiode naast FZ buiten detentie (types 7 of 8) en is het traject ten onrechte ingedeeld bij type 6. Dit betreft maximaal

zeven personen met artikel 15 of 43 pbw (0,7% van trajecttype 6) en tien personen met een penitentiaal programma (1,0%).

Tabel 3.4: Langsturende forensische zorgtitel FZ- per type FZ-traject

	1. Alleen FPP	2. Alleen FVP	3. Ambulant overige of nmb	4. Intramuraal evt. naast ambulante	5. Intramuraal en/of ambulante & FZ-verblijf	6. Alleen FZ tijdens detentie	7. FZ naast detentie (m.u.v. FZ-verblijf)	8. FZ-verblijf naast detentie
N =	5965	1094	1104	498	510	1050	4391	889
Overplaatsing naar PPC	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	19,7%	1,8%	0,2%
Poliklinische FZ in detentie	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,2%	1,5%	1,8%
Over. uit detentie naar FZ (art 15/43 pbw)	0,0%	0,0%	0,1%	1,0%	0,0%	0,7%	1,4%	2,1%
Penitentiaal programma met zorg	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	1,0%	0,3%	1,0%
Plaatsing in een ISD	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,4%	3,2%	4,4%	9,0%
Voorwaardelijke invrijheidsstelling	2,4%	2,4%	1,0%	1,0%	2,7%	0,5%	4,8%	5,2%
Voorwaardelijke veroordeling	57,4%	62,6%	70,4%	61,2%	76,3%	1,9%	49,2%	50,1%
Beleidssepot	16,4%	15,7%	9,2%	4,0%	6,7%	0,1%	0,6%	0,2%
Schorsing voorlopige hechtenis	7,2%	7,2%	4,9%	4,4%	3,5%	3,0%	5,9%	3,1%
Strafbeschikking met aanwijzingen	0,5%	0,3%	0,7%	0,0%	1,4%	0,1%	0,3%	0,1%
Strafrechtelijke machtiging	0,1%	0,0%	0,2%	11,6%	0,0%	0,2%	0,8%	0,1%
Voorgenomen indicatiestelling	7,0%	3,6%	6,5%	0,4%	0,0%	0,1%	0,4%	0,2%
Overige FZ-titels*	0,3%	0,7%	0,3%	0,2%	0,4%	1,6%	0,3%	0,5%
Geen FZ-titel of titel onbekend	8,6%	7,3%	6,5%	15,5%	8,6%	51,7%	28,3%	26,2%

* voorwaardelijke gratieverlening, verdiepingdiagnostiek, plaatsing voor pro justitia rapportage, plaatsing in een ISD met voorwaarden.

3.1.5 Trajectduur en BVN per type OFZ-traject

Tabel 3.5 toont per type OFZ-traject de trajectduur, het langsturende BVN en de trend in het BVN gedurende het traject. OFZ-trajecten die volledig in het kader van een vrijheidsstraf plaatsvinden (type 6) zijn met gemiddeld 16 maanden duidelijk korter dan alle andere trajecttypes en duren in de helft van de gevallen minder dan 10 maanden. In de overige gevallen duren de trajecten met detentie juist langer dan trajecten zonder detentie, in meer dan de helft van de gevallen langer dan 30 maanden. De meerderheid van de trajecten zonder detentie duurt 10 tot 30 maanden.

Het BVN is alleen interessant bij trajecten waarin intramurale en ambulante FZ buiten detentie voorkomt (types 4, 5, 7 en 8). Trajecten met uitsluitend ambulante FZ spelen zich immers per definitie binnen BVN 1 af, en bij trajecten die volledig in een detentiestelling plaatsvinden is altijd sprake van BVN 6 (reguliere afdeling) of BVN 5 (PPC). Bij de trajecten met extra- en intramurale behandeling zonder detentieperiode en zonder verblijfszorg (type 4) neemt in ruim de helft van de gevallen de ambulante behandeling de meeste tijd voor zijn rekening. Als de langste tijd van het FZ-traject in een intramurale setting wordt doorgebracht, betreft dit in ongeveer evenveel gevallen BVN5 (beveiligde setting: FPC, FPK, FVK), BVN4 (besloten-gesloten setting: FPA, FVA of FPK-resocialisatieafdeling) en BVN3 (besloten setting: reguliere GGZ of VZ).

De meeste trajecten zonder detentieperiode waarin de FZ gedeeltelijk in een verblijfssetting plaatsvindt (type 5), spelen zich hoofdzakelijk in de BVN1 tot BVN3 af. Het feit dat het behandeldeel van trajecten met verblijfszorg meestal in de ambulante FZ of de reguliere GGZ dan wel reguliere VZ plaatsvindt, betekent ook dat overgangen van intramurale FZ-instellingen, met name FPK, FVK, FPA, FVA, naar forensisch beschermd wonen verhoudingsgewijs zelden voorkomen. Bij trajecten met verblijfszorg zonder detentieperiodes is, binnen de range van BVN1 tot BVN3, vaker sprake van opschaling van FZ dan bij de trajecten zonder verblijfszorg (21% versus 12%).

Ook de trajecten met FZ-verblijf en detentie (type 8) hebben zich in de meeste gevallen overwegend in BVN1 tot BVN3 afgespeeld (77%). Bij een kleiner deel van deze trajecten (17%) werd de meeste tijd in BVN5 (PPC) of BVN 6 (detentieafdeling) doorgebracht.

Over het geheel genomen laat tabel 3.5 zien dat ambulante FZ met grote afstand de meest verleende vorm van FZ is. Niet alleen bestaat ruim de helft van alle trajecten uitsluitend uit ambulante FZ (types 1-3) maar ook bij de overige trajecten neemt dit FZ-type in zeer veel gevallen de meeste ruimte in.

Tabel 3.5: Trajectduur en beveiligingsniveau per type FZ-traject

	1. Alleen FPP	2. Alleen FVP	3. Ambulant overige of nnb	4. Intramuraal evt. naast ambulant	5. Intramuraal en/of ambulant & FZ-verblijf	6. Alleen FZ tijdens detentie	7. FZ naast detentie (n.u.v. FZ-verblijf)	8. FZ-verblijf naast detentie
N =	5965	1094	1104	498	510	1050	4391	889
Duur FZ-traject (incl. titelperiodes zonder FZ en detentieperiodes)								
Gemiddeld (maanden)	21,5	21,6	24,1	26,2	28,4	16,2	32,5	40,9
1 tm 3 maanden	3,3%	3,8%	2,0%	4,8%	1,4%	18,2%	2,6%	0,3%
4 - 9 maanden	8,5%	8,4%	7,2%	3,8%	3,5%	29,7%	5,2%	0,9%
10 - 18 maanden	20,5%	18,4%	14,7%	21,3%	9,2%	21,3%	9,8%	4,3%
19 - 30 maanden	53,1%	54,9%	50,7%	41,6%	53,7%	15,1%	33,3%	26,8%
31 - 48 maanden	14,1%	13,3%	23,5%	24,5%	26,9%	11,0%	37,5%	46,1%
>48 maanden	0,5%	1,1%	2,0%	4,0%	5,3%	4,7%	11,6%	21,6%
Langstdurend BVN								
BVN1 Ambulant/open (geen 24h toezicht)	99,9%	100,0%	100,0%	55,2%	22,4%	0,0%	74,0%	26,1%
BVN2 Open met 24h toezicht	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	30,2%	0,0%	0,0%	23,2%
BVN3 Gesl. buiten- en open binnendeuren	0,1%	0,0%	0,0%	13,3%	43,1%	0,0%	3,0%	27,6%
BVN4 Bewaakte buiten-, gesl binnendeuren	0,0%	0,0%	0,0%	18,5%	3,5%	0,1%	6,3%	5,7%
BVN5 Beveiligde schil, gesl binnendeuren	0,0%	0,0%	0,0%	13,1%	0,8%	42,7%	8,3%	12,1%
BVN6 Detentie	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	57,2%	8,4%	5,3%
BVN trend (afschaling/opschaling)								
afschaling BVN	nvt	nvt	nvt	17,3%	16,1%	nvt	4,9%	18,4%
constant of fluctuerend BVN	nvt	nvt	nvt	70,3%	62,7%	nvt	93,6%	69,2%
opschaling BVN	nvt	nvt	nvt	12,4%	21,2%	nvt	1,5%	12,4%

3.2 Recidive

In deze paragraaf worden de recidivecijfers voor de uitstroom uit de FZ in de jaren 2013 tot en met 2015 gepresenteerd. Paragraaf 3.2.1 laat de percentages recidivisten voor de verschillende types FZ-trajecten zien. Daarbij ligt de focus eerst op verschillende types recidivedelicten en daarna op het moment van recidive gedurende de eerste vier jaar na uitstroom. In paragraaf 3.2.2 wordt de recidive per type FZ-traject verder uitgesplitst naar strafrechtelijke titel en in paragraaf 3.2.3 naar kenmerken van de FZ.

3.2.1 Recidive per type FZ-traject

Tabel 3.6 toont voor verschillende types recidivedelicten de percentages recidivisten binnen twee jaar na uitstroom, uitgesplitst naar de acht types OFZ-trajecten en twee types tbs-trajecten. Het percentage recidivisten (algemene recidive) is het hoogst voor de drie types OFZ-trajecten met een detentieperiode (50-52%) en het laagst voor de tbs-trajecten (18-20%). Daartussen vallen de percentages voor ambulante OFZ-trajecten in FPP's en in niet nader bekende ambulante zorginstellingen (beiden 26%), OFZ-trajecten met intramurale behandeling en/of verblijfszorg (35-37%) en ambulante trajecten in FVP's (33%). Ook als men naar specifieke types recidivedelicten kijkt, onderscheiden de OFZ-trajecten met detentie zich door hoge percentages recidivisten. Met

zeer ernstige delicten recidiveerden 8-10% van de uitstroom uit deze trajecten tegenover 2-7% bij de overige types trajecten, bij tbs-waardige delicten 16-19% tegenover 6-14%, bij geweldsdelicten 21-24% tegenover 9-14% en bij vermogensdelicten 30-35% tegenover 5-20%. Ambulante FZ-trajecten laten bij de meeste types recidivedelicten de laagste percentages recidivisten zien, waarbij de uitstroom uit FVP doorgaans iets meer recidivisten bevat dan de uitstroom uit de overige ambulante trajecten. Recidive met vermogens- en drugsdelicten komt het minst voor na tbs-trajecten. Het percentage recidivisten met zedendelicten ligt voor de meeste types trajecten op of onder 1%. Bij trajecten onder de titel tbs met voorwaarden ligt het percentage recidivisten met zedendelicten met 3% hoger, maar door het geringe aantal personen in dit trajecttype gaat dit slechts om enkele personen.

Tabel 3.6: Percentage recidivisten binnen 2 jaar na uitstroom uit FZ-trajecten in 2013-2015 per type FZ-traject en recidivecategorie

Type traject	Categorie recidive						
	Algemeen	Zeernstijg	Tbs-waardig	Geweld	Zeden	Vermogen	Drugs
OFZ-trajecten							
1. Alleen FPP	26,6	3,0	6,8	10,0	1,1	10,4	3,5
2. Alleen FVP	33,9	2,3	8,3	12,2	0,7	14,9	5,2
3. Ambulant overige of nnb	26,3	2,3	6,8	9,7	0,6	11,2	2,9
4. Intramuraal evt. naast ambulant	35,6	5,5	10,9	14,8	2,0	18,0	5,5
5. Intramuraal en/of ambulant & FZ-verblijf	36,9	2,8	10,5	13,6	0,2	20,1	4,4
6. Alleen FZ tijdens detentie	51,7	11,0	21,2	26,5	2,6	31,4	5,6
7. FZ naast detentie (m.u.v. FZ-verblijf)	53,1	9,2	18,3	23,6	2,0	32,0	7,8
8. FZ-verblijf naast detentie	51,2	10,6	16,9	21,6	1,5	35,6	5,3
Tbs-trajecten							
9. Tbs met dwangverpleging	18,2	4,2	8,5	9,9	0,9	6,3	2,4
10. Tbs met voorwaarden	20,0	6,7	14,3	12,4	2,8	4,7	1,9

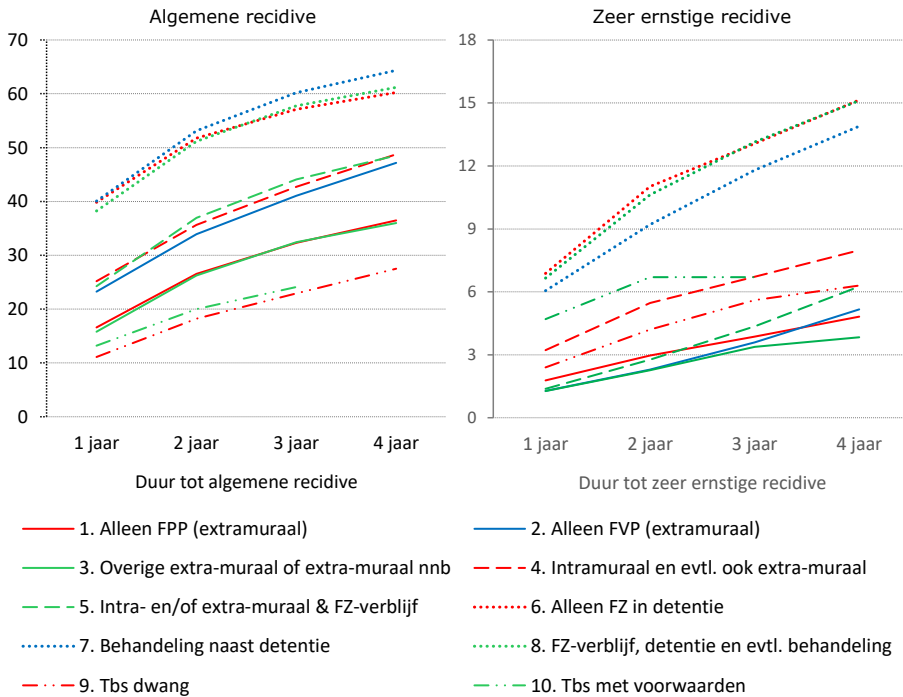
Tabel 3.7 laat voor algemene en zeer ernstige recidive het gemiddelde aantal recidivestrafzaken van de recidivisten binnen twee jaar na uitstroom zien. Met name bij de algemene recidive is een positief verband tussen percentages recidivisten en aantal strafzaken per recidivist te zien. De groepen die uit trajecten met een detentieperiode uitstroomden hadden niet alleen de hoogste percentages recidivisten maar ook de meeste recidivezaken per recidivist. Na ambulante trajecten en tbs-trajecten waren zowel het percentage recidivisten als het aantal recidivezaken per recidivist het laagst.

Tabel 3.7: Frequentie van algemene en zeer ernstige recidive binnen 2 jaar na uitstroom uit FZ-trajecten in 2013-2015 per type FZ-traject

Type FZ-traject	Algemene recidive	Zeer ernstige recidive
Overige forensische zorg		
1. Alleen FPP	1,8	1,1
2. Alleen FVP	2,3	1,0
3. Ambulant overige of nnb	1,8	1,1
4. Intramuraal evt. naast ambulant	2,4	1,0
5. Intramuraal en/of ambulant & FZ-verblijf	2,3	1,2
6. Alleen FZ tijdens detentie	3,3	1,1
7. FZ naast detentie (m.u.v. FZ-verblijf)	2,8	1,2
8. FZ-verblijf naast detentie	3,3	1,3
Tbs-maatregel		
9. Tbs-dwangverpleging	1,7	1,1
10. Tbs met voorwaarden	2,2	1,3

De figuren 3.1a en 3.1b laten de groeicurves zien van de percentages algemene en zeer ernstige recidivisten in de eerste vier jaren na uitstroom voor de verschillende types FZ-trajecten. Bij de algemene recidive is de eerder geconstateerde vierdeling in trajecten met detentie (types 6-8), trajecten met intramurale FZ of verblijfszorg en ambulante trajecten in het FVZ-segment (types 4, 5 en 2), ambulante trajecten met uitzondering van het FVZ-segment (types 1-2) en tbs-trajecten (types 9-10) ook vier jaar na uitstroom nog onverminderd zichtbaar. Bij de zeer ernstige recidive groeit het toch al hogere percentage recidivisten bij de trajecten met detentie sterker dan bij de overige trajecten en komt na vier jaar uit op 14-15%.

Figuur 3.1: Cumulatief percentage recidivisten in de eerste 4 jaar na uitstroom per type FZ-traject



Noot: In verband met het te geringe aantal trajecten kan het cumulatieve percentage voor trajecten van het type tbs met voorwaarden alleen tot het 3^e jaar worden berekend.

3.2.2

Recidive per type FZ-traject uitgesplitst naar strafrechtelijke titel

Tabel 3.8 laat de percentages recidivisten zien met algemene en met zeer ernstige delicten binnen twee jaar na uitstroom uit de acht types OFZ-trajecten, uitgesplitst naar forensische zorgtitel. In gevallen waarin binnen hetzelfde traject meerdere titels van kracht waren, is de indeling gebaseerd op de titel met de langste looptijd binnen het traject.

De laatste kolom bevat de percentages recidivisten in de hele OFZ-onderzoeksgroep ongeacht het type OFZ-traject. Bij de algemene recidive zijn qua recidiveniveau vier groepen titels te herkennen. Met afstand het hoogste percentage recidivisten (81%) bevindt zich in de groep veelplegers met een ISD maatregel of ISD met voorwaarden (titels 6 en 7). Daarna volgt de groep met een titel voor FZ in het kader van een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf (titels 1-5) met 50-54% recidivisten. Naar verhouding de laagste percentages recidivisten komen voor in de groepen justitiabelen met titels die worden gebruikt om FZ buiten een vrijheidsstraf op te leggen (titels 10-14) met percentages tussen 18% en 36%. Met 44% recidivisten nemen twee titels waarmee FZ na een vrijheidsstraf wordt opgelegd (titels 8 en 9) een tussenpositie in.

De vijf titels voor FZ tijdens een vrijheidsstraf (1-5) en de twee ISD-titels komen per definitie niet voor bij trajecttypes zonder detentieperiode (types 1-5). Maar ook andere titels komen bij meerdere trajecttypes te zelden voor om percentages recidivisten te kunnen berekenen. De titels voorwaardelijke veroordeling en schorsing voorlopige hechtenis komen in alle types trajecten als langst lopende titel voor. Deze titels laten duidelijk hogere percentages recidivisten

zien als het trajecten met een detentieperiode betreft. Dit patroon betreft ook de zeer ernstige recidive en is ook te zien bij andere titels met uitzondering van de titel strafrechtelijke machtiging (titels 11-14).

Onder de ambulante OFZ-trajecten (types 1-3) laten de trajecten in het FVZ-segment (type 2) bij de meeste titels hogere percentages algemene recidivisten zien dan de trajecten in het FP-segment. Dit geldt echter niet voor de zeer ernstige recidive. Het laatste is opmerkelijk omdat de groep met ambulante trajecten in het FVZ-segment meer zeer ernstige delicten in de strafrechtelijke voorgeschiedenis heeft dan de groep in het FP-segment (zie tabel 3.2).

Van de groep die tijdens detentie is overgeplaatst naar een PPC en ook nog FZ buiten de detentieperiode FZ heeft ontvangen (type 7), recidiveert slechts 5% met een zeer ernstig delict, duidelijk minder dan bij de meeste andere titels voor FZ tijdens een vrijheidsstraf.

Tabel 3.8: Percentages recidivisten binnen 2 jaar per type OFZ-traject en langstdurende forensische zorgtitel

	1. Alleen FPP	2. Alleen FVP	3. Ambulant overige of mmb	4. Intramuraal evt. naast ambulant	5. Intramuraal en/of ambulant & FZ-verblijf	6. Alleen FZ tijdens detentie	7. FZ naast detentie (nuw FZ-verblijf)	8. FZ-verblijf naast detentie	1. Alleen FPP
N =	5965	1094	1104	498	510	1050	4391	889	15.501
Algemene recidive									
1. Overplaatsing naar PPC	-	-	-	-	-	62,1	45,7	-	57,7
2. Poliklinische FZ in detentie	-	-	-	-	-	47,6	57,8	68,8	51,6
3. Overbrg. naar PZ (art15 pbw)	-	-	-	-	-	-	58,3	-	50,0
4. Overbrg. naar hulpverl. (art43 pbw)	-	-	-	-	-	-	57,5	56,3	53,3
5. Penitentiair programma met zorg	-	-	-	-	-	40,0	58,3	-	52,8
6. Plaatsing in een ISD	-	-	-	-	-	88,2	81,8	78,2	81,2
7. ISD met voorwaarden	-	-	-	-	-	-	-	-	81,3
8. Voorwaardelijke invrijheidsstelling	41,2	23,1	54,5	-	57,1	-	47,5	41,3	43,8
9. Schorsing voorlopige hechtenis	33,4	41,8	38,9	36,4	55,6	69,7	60,1	78,6	45,0
10. Voorwaardelijke veroordeling	26,7	35,3	26,4	39,8	37,7	60,0	52,0	47,5	36,3
11. Beleidssepot	16,4	24,5	14,7	25,0	29,4	-	50,0	-	18,5
12. Strafbeschikking met aanwijzingen	25,0	-	-	-	-	-	53,3	-	33,3
13. Strafrechtelijke machtiging	-	-	-	24,1	-	-	18,2	-	23,2
14. Voorgenomen indicatiestelling	31,7	53,8	25,0	-	-	-	63,2	-	33,4
Zeer ernstige recidive									
1. Overplaatsing naar PPC	-	-	-	-	-	14,1	4,9	-	11,4
2. Poliklinische FZ in detentie	-	-	-	-	-	6,5	18,8	12,5	10,0
3. Overbrg. naar PZ (art15 pbw)	-	-	-	-	-	-	16,7	-	11,8
4. Overbrg. naar hulpverl. (art43 pbw)	-	-	-	-	-	-	7,5	25,0	11,3
5. Penitentiair programma met zorg	-	-	-	-	-	0,0	0,0	-	0,0
6. Plaatsing in een ISD	-	-	-	-	-	26,6	17,1	20,2	18,7
7. ISD met voorwaarden	-	-	-	-	-	-	-	-	25,0
8. Voorwaardelijke invrijheidsstelling	7,6	7,7	0,0	-	0,0	-	11,0	13,0	9,3
9. Schorsing voorlopige hechtenis	5,1	5,1	3,8	9,1	11,1	28,8	10,1	17,9	7,8
10. Voorwaardelijke veroordeling	3,0	1,9	2,5	5,3	2,3	20,0	6,9	7,2	4,2
11. Beleidssepot	0,7	1,2	1,0	0,0	5,9	-	8,3	-	1,1
12. Strafbeschikking met aanwijzingen	3,1	-	-	-	-	-	13,3	-	6,1
13. Strafrechtelijke machtiging	-	-	-	8,6	-	-	3,0	-	6,1
14. Voorgenomen indicatiestelling	3,4	2,6	1,4	-	-	-	5,3	-	3,1

* Waar geen recidivepercentage is aangegeven komt de titel in het type traject niet voor of is $N < 10$, cursieve percentages verwijzen naar groepen met $10 \leq N < 30$.

3.2.3 *Recidive per type FZ-traject uitgesplitst naar kenmerken van de FZ*

In tabel 3.9 staan de percentages recidivisten met algemene en zeer ernstige recidivedelicten voor de acht types OFZ-trajecten, opgesplitst naar de duur van het traject, het langstdurend BVN en afschaling versus opschaling van het BVN gedurende het traject.

Bij de OFZ-trajecten zonder detentieperiode (types 1-5) zijn de percentages recidivisten over het algemeen hoger voor de korte trajecten (<10 maanden). Dit geldt zowel voor algemene recidive als voor zeer ernstige recidive.

Bij de algemene recidive noch bij de zeer ernstige recidive is een duidelijk verband te zien tussen het langstdurend BVN en het percentage recidivisten. De trend van het BVN tijdens het OFZ-traject is wel gerelateerd aan recidive. Vooral bij trajecten zonder verblijfszorg zijn de percentages recidivisten het laagst als tegen het einde van het traject afschaling van het BVN had plaatsgevonden en het hoogst als er sprake was van opschaling van het BVN. Dit geldt zowel voor algemene als voor zeer ernstige recidive.

Tabel 3.9: Percentages algemene en zeer ernstige recidivisten binnen 2 jaar per type FZ-traject naar trajectduur en BVN

	1. Alleen FPP	2. Alleen FVP	3. Ambulant overige of nmb	4. Intramuraal evt. naast ambulant	5. Intramuraal en/of ambulant & FZ-verblijf	6. Alleen FZ tijdens detentie	7. FZ naast detentie (muvt FZ-verblijf)	8. FZ-verblijf naast detentie	Alle trajecten
N =	5965	1094	1104	498	510	1050	4391	889	15.501
Algemene recidive									
<i>Duur FZ-traject (incl. titelperiodes zonder FZ en detentie)</i>									
1 tm 3 maanden	38,3	38,7	31,8	54,2	-	51,9	47,3	-	45,0
4 - 9 maanden	36,4	51,3	34,4	47,4	61,1	48,9	61,9	-	45,7
10 - 18 maanden	27,8	36,8	28,5	27,8	38,3	51,2	59,2	65,8	37,1
19 - 30 maanden	24,6	29,9	24,3	37,4	38,1	56,0	55,5	54,1	34,5
31 - 48 maanden	23,6	33,7	24,4	33,8	33,6	64,2	51,7	49,2	41,5
>48 maanden	29,0	41,7	47,1	36,5	25,9	29,2	42,9	47,7	42,1
<i>Langstdurend BVN</i>									
BVN1 Ambulant/open	26,6	33,9	26,3	35,1	37,2	nvt	53,2	54,3	35,2
BVN2 Open met 24h toezicht	nvt	nvt	nvt	-	36,7	nvt	-	42,2	39,9
BVN3 Besloten	nvt	nvt	nvt	38,2	37,0	nvt	53,7	48,3	44,3
BVN4 Besloten/gesloten	nvt	nvt	nvt	39,2	44,4	nvt	48,2	54,0	46,9
BVN5 Gesloten & beveiligd	nvt	nvt	nvt	29,9	-	48,4	50,9	58,4	49,0
BVN6 Detentie	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	54,1	58,0	71,1	56,3
<i>BVN trend (afschaling/opschaling)</i>									
Afschaling BVN	nvt	nvt	nvt	29,5	33,4	nvt	40,0	39,2	37,2
Constant of fluctuerend BVN	nvt	nvt	nvt	35,6	36,8	nvt	53,7	56,0	38,2
Opschaling BVN	nvt	nvt	nvt	44,1	39,9	nvt	57,8	42,2	44,8
Zeer ernstige recidive									
<i>Duur FZ-traject (incl. titelperiodes zonder FZ en detentie)</i>									
1 tm 3 maanden	5,2	4,8	-	16,7	-	10,5	2,6	-	6,9
4 - 9 maanden	5,3	6,5	1,3	-	5,6	10,0	12,3	-	7,6
10 - 18 maanden	2,6	3,5	1,9	6,7	2,1	9,0	14,9	18,4	5,8
19 - 30 maanden	2,7	1,3	2,5	4,9	3,0	15,7	9,4	10,1	4,7
31 - 48 maanden	2,4	0,7	2,3	5,0	2,2	13,2	8,0	11,5	6,3
>48 maanden	9,7	8,3	4,8	-	-	8,3	7,7	7,4	7,3
<i>Langstdurend BVN</i>									
BVN1 Ambulant/open	3,0	2,3	2,3	4,4	5,3	nvt	8,9	10,9	4,7
BVN2 Open met 24h toezicht	nvt	nvt	nvt	-	1,3	nvt	-	7,3	4,7

	1. Alleen FPP	2. Alleen FVP	3. Ambulant overige of nmb	4. Intramuraal evt. naast ambulant	5. Intramuraal en/of ambulant & FZ-verblijf	6. Alleen FZ tijdens detentie	7. FZ naast detentie (muw FZ-verblijf)	8. FZ-verblijf naast detentie	Alle trajecten
BVN3 Besloten	nvt	nvt	nvt	7,6	2,3	Nvt	6,3	10,2	6,5
BVN4 Besloten/gesloten	nvt	nvt	nvt	5,4	5,6	Nvt	8,7	8,0	8,0
BVN5 Gesloten & beveiligd	nvt	nvt	nvt	7,8	-	10,4	11,6	13,0	10,9
BVN6 Detentie	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	11,4	10,6	23,7	11,6
<i>BVN trend (afschaling/opschaling)</i>									
Afschaling BVN	nvt	nvt	nvt	4,7	4,9	nvt	5,6	4,9	5,2
Constant of fluctuerend BVN	nvt	nvt	nvt	5,2	1,9	nvt	9,4	13,1	5,7
Opschaling BVN	nvt	nvt	nvt	8,2	3,7	nvt	12,2	5,5	6,7

* Waar geen recidivepercentage is aangegeven is $N < 10$, cursieve percentages verwijzen naar groepen met $N < 30$.

3.3 Variabelen die samenhangen met de kans op recidive

In deze paragraaf worden de resultaten van de analyses weergegeven, waarmee is nagegaan of en in welke mate demografische, strafrechtelijke en klinische persoonskenmerken en kenmerken van de verleende FZ samenhangen met de kans op algemene en zeer ernstige recidive. Dit is afzonderlijk onderzocht voor de OFZ en voor de tbs, omdat de beschikbare informatie over de klinische kenmerken en de verleende FZ te veel verschilde om beide groepen in hetzelfde model op te nemen.

Voor de interpretatie van de resultaten in deze paragraaf is een aantal dingen belangrijk.

- De invloed van ieder kenmerk op de kans op recidive komt tot uitdrukking in de hazard ratio (*HR*). Bij dichotome kenmerken (bijvoorbeeld sekse) brengt de *HR* tot uitdrukking hoe groot de kans op recidive is in de groep met het kenmerk gedeeld door de kans in de referentiegroep zonder het kenmerk. Bij kenmerken met meer dan twee categorieën (bijvoorbeeld de hoofdgroep diagnose) is expliciet aangegeven welke categorie als referentiegroep fungeert. In het geval van $HR=1$ is de recidivekans in de aangegeven groep even groot als in de referentiegroep, bij $HR=0,97$ is de kans om 3% lager dan in de referentiegroep en bij $HR=1,13$ om 13% groter dan in de referentiegroep. Bij kenmerken die op een continue schaal worden gemeten (bijvoorbeeld het aantal eerdere strafzaken), geeft de *HR* de verandering van het recidiverisico per eenheid van het kenmerk (één strafzaak) aan.
- *HR*-waarden geven aan hoe sterk het betreffende kenmerk samenhangt met de kans op recidive, nadat is gecontroleerd voor de statistische invloeden van alle andere kenmerken in het regressiemodel. Het gaat dus om additionele statistische verklaringen bovenop de verklaringskracht van alle andere kenmerken.
- Of een *HR*-waarde statistisch significant van 1 afwijkt hangt niet alleen af van de *HR*-waarde zelf maar ook van de omvang van de betreffende groep en het aantal recidives. Hierdoor kan dezelfde *HR*-waarde voor algemene recidive significant en voor de meer zeldzame zeer ernstige recidive niet significant zijn.
- Het feit dat een kenmerk bijdraagt aan de statistische verklaring van recidive betekent niet dat er sprake is van een causaal verband. Dat kan maar hoeft niet het geval te zijn.

Tabel 3.10 geeft de resultaten voor de OFZ-trajecten weer. Zoals te zien aan de significante *HR*-waarden dragen zowel demografische, strafrechtelijke en diagnostische kenmerken van de ouders, als kenmerken van de doorlopen OFZ-trajecten bij aan de statistische verklaring van recidive. Dat geldt zowel voor algemene recidive als zeer ernstige recidive. De demografische kenmerken geslacht, geboorteland en leeftijd hangen iets sterker samen met zeer ernstige dan met algemene recidive. Met ieder jaar dat men ouder was bij uitstroom uit het OFZ-traject, neemt de kans op algemene recidive met 2% af en de kans op zeer ernstige recidive met 4% af. Vrouwen hebben

een 12% lagere kans op algemene recidive en een 37% lagere kans op zeer ernstige recidive dan mannen. Personen die buiten Nederland zijn geboren hebben in vergelijking met in Nederland geborenen een 11% hogere kans op algemene recidive en een 26% hogere kans op zeer ernstige recidive.

Het strafrechtelijke verleden hangt eveneens samen met recidive. Met ieder jaar dat men jonger was ten tijde van de eerste strafzaak neemt de kans op zowel algemene als zeer ernstige recidive met 3% toe. Voor iedere strafzaak ongeacht het type delict, iedere strafzaak naar aanleiding van een geweldsdelict en iedere gevangenisstraf in de voorgeschiedenis neemt de kans op recidive met 1-3% toe. Eerdere vermogensdelicten zonder geweld hangen juist samen met een 1-2% lager recidiverisico per strafzaak. Eerdere strafzaken naar aanleiding van zeer ernstige recidivedelicten doen de kans op zeer ernstige recidive met 11% per zaak sterk toenemen maar houden geen verband met algemene recidive.

Ook het type uitgangsdelict hangt samen met de kans op recidive. Was de FZ opgelegd naar aanleiding van een vermogensdelict zonder geweld dan is de kans op algemene recidive 37% hoger en de kans op zeer ernstige recidive 52% hoger dan bij andere types uitgangsdelicten. Een geweldsdelict als uitgangsdelict verlaagt juist de kans op recidive, voor algemene recidive met 11% en voor zeer ernstige recidive met 22%. Wie FZ ontving naar aanleiding van een zedendelict heeft een 33% lagere kans op algemene recidive dan personen met andere uitgangsdelicten maar geen statistisch significant lagere kans op zeer ernstige recidive.

Het type psychopathologie hangt eveneens samen met de kans op recidive na controle voor de statistische invloeden van de overige variabelen. Alle types stoornissen hebben een lagere kans op algemene recidive dan de stoornissen verbonden aan het gebruik van een middel. Voor seksuele stoornissen is de kans op algemene recidive 52% lager, voor de overige stoornissen en de groep zonder diagnose of met onbekende problematiek 15-25%. Het verband met zeer ernstige recidive is voor de meeste diagnoses niet statistisch significant. Dit heeft, zoals hierboven besproken, ook te maken met het feit dat zeer ernstige recidive veel minder vaak voorkomen dan algemene recidive.

Bovenop de invloeden van alle demografische, strafrechtelijke en diagnostische kenmerken laten de resultaten ook duidelijke verbanden zien tussen kenmerken van de gevolgde OFZ-trajecten en recidive. Laten we eerst kijken naar de types FZ-trajecten. De drie types waarin alle FZ in een ambulante FZ-setting werd verleend, zijn samengevoegd, nadat was gebleken dat de relatie met recidive tussen deze drie types niet significant verschilde. Omdat ook was gebleken dat de kans op recidive zich bij de verschillende types FZ-trajecten gedurende de tijd na uitstroom niet proportioneel ontwikkelt, moest een interactie tussen type traject en observatietijd in het regressiemodel opgenomen worden om schending van de assumptie van proportionaliteit te voorkomen die aan de Cox regressie ten grondslag ligt. Als gevolg hiervan laat tabel 3.10 voor iedere trajecttype afzonderlijke *HR*-waarden voor het hoofdeffect en voor de interactie met tijd na uitstroom zien. Deze moeten in samenhang geïnterpreteerd worden als de interactie significant is. Dit is met name het geval bij de drie types trajecten met één of meer periodes in detentie. Een voorbeeld: de *HR*-waarde van 2,21 voor het hoofdeffect van het trajecttype met alleen FZ in detentie geeft aan, dat op het moment van uitstroom naar vrijheid de kans op algemene recidive bij dit trajecttype om 121% groter is dan bij de referentietrajecten met uitsluitend ambulante FZ (trajecttype 1). De bijbehorende significante *HR*-waarde voor de interactie met tijd van 0,82 geeft aan dat het verschil in recidiverisico per jaar in vrijheid met 18% afneemt.

Ook de andere types trajecten met detentieperiodes laten het patroon zien van een sterk verhoogd recidiverisico vooral in de eerste periode na uitstroom. Dit geldt in nog sterkere mate bij zeer ernstige recidive dan bij algemene recidive. Verder geven twee andere significante hoofdeffecten verhoogde recidiverisico's aan voor de uitstroom uit FZ-trajecten zonder detentie maar met intramurale FZ (trajecttype 2; 85% hoger risico op zeer ernstige recidive) respectievelijk met verblijfszorg (trajecttype 3; 28% hoger risico op algemene recidive). Deze effecten zijn constant gedurende de tijd na uitstroom.

De *HR*-waarden voor de duur van de OFZ-trajecten van 0,99 en 0,98 voor respectievelijk algemene en zeer ernstige recidive, geven aan dat over alle types FZ-trajecten heen met iedere maand die het traject langer duurde, de kans op algemene recidive met 1% en de kans op zeer ernstige recidive met 2% afneemt.

Ten slotte zijn drie additionele effecten gevonden tussen het langstdurende BVN in OFZ-trajecten en recidive. Vergeleken met trajecten die geheel of merendeels in een ambulante FZ-setting plaats vonden (BVN1), is de kans op zeer ernstige recidive 33% lager bij trajecten waarin de meeste tijd werd toegebracht in een open verblijfssetting met 24-uurs toezicht (BVN2). De kans op algemene recidive is 14% hoger bij trajecten waarbij BVN4 het langst duurde (FPA's, FVA's, resocialisatieafdelingen van FPK's) dan bij trajecten met BVN1, en om 17% lager bij trajecten met BVN5 als langstdurend BVN (FPK's, FVK's, FPC's en PPC's) dan bij trajecten met BVN1.

In het uiteindelijke Cox-regressiemodel zijn alleen kenmerken opgenomen die significant samenhangen met de kans op recidive nadat in gecontroleerd voor de invloeden van de overige variabelen in het model. Omdat dit voor de strafrechtelijke titel niet geldt, is deze uit het uiteindelijke model verwijderd.

Tabel 3.10: Resultaten van Cox proportional hazard regressie voor algemene en zeer ernstige recidive na OFZ-trajecten

	Algemene recidive		Zeer ernstige recidive	
	HR	(95% BI)	HR	(95% BI)
<i>Demografische kenmerken</i>				
Sekse (vrouw)	**0,88	(0,81 - 0,96)	**0,63	(0,49 - 0,81)
Geboren buiten Nederland	***1,11	(1,05 - 1,17)	***1,26	(1,12 - 1,42)
Leeftijd bij uitstroom FZ	***0,98	(0,98 - 0,99)	***0,96	(0,95 - 0,97)
<i>Strafrechtelijk verleden</i>				
Leeftijd 1e delict	***0,97	(0,97 - 0,98)	***0,97	(0,96 - 0,98)
Aantal eerdere strafzaken	***1,02	(1,02 - 1,03)	*1,01	(1,00 - 1,02)
Aantal eerdere zeer ernstige strafzaken			***1,11	(1,08 - 1,13)
Aantal eerdere geweldszaken	***1,02	(1,01 - 1,03)	***1,03	(1,01 - 1,05)
Aantal eerdere vermogenszaken zonder geweld	**0,98	(0,98 - 0,99)	*0,99	(0,98 - 1,00)
Aantal eerdere onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen	***1,01	(1,01 - 1,02)	***1,03	(1,00 - 1,04)
Type uitgangsdelict				
Geweld (incl. vermogen met geweld)	***0,89	(0,85 - 0,94)	***0,78	(0,68 - 0,88)
Zeden	***0,67	(0,57 - 0,79)		
Vermogen zonder geweld	***1,37	(1,30 - 1,45)	***1,52	(1,34 - 1,71)
<i>Hoofdgroep diagnose</i>				
Aan middelen gerelateerde stoornissen (referentie)	1,00	-	1,00	-
Psychotische stoornissen	***0,75	(0,68 - 0,82)	0,84	(0,68 - 1,04)
Seksuele stoornissen	***0,48	(0,36 - 0,63)	0,58	(0,30 - 1,14)
Impulscontrole stoornissen	***0,76	(0,69 - 0,84)	*0,75	(0,58 - 0,96)
Persoonlijkheidsstoornissen	***0,84	(0,79 - 0,91)	0,89	(0,75 - 1,05)
Overige diagnoses	***0,75	(0,70 - 0,81)	**0,77	(0,64 - 0,93)
Diagnose onbekend	***0,85	(0,80 - 0,91)	0,91	(0,77 - 1,07)
<i>Kenmerken FZ</i>				
Duur OFZ-traject (maanden)	***0,99	(0,99 - 0,99)	***0,98	(0,98 - 0,99)
Type OFZ-traject				
1. Alleen ambulante behandeling (referentie)	<i>Hoofdeffect</i>	1,00	-	1,00
	<i>Interactie met tijd</i>	1,00	-	1,00
2. (O.a.) intramurale behandeling (geen detentie of verblijfszorg)	<i>Hoofdeffect</i>	1,15	(0,94 - 1,40)	*1,85 (1,16 - 2,98)
	<i>Interactie met tijd</i>	1,04	(0,95 - 1,14)	0,83 (0,60 - 1,14)
3. (O.a.) verblijfszorg (geen detentie)	<i>Hoofdeffect</i>	*1,28	(1,04 - 1,58)	1,27 (0,75 - 2,15)
	<i>Interactie met tijd</i>	0,98	(0,89 - 1,08)	1,17 (0,91 - 1,51)
4. Alleen FZ binnen detentie	<i>Hoofdeffect</i>	***2,21	(1,90 - 2,59)	***3,16 (2,30 - 4,33)
	<i>Interactie met tijd</i>	***0,82	(0,76 - 0,88)	**0,72 (0,59 - 0,89)
5. FZ naast detentie (m.u.v. verblijfszorg)	<i>Hoofdeffect</i>	***1,83	(1,69 - 1,99)	***2,57 (2,14 - 3,10)
	<i>Interactie met tijd</i>	***0,90	(0,86 - 0,93)	*0,88 (0,78 - 0,99)
6. Verblijfszorg naast detentie	<i>Hoofdeffect</i>	***2,09	(1,80 - 2,43)	***3,87 (2,85 - 5,26)
	<i>Interactie met tijd</i>	***0,79	(0,73 - 0,86)	**0,73 (0,59 - 0,91)
<i>Langstdurend beveiligingsniveau</i>				
BVN1 (referentie):	1,00	-	1,00	-
BVN2:	0,84	(0,71 - 1,01)	*0,67	(0,45 - 0,99)
BVN3:	0,90	(0,79 - 1,02)	0,77	(0,58 - 1,02)
BVN4:	*1,14	(1,01 - 1,30)	1,13	(0,85 - 1,52)
BVN5:	***0,83	(0,74 - 0,92)	0,85	(0,68 - 1,07)
BVN6:	0,97	(0,87 - 1,08)	1,06	(0,85 - 1,33)

* p<.05, ** p<.01, ***p <.001

Tabel 3.11 toont de resultaten van de Cox-regressie voor de twee types tbs-trajecten. Zoals te zien, vertoont alleen het strafrechtelijke verleden een samenhang met algemene recidive nadat is gecontroleerd voor de invloeden van de overige variabelen. Met ieder jaar dat men jonger was bij het plegen van het eerste delict neemt de kans op recidive met 5% toe, en met iedere extra strafzaak in het strafdossier met 2%. Demografische kenmerken leveren geen significant bijdrage aan de statistische verklaring van algemene recidive. Dat ligt anders bij de zeer ernstige recidive, waar alleen het geboorteland significant samenhangt met de recidivekans, na controle voor de overige variabelen. Ex-tbs-gestelden die buiten Nederland zijn geboren hebben een ruim tweemaal zo grote kans met een zeer ernstig delict te recidiveren als degenen die in Nederland zijn geboren. Het type tbs-traject en de stoornis dragen niet bij aan de statistische verklaring van algemene noch zeer ernstige recidive.

Tabel 3.11: Resultaten van Cox proportional hazard regressie voor algemene en zeer ernstige recidive na tbs-trajecten

	Algemene recidive		Zeer ernstige recidive	
	HR	(95% BI)	HR	(95% BI)
<i>Demografische kenmerken</i>				
Vrouw (referentie man)	1,15	(0,52 - 2,51)	*	
Geboren buiten Nederland	1,14	(0,77 - 1,68)	*2,51	(1,22 - 5,19)
Leeftijd bij uitstroom FZ	0,99	(0,97 - 1,01)	0,97	(0,93 - 1,01)
<i>Strafrechtelijk verleden</i>				
Leeftijd 1e delict	***0,96	(0,93 - 0,98)	0,96	(0,91 - 1,01)
Aantal eerdere strafzaken	***1,02	(1,01 - 1,03)	1,01	(0,99 - 1,03)
<i>Type uitgangsdelict</i>				
Geweld (incl. vermogen met geweld)	0,97	(0,62 - 1,51)	0,54	(0,23 - 1,29)
Zeden	0,96	(0,58 - 1,60)	0,85	(0,31 - 2,33)
Vermogen zonder geweld	1,38	(0,90 - 2,11)	1,48	(0,63 - 3,49)
<i>Type tbs-traject</i>				
Tbs met voorwaarden (referentie tbs dwang)	0,93	(0,50 - 1,73)	0,63	(0,19 - 2,15)
<i>Hoofdgroep diagnose</i>				
Persoonlijkheidsstoornis (referentie)	1,00	-	1,00	-
Psychotische stoornissen	0,76	(0,49 - 1,17)	0,59	(0,24 - 1,51)
Diagnose onbekend	1,01	(0,53 - 1,19)	2,17	(0,65 - 7,20)

* p<.05, ** p<.01, ***p <.001

ª De invloed van geslacht kon wegens te gering aantal vrouwen niet worden berekend.

4 Conclusie

Dit is het tweede WODC-onderzoek waarin recidivecijfers voor de gehele Nederlandse FZ worden gerapporteerd. Deze betreffen de uitstroom uit de FZ in de jaren 2013 tot 2015. Bij het eerste onderzoek werden, voor de uitstroomjaren 2013 en 2014, recidivecijfers berekend per strafrechtelijke titel waaronder de FZ werd verleend (Drieschner, Hill & Weijters, 2018). Hiermee werd een beeld verkregen van de totale recidive van de FZ-populatie. Omdat strafrechtelijke titels slechts in enkele gevallen aan een specifieke type FZ zijn gekoppeld, zoals bij de maatregel tbs met dwangverpleging, kon geen verband worden gelegd tussen de aard van de verleende FZ en de recidive na uitstroom. Dat is op basis van het onderhavige onderzoek voor het eerst mogelijk.

4.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

In het vervolg van deze paragraaf zullen op basis van de resultaten van het onderzoek de onderzoeksvragen worden beantwoord:

- Welke types FZ-trajecten zijn te onderscheiden en hoe vaak komen deze voor?
- Wat zijn de demografische en strafrechtelijke kenmerken van de groepen in de verschillende types trajecten?
- Welk deel van de uitstroom uit de verschillende trajecten recidiveert en met hoeveel delicten?
- Welke kenmerken van de justitiabelen en de verleende FZ hangen samen met recidive?

4.1.1 Tien types FZ-trajecten

De aard van de FZ is geoperationaliseerd als types FZ-trajecten. Op basis van soorten FZ (intramurale FZ, ambulante FZ en forensische verblijfszorg), FZ-segment (FP versus FVZ), periodes met detentie in het traject en strafrechtelijke titels (tbs dwang en tbs met voorwaarden), worden tien types trajecten onderscheiden waaronder drie ambulante OFZ-trajecten, twee niet (geheel) ambulante OFZ-trajecten, drie types OFZ-trajecten met een periode in detentie en twee types tbs-trajecten (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1: De tien types OFZ- en tbs-trajecten

OFZ-trajecten	Geheel ambulant	1. Alle FZ wordt verleend door een of meer forensisch psychiatrische poliklinieken 2. Alle FZ wordt verleend door een of meer forensische verslavingspoliklinieken 3. Alle FZ wordt verleend door niet nader bekende types ambulante instellingen
	Met intramurale behandeling	4. Tenminste een deel van de FZ is intramurale behandeling (excl. verblijfszorg) 5. Tenminste een deel van de FZ bestaat uit verblijfszorg
	Met periode in detentie	6. Alle FZ wordt verleend in detentie, inclusief penitentiair psychiatrische centra 7. FZ buiten detentie (exclusief verblijfszorg) naast periode(s) in detentie 8. Verblijfszorg (evt. ook andere FZ) naast een of meer periodes in detentie
Tbs-trajecten		9. FZ onder de titel Tbs met dwangverpleging 10. FZ onder de titel tbs met voorwaarden zonder omzetting in tbs dwangverpleging

De eerste onderzoeksvraag betreft de verdeling van de uitstroom uit de FZ over de 10 types FZ-trajecten. De totale onderzoeksgroep bestaat uit ruim 16.000 ex-ontvangers van FZ die in de jaren 2013 tot en met 2015 uit en van deze FZ-trajecten zijn uitgestroomd. Een deel van de uitstroompopulatie kon niet in de onderzoeksgroep opgenomen worden omdat door

ontbrekende gegevens de uitstroombdatum niet bepaald kon worden of koppeling aan het digitale strafdoossier niet mogelijk was. Op basis van berekeningen in het voorafgaande recidiveonderzoek (Drieschner e.a., 2018) kan ervan uit worden gegaan dat de werkelijke uitstroompopulatie voor de OFZ trajecten ongeveer 10% groter is dan de onderzoeksgroep. De totale uitstroom uit de FZ voor de drie jaren kan daarmee op 17.500 personen worden geschat.

Ruim de helft (51%) van alle FZ-trajecten zijn ambulante trajecten (trajecttypes 1-3 in tabel 4.1) waarvan de overgrote meerderheid (37%) door FPP's wordt uitgevoerd (type 1). Ongeveer 40% van de uitstroom uit de FZ betreft trajecten met een periode in detentie (types 6-8). Hierbij gaat het in de meeste gevallen om trajecten waarin ook FZ buiten detentie werd verleend (types 7 en 8; 33%). In de overige gevallen vindt alle FZ in het kader van de detentie plaats (type 6; 7%). Het resterende deel van de totale uitstroom betreft de twee types OFZ-trajecten met intramurale behandeling respectievelijk verblijfszorg, eventueel naast ambulante FZ (types 4 en 5; ieder 3%) en twee types tbs-trajecten (types 9 en 10; samen 4%).

Ook in de niet (geheel) ambulante trajecten waarin FZ buiten detentie is verleend (types 4, 5, 7 en 8) komt vaak ambulante FZ voor, in veel gevallen (22-74%) zelfs gedurende een langere periode dan de overige vormen van FZ. Bij de trajecten waarin FZ met verschillend BVN wordt verleend (types 4-5) is verhoudingsgewijs zelden sprake van een afschalingstrend van het BVN in de aanloop naar uitstroom (16-17%).

4.1.2 *Kenmerken van de justitiabelen in de verschillende types FZ-trajecten*

In alle types FZ-trajecten is de overgrote meerderheid van de justitiabelen mannelijk (86-94%). De gemiddelde leeftijd bij uitstroom is hoger bij de tbs-trajecten (40-44jaar) dan bij de OFZ-trajecten (36-39jaar) en het percentage personen dat niet in Nederland is geboren is hoger bij de trajecten met een detentieperiode (28-39%) dan bij de overige types FZ-trajecten (16-27%).

De justitiabelen in de verschillende types trajecten verschillen wat betreft strafrechtelijk verleden en psychopathologie. De groepen in de trajecttypes met een periode in detentie (types 6-8) hebben het zwaarste strafrechtelijk verleden. De criminele carrières begonnen hier gemiddeld op jongere leeftijd en de strafdossiers bevatten beduidend meer stafzaken, zeer ernstige delicten en onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen dan bij de andere trajecttypes. Over alle type trajecten heen zijn de aan een middel verbonden stoornissen de meest gestelde hoofddiagnoses, gevolgd door persoonlijkheidsstoornissen. Psychotische stoornissen komen duidelijk het meest voor bij de FZ-trajecten die geheel binnen detentie plaatsvinden (type 6) en nauwelijks bij ambulante trajecten (types 1-3). Bij de ambulante trajecten komen stoornissen in de impulsbeheersing en seksuele stoornissen meer voor dan bij de overige types trajecten.

4.1.3 *Recidivecijfers voor de FZ-trajecten*

Uit het voorafgaande recidiveonderzoek was gebleken dat het percentage recidivisten het hoogst is voor de ISD-maatregel, gevolgd door titels voor FZ in detentie en de voorwaardelijke titels (Drieschner e.a., 2018). In het verlengde hiervan laat dit onderzoek de hoogste recidivecijfers zien bij de drie types trajecten met een periode in detentie (types 6-8). Binnen twee jaar recidiveert 52-53% van de uitstroom uit deze trajecten gemiddeld 2,8-3,3 keer; 9-11% recidiveert met een zeer ernstig delict en 17-21% pleegt een tbs-waardig delict. Daarmee liggen de percentages recidivisten voor algemene recidive om 7% hoger en voor zeer ernstige recidive om 4% hoger dan bij ex-gedetineerden in het algemeen (Weijters, Verweij, Tollenaar & Hill, 2019). Bij de OFZ-trajecten zonder detentieperiode is er een duidelijk verschil te zien tussen enerzijds de ambulante trajecten in het FP-segment of in onbekend segment (types 1 en 3) en anderzijds de niet-ambulante trajecten en de ambulante trajecten in het FVZ-segment (types 4, 5 en 2). Van de eerste groep recidiveert

26-27% gemiddeld 1,8 keer waarbij 2-3% een zeer ernstig delict en 7-8% een tbs-waardig delict pleegt. De tweede groep heeft hogere recidivecijfers. De percentages recidivisten liggen hier bij 34-37% voor algemene recidive, 2-6% voor zeer ernstige recidive, 11% voor tbs-waardige recidive, en er zijn gemiddeld 2,3-2,4 strafzaken per recidivist. Bij de ambulante trajecten uit het FP-segment (types 1 en 3) ligt het percentage recidivisten voor algemene recidive 10% lager dan bij de totale groep van justitiabelen die onder toezicht van de reclassering waren gesteld, en het percentage recidivisten met zeer ernstige recidive om 2-3% lager dan bij de totale groep onder reclasseringstoezicht. Bij de niet-ambulante trajecten (types 4 en 5) en de ambulante trajecten in het FVZ-segment (type 2) liggen de percentages recidivisten met algemene recidive ongeveer op hetzelfde niveau als bij de groep met reclasseringstoezicht. De percentages recidivisten met zeer ernstige delicten liggen voor trajecten met intramurale FZ zonder verblijfszorg (type 4) ook op hetzelfde niveau als bij de groep met reclasseringstoezicht, en voor de andere twee trajecttypes (types 2 en 5) om 2-3% lager dan bij de groep met reclasseringstoezicht (Weijters e.a., 2019). De tbs-trajecten hebben de laagste recidivecijfers voor algemene recidive met 18-20% recidivisten en gemiddeld 1,7-2,2 strafzaken per recidivist. De percentages recidivisten met zeer ernstige delicten (4-7%) en tbs-waardige delicten (9-14%) liggen daarentegen hoger dan bij de meeste types OFZ-trajecten zonder detentieperiode.

Bij de trajecten met een detentieperiode, die al na twee jaar de hoogste recidivecijfers hebben, groeien de percentages recidivisten met zeer ernstige delicten sneller dan bij alle andere types trajecten en komen vier jaar na uitstroom uit op 14-15%.

4.1.4 *Variabelen die samenhangen met de kans op recidive*

Een belangrijke onderzoeksvraag was welke variabelen samenhangen met de kans op recidive van ex-ontvangers van FZ. In het voorafgaande onderzoek was al gebleken dat demografische kenmerken, het strafrechtelijk verleden en het type delict waarvoor de FZ was opgelegd samenhangen met de kans op recidive (Drieschner et al, 2018). In het huidige onderzoek gingen wij bij de OFZ een stap verder door ook de aard van de stoornis, de strafrechtelijke titel waaronder de FZ plaatsvond en kenmerken van de verleende FZ in het onderzoek mee te nemen. De vraag was of deze variabelen met recidive samenhangen nadat in gecontroleerd voor de invloeden van de eerder onderzochte variabelen.

De demografische variabelen sekse, leeftijd en geboorteland bleken met zowel algemene als zeer ernstige recidive samen te hangen. De kans op recidive is hoger voor mannen en voor ontvangers van FZ die buiten Nederland zijn geboren. Daarnaast neemt de kans op recidive met toenemende leeftijd af. Ook het strafrechtelijk verleden hangt samen met recidive. Hoe jonger men was bij het plegen van het eerste delict en hoe meer eerdere strafzaken en onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen men heeft gehad, des te groter de kans op recidive. Zeer ernstige recidive bleek bijzonder sterk te worden voorspeld door eerdere strafzaken naar aanleiding van een zeer ernstige delicten. Deze resultaten komen overeen met hetgeen in reiciveonderzoek met andere groepen justitiabelen werd gevonden (bijvoorbeeld Weijters, Rokven & Verweij, 2018). De vraag is nu of de gediagnosticeerde stoornis, de strafrechtelijke titel en kenmerken van de FZ, waaronder het type OFZ-traject, nog een additionele bijdrage leveren aan de statistische verklaring van recidive, bovenop de invloed van de demografische en strafrechtelijke kenmerken. Voor de strafrechtelijke titel bleek dit niet het geval maar wel voor de stoornis en drie kenmerken van de FZ, namelijk het type traject, de duur van het FZ-traject en het langstdurende BVN, dat wil zeggen het BVN dat gedurende het traject de langste tijd van kracht was.

Bij stoornissen uit de diagnostische hoofdgroep van de aan een middel verbonden stoornissen is de kans op algemene recidive het hoogst. Bij de andere types stoornissen is het recidiverisico lager, bij seksuele stoornissen, zoals pedofilie of exhibitionisme, om 50%, bij psychotische stoornissen en stoornissen in de impulscontrole, zoals pyromanie of kleptomanie, om 25%, en bij persoonlijkheidsstoornissen om 16%. De kans op zeer ernstige

recidive ligt bij stoornissen in de impulscontrole om 25% lager dan bij de aan een middel verbonden stoornissen.

Wat kenmerken van de FZ-trajecten betreft, bleken het type FZ-traject, de duur van het traject en het dominante BVN gedurende het traject significant samen te hangen met de kans op recidive.

Het type traject vertoont ook na controle voor de overige variabelen in het model een sterke samenhang met recidive. Ondanks dat al rekening is gehouden met het zwaardere strafrechtelijke verleden, is bij de drie types trajecten met een detentieperiode het risico op recidive ongeveer twee keer hoger en het risico op zeer ernstige recidive zelfs tweeënhalf tot vier keer hoger dan bij de ambulante trajecten. Anders dan bij de overige variabelen is dit effect echter niet constant over de jaren na uitstroom. Het verschil in risico op algemene recidive tussen de trajecten met detentieperiode en de ambulante trajecten neemt per jaar na uitstroom met 10 tot 20% af, bij zeer ernstige recidive zelfs met 10 tot 30%. Met andere woorden, direct na uitstroom hebben de groepen die een traject met een detentieperiode hebben doorlopen een wezenlijk hoger recidiverisico dan op basis van de demografische, strafrechtelijke en diagnostische kenmerken van de groep verwacht kan worden. Met ieder jaar na uitstroom neemt het extra risico om te recidiveren voor degenen die nog geen recidivedelict hebben gepleegd echter substantieel af. Ook bij andere trajecttypes is sprake van een extra verhoogd recidiverisico vergeleken met ambulante trajecten. Bij de trajecten met verblijfszorg maar zonder detentieperiode is het risico op algemene recidive 28% hoger, en bij de trajecten met intramurale FZ is het risico op zeer ernstige recidive 85% hoger dan bij de ambulante trajecten. Deze verschillen in risico blijven constant gedurende de jaren na uitstroom.

Naast het type traject hangt ook de trajectduur samen met de kans op recidive. Per maand die het traject langer duurde neemt de kans op algemene recidive met 1% af en de kans op zeer ernstige recidive met 2% af.

Wat het langstduurende BVN betreft is het recidiverisico in vergelijking met ambulante trajecten 14% hoger bij trajecten die zich merendeels in BVN4 (meestal FPA of FVA) hebben afgespeeld, en 17% lager als dit in BVN5 was (FPK, FVK of PPC). Het risico op zeer ernstige recidive is met 33% lager wanneer de meeste tijd werd toegebracht in BVN2 (verblijfszorg met 24-uurs toezicht). Het laatste wijst erop dat het verhoogde risico op zeer ernstige recidive in de trajecten met detentie en verblijfszorg waarschijnlijk niet aan de verblijfszorg toegeschreven kan worden. Als de verblijfszorg langer duurde dan de periode in detentie en eventuele andere vormen van FZ, bleek de kans op recidive immers substantieel lager te zijn.

Bij de tbs-trajecten kon in verband met de beschikbaarheid van gegevens alleen het verband van demografische en strafrechtelijke kenmerken met het recidiverisico worden onderzocht.

Bij ex-tbs-gestelden neemt de kans op algemene recidive met 5% toe per jaar dat men jonger was bij het plegen van het eerste delict en met 2% per extra strafzaak in het verleden. De kans op zeer ernstige recidive hangt samen met het geboorteland en is ongeveer tweeënhalf keer hoger voor tbs-gestelden die buiten Nederland zijn geboren.

4.2 Discussie

4.2.1 Operationalisatie van de verleende FZ

Om recidive in relatie tot de aard van de ontvangen FZ te kunnen onderzoeken moest de "aard van de FZ" op inhoudelijk betekenisvolle en uit de beschikbare data afleesbare manier geoperationaliseerd worden. Dit is gebeurd door indeling van de FZ-trajecten in tien types. Daarbij moet worden bedacht dat deze indeling een vereenvoudiging van de werkelijkheid vormt. Binnen iedere type kunnen trajecten substantieel van elkaar verschillen, en trajecten die bij verschillende trajecttypes zijn ingedeeld kunnen ook veel overeenkomsten vertonen. Een ambulante traject in het FP-segment (type 1) kan bijvoorbeeld 6 maanden duren of 3 jaren. Ook kon geen onderscheid worden gemaakt tussen ambulante behandelingen in de

zorginstelling en de zogenoemde ForFact waarbij zorgverleners de justitiabele in diens omgeving opzoeken. Bij trajecten met intramurale FZ (type 4) was het door het verhoudingsgewijs geringe aantal niet mogelijk onderscheid te maken tussen de segmenten FP en FVZ en tussen trajecten met of zonder ambulante periodes naast de intramurale FZ. Andersom kunnen trajecten binnen verschillende types soms ook sterk overeenkomen. Zo valt bijvoorbeeld een nagenoeg geheel ambulante traject onder het trajecttype FZ met detentieperiode als erin een korte periode in detentie voorkwam. De onderscheiding van het type tbs met voorwaarden is helemaal niet op de aard van de FZ gebaseerd maar op de titel en het feit dat voor deze titel een andere databron ter beschikking staat. Ondanks de verschillen tussen trajecten binnen hetzelfde type en overeenkomsten tussen trajecten in verschillende types, bleek het type FZ-traject echter substantieel samen te hangen met de kans op recidive. Dit ondersteunt de onderscheiding van de tien trajecttypes als een inhoudelijk zinvolle operationalisatie van de "aard van de FZ".

4.2.2 *Kenmerken van de FZ en de onderzoeksgroepen*

Het voorafgaande recidiveonderzoek (Drieschner e.a., 2018) had al laten zien dat de meeste uitstroom uit de FZ voorwaardelijke FZ-titels betreft. Uit het onderhavige onderzoek blijkt dat het hierbij voornamelijk om ambulante FZ gaat. De helft van alle trajecten is zuiver ambulante en ongeveer de helft van de overige trajecten bestaan voor het grootste deel uit ambulante FZ.

De groepen in de ambulante FZ-trajecten (types 1-3) zijn gekenmerkt door de afwezigheid van psychotische stoornissen en een iets minder zwaar strafrechtelijk verleden in termen van eerder strafzaken, gevangenisstraffen en zeer ernstige delicten. Meer in het algemeen bestaat er over alle trajecten heen een verband tussen de zwaarte van het strafrechtelijk verleden en de zwaarte van de FZ-trajecten. Zo waren de groepen in trajecten met detentie (types 6-8) gemiddeld het jongst bij het plegen van het eerste delict en hebben meer strafzaken, meer zeer ernstige delicten en meer onvoorwaardelijke gevangenisstraffen in hun strafdossiers. Dit is in overeenstemming met het op wetenschappelijke bevindingen gebaseerde principe dat de zwaarste zorg op de meest risicovolle groep gericht dient te worden (Andrews & Dowden, 2006).

Het aantal OFZ-trajecten met verblijfszorg (types 5 en 8) is van uitstroomcohort 2013 tot en met uitstroomcohort 2015 substantieel gestegen (verblijfszorg in tbs-trajecten kon niet worden onderzocht). Recent onderzoek laat zien dat de groei meer op rekening komt van de groep met psychische problematiek dan aan de groep met verstandelijke beperkingen en dat de toename van forensische verblijfszorg ook na 2015 doorzet (Andersson Elffers Felix, 2018).

Uit het oogpunt van recidivepreventie zou men verwachten dat een groot deel van de FZ-trajecten eindigen met een fase van gecontroleerde resocialisatie, dat wil zeggen geleidelijke vermindering van het niveau van beveiliging en toezicht, naarmate de delictgevaarlijkheid van de justitiabele door beïnvloeding van dynamische risicofactoren is afgenomen. Uit de geregistreerde BVN blijkt echter dat een dergelijke afronding van FZ-trajecten niet veel voorkomt. Weliswaar laten veel FZ-trajecten een tussentijdse vermindering van het BVN zien maar meestal betreft dit slechts fluctuaties van het BVN. Waarom een systematische afschaling van de FZ in aanloop naar uitstroom meestal uitblijft kan op basis van dit onderzoek niet worden bepaald. Eerder onderzoek naar knelpunten die worden ervaren door FPK's en FPA's geeft hiervoor echter wel aanwijzingen (Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming, 2018). Volgens deze instellingen is, als gevolg van de ambulantisering van de FZ, de patiëntenpopulatie van de FPK's en FPA's zo zwaar is geworden dat een verantwoorde afbouw van het BVN binnen de vrij korte titelperiode vaak niet haalbaar is. Dit probleem wordt versterkt door het feit dat een deel van de titelperiode vaak door een langdurend plaatsingsproces verloren is gegaan. Het betreft in het bijzonder justitiabelen in de extramurale fase van een ISD-maatregel en gedetineerden die op basis van artikel 15.5

pbw FZ buiten de PI ontvangen. Ook het feit dat in deze gevallen de verantwoordelijke PI toestemming voor uitbreiding van vrijheden moet geven, zou afschaling in het kader van resocialisatie in de weg staan.

4.2.3 *Recidive*

De resultaten van dit onderzoek ondersteunen dat het belangrijk is recidivecijfers te berekenen in relatie tot de verleende FZ en niet alleen per strafrechtelijke titel waaronder de FZ plaatsvond. Het percentage recidivisten bij een specifieke titel (bijvoorbeeld 36% bij de titel voorwaardelijke veroordeling) verhuult immers dat het percentage recidivisten voor de titel sterk kan verschillen afhankelijk van het doorlopen FZ-traject (in dit voorbeeld tussen 27% en 60%). Dit wordt onderstreept door het feit dat de titel in tegenstelling tot het type FZ-traject geen samenhang met recidive vertoont nadat is gecontroleerd voor de invloeden van demografische en strafrechtelijke variabelen, psychopathologie en kenmerken van de FZ-trajecten.

Voor beleidsontwikkeling is misschien de belangrijkste vraag waarom sommige ex-ontvangers van FZ recidiveren en andere niet. Deze vraag naar causaliteit kan op basis van het onderhavige onderzoek niet worden beantwoord maar het onderzoek brengt ons wel een stap dichterbij een antwoord. Dit gebeurt door vast te stellen welke demografische, strafrechtelijke, diagnostische persoonskenmerken en kenmerken van de verleende FZ een unieke bijdrage aan de statistische verklaring van recidive leveren. Het strafrechtelijk verleden bleek ook in dit onderzoek weer samen te hangen met de kans op recidive na controle voor alle overige variabelen. Daarbij hangt zeer ernstige recidive sterker samen met het aantal eerdere zeer ernstige delicten en algemene recidive met het aantal eerdere delicten in het algemeen. Dit onderstreept dat gedrag in het verleden een goede voorspeller van hetzelfde gedrag in de toekomst is. Ook de aard van het uitgangsdelict en de leeftijd lieten, in overeenstemming met eerder onderzoek, een samenhang met recidive zien. Het verhoudingsgewijs lage percentage recidivisten in de groep tbs-gestelden met dwangverpleging is tenminste ten dele verklaarbaar door de hoge gemiddelde leeftijd, mede als gevolg van de lange duur van de maatregel, en het hoge percentage plegers van zedendelicten, waarvan bekend is dat verhoudingsgewijs weinig wordt gerecidiveerd.

Een nieuwe bevinding uit dit onderzoek is dat het type FZ-traject samenhangt met de kans op recidive. Het onderzoek laat zien dat het hogere percentage recidivisten bij de uitstroom uit FZ-trajecten met detentie vergeleken met ambulante trajecten, niet volledig verklaard kan worden door het zwaardere strafrechtelijke verleden of verschillen in uitgangsdelicten, leeftijd, geboorteland of type stoornis. Ook als men voor deze factoren controleert is de kans op algemene en zeer ernstige recidive na het doorlopen van een ambulante FZ-traject twee tot vier keer lager. Het kan niet worden uitgesloten dat dit aan de effectiviteit van ambulante behandelingen te wijten is, en/of een criminogeen effect van detentieperiodes in FZ-trajecten (Bales & Piquero, 2012). Het hogere percentage recidivisten bij trajecten met een detentieperiode kan echter ook het gevolg zijn van één of meer variabelen die in dit onderzoek niet konden worden gemeten. Dit kunnen variabelen zijn die verbonden zijn aan de persoon van de justitiabele of aan de situatie na uitstroom uit het FZ-traject. Persoonsgebonden variabelen die verschillen in recidive plausibel zouden kunnen verklaren, zijn bijvoorbeeld de motivatie voor de behandeling en de bereidheid om aan gestelde voorwaarden mee te werken. Omdat juist deze eigenschappen de reden kunnen zijn waarom een voorwaardelijke titel werd omgezet in een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf, is het niet denkbeeldig dat de groep met detentieperiodes in het FZ-traject een selectie van minder gemotiveerde justitiabelen vormt. Een situationele variabele is bijvoorbeeld de afstand tot reguliere zorg na afloop van de FZ. Het is bijvoorbeeld aannemelijk dat continuïteit van zorg na FZ eerder tot stand wordt gebracht bij de groep die aan het eind van het FZ-traject zorg in een zorginstelling ontving, dan bij degenen die vanuit detentie uitstroonden. Dit geldt in het bijzonder als de FZ plaats vond door een grote zorgaanbieder die naast FZ ook reguliere zorg aanbiedt. Gezien de grote behoefte aan reguliere zorg na FZ (Werkgroep continuïteit

van zorg, 2015), zou het verschil in continuïteit van zorg kunnen bijdragen aan de hogere recidive na trajecten met detentie. Omdat dergelijke niet gemeten persoons- en situatiegebonden variabelen de gemeten verschillen in recidive mede zouden kunnen verklaren, kan een onderzoek zoals het onderhavige een statistische maar geen causale verklaring voor recidive geven.

4.2.4 *Beperkingen van het onderzoek*

Zoals gebruikelijk in het WODC recidiveonderzoek, is recidive geoperationaliseerd als geregistreerde strafzaken. Omdat alleen delicten tot een strafzaak leiden waarvan aangifte is gedaan, die zijn opgespoord en waarbij tot vervolging is besloten, en omdat meerdere delicten in één strafzaak samengevoegd kunnen zijn, vormen de gerapporteerde recidivecijfers een onderschatting van de werkelijke recidive.

De centrale recidivestatistiek in dit onderzoek is de recidiveprevalentie, dat wil zeggen het percentage van de onderzoeksgroep dat binnen twee jaar na uitstroom een recidivedelict heeft gepleegd. Het aantal recidivezaken per recidivist, de recidivefrequentie, wordt alleen globaal per type FZ-traject berekend, zonder verdere uitsplitsing van de onderzoeksgroepen. De reden hiervoor is een belangrijke beperking van deze statistiek. De tweejarige observatieperiode kan periodes met insluiting bevatten waarin het plegen van delicten weliswaar niet onmogelijk is maar toch vergaand wordt bemoeilijk. Hierdoor is de periode met een onbelemmerd risico op het plegen van recidivedelicten feitelijk korter dan twee jaar. Het is mogelijk voor insluitingsperiodes te corrigeren (Tollenaar, 2018) maar hiervoor zou een observatieperiode van minimaal vier jaar aangehouden moeten worden hetgeen met de beschikbare gegevens alleen voor het uitstroomjaar 2013 mogelijk zou zijn geweest.

We hebben niet onderzocht in hoeverre de verwerkte gegevens uit de verschillende registratiesystemen een goede afspiegeling vormen van de daadwerkelijk verleende FZ. Dit is echter wel aannemelijk. In het geval van de OFZ kan hiervan uit worden gegaan omdat gebruik is gemaakt van facturatiegegevens (FCS en Repad), waarbij zowel onder- als overfacturatie onwaarschijnlijk zijn. Onderfacturatie zal weinig voorkomen omdat zorgaanbieders een vitaal belang hebben om geleverde zorg vergoed te krijgen. Overfacturatie zal beperkt zijn omdat de DJI als zorginkoper controles op de ingediende facturatie verricht. In het geval van de maatregel tbs hebben alle betrokken partijen een sterk belang in nauwkeurige registratie van plaatsingen, verblijven en verlof. Daarnaast kan ook door de beperkte omvang van de tbs-populatie en door het intensieve beheer van het registratiesysteem MITS door de DJI ervan uit worden gegaan, dat de FZ in het kader van de tbs-maatregel in dit onderzoek goed kon worden gereconstrueerd. De gebruikte databronnen hebben echter ook een aantal beperkingen van het onderzoek met zich mee gebracht.

- Er zijn gegevens uit verschillende informatiesystemen gebruikt om de FZ-trajecten voor de tbs en de OFZ in kaart te brengen. Hierdoor was het niet mogelijk bij beide groepen dezelfde informatie over de stoornis en kenmerken van de FZ in het onderzoek mee te nemen. Hierdoor is het onderzoek naar variabelen die samenhangen met de kans op recidive bij de twee types tbs-trajecten noodgedwongen meer oppervlakkig gebleven. Bij vervolgonderzoek zou nagegaan kunnen worden of nog meer gedetailleerde informatie over de tbs-trajecten uit de beschikbare data gehaald kan worden.
- De informatie over het type zorgsetting beperkte zich in dit onderzoek grotendeels tot het BVN. Dat is niet geheel bevredigend omdat verschillende types zorgsettingen hetzelfde BVN kunnen hebben. BVN 4 kan bijvoorbeeld naar een FPA, FVA of de resocoalisatieafdeling van een FPK verwijzen. Onvolledige informatie over het type zorgsetting heeft ons ook gedwongen een FZ-trajecttype te onderscheiden voor "ambulante behandelsetting n.n.b.". Het zou wenselijk zijn bij vervolgonderzoek een weg te vinden om ontbrekende informatie over het type zorgsetting in de brondata aan te vullen.

- Bij een deel van de onderzoeksgroep moest ontbrekende informatie over de looptijd van de voorwaardelijke FZ-titels aangevuld worden uit een databron die alleen de totale proeftijd van alle voorwaarden bij de titel bevat. In gevallen waarbij de totale proeftijd langer doorliep dan de bijzondere voorwaarde waarop de FZ was gebaseerd en het einde van de FZ niet op andere wijze bepaald kon worden, valt de einddatum van het FZ-traject later dan de einddatum van de FZ. In deze gevallen zouden recidivedelicten die na afloop van de FZ maar nog tijdens de proeftijd van de andere voorwaarden zijn gepleegd over het hoofd zijn gezien. Daarom zou het wenselijk zijn om over een aanvullende databron voor de looptijden van de bijzonder voorwaarde FZ te kunnen beschikken.

4.2.5 *Vooruitblik*

Het gerapporteerde onderzoek is onderdeel van het WODC basisprogramma [Recidiveonderzoek Forensische Zorg, 2016-2021](#). In het kader van dit programma is nog een verdere uitbreiding en verdieping van het recidiveonderzoek voor de FZ gepland. Dit betreft twee projecten.

Het huidige onderzoek is beperkt tot recidive na afloop van FZ-trajecten. Recidivedelicten kunnen echter ook al tijdens FZ-trajecten worden gepleegd. Dat geldt in het bijzonder voor ambulante trajecten maar, zoals in het geval Michael P., ook voor intramurale FZ. Om een volledig beeld van de recidive van justitiabelen met FZ te krijgen is ook onderzoek naar recidive tijdens FZ-trajecten nodig. De methode voor dit onderzoek is beschreven in Hill, Drieschner & Weijters (2020).

Niet alleen periodes met insluiting hebben invloed op de kans om na uitstroom uit FZ-trajecten delicten te plegen. Hetzelfde geldt in mindere mate ook voor periodes met reguliere zorg, zij het op vrijwillige basis of in het kader van de nieuwe wetten, wet zorg en dwang en wet verplichte GGZ. Continuïteit van reguliere zorg na forensische zorg wordt als belangrijke factor in het terugdringen van recidive beschouwd. Om recidive na forensische zorg nog beter te kunnen verklaren, is het daarom noodzakelijk ook informatie over reguliere zorg na uitstroom uit de FZ in het recidiveonderzoek mee te nemen.

4.3 **Aanbevelingen**

4.3.1 *Interpretatie van de huidige onderzoeksresultaten*

Ondanks het gerapporteerde onderzoek op de centrale uitkomstvariabele van de FZ is gericht, namelijk strafrechtelijke recidive, kunnen uit de resultaten geen conclusies worden getrokken over de effectiviteit van de FZ als geheel of van verschillende types FZ. Dat bijvoorbeeld van de uitstroom uit trajecten met intramurale FZ een hoger percentage met zeer ernstige delicten recidiveert dan van de uitstroom uit ambulante trajecten, betekent niet automatisch dat ambulante FZ effectiever is in het voorkomen van zeer ernstige recidive dan intramurale FZ. Deze conclusie kan ook niet worden getrokken als de meest voor de hand liggende alternatieve verklaring voor de verschillende recidivecijfers uitgesloten kan worden, dat in ambulante trajecten een lichtere groep wordt behandeld die ook voorafgaand aan het FZ-traject al minder criminele activiteit vertoonde. Er kunnen immers andere factoren een rol spelen die in dit onderzoek niet meegenomen konden worden. We weten op basis een beschrijvend onderzoek zoals het onderhavige niet, of de groep in een bepaald type FZ-traject meer of minder had gerecidiveerd als deze een ander type traject had doorlopen. Daarom adviseren wij terughoudend te zijn met de interpretatie van de gerapporteerde recidivecijfers als argument voor of tegen ambulantisering van de FZ, uitbreiding van forensische verblijfszorg of beleid omtrent de verhouding tussen FZ en detentie.

4.3.2 *Fenomenen voor nader onderzoek*

Het onderzoek levert wel een omvattend overzicht van de strafrechtelijke recidive na FZ en geeft daarbij een beeld van de relatie tussen types FZ-trajecten, kenmerken van de

justitiabelen die deze trajecten doorlopen en de kans op recidive. In dit beeld vallen een aantal dingen op die relevant voor beleid kunnen zijn. Nader onderzoek naar deze fenomenen zou aangrijpingspunten voor beleid gericht op vermindering van recidive kunnen opleveren.

Allereerst vallen de hogere recidivecijfers van FZ-trajecten met een detentieperiode op, die slechts gedeeltelijk verklaard kunnen worden uit het strafrechtelijke verleden en andere onderzochte persoonskenmerken van de betreffende justitiabelen. Een belangrijke vraag is of hierbij sprake is van een selectie-effect, waardoor de justitiabelen in deze FZ-trajecten al bij voorbaat een hoger recidiverisico hadden, of van een effect van het doorlopen van een FZ-traject met detentie. Bij laatstgenoemde valt bijvoorbeeld te denken aan een direct criminogeen effect van het verblijf in detentie of aan een indirect effect door een grotere afstand tot reguliere zorg bij uitstroom uit detentie vergeleken met uitstroom uit een FZ-setting. Om deze vraag te beantwoorden zou nader gekeken kunnen worden naar de groep die vanuit FZ op basis van een voorwaardelijke titel in detentie belandt. Mocht blijken dat het een bijzonder risicovolle groep betreft, bijvoorbeeld in termen van regelovertredend gedrag of andere in dit onderzoek niet gemeten risicofactoren, dan zou dat pleiten voor een selectie-effect. Ook zou kunnen worden gekeken naar continuïteit van reguliere zorg na FZ-trajecten voor justitiabelen die uitstromen uit FZ-instellingen versus uit PI's. Mocht blijken dat na uitstroom uit PI's meer belemmeringen bij de toegang tot reguliere GGZ of VZ worden ervaren, dan zou dit kunnen wijzen op een (indirect) effect van de detentieperiode.

Een tweede opvallende bevinding die om nader onderzoek vraagt, is het kleine percentage FZ-trajecten waarin in de aanloop naar de datum van uitstroom afschaling van de FZ heeft plaatsgevonden, bijvoorbeeld van een gesloten naar in een meer open FZ-setting of zelfs naar ambulante FZ. Afschaling van het beveiligingsniveau kan worden gezien als het ideale scenario in de resocialisatiefase van een FZ-traject. De gepresenteerde recidivecijfers ondersteunen deze aanname door lagere percentages recidivisten na trajecten waarin afschaling had plaatsgevonden. Er zou nader onderzocht kunnen worden waarom afschaling aan het einde van FZ-trajecten eerder uitzondering dan regel is en waarom vaker sprake is van fluctuatie van het beveiligingsniveau zonder duidelijke afschalingstrend.

Ten derde springen de hoge percentages recidivisten met zeer ernstige recidivedelicten bij verschillende subgroepen in het oog. Dit geldt bijvoorbeeld voor de groep die het FZ-traject voor het grootste deel maar niet geheel in detentie heeft doorgebracht en geen verblijfszorg heeft ontvangen. Het geldt ook voor de groep die vanuit FZ op basis van een schorsing voorlopige hechtenis weer in detentie kwam. Het hoge percentage recidivisten met zeer ernstige delicten onder de groep met een ISD-maatregel waren al in het voorafgaande onderzoek naar voren gekomen en worden door dit onderzoek bevestigd. De tabellen 3.8 en 3.9 laten nog andere groepen met opvallend hoge percentages zeer ernstige recidivisten zien. In sommige gevallen betreft dit betrekkelijk kleine groepen waardoor niet uitgesloten kan worden dat er sprake is van toevalfluctuatie. Desalniettemin zou het zinvol kunnen zijn om deze groepen nader in ogenschouw te nemen om een verklaring voor de hoge percentages recidivisten met zeer ernstige delicten te vinden.

4.3.3 *Onderzoek naar de effectiviteit van FZ*

Een voor beleidsvoering centrale vraag is of FZ effectief is ter preventie van strafrechtelijke recidive en of de effectiviteit verschilt tussen verschillende varianten van FZ. De sterkste methode om deze vraag te beantwoorden is experimenteel onderzoek waarbij justitiabelen op basis van toeval aan FZ of aan verschillende varianten van FZ worden toegewezen. Dergelijk onderzoek achten we om ethische en praktische redenen niet uitvoerbaar. Een alternatief is quasi-experimenteel onderzoek waarbij aan de hand van een op relevante variabelen equivalente controlegroep geschat wordt, hoe de recidive van de FZ-groep zou

zijn geweest als deze geen (of andere) FZ had ontvangen.⁵ Bij dergelijk onderzoek is het essentieel dat een controlegroep gevonden kan worden die op alle voor de recidivekans relevante variabelen met de FZ-groep overeenkomt. Voorwaarde hiervoor is dat deze groep bestaat en dat men over gegevens over de betreffende variabelen beschikt om de individuen in de FZ-groep aan equivalente individuen in de controlegroep te kunnen koppelen. Het laatste is vaak een probleem bij dit type onderzoek. Als men bijvoorbeeld het effect van FZ tijdens detentie in een PI wil vaststellen, is het niet voldoende om een controlegroep met equivalent strafrechtelijk verleden en demografische kenmerken te vinden. Als de beslissing om aan gedetineerden FZ te verlenen mede wordt genomen op basis van de veranderingsmotivatie van de gedetineerde, de aanwezigheid van een stoornis of een andere niet gemeten variabele die samenhangt met de kans op recidive, kan uit het onderzoek geen conclusie worden getrokken over het effect van de FZ op de recidive. We achten het mogelijk dat voor sommige subgroepen binnen de FZ het effect van de FZ met een quasi-experimenteel design onderzocht kan worden. Hiervoor zal echter eerst onderzoek gedaan moeten worden naar de selectiemechanismen die bepalen of een justitiabele (een bepaalde vorm van) FZ ontvangt en naar de beschikbaarheid van gegevens over de variabelen die hierbij een rol spelen.

⁵ Een voorbeeld is een onderzoek naar de effectiviteit van de maatregel ISD (Tollenaar, Beerthuizen, Drieschner & van der Laan, 2020).

Summary

Introduction

Forensic care refers to mental health care, addiction treatment, and care for people with mild or borderline intellectual disabilities, provided within the criminal justice system. The primary aim of forensic care is to prevent perpetrators with mental health disorders from reoffending.

The Dutch Research and Documentation Centre (WODC) is carrying out a five-year research programme into reconviction and forensic care (2016-2021), at the request of the Department of Corrections and Youth and the Department of Custodial Institutions from the Ministry of Justice and Security. Previous research within this programme provided reconviction rates broken down according to the different kinds of forensic care orders that can be imposed (Drieschner, Hill & Weijters, 2018). Rates were calculated for offenders released in 2013 and 2014. However, there is no direct relationship between forensic care orders and the type of care provided in the name of reducing the risk of reconviction. Hence, in this study, reconviction rates are linked to the type of care received, rather than the forensic care order imposed. Rates are presented for offenders released between 2013 and 2015.

The Dutch forensic care system is made up of many different types of care. These include outpatient and inpatient treatment with different security levels, specialized treatment for people with addiction problems and intellectual disabilities, forensic care within the prison system, and forensic care in assisted living facilities. Several types of forensic care can be provided during a single period within the criminal justice system, referred to in this report as a forensic care trajectory. In this study we differentiate between tbs trajectories (*terbeschikkingstelling*: disposal to be treated in a forensic hospital on behalf of the state) and trajectories encompassing all other forensic care. These other forensic care trajectories are differentiated according to the presence of a period in prison or in assisted living facilities during the forensic care trajectory, as well as the provision of outpatient or inpatient treatment. Using these criteria the forensic care trajectories are classified into ten trajectory types (see table S1).

Table S1: Classification of ten types of forensic care trajectories

Other forensic care trajectories	Entirely outpatient treatment	1. All FC is provided by one or more forensic psychiatric outpatient facilities
	Including inpatient treatment	2. All FC is provided by one or more forensic addiction facilities
		3. All FC is provided by other or unspecified types of outpatient facilities
		4. At least some of FC consists of inpatient treatment (excluding assisted living)
	Including a prison period	5. At least some of FC consists of assisted living care
6. All FC is provided in prison, including penitentiary psychiatric centres		
Tbs trajectories		7. FC outside prison (excluding assisted living) alongside one or more periods of imprisonment
		8. Assisted living care (with or without other FC) alongside one or more periods of imprisonment
		9. FC within the tbs order
		10. FC within the conditional tbs order

Note: FC=forensic care.

The following research questions are answered for the ten different forensic care trajectories:

1. What types of forensic care trajectories can be distinguished, and what proportion of ex-offenders is released from each type of trajectory?
2. Per type of forensic care trajectory, what are the demographic and criminal history characteristics of ex-offenders released between 2013 and 2015?
3. Examining a range of different time points following release, what are the reconviction rates for the different types of forensic care trajectories?
 - a. What are the reconviction percentages?
 - b. What is the average number of new criminal cases per reoffender?
4. Which offender characteristics and features of the forensic care provided are associated with reconviction following release?

Method

The research population includes all recipients of forensic care who were released in 2013, 2014 or 2015.

The research sample was based on data from seven national registration systems: the Information Monitoring System for the tbs group (MITS), the prison registration system Execution of Personal Penalties (TULP), the Forensic Care Information System (IFZO), the Billing Control System (FCS), the billing system Discharges and Patient Flow within Forensic Care (RePaD) (all managed by the Department for Judicial Interventions; DJI); the WODC's Research and Policy Database for Judicial Documentation (OBJD); and registration of conditional orders by the Central Judicial Collection Service (CJIB). Data from these systems were matched and processed in order to put together the final research file. This file contains the following data on each offender: start and end data of the forensic care trajectory, type of forensic care received, with details of each period of care within a single trajectory, criminal order under which the care was imposed, classification of psychopathology, demographic characteristics, and finally details on criminal cases, divided into reconviction cases, the index case for the forensic care, and criminal history.

In line with the standard method of the Dutch Recidivism Monitor, in this study reconviction is operationalised as a criminal case resulting from a crime committed following release from a forensic care trajectory, which ends in either a guilty verdict by the judge or a settlement by the public prosecution service. Three reconviction categories are examined: general reconviction (includes all offences that lead to a reconviction), very serious reconviction (conviction based on a law article with treat of a custodial sentence of eight years or more), and reconvictions for offences for which a tbs order can be imposed. In addition, reconviction rates are reported for violent offences, sex offences, property offences and drug offences.

For each of the ten forensic care trajectories, survival analysis is used to calculate the percentage of offenders reconvicted within two years of release from a forensic care trajectory, as well as the average number of reconvictions per reoffender. In addition, the percentage of offenders reconvicted throughout the first four years following release are computed. The rates for general and very serious reconvictions for the ten trajectories are further broken down by demographic characteristics, criminal history, type of offence in the index case, criminal order, and psychopathology. Finally, Cox regression analysis is used to determine which combination of individual characteristics (demographics, criminal history, psychopathology), criminal order, and characteristics of the forensic care (trajectory type, trajectory length, and security level) explain general and very serious reconviction.

Main findings

Between 2013 and 2015 roughly 17,500 offenders were released from a forensic care trajectory. Of these, 50% were trajectories consisting entirely of outpatient forensic care (trajectory types 1-3), 40% were trajectories that included an imprisonment period

(trajectory types 6-8), 6% were trajectories with inpatient forensic care or assisted living, and 4% were tbs trajectories.

The groups based on the ten forensic care trajectories differ in terms of demographic characteristics and criminal histories. Fewer females are found in the trajectories with an imprisonment period, and in the tbs trajectories, than in the other trajectories. Furthermore, in the trajectories with an imprisonment period, the percentage of offenders born outside the Netherlands is higher than in the other trajectories. For the tbs trajectories, and above all the tbs with compulsory care rather than the conditional tbs, average age at release is considerably higher than for the other trajectories. This is due to the longer length of the tbs trajectories.

With the exception of the tbs trajectories, the extent of the criminal history is related to the type of forensic care received. The groups who have completed a trajectory with an imprisonment period, have the highest numbers of previous convictions and previous unconditional imprisonments. The groups who completed trajectories with outpatient forensic care, have the least extensive criminal history. In the middle, we find the forensic care trajectories with inpatient forensic care or assisted living. For the tbs trajectories, the link between the index case offence and having a tbs order imposed, is stronger than the link with criminal history.

Table S2: Demographic characteristics and criminal history of the research groups for ten forensic care trajectories.

FC trajectory	Demographics of the group			Criminal history	
	% female	% born in the Netherlands	Average release age	Average number criminal cases	Average number of imprisonments
Outpatient trajectories				6-10	1-2
Trajectories with inpatient treatment or assisted living					
Trajectories with prison periods					
Tbs trajectories					

The results presented in table S3 indicate that 51-53% of those released from a forensic care trajectory that includes a period in prison, are reconvicted within two years of release. In 9-11% of cases, the reconviction is for a very serious offence. For this group, the percentage of

reoffenders is twice as high, and for those with reconvictions for very serious offences four times as high, as that of the groups who followed trajectories with solely outpatient treatment. These groups have reconviction rates of 26-27% and 2-3% respectively. The trajectories which include inpatient treatment or assisted living (types 4 and 5) and outpatient addiction treatment (type 2), fall in the middle of the imprisonment and outpatient trajectories, with reconviction rates of 34-37% and 3-6% for very serious offences. Regarding general reconviction, the percentages of reoffenders are the lowest for the tbs trajectories, namely 18-20%. However, the percentage of ex-tbs offenders reconvicted for a very serious offence is 4-7%, and thus relatively high compared to general reconviction for this group.

A similar pattern emerges for the number of reconvictions per reoffender. This is highest for forensic care trajectories with a period in prison (on average 2.8-3.3 cases), followed by the trajectories with inpatient treatment or assisted living and the outpatient addiction treatment trajectories (2.3-2.4 cases), the remaining outpatient trajectories (1.8 cases), and the tbs trajectories (1.7-2.2 cases).

Table S3: Reconviction percentages and average number of reconvictions per reoffender within two years per forensic care trajectory

		Percentage reoffenders		Average number of reconvictions per reoffender	
		General reconvictions	Very serious reconvictions	General reconvictions	Very serious reconvictions
Outpatient trajectories	1. Exclusively forensic psychiatric facilities	26,6	3,0	1,8	1,1
	2. Exclusively forensic addiction facilities	33,9	2,3	2,3	1,0
	3. Other/unspecified outpatient FC	26,3	2,3	1,8	1,1
Trajectories with inpatient treatment or assisted living	4. Inpatient with possible outpatient treatment	35,6	5,5	2,4	1,0
	5. Inpatient and/or outpatient treatment and assisted living	36,9	2,8	2,3	1,2
Trajectories with prison periods	6. Exclusively FC in prison	51,7	11,0	3,3	1,1
	7. Outpatient treatment alongside prison	53,1	9,2	2,8	1,2
	8. Assisted living, prison and possible outpatient treatment	51,2	10,6	3,3	1,3
Tbs trajectories	9. Tbs order with treatment in forensic hospital	18,2	4,2	1,7	1,1
	10. Conditional tbs order	20,0	6,7	2,2	1,3

An important question is, which variables are associated with the risk of reconviction. This is investigated separately for the two types of tbs-trajectories (types 9 and 10) and the other eight trajectories. In the case of the tbs-trajectories, associations of reconviction with demographic characteristics, criminal history, and psychopathology are investigated. In the case of the other types of trajectories, we also looked at characteristics of the forensics care that was delivered. In all cases, the focus was on the question, which variables are associated with reconviction after controlling for the influence of all other variables.

After release from tbs-trajectories, a higher risk of reoffending is associated with younger age at the time of the first offence, and with a higher number of previous convictions. In addition, the risk of very serious reoffending is higher for those born outside the Netherlands.

After release from the other types of trajectories, the following variables make a unique contribution to the statistical explanation of reconviction, after controlling for all other variables. With respect to demographic characteristics, males have a higher risk of reconviction than females, and those born outside of the Netherlands have a higher risk of reconviction than those born in the Netherlands. The risk of very serious reconvictions for these two groups is even higher than for general reconvictions. The risk of reconviction decreases as age increases.

Criminal history is also correlated with risk of reconviction. The risk increases as the number of previous convictions increases and as the number of previous unconditional custodial sentences increases. Furthermore, the younger an offender was at the time of their first conviction, the higher the change of being reconvicted. If forensic care was imposed as a result of a violent or sex offence, the risk of reconviction is lower. If it was imposed as the result of a property offence not involving violence, the risk of reconviction is higher.

Examining the type of disorder treated, the group with a substance-related disorder has the highest risk of reconviction. Those with a sexual disorder the lowest risk of reconviction.

With the exception of the tbs trajectories, the relationship between type of trajectory and reconviction was examined. Even having controlled for all characteristics named above, this relationship remained statistically significant. Compared to outpatient trajectories, the group released from trajectories with an imprisonment period has a substantially higher risk of reconviction. In the period immediately following release, their risk of general reconviction is twice as high and their risk of reconviction for a very serious offence is between two and a half and four times as high. With each additional year, however, the difference in reconviction risk between outpatient trajectories and trajectories with an imprisonment period decreases. For trajectories without an imprisonment period, but with inpatient treatment, the risk of reconviction for a very serious offence is also nearly twice as high as that for outpatient trajectories. For all trajectory types, the risk of reconviction decreases slightly as the duration of the trajectory increases.

The criminal order under which the forensic care was imposed, is not related to the risk of either general or very serious reconviction.

Conclusion

In this study, reconviction following release from forensic care between 2013 and 2015 has been investigated. Ten different types of forensic care trajectories are examined.

Over half of those released from forensic care followed a trajectory exclusively involving outpatient treatment. The second largest group concerns the forensic care trajectories with a period in prison, where either the trajectory began with a period of unconditional imprisonment or a conditional order with forensic care was converted to unconditional imprisonment. Just ten percent of the forensic care population is released from tbs trajectories or from other trajectories with inpatient care and or assisted living.

Offenders from outpatient trajectories have on average a less serious criminal history than offenders from the other trajectories, and in particular than those in the trajectories which include a period of imprisonment. This indicates that the imposition and allocation of forensic care is broadly in accordance with the scientifically supported core principal of effective

offender treatment, i.e., that the more intensive interventions are reserved for the offenders with the highest risk of reconviction.

The reconviction rate of 50% within two years after release is twice as high for forensic care trajectories with a period of imprisonment than for outpatient trajectories. With 10%, the reconviction rate for very serious offences is about four times higher. The forensic care trajectories with inpatient treatment or assisted living fall in the middle of these, as do the tbs trajectories with regard to reconvictions for very serious offences. Regarding general reconvictions, the rate is lower for the tbs trajectories than for the outpatient trajectories.

An important question is whether the higher reconviction rates for offenders not released from an outpatient trajectory, and particularly for those with an imprisonment period, can be explained by a more serious criminal history, by demographic differences, or by psychopathology. This appears to be only partly the case. Even after adjusting for these differences, those released from a trajectory with an imprisonment period have a much higher risk of reconviction than those released from an outpatient trajectory, in particular for the period immediately following release.

However, despite the fact that differences in reconviction rates between the forensic care trajectories cannot entirely be attributed to criminal history, demographic, or diagnostic differences between the groups concerned, conclusions as to the effectivity of the trajectory types for reducing reoffending cannot be drawn. It is possible that the groups differ on characteristics not included in this study. These might include risk factors, such as, motivation and commitment to treatment or willingness to adhere to conditions imposed.

Contrary to the previous study on reconviction following forensic care, reconviction rates were examined for different types of forensic care provided, rather than the type of criminal order under which the forensic care was imposed. Two results support the importance of this approach. First, the reconviction rate within the same criminal order was found to vary widely, depending on the type of forensic care provided. Secondly, a relationship between the type of forensic care trajectory and reconviction was found after controlling for the influence of all other variables included in the model. This was not the case for the type of criminal order imposed.

In order to obtain an even more complete picture of reconviction and forensic care, future research needs to examine reconvictions during forensic care trajectories, as well as the role of regular care following release from forensic care trajectories. This research is planned within the WODC programme Recidivism and Forensic Care, 2016-2021.

When considering the implications of this research, misinterpretation of the results in terms of the effectiveness of certain types of forensic care must be guarded against. Further investigation is needed regarding three striking findings: the high reconviction rates for forensic care trajectories with an imprisonment period; the fact that forensic care is scaled down relatively infrequently in the run-up to release; and the remarkably high percentage of reoffenders in subgroups, with certain combinations of criminal order and type of forensic care trajectory. Furthermore, prior to conducting research into the effectiveness of forensic care, an investigation of the factors that determine which individuals receive forensic care, or receive a specific type of forensic care, is necessary.

Literatuur

- Andrews, D. A., & Dowden, C. (2006). Risk principle of case classification in correctional treatment: A meta-analytic investigation. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 50(1), 88-100.
- Andersson Elffers Felix (2018). *Ontwikkelingen in forensisch beschermd wonen - rapportage over de instroom in, inzet van en doorstroom vanuit forensisch beschermd wonen*. Utrecht: AEF.
- Bales, W. D., & Piquero, A. R. (2012). Assessing the impact of imprisonment on recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 8(1), 71-101.
- Boonmann, C., Wartna, B.S.J., Bregman, I.M., Schapers, C.E., & Beijersbergen, K.A. (2015). *Recidive na forensische zorg: Een eerste stap in de ontwikkeling van een recidivemonitor voor de sector Forensische Zorg*. Den Haag: WODC. Cahier 2015-3.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (2017). *Forensische Zorgwijzer*. Gedownload op 15 maart 2020 via <https://www.forensischezorg.nl>.
- Drieschner, K., Hill, J., & Weijters, G. (2018). *Recidive na tbs, ISD en overige forensische zorg*. Den Haag: WODC, cahier 2018-22.
- 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*. Den Haag: Staatsuitgeverij. Onderzoek en beleid 61.
- Hill, J., Drieschner, K., & Weijters, G. (2020). *Haalbaarheid van onderzoek naar recidive tijdens een strafrechtelijk traject - recidive tijdens tbs met dwangverpleging in beeld gebracht met gestandaardiseerd telling en multistate analyse*. Den Haag: WODC. Cahier 2020-~~xxx~~.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2016). *Marktscan forensische zorg 2016*. Utrecht: NZA.
- Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming (2018). Advies 'Ontwikkelingen en Knelpunten bij Forensisch Psychiatrische Klinieken en Afdelingen'. Den Haag: RVSJ.
- Staatscourant (7 juli 2017). *Dbbc's, zpp's en extramurale parameters forensische zorg, regeling nr 1806*. Stcrt, 36703.
- Tollenaar, N. (2018). *De bruikbaarheid van tellingsmodellen voor recidivefrequentiegegevens*. Den Haag: WODC. Memorandum 2018-1.
- Tollenaar, N., Beerthuizen, M. G. C. J., Drieschner, K., & van der Laan, A. M. (2020). *Effectiviteit van de ISD-maatregel, 2^e replicatie*. Den Haag: WODC. Cahier 2019-19.
- Wartna, B.S.J., Blom, M., & Tollenaar, N. (2011). *De WODC-Recidivemonitor: 4e, herziene versie*. Den Haag: WODC. Memorandum 2011-3.
- Weijters, G., Rokven, J. J., & Verweij, S. (2018). *Monitor nazorg (ex-)gedetineerden - meting 5*. Den Haag: WODC. Cahier 2018-12.
- Weijters, G., Verweij, S., Tollenaar, N., & Hill, J. (2019). *Recidive onder justitiabelen in Nederland: verslag over de periode 2006 - 2018*. Den Haag: WODC. Cahier 2019-10.
- Werkgroep continuïteit van zorg. (2015). *Achtergrondrapportage: 'Drieluik rapportages continuïteit van zorg'*. Amersfoort: Ministerie van Veiligheid en Justitie, GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland.

Met opmerkingen [DK-B1]: Invullen zodra bekend

Bijlage 1 Klankbordgroep

Voorzitter

Prof. dr. Robert Vermeiren Hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie; Leids
Universitair Medisch Centrum

Leden

Prof. Dr. Joke Harte Hoogleraar evaluatie juridische gedragsinterventies;
Vrije Universiteit Amsterdam

Dr. Joan van Horn Hoofd afdeling onderzoek ambulant van
De Forensische Zorgspecialisten

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

Tessa Koster
(november 2016 tot maart 2017) Beleidsmedewerker Ministerie van Justitie en
Veiligheid, Directie Sanctietoepassing en Jeugd

Jiske Lems
(maart 2017 tot september 2018) Beleidsmedewerker Ministerie van Justitie en
Veiligheid, Directie Sanctietoepassing en Jeugd

Marc de Jong
(oktober 2018 tot maart 2019) Beleidsmedewerker Ministerie van Justitie en
Veiligheid, Directie Sanctietoepassing en Jeugd

Niels Koorn
(maart 2019 tot juni 2019) Beleidsmedewerker Ministerie van Justitie en
Veiligheid, Directie Sanctietoepassing en Jeugd

Natascha Tjikoeri
(vanaf juli 2019) Beleidsmedewerker Ministerie van Justitie en
Veiligheid, Directie Sanctietoepassing en Jeugd

Daniel Smits
(november 2016 tot februari 2020) Dataexpert Ministerie van Justitie en Veiligheid,
Dienst Justitiële Inrichtingen

Chrissie Schapers
(vanaf februari 2020) Dataexpert Ministerie van Justitie en Veiligheid,
Dienst Justitiële Inrichtingen

Bijlage 2 Forensische zorgtitels

Titels voor forensische zorg in het kader van een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf of ISD-maatregel	
<ul style="list-style-type: none"> Overbrenging vanuit Gevangeniswezen naar een psychiatrisch ziekenhuis (art. 15 Pbw). Overbrenging vanuit Gevangeniswezen voor hulpverlening (art. 43 Pbw). Poliklinische verrichtingen door de GGZ in het gevangeniswezen (art. 42 Pbw). Interne overplaatsing naar een PPC (art. 15 Pbw). Penitentiair programma met zorg (art. 5 Pm). Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (ISD; art. 38m WvSr jo art. 44b-q Pm). 	<p><i>Plaatsing in GGZ- of FZ-instelling bij detentieongeschiktheid (art. 15.5) of zorgbehoefte (art. 43.3) tijdens vrijheidsstraf of ISD-maatregel. Omzetting van art. 15.5 naar art. 43.3 mogelijk als terugkeer na PI onwenselijk is.</i></p> <p><i>FZ door externe zorgaanbieders in PI's.</i></p> <p><i>Grondslag voor plaatsing in een PPC.</i></p> <p><i>Reïntegratie met FZ aan het eind van de vrijheidsstraf buiten de PI onder toezicht van de reclassering.</i></p> <p><i>FZ in een klinische of ambulante setting buiten de PI. Vooral in de laatste, extramurale fase van de ISD.</i></p>
Titels voor forensische zorg op basis van een bijzondere voorwaarde of aanwijzing	
<ul style="list-style-type: none"> Voorwaardelijke veroordeling (art. 14a WvSr). Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 WvSv). Voorwaardelijke invrijheidstelling met bijzondere voorwaarden (art. 15a WvSr). Voorw. gratieverlening (art. 13 jo.558 WvSv). Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (ISD) met voorwaarden (art. 38p WvSr). Sepot met voorwaarden (art. 167/244 WvSv). Strafbeschikking met aanwijzing (art.257a WvSv). Tbs met voorwaarden (art. 38a WvSr). 	<p><i>Het volgen van een bepaalde vorm van FZ vormt de voorwaarde voor het niet ten uitvoer brengen of beëindigen van een vrijheidsstraf, plaatsing in een ISD of FPC of seponering van een strafzaak.</i></p> <p><i>Bij de Strafbeschikking met aanwijzing is de FZ niet door de rechter maar door het openbaar ministerie opgelegd.</i></p>
Titels gerelateerd aan de tbs-maatregel	
<ul style="list-style-type: none"> Tbs met dwangverpleging (art. 37a jo 37b WvSr). Tbs met proefverlof (art. 51 Bvt). Voorwaardelijke beëindiging verpleging (art. 38g WvSr). Bevel voorlopige verpleging (art. 509i WvSv). Bevel aanhouding (art. 509h WvSv). 	<p><i>Grondslag voor FZ door een FPC.</i></p> <p><i>FZ buiten de FPC onder gedeeltelijke of gehele verantwoordelijkheid van de reclassering.</i></p> <p><i>Terugplaatsing in FPC bij verdenking van overtreding voorwaarden tijdens proefverlof of voorwaardelijke beëindiging.</i></p>
Overige titels	
<ul style="list-style-type: none"> Verdiepingsdiagnostiek. Plaatsing vanwege pro-justitia rapportage (art. 196/317 WvSv). Voorgenomen indicatiestelling. Strafrechtelijk machtiging (art. 37 jo 39 WvSr) (vervallen per 1 januari 2020). 	<p><i>Titels voor observatie en diagnostiek.</i></p> <p><i>Mogelijkheid om FZ te verlenen in afwachting van een rechterlijke uitspraak.</i></p> <p><i>Plaatsing een GGZ- of FZ-instelling voor één jaar zonder strafoplegging in geval van ontoerekeningsvatbaarheid en gevaar.</i></p>

Bijlage 3 Operationalisering tbs-waardige recidive

Tbs-waardig zijn misdrijven waarop één van onderstaande wetsartikelen van toepassing is.

Wetboek van Strafrecht

Art. 92	Aanslag tegen de Koning
Art. 93	Aanslag tegen de Staat
Art. 94	Aanslag tegen regeringsvorm
Art. 95	Aanslag tegen regeringsraad
Art. 95a	Geweld tegen ministerraad
Art. 108	Aanslag op Koninklijk Huis
Art. 109	Aanranding Koning
Art. 110	Aanranding Koninklijk Huis
Art. 115	Aanslag enz. op bevriend staatshoofd
Art. 116	Aanranding bevriend staatshoofd
Art. 117	Aanslag internationaal beschermd persoon
Art. 121	Geweld de kamers van de SG
Art. 123	Geweld provinciale besturen
Art. 124	Geweld gemeente besturen
Art. 141	Openlijke geweldpleging
Art. 157	Veroorzaking van brand enz.
Art. 179	Ambtswang
Art. 240b	Jeugdigen gebruiken voor pornografie
Art. 242	Verkrachting
Art. 243	Gemeenschap met bewusteloze of geestelijk gestoorde
Art. 244	Gemeenschap persoon <12 jaar
Art. 245	Gemeenschap persoon tussen de 12 en 16 jaar
Art. 246	Aanranding eerbaarheid
Art. 247	Ontucht met bewusteloze, geestelijke gestoorde of kind
Art. 248a	Uitlokken minderjarige ontucht
Art. 248b	Ontucht met persoon tussen 16 en 18 jaar (prostitutie minderjarige)
Art. 249	Ontucht met misbruik gezag
Art. 250/1/1	Dwingen tot seksuele handelingen met een derde tegen betaling
Art. 250/2	Gewoonte maken van koppelarij
Art. 252/2/3	Toediening enz. van bedwelmende drank
Art. 256	Te vondeling leggen
Art. 273f	Mensenhandel
Art. 278	Mensenroof
Art. 279/2	Onttrekking minderjarige aan gezag over hem
Art. 281	Schaking
Art. 282	Vrijheidsberoving
Art. 282a	Vrijheidsberoving terroristisch
Art. 285/1	Bedreiging
Art. 285a	Beïnvloeding verklaring
Art. 285b	Belaging
Art. 287	Doodslag
Art. 288	Doodslag met strafverzwaring
Art. 289	Moord
Art. 290	Kinderdoodslag
Art. 291	Kindermoord
Art. 293	Levensberoving op verzoek
Art. 296	Afbreking zwangerschap
Art. 300	(excl. lid 1) Mishandeling

Art. 301	Mishandeling voorbedachten rade
Art. 302	Zware mishandeling
Art. 303	Zware mishandeling met voorbedachten rade
Art. 307/2	Dood door schuld met roekeloosheid
Art. 312	Diefstal met geweld
Art. 317	Afpersing
Art. 385a	Kaping openbaar vervoer
Art. 385b	Geweld tegen inzittenden
Art. 385d	Opzettelijke geweldpleging met gemeengevaarlijke stof
Art. 395	Insubordinatie
Art. 396	Muiterij

Wegenverkeerswet 1994

Art. 175	Dood/letsel door schuld in het verkeer met roekeloosheid of onder invloed
----------	---

Wetboek van militair strafrecht

Art. 118	Insubordinatie
Art. 119	Muiterij
Art. 120	Insubordinatie in tijd van oorlog
Art. 122	Militaire oproer
Art. 142	Misbruik militaire macht in tijd van oorlog
Art. 143	Geweld tegen dode, zieke, gewonde één der strijdende partijen
Art. 159	Doden, beschadigen dieren in krijgsmacht

Wet oorlogsstrafrecht

Art. 5/2 en 8	Schending oorlogsstrafrecht
---------------	-----------------------------

Wet internationale misdrijven

Art. 3	Genocide
Art. 4	Misdrijf tegen de menselijkheid (doden, verkrachting, marteling, enz.)
Art. 5 t/m 8	Schending verdragen van Genève, schending oorlogswetten, foltering