

**Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch  
psychiatrische patiënten**



**263**

Onderzoek en beleid

# **Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten**

Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen

**C.H. de Kogel**

**M.H. Nagtegaal**

**BJu**

Boom Juridische uitgevers



**Wetenschappelijk Onderzoek-  
en Documentatiecentrum**

---

## Onderzoek en beleid

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

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

---

Exemplaren van dit rapport kunnen worden besteld bij het distributiecentrum van Boom Juridische uitgevers:

Boom distributiecentrum te Meppel

Tel. 0522-23 75 55

Fax 0522-25 38 64

E-mail [bdc@bdc.boom.nl](mailto:bdc@bdc.boom.nl)

Voor ambtenaren van het Ministerie van Justitie is een beperkt aantal gratis exemplaren beschikbaar.

Deze kunnen worden besteld bij:

Bibliotheek WODC

Postbus 20301, 2500 EH Den Haag

Deze gratis levering geldt echter slechts zolang de voorraad strekt.

De integrale tekst van de WODC-rapporten is gratis te downloaden van [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl).

Op [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl) is ook nadere informatie te vinden over andere WODC-publicaties.

© 2008 WODC

*Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.*

*Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).*

*No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.*

ISBN 978 90 5454 994 9

NUR 824

# Voorwoord

Het verbeteren van de effectiviteit van de strafrechtstoepassing staat onverminderd hoog op de agenda van de Minister van Justitie. In dat kader zijn er verschillende ontwikkelingen op het gebied van toezicht op justitiabelen die terugkeren in de maatschappij. Te noemen zijn de volgende.

Het toezicht op TBS-gestelden die na intramurale behandeling terugkeren in de maatschappij zal in de toekomst maximaal negen jaar kunnen duren in plaats van de huidige drie jaar. Een belangrijke vraag is hoe aan dit toezicht een zo effectief mogelijke inhoud kan worden gegeven. Belangrijk daarbij zijn beleidsontwikkelingen, zoals het recent tot stand gekomen Beleidskader Reclasseringstoezicht en het door de reclasseringsorganisaties opgestelde verbeterprogramma voor het reclasseringstoezicht. Daarnaast en in samenhang daarmee zijn er ontwikkelingen op het gebied van diagnostiek en risicotaxatie, zoals de invoering van de Recidive Inschattingen Schalen (RISc). Tevens zijn er ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitscontrole. De in 2005 ingestelde Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie toetst gedragsinterventies voor jeugdigen en volwassenen. Van goedgekeurde interventies mag worden verwacht dat zij recidive verminderen of voorkomen.

Het voor u liggende rapport biedt een overzicht van wat uit nationaal en internationaal wetenschappelijk onderzoek bekend is over de effectiviteit in termen van recidivevermindering van programma's voor intensief toezicht op justitiabelen. In het bijzonder wordt aandacht besteed aan toezichtprogramma's gericht op verslaafden, zedendelinquenten, en delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis.

Het rapport laat zien dat toezichtprogramma's veelal uit méér bestaan dan controleren. Veelal vormen behandeling, begeleiding en begeleiding naar arbeid eveneens belangrijke componenten. Controle- en re-integratiecomponenten waaronder behandelingen zijn in veel programma's met elkaar verweven. Naast de vraag *of* toezichtprogramma's werken, komt in deze studie ook de vraag aan de orde *hoe* deze programma's werken. De door de ontwerpers van het toezichtprogramma veronderstelde werkzame mechanismen zijn nauw verbonden met de visie van waaruit het toezichtprogramma is ontwikkeld. Zoals uit de resultaten van dit literatuuronderzoek blijkt, spreekt het echter lang niet vanzelf dat de betreffende visie ondersteund wordt door resultaten uit wetenschappelijk (evaluatie)onderzoek.

Prof. dr. Frans L. Leeuw

# Dankwoord

Wij zijn de begeleidingscommissie zeer erkentelijk voor de opbouwende gedachtewisseling en voor hun waardevolle bijdragen aan het onderzoek. Daarnaast hebben verschillende collega's op de een of andere manier meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport. Stefan Bogaerts en Frans Leeuw hebben nuttig commentaar geleverd op een eerdere versie van het rapport, Leontien van der Knaap vatte enkele artikelen samen, Ad Essers maakte de afkortingenlijst, Huub Simons en Marita Kok waren behulpzaam bij de logistiek rond het redigeren en drukklaar maken van het rapport. Veel dank daarvoor!

De onderzoekers

# Inhoud

<b>Afkortingen</b>	<b>11</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>15</b>
<b>1 Inleiding en methoden</b>	<b>29</b>
1.1 Achtergrond en aanleiding voor het onderzoek	29
1.2 Doelstellingen en onderzoeksvragen	34
1.3 Benaderingen researchsynthese	35
1.4 Werkwijze in het onderhavige onderzoek	36
1.5 Omschrijving en afbakening van begrippen en uitkomstmaten	39
1.5.1 Toezicht en toezichtprogramma	39
1.5.2 Uitkomstmaten	40
1.5.3 Doelgroepen	43
1.6 Verzameling en selectie van literatuur	45
1.6.1 Inclusie- en exclusiecriteria	45
1.6.2 Het zoeken van literatuur	45
1.6.3 Het selecteren van studies	46
1.7 Beschrijving van de geselecteerde literatuur	47
1.8 Beoordeling van de resultaten van de geselecteerde studies	48
1.9 Beperkingen van het onderhavige onderzoek	49
<b>2 Programma's voor intensief toezicht</b>	<b>51</b>
2.1 Inleiding	51
2.2 Beschrijving van toezichtprogramma's en veronderstelde werkzame mechanismen	55
2.2.1 Een prototypisch Intensive Supervision Program (ISP)	55
2.2.2 Het HotSpot Community Probation Program Maryland, VS	58
2.3 Effectiviteit van programma's voor intensief toezicht: meta-analyses en overzichtstudies	61
2.3.1 Kenmerken meta-analyses en overzichtstudies	61
2.3.2 Resultaten meta-analyses en overzichtstudies	64
2.3.3 Tussenconclusies meta-analyses en overzichtstudies	66
2.4 Effectiviteit van programma's voor intensief toezicht: effectstudies	73
2.4.1 Resultaten effectstudies	73
2.4.2 Tussenconclusies effectstudies	75
2.5 Conclusies en discussie	78
2.5.1 Conclusies over veronderstelde werkzame mechanismen	78
2.5.2 Conclusies over effectiviteit	80
2.5.3 Discussie en aanbevelingen	81

<b>3</b>	<b>Toezichtprogramma's voor delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis</b>	<b>85</b>
3.1	Inleiding	85
3.1.1	Prevalentie delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis	86
3.1.2	Forensisch psychiatrische zorg in de gemeenschap: benodigde elementen	86
3.1.3	Organisatie van toezicht in Nederland	89
3.2	Beschrijving van toezichtprogramma's en veronderstelde werkzame mechanismen	89
3.2.1	Forensic Assertive Community Treatment (FACT)	90
3.2.2	Involuntary Outpatient Treatment (IOT)	94
3.2.3	Overige programma's: korte omschrijving	98
3.3	Effectiviteit toezichtprogramma's: meta-analyses en overzichtstudies	100
3.3.1	Kenmerken meta-analyses en overzichtstudies	100
3.3.2	Resultaten meta-analyses en overzichtstudies	103
3.4	Effectiviteit toezichtprogramma's: effectstudies	109
3.5	Conclusies en beperkingen	115
3.5.1	Effectiviteit toezichtprogramma's	115
<b>4</b>	<b>Toezichtprogramma's voor zedendelinquenten</b>	<b>119</b>
4.1	Inleiding	119
4.2	Beschrijving van toezichtprogramma's en veronderstelde werkzame mechanismen	120
4.2.1	Het California Sex Offender Treatment and Evaluation Program (SOTEP) en Sex Offender Aftercare Program (SOAP)	121
4.2.2	Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors (VTPSA)	123
4.2.3	Community Sex Offender Groupwork Program (CSOGP)	128
4.2.4	Oregon depo-Provera Program	130
4.2.5	Specialized Sex Offender Probation Programs Lake, DuPage, en Winnebago Counties Illinois	131
4.2.6	Circles of Support and Accountability (COSA)	133
4.3	Effectiviteit van toezichtprogramma's bij zedendelinquenten: meta-analyses en overzichtstudies	136
4.3.1	Inleiding en achtergrond	136
4.3.2	Kenmerken meta-analyses en overzichtstudies	139
4.3.3	Resultaten meta-analyses en overzichtstudies	140
4.3.4	Tussenconclusies meta-analyse en overzichtstudies	141
4.4	Effectiviteit van toezichtprogramma's: effectstudies	144
4.4.1	Behandeling in de gevangenis met nazorg en toezicht in de maatschappij	144
4.4.2	Gespecialiseerde behandeling in het kader van voorwaardelijke invrijheidstelling of veroordeling tot reclasseringtoezicht	146



4.4.3	Gespecialiseerd toezicht in het kader van voorwaardelijke invrijheidstelling of veroordeling tot reclasseringtoezicht	148
4.4.4	Overige programma's	150
4.5	Conclusies en discussie	155
4.5.1	Conclusies over veronderstelde werkzame mechanismen	155
4.5.2	Conclusies over effectiviteit	158
4.5.3	Discussie	161
<b>5</b>	<b>Toezichtprogramma's voor verslaafde delinquenten</b>	<b>167</b>
5.1	Inleiding	167
5.1.1	Behandeling	168
5.1.2	Onderdelen toezichtprogramma's	169
5.2	Beschrijving van toezichtprogramma's en veronderstelde werkzame mechanismen	170
5.2.1	Drug courts	170
5.2.2	Therapeutische gemeenschap met nazorg	176
5.2.3	Breaking the Cycle	180
5.2.4	Overige programma's: korte omschrijving	183
5.3	Effectiviteit toezichtprogramma's: meta-analyses en overzichtstudies	183
5.3.1	Kenmerken meta-analyses en overzichtstudies	184
5.3.2	Resultaten meta-analyses en overzichtstudies	187
5.4	Effectiviteit toezichtprogramma's: effectstudies	196
5.4.1	Inleiding	196
5.4.2	Resultaten effectstudies	196
5.5	Conclusies en discussie	207
5.5.1	Conclusies	207
5.5.2	Discussie	211
<b>6</b>	<b>Slot</b>	<b>215</b>
6.1	Inleiding	215
6.2	Visies van waaruit programma's voor intensief toezicht worden ontwikkeld en veronderstelde werkzame mechanismen	216
6.2.1	Drie visies op programma's voor intensief toezicht	216
6.2.2	Beknopt overzicht van veronderstelde werkzame mechanismen van toezichtprogramma's voor specifieke groepen delinquenten	220
6.3	Conclusies over de effectiviteit van toezichtprogramma's	225
6.3.1	Effectiviteit van toezichtprogramma's	225
6.3.2	Programma's voor intensief toezicht	225
6.3.3	Toezichtprogramma's voor delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis	226
6.3.4	Toezichtprogramma's voor zedendelinquenten	226

6.3.5	Toezichtprogramma's voor delinquenten met problematisch middelengebruik	227
6.4	Toezicht en doorstroming	229
6.5	Reflectie op gevonden materiaal en resultaten	230
6.5.1	Kwaliteit en beschikbaarheid van effectonderzoek	230
6.5.2	Programma-integriteit	232
6.5.3	Duur van de follow-upperiode	233
6.5.4	Recidive als uitkomstmaat	233
6.5.5	Typen werkzame mechanismen	234
6.6	Aanbevelingen	235
<b>Summary</b>		<b>239</b>
<b>Literatuur</b>		<b>253</b>
<b>Bijlagen</b>		<b>303</b>
1	Samenstelling Begeleidingscommissie	303
2	Tabellen	305

# Afkortingen

AA	Alcoholics Anonymous
ACT	Assertive Community Treatment
ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
AOT	Assisted Outpatient Treatment
APA	American Psychiatric Association
ASI	Addiction Severity Index
ASOP	Adult Sex Offenders Probation
ASPD	Anti Social Personality Disorder
ATSA	Association for the Treatment of Sexual Abusers
wet BOPZ	wet Bijzondere Opnemingen in een Psychiatrisch Ziekenhuis
BTC	Breaking the Cycle
C groep	Controlegroep
CMHT	Community Mental Health Team
CMO	Context-Mechanism-Outcome
COSA	Circles of Support and Accountability
CPAI	Correctional Program Assessment Inventory
CPIC	Canadian Police Information System
CSC	Correctional Service Canada
CSOGP	Community Sex Offender Group Work Program
CSOM	Center for Sex Offender Management
CSOP	Community Sex Offender Treatment Program
DACTS	Darhmouth ACT Scale
DAT	Drug Action Teams
DCS	Director of Community Services
DEA	Drug Enforcement Administration
DIP	Drug Interventions Programme
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DMIO	Dangerously Mentally Ill Offender program
DOC	Department of Corrections
DRC	Day Reporting Centers
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-IVth Edition
DTTO	Drug Treatment and Testing Orders
ECF	Executive Cognitive Functioning
EFP	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
EM	Electronic monitoring
FACT	Forensic Assertive Community Treatment
FICM	Forensic Intensive Case Management
FOBA	Forensische Observatie en Begeleidings Afdeling
FPT	Forensisch Psychiatrisch Toezicht
FTT	Forensic Transition Team
GGz	Geestelijke Gezondheidszorg
IBO-I	Interdepartementaal Beleids Onderzoek I
IBO-II	Interdepartementaal Beleids Onderzoek II
ICM	intensive casemanagement

IMPACT	Intensive Matched Probation and After-Care Treatment
IOC	Involuntary Outpatient Commitment
IOT	Involuntary Outpatient Treatment
IP	Intensive Probation
IRIS	Intensive Recidivist Intervention Scheme
IRS	Intensive rehabilitation supervision
ISD	Instelling voor Stelselmatige Daders
ISEM	Intensive Supervision Experiment with Electronic Monitoring
ISP	Intensive Supervision Probation/Parole Program
ISSP	Intensive Supervision and Surveillance Program
LAAM	Levo-Alpha-AcetylMethadol
MAPPA	Multi Agency Public Protection Arrangements
MAPPP	Multi Agency Public Protection Panels
MPA	MedroxyProgesteron Acetaat
NA	Narcotics Anonymous
NCRMMD	Not Criminally Responsible on Account of a Mental Disorder
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NOMS	National Offender Management Service
NSOGP	Northumbria Sex Offender Group Work Program
OM	Openbaar Ministerie
OPC	Outpatient Commitment
OR	Odds Ratio
OSIS	Operation Spotlight Information System
PACT	Program of Assertive Community Treatment
POP's	Prolific Offender Projects
PTA	Prison-based Treatment Assessment
PTSU	Pre-Trial Services Unit
RCT	Randomized Controlled Trial
RNR	Risk-Need & Responsivity principle
SMS	Scientific Methods Scale
SOAP	Sex Offender Aftercare Program
SOTEP	California Sex Offender Treatment and Evaluation Project
SOV	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden
Sr	Wetboek van Strafrecht
SSOSA	Special Sex Offender Sentencing Alternative
SSU-groep	'social support and urine monitoring'-groep
STAPP	Stichting Ambulante Preventie Projecten
TASC	Treatment Alternatives for Street Crime
TBS	Terbeschikkingstelling
TG	Therapeutische Gemeenschap
TPS	Traditional Parole Supervision
TULP	registratiesysteem tenuitvoerlegging plaatsing en sturingsinformatie
TVSOGP	Thames Valley Sex Offender Group Work Program

U-groep	‘urine monitoring’-groep
VB	Voorwaardelijke Beëindiging
VOP	Violation of Probation Petition
vs	versus
VTPSA	Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum



# Samenvatting

## Achtergrond en onderzoeksvragen

Het verbeteren van de doorstroming van TBS-gestelden na intramurale behandeling in een TBS-instelling heeft sinds de jaren negentig van de vorige eeuw nadrukkelijk de aandacht. Een onderdeel daarvan is het versterken van het toezicht op TBS-gestelden die terugkeren in de samenleving. Het in het voorjaar van 2006 afgeronde parlementaire onderzoek TBS was aanleiding tot het verlengen van de duur van de wettelijke termijn voor voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging van maximaal drie tot maximaal negen jaar. Ook zal de maximale duur van de huidige TBS met voorwaarden, die maximaal drie of vier jaar is, worden verlengd. Het vernieuwde wetsvoorstel voor de verlenging van de totale duur van de voorwaardelijke beëindiging is inmiddels door het parlement behandeld. Met het wetsvoorstel tot verlenging van de duur van de voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging in het kader van TBS worden twee zaken beoogd. Dit betreft enerzijds het terugdringen van recidive en anderzijds het bevorderen van de doorstroming van TBS-gestelden, doordat zij, zo wordt verondersteld, eerder in aanmerking komen voor voorwaardelijke invrijheidstelling. Een belangrijke beleidsvraag is hoe het toezicht, dat straks bij TBS-gestelden maximaal negen jaar kan duren, met het oog op recidivevermindering inhoudelijk zo effectief mogelijk kan worden ingevuld. Het WODC is daarom verzocht om na te gaan wat bekend is over de effectiviteit van toezichtprogramma's. Het onderhavige rapport vormt het verslag van dit onderzoek. Het betreft een literatuuronderzoek naar extramurale toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten en voor enkele subgroepen onder hen in het bijzonder, te weten: delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis, zedendelinquenten en delinquenten met problematisch middelengebruik. In het onderhavige onderzoek richten wij ons, in overleg met de beleidsdirecties, op de doelstelling van het verminderen van de kans op recidive. De reden is dat in verband met de beschikbare tijd, afbakening van onderzoeksvragen en uitkomstmaten diende plaats te vinden.

De doelstelling van het onderhavige onderzoek is het bieden van een overzicht van wat uit wetenschappelijk onderzoek bekend is over de effectiviteit en de veronderstelde werkzame mechanismen van toezichtprogramma's. De onderzoeksresultaten kunnen bijdragen aan de inhoudelijke invulling van het toezicht bij voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging in het kader van de TBS. Daarnaast zijn de resultaten ook te gebruiken bij voorwaardelijke invrijheidstelling na een gevangenisstraf, TBS met voorwaarden en in het kader van voorwaardelijke invrijheidstelling bij personen met een strafrechtelijke of civiele maatregel tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis (wet BOPZ).

De onderzoeksvragen zijn de volgende:

- 1) Welke effectieve toezichtprogramma's, in termen van vermindering van recidive, zijn er bekend voor (forensisch) psychiatrische patiënten en delinquenten en onder hen specifiek voor zedendelinquenten, delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis en delinquenten met problematisch middelengebruik?
- 2) Welke veronderstelde mechanismen liggen ten grondslag aan effectieve of veelbelovende programma's en onder welke omstandigheden worden de positieve resultaten die effectieve of veelbelovende programma's kunnen hebben bereikt?

## Begrippen

In het onderhavige onderzoek wordt onder *toezicht* verstaan het controleren van (aspecten van) het gedrag van betrokkene, al dan niet in combinatie met begeleiding, behandeling en/of zorg, met als doel het opnieuw plegen van een delict te voorkomen.

Als een *toezichtprogramma* wordt beschouwd een samenhangend geheel aan activiteiten dat is gericht op het extramuraal toezicht houden op het gedrag van betrokkene, met daarin een element van controle, al dan niet in combinatie met begeleiding, zorg en/of behandeling.

Toezicht zoals hierboven omschreven kan op vrijwillige basis plaatsvinden, maar in de praktijk vindt toezicht doorgaans plaats op basis van een juridische modaliteit (straf of maatregel), te weten:

1. voorwaardelijke invrijheidstelling in het kader van een gevangenisstraf;
2. voorwaardelijke invrijheidstelling in het kader van een maatregel tot opname in een (forensisch) psychiatrisch ziekenhuis ('*parole*');
3. een voorwaardelijke straf (bijvoorbeeld veroordeling tot reclasseringstoezicht ('*probation*');
4. een voorwaardelijke maatregel (bijvoorbeeld TBS met voorwaarden).

Toezichtprogramma's verschillen aanzienlijk in de combinatie van verschillende inhoudelijke componenten bijvoorbeeld in de mate waarin het accent ligt op zorg en begeleiding of op *monitoring* en *control*. Programma's voor intensief reclasseringstoezicht (*Intensive supervision probation/parole, ISP's*) worden onder meer gekenmerkt door, in vergelijking tot regulier reclasseringstoezicht, frequentere contacten tussen professionals van de toezichthoudende instantie en de delinquent. Verder zijn kenmerken het (elektronisch) monitoren – volgen van gedrag en bewegingen – van betrokkene, het toepassen van huisarrest en avondklok, en controles op drugs- en alcoholgebruik. Daarnaast omvatten sommige toezichtprogramma's rehabilitatiecomponenten, bijvoorbeeld behandeling van psychische stoornissen, trainingen in terugvalpreventie en begeleiding naar werk.



In het onderhavige onderzoek geven wij als uitkomstmaat van een toezichtprogramma in principe de recidivematen weer zoals die in het gevonden effectonderzoek zijn aangegeven.

In verschillende studies worden veelal verschillende maten voor recidive gebruikt. Een aantal veel voorkomende zijn:

- *arrestatie*: bijvoorbeeld het aantal arrestaties, het aantal geregistreerde politiecontacten, het voorgeleid worden aan officier van justitie of rechter;
- *nieuwe veroordeling*: bijvoorbeeld veroordeling tot gevangenisstraf, de ernst van het delict, het opgelegde vonnis;
- *(terug)plaatsing in de gevangenis of ander instituut*: bijvoorbeeld het type instituut en regime, de duur van de terugplaatsing;
- *overtreding van bij voorwaardelijke invrijheidstelling opgelegde voorwaarden*: bijvoorbeeld aantal en aard van de overtredingen, de ernst van de overtreding, het aantal meldingen van overtreding;
- *opschorten van voorwaardelijke invrijheidstelling*: de vraag of deze wordt opgeschort en het aantal malen opschorting;
- *afbreken voorwaardelijke invrijheidstelling*: bijvoorbeeld het aantal succesvolle dagen in voorwaardelijke vrijheid;
- *gepleegd delict*: de ernst en aard van het delict en het aantal nieuwe delicten;
- *zich onttrekken aan toezicht*: melding van onttrekken aan toezicht.

Het terugdringen van recidive als uitgangspunt voor een toezichtprogramma kan nader worden toegespitst. Zo kan de recidive tijdens het toezichtprogramma een belangrijke uitkomstmaat zijn als het toezichtprogramma gericht is op het verminderen van recidive op kortere termijn. Daarnaast kan de recidive gedurende een (langere) periode na afloop van het toezichtprogramma een noodzakelijke uitkomstmaat zijn als rehabilitatie op langere termijn een doelstelling van het toezichtprogramma is. Als doelstelling voor toezichtprogramma's wordt tevens onderscheiden de snellere en frequentere detectie van (dreigende) recidive. In dit geval kan het vaststellen van meer (dreigende) recidive tijdens een toezichtprogramma een positief effect van het toezichtprogramma zijn. De veronderstelling is dan dat het toezichtprogramma ertoe leidt dat overtredingen en nieuwe delicten eerder worden ontdekt dan bij delinquenten die een meer beperkte vorm van toezicht krijgen, zodat eerder maatregelen kunnen worden genomen. In een ander denkbaar geval kan de doelstelling van een toezichtprogramma op kortere termijn zijn om forensisch psychiatrische patiënten bij dreigende terugval tijdig (tijdelijk) terug te plaatsen in een psychiatrische instelling. Het toezichtprogramma scoort dan wellicht hoger dan bijvoorbeeld regulier reclasseringstoezicht wat betreft het percentage terugplaatsingen. Maar door het tijdig terugplaatsen is de zorg voor en begeleiding van de patiënten mogelijk beter gewaarborgd. Mogelijk zal het programma daardoor op langere termijn tot betere re-integratie van patiënten leiden.

Een complicerende factor is dat de uitgangssituaties van respectievelijk intensief en regulier toezicht kunnen verschillen. Dit geldt onder meer voor de opgelegde voorwaarden. Bij de zogeheten *Intensive Supervision Probation/Parole* (ISP's) bijvoorbeeld, zijn de voorwaarden zwaarder dan bij regulier toezicht. Daardoor is het vermoedelijk moeilijker om ze na te leven, wat kan leiden tot meer overtredingen van de voorwaarden. Daarom wordt in de literatuur veelal onderscheid gemaakt tussen recidive en zogeheten 'technische overtredingen'. Technische overtredingen zijn overtredingen van de opgelegde voorwaarden die op zichzelf geen delict vormen. Het bovenstaande illustreert dat de effecten van toezichtprogramma's op recidive niet altijd eenvoudig te interpreteren zijn. Daarom is het belangrijk om bij de ontwikkeling van een toezichtprogramma, de precieze doelstellingen van een programma, de verwachte effecten en de wijze waarop die (in tussenstappen) kunnen worden gemeten, zoveel mogelijk te concretiseren en te nuanceren.

## Methoden

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is een literatuuronderzoek uitgevoerd. De in dit onderzoek betrokken studies zijn verkregen door middel van gerichte zoekopdrachten in een zevental databases waar onder Psychinfo en Web of Knowledge, het raadplegen van de websites van een tiental relevante organisaties en het bestuderen van jaargangen van relevante tijdschriften en van de literatuurlijsten van de opgevraagde publicaties. Aan de hand van de titels en *abstracts* van totaal circa 1000 in 1995-2006 verschenen artikelen, is een selectie gemaakt van op te vragen studies. Alle studies die betrekking leken te hebben op een toezichtprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten of delinquenten zijn opgevraagd. De opgevraagde studies werden vervolgens gescreend aan de hand van de inclusie- en exclusiecriteria. Op basis daarvan zijn 45 studies geselecteerd voor het hoofdstuk over intensieve toezichtprogramma's, 51 studies voor het hoofdstuk over toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis, 106 studies voor het hoofdstuk over toezichtprogramma's voor zedendelinquenten en 54 studies voor het hoofdstuk over toezichtprogramma's voor verslaafden.

Aan het begin van elk hoofdstuk is een aantal voor de betreffende groep delinquenten representatieve toezichtprogramma's meer uitgebreid beschreven. Daarbij komen onder meer aan de orde de doelstellingen en doelgroep van het programma, de inhoud en duur, de betrokken organisaties en hun verantwoordelijkheden en de informatie-uitwisseling tussen deze organisaties, en de veronderstelde werkzame mechanismen van het toezichtprogramma. Voor elke doelgroep zijn de studies geanalyseerd volgens een tweetal stappen. In de eerste plaats zijn de resultaten

van de meta-analyses en overzichtstudies beoordeeld. Ten tweede zijn de gevonden effectstudies die niet tevens in de meta-analyses en overzichtstudies voorkwamen bestudeerd. De effectstudies werden tevens globaal geassocieerd naar methodologische kwaliteit volgens de *Maryland Scientific Methods Scale* (SMS). Op basis van de opgenomen meta-analyses, overzichtstudies en losse effectstudies is beoordeeld wat bekend is over de effectiviteit van de betreffende toezichtprogramma's. Daarbij is onder meer gebruikgemaakt van een indeling met vier categorieën: *Wat werkt*, *Wat werkt niet*, *Wat is veelbelovend* en *Wat is onbekend*.

### Resultaten: werkzame mechanismen van toezichtprogramma's

In de literatuur worden vier benaderingen of uitgangspunten van programma's voor intensief toezicht onderscheiden. Deze kunnen worden gezien als vier visies op de doelstellingen van toezichtprogramma's en op de wijzen waarop toezichtprogramma's effect sorteren. De verschillende benaderingen sluiten elkaar overigens niet noodzakelijkerwijs uit. De eerste is een *punitieve invalshoek*. Deze benadering veronderstelt dat de delinquent wordt afgeschrikt door de verhoogde kans op ontdekking als gevolg van het verscherpte toezicht en de consequenties van ontdekking en daardoor weerhouden wordt van het plegen van delicten. Een andere belangrijke invalshoek is een *rehabilitatiebenadering*. Deze is gericht op het veranderen van kenmerken van de delinquent en van aspecten van of in de omgeving van de delinquent die verondersteld worden oorzakelijk verband te houden met zijn criminele gedrag, zoals geestelijke gezondheid, houding, cognities, sociale relaties, opleiding, werk en vaardigheden. De bedoeling van het toezicht is om het risico dat betrokkene in de toekomst een delict pleegt te verkleinen. De rehabilitatiebenadering streeft een langeretermijnverandering in delict-risico na. Een derde invalshoek is een *risicomanagementbenadering*. Deze benadering onderscheidt zich van de rehabilitatiebenadering door meer beperkte, pragmatische, '*managerial*' doelstellingen: het herkennen en classificeren van groepen op basis van risiconiveau, en vervolgens management door middel van toezicht, preventie en onschadelijkmaking. De vierde benadering die wordt onderscheiden is een *normatieve benadering*. Bij de oplegging van intensief toezicht zouden naast benaderingen die zich richten op het voorkomen van recidive in de toekomst, ook principes als vergelding en proportionaliteit van de straf van invloed zijn. De zogeheten *intermediate sentences* waaronder intensief toezicht, zouden wat dit betreft het 'gat' vullen tussen gevangenisstraf en standaard *community sentences* (zoals regulier reclasseringstoezicht). Hier zou ook de normatieve opvatting onder kunnen vallen dat de overheid voor een fatsoenlijke re-integratie dient te zorgen waarbij zij betrokkene zinvolle resocialisatiemogelijkheden biedt.

De vraag welke veronderstelde werkzame mechanismen ten grondslag liggen aan effectieve of veelbelovende toezichtprogramma's hebben wij maar ten dele kunnen beantwoorden omdat in de gevonden meta-analyses, overzichtstudies en effectstudies veelal geen sociale, gedrags- of andere mechanismen worden uitgewerkt, of slechts in beperkte mate. Hierna wordt een aantal veronderstelde werkzame mechanismen gepresenteerd die (in verschillende combinaties) in meerdere van de gevonden toezichtprogramma's voorkomen.

Een aantal mechanismen wordt verondersteld te leiden tot een grotere beheersing van crimineel gedrag op de kortere termijn, tijdens het toezichtprogramma. Dit betreft bijvoorbeeld *afschrikking*. De veronderstelling is dat de toegenomen kans betrapt te worden vanwege intensiever toezicht (vaker en op onverwachte momenten) en de consequenties die dit heeft (zoals verdere beperking van vrijheden en uiteindelijk terugplaatsing in gevangenis of andere instelling), de delinquent weerhouden van het overtreden van de opgelegde voorwaarden en van het plegen van delicten. Een ander verondersteld mechanisme is *beperking*. De verwachting is dat door het intensieve toezicht en eventuele andere activiteiten de mogelijkheden en gelegenheden om een delict te plegen worden ingeperkt.

Ten slotte kan toezicht leiden tot een *grotere kans op detectie*. Verscherpt toezicht leidt tot een grotere kans om overtredingen van voorwaarden, dreigende terugval en recidive te ontdekken. Daardoor zouden delicten kunnen worden voorkomen, of kan er sneller worden ingegrepen.

In meerdere toezichtprogramma's komen mechanismen voor waarvan de verwachting is dat ze aan re-integratie en recidivevermindering op langere termijn zouden kunnen bijdragen.

De veronderstelling is dat intensief toezicht en de drang en dwang die daarvan uitgaan de deelname aan behandel- en werktoeleidingsprogramma's en andere voorzieningen vergroot. Door de resultaten van de behandel- en werktoeleidingsprogramma's worden de risicofactoren voor recidive verondersteld te verminderen met als gevolg de reductie van recidive op langere termijn. Als belangrijke mechanismen daarbij worden genoemd *sociale controle en bindingen*. Sociale controle en bindingen zouden ertoe leiden dat de delinquent minder geneigd is delicten te plegen omdat hij de contacten die hij heeft opgebouwd niet wil verliezen. Vanuit deze optiek is het van belang dat toezichtprogramma's zich mede richten op het bevorderen van sociale bindingen door bijvoorbeeld arbeidstoeleiding. Als mogelijk mechanisme wordt ook genoemd *een goede relatie tussen de delinquent en de reclasseringsfunctionaris* of behandelaars.

De veronderstelling is dat deze door het frequentere contact in het kader van toezicht kan groeien. Een dergelijke relatie zou bevorderen dat de delinquent meewerkt aan behandelprogramma's.

In een aantal programma's wordt het belang van *sociale steun* benadrukt. Soms worden in het kader van het toezicht sociale netwerken opgebouwd rond een delinquent. De verwachting is dat delinquenten hierdoor niet sociaal geïsoleerd zullen raken en daarnaast ook een positievere levensstijl zullen aanleren. Deze twee aspecten zullen naar veronderstelling de delinquent helpen om beter maatschappelijk te integreren, wat zou resulteren in minder geneigdheid tot terugval.

Bij zeden- en geweldsdelinquenten is *het aanleren van terugvalpreventiestrategieën* een belangrijk onderdeel van het re-integratietraject. Veel behandelprogramma's voor (zedendelinquenten) maken gebruik van cognitieve gedragstherapie waarin andere denkwijzen en ander gedrag wordt aangeleerd. Het gaat dan bijvoorbeeld om empathietraining, het corrigeren van cognitieve vertekeningen en agressiehantering. In het toezicht op zedendelinquenten (maar ook bij gewelddadige delinquenten) wordt in het bijzonder aandacht besteed aan terugvalpreventie. Daarbij wordt betrokkene aangeleerd dreigende terugval in een vroeg stadium te onderkennen en te voorkomen. Daartoe worden ook gedragsalternatieven aangeleerd.

Ook wordt behandeling ingezet ter *beïnvloeding van specifieke componenten van de delictketen*. Door beïnvloeding of beheersing van een specifieke component van het delictgedrag, zoals van de seksuele behoeften/impulsen door libidoremmende medicatie, kan naar veronderstelling het delict-risico op kortere termijn en op afstand onder controle worden gebracht of verminderd.

Met het oog op de re-integratie van zedendelinquenten en om obstakels daarbij te overwinnen, wordt het van belang geacht om 'stakeholders' die vanuit (deels) conflicterende belangen met zedendelinquenten te maken hebben bij het toezicht te betrekken. Door hen te betrekken zou een meer gezamenlijke benadering kunnen worden bereikt, waardoor de re-integratie voorspoediger zou verlopen. Bij *stakeholders* kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het openbaar ministerie, de zittende magistratuur, de politie, huisvestingsorganisaties, organisaties die de belangen van slachtoffers behartigen, buurtbewoners, scholen en dergelijke.

In veel van de gevonden toezichtprogramma's wordt belang gehecht aan een gespecialiseerde benadering van de delinquenten. Zo zou een *actieve en assertieve aanpak* van reclasseringsfunctionarissen of hulpverleners nodig zijn om forensisch psychiatrische patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis in het toezicht- en zorgprogramma te houden. Door de handicaps als gevolg van hun stoornis (bijvoorbeeld beperkt ziekte-inzicht), zouden de patiënten zelf onvoldoende in staat zijn om zich aan de afspraken met hulpverleners te houden. Het verlies van het contact met de hulpverleners zou bij de patiënt tot verslechtering van de psychische toestand leiden, bijvoorbeeld omdat deze geen medicatie

meer neemt en zou vervolgens tot vergroting van het risico van recidive leiden. Bij delinquenten met specifieke problematiek, zoals een ernstige psychische stoornis en bij zedendelinquenten, wordt wel gebruikgemaakt van *gespecialiseerd casemanagement*. Er worden professionals ingezet die gespecialiseerd zijn in de begeleiding van dergelijke delinquenten en kennis hebben van bij de betreffende problematiek voorkomende risicofactoren. Daartoe krijgen ze ook een kleinere *caseload*. Naar veronderstelling zijn de gespecialiseerde functionarissen beter in het onderkennen en voorkomen van delicten bij deze groep.

*Het verzamelen, uitwisselen en delen van informatie waardoor meer en kwalitatief betere informatie beschikbaar komt voor alle toezichthoudende en hulpverlenende instanties en functionarissen*, wordt bij veel toezichtprogramma's een belangrijk mechanisme geacht. Een veronderstelling is dat door het verzamelen van informatie door verschillende functionarissen (politie, reclassering) maar ook het publiek, er een beter beeld ontstaat van de risicofactoren bij een bepaalde delinquent. Daardoor zal het risicomanagement adequater zijn: (dreigende) terugval zal tijdiger worden ontdekt. Bij sommige programma's voor zedendelinquenten gaat men ervan uit dat het aanleren van terugvalpreventiestrategieën (*self management*) die betrokkene zelf moet gaan toepassen, in combinatie met *casemanagement* niet voldoende is. Het terugvalpreventiemodel zou te veel veronachtzamen dat zedendelinquenten veelal niet open zijn over hun delictgedrag. Daarom is daarnaast het actief verzamelen en uitwisselen van informatie over delictgerelateerd gedrag een centrale component. Daarbij is ook een centraal gegevensbestand van belang. Speciale technieken worden gebruikt om informatie te verkrijgen en bespreekbaar te maken, zoals de polygraaf en het benutten van informanten uit het sociale netwerk rond de delinquent.

Een centrale component in meerdere toezichtprogramma's is *multi-disciplinaire samenwerking* en samenwerking tussen professionals van verschillende organisaties. Belangrijk daarbij wordt geacht het coördineren van informatieverzameling door verschillende professionals en het samenbrengen van deze informatie om zo een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van het gedrag en de mogelijke risicofactoren met betrekking tot de delinquent. De veronderstelling daarbij is dat hoe beter en completer de informatie is, hoe beter de kwaliteit van het risicomanagement kan zijn.

## **Resultaten: effectiviteit van toezichtprogramma's**

Op enkele uitzonderingen na is er nog te weinig wetenschappelijk onderzoek van goede methodologische kwaliteit verricht om over de effectiviteit van toezichtprogramma's voor de in dit onderzoek onderscheiden programma's en groepen delinquenten eenduidige uitspraken te doen. Wel

is op basis van de in dit onderzoek opgenomen literatuur een aantal programma's als veelbelovend aan te merken.

Er is enige wetenschappelijke ondersteuning voor de effectiviteit van programma's voor intensief toezicht die naast het monitoren van gedrag en bewegingen en andere controle-elementen, bestaan uit rehabilitatieve componenten zoals behandeling, vaardigheidstrainingen en praktische steun. Dit blijkt onder meer uit secundaire analyses op de resultaten van *Intensive Supervision Probation/Parole programma's* (ISP's) die zowel controle-elementen als rehabilitatieve elementen omvatten, maar er is ook enige directe ondersteuning uit effectstudies over ISP. Verder is er hier voor ondersteuning uit meta-analyses, overzichtstudies en effectstudies over toezichtprogramma's voor de drie in dit onderzoek onderscheiden groepen delinquenten. De effectieve programma's voor delinquenten met problematisch middelengebruik: therapeutische gemeenschap met nazorg in de samenleving, en drugsrechtbanken en het programma *Breaking The Cycle* (BTC), omvatten zowel controle- als behandel-elementen. Dit zelfde geldt voor de als (veel)belovend aangemerkte programma's voor delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis en voor zedendelinquenten. Er is niet of nauwelijks wetenschappelijke ondersteuning voor de effectiviteit van toezichtprogramma's die uitsluitend of hoofdzakelijk bestaan uit het monitoren van gedrag en bewegingen en andere controle-elementen. Dit blijkt vooral uit de meta-analyses en overzichtstudies over effectonderzoek van *Intensive Supervision Probation/Parole*-programma's voor delinquenten met een relatief hoog delict risico. Ook blijkt het uit effectstudies met betrekking tot intensief reclasseringstoezicht op zedendelinquenten en op delinquenten met problematisch middelengebruik. Hierna wordt samengevat wat er aan wetenschappelijke ondersteuning is gevonden voor de effectiviteit van toezichtprogramma's voor delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis, zedendelinquenten en delinquenten met problematisch middelengebruik.

### ***Toezichtprogramma's voor delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis***

(*Forensic*) *Assertive Community Treatment* (FACT en ACT) lijkt een veelbelovend toezichtprogramma voor delinquenten met een ernstige psychische stoornis. Vergeleken met standaardzorg in de samenleving is de behandelretentie beter, vinden minder en kortere opnames in een psychiatrisch ziekenhuis plaats en zijn patiënten meer tevreden. Er werden echter geen verschillen gevonden in psychische toestand, in sociaal functioneren of in criminaliteit. Een kanttekening is dat er nog weinig bekend is over effecten van (F)ACT op recidive, al hebben enkele effectstudies in de Verenigde Staten en in Duitsland in dit opzicht positieve resultaten.

Enige positieve ondersteuning komt verder uit onderzoek naar effecten van de maatregel tot gedwongen ambulante behandeling (*Involuntary Outpatient Treatment Order*, IOT) en een ander ambulante programma voor gevaarlijke psychisch gestoorde daders (*Washington's Dangerous Mentally Ill Offender Program*). IOT omvat ook ACT dan wel *casemanagement* en had alleen indien langdurig en in combinatie met intensieve geestelijke gezondheidszorg een gunstig effect op gewelddadig gedrag en arrestaties.

### *Toezichtprogramma's voor zedendelinquenten*

Ten aanzien van zedendelinquenten is te concluderen dat toezichtprogramma's die bestaan uit (ambulante) behandeling in combinatie met (intensief) toezicht *mogelijk* werken in de zin dat het percentage recidivisten afneemt en/of (dreigende) terugval eerder gesignaleerd en voorkomen kan worden. Bij een aantal programma's is in één evaluatiestudie van SMS-niveau 3-5 gevonden dat het toezichtprogramma resulteerde in recidivevermindering: het *Vermont Treatment Program for Sexual Abusers* (VPTSA) volgens de zogeheten *containment*-benadering voor intensief reclasseringstoezicht, enkele cognitief-gedragstherapeutische behandelprogramma's die ambulante worden gegeven of intramuraal met vervolgens nazorg onder toezicht: het *Phoenix Program*, het *Community Sex Offender Group Work Program* (CSOGP) en een behandelprogramma van het Cordova Counseling Center Florida. Veelbelovend lijkt reclasseringstoezicht in combinatie met libidoremmende medicatie (depo-Provera-programma), evenals de *Circles of Support and Accountability* (COSA), een programma dat zedendelinquenten na invrijheidstelling sociale steun en sociale controle biedt. Bij het *Sex Offender Treatment Evaluation Program* (SOTEP) met het *Sex Offender Aftercare Program* (SOAP) is in een methodologisch goed opgezet onderzoek geen effect op recidive geconstateerd. Het zelfde geldt voor de verzameling programma's onder de noemer *Community Sex Offender Treatment Program* (CSOP) waarvan in Canada de effectiviteit is onderzocht.

### *Toezichtprogramma's voor delinquenten met problematisch middelengebruik*

Voor een gunstig effect van de therapeutische gemeenschap met nazorg in de samenleving op recidive (o.a. arrestaties en veroordelingen tot gevangenisstraf) en druggebruik van delinquenten met problematisch middelengebruik is voldoende ondersteuning uit wetenschappelijk onderzoek. Het effect op recidive van *drug courts* waarbij naast toezicht onder meer behandeling van het problematische middelengebruik wordt geboden, is overwegend positief. Veelbelovend lijken *Breaking the Cycle* (BTC), een combinatieprogramma van een *drug court*, *casemanagement* en *Treatment Alternatives for Street Crime* (TASC) en medicatie tegen hunkering naar



middelengebruik in combinatie met controles op drugsgebruik. Enige aanwijzing is er ook voor een gunstig effect op recidive van sociale steun.

## Conclusies en aanbevelingen

De belangrijkste conclusies over de effectiviteit van toezichtprogramma's uit dit onderzoek zijn:

1. Er is enige wetenschappelijke ondersteuning voor de effectiviteit in termen van recidivevermindering van toezichtprogramma's die naast het monitoren van gedrag en bewegingen en andere controle-elementen, bestaan uit rehabilitatieve componenten zoals behandeling, zorg, vaardigheidstrainingen en praktische steun.
2. Er is niet of nauwelijks wetenschappelijke ondersteuning voor de effectiviteit in termen van recidivevermindering van toezichtprogramma's die uitsluitend of hoofdzakelijk uit het monitoren van gedrag en bewegingen en andere controle-elementen bestaan.
3. Er is te weinig evaluatieonderzoek van methodologisch goede kwaliteit uitgevoerd om bij specifieke toezichtprogramma's voor de onderscheiden groepen delinquenten uitspraken te doen over de effectiviteit. Wel lijken sommige programma's (veel)belovend.

Op basis van dit onderzoek kunnen wij de volgende aanbevelingen doen:

*Rehabilitatiecomponenten.* Indien het de bedoeling is om recidive op langere termijn te verminderen, zouden in te voeren toezichtprogramma's naast controle-elementen ook rehabilitatiecomponenten moeten omvatten. Van de hier onderzochte toezichtprogramma's lijken degene die controle- en rehabilitatiecomponenten combineren, het meest kansrijk wat betreft het verminderen van recidive op de langere termijn. Het is dan ook aan te bevelen om voor dergelijke combinaties te kiezen als intensieve toezichtprogramma's in Nederland worden ingezet.

*Veelbelovende toezichtprogramma's.* Uit het onderzoek komt een aantal programma's naar voren die op basis van soms meerdere, maar vaker een of enkele studies, kansrijk lijken wat betreft het verminderen van recidive op kortere of langere termijn. Dit betreft bijvoorbeeld FACT en het *Washington's Dangerous Mentally Ill program* voor delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis, de therapeutische gemeenschap met nazorg en de drugsrechtbank met behandeling en toezicht voor verslaafde delinquenten. Voor zedendelinquenten gaat het veelal om intramurale behandelprogramma's met nazorg en toezicht in de samenleving, bijvoorbeeld om het *Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors (VTPSA)*, het *Phoenix Program met Step Out* nazorgprogramma, of het Oregon depo-Provera programma. Verder onderzoek is nodig naar de werkzaamheid

van de controle- en rehabilitatieaspecten van dergelijke programma's. Er zou kunnen worden nagegaan welke programma's of onderdelen zich lenen voor verdere ontwikkeling en onderzoek in Nederland. Daarbij is het aan te raden over het betreffende toezichtprogramma aanvullende literatuur en andere informatie, zoals protocollen indien beschikbaar, te verzamelen en wellicht tevens onderzoek naar de kosteneffectiviteit te doen.

*Implementatie en evaluatie.* De benadering van waaruit een toezichtprogramma wordt ontwikkeld, is van grote betekenis voor de veronderstellingen over de wijze waarop het programma effect sorteert. Het is dan ook van belang bij de keuze voor of de ontwikkeling van een toezichtprogramma te voren vast te stellen welke doelstellingen precies worden beoogd met het programma en om vervolgens te expliciteren op welke wijzen, via welke sociale, gedrags- of andere mechanismen deze zouden kunnen worden bereikt. Er kan worden gedacht aan doelstellingen op kortere en langere termijn, zoals het voorkomen van recidive op langere termijn, het vroeg onderkennen van terugval, of het verhogen van de detectiekans van (dreigende) terugval. In het kader van de visie(s) van waaruit het toezichtprogramma wordt beschouwd moet ook worden gezien hoe met het verbreken van voorwaarden wordt omgegaan. Bij de mogelijke werkzame mechanismen kan naast sociale, en psychologische mechanismen, ook worden gedacht aan biologische mechanismen.

Verder is de duur van het toezicht van belang. In hoeverre is bijvoorbeeld re-integratie en toewerken naar een leven zonder toezicht een doelstelling? Of is het toezicht in principe blijvend nodig? Veel van de gevonden toezichtprogramma's zijn onderzocht gedurende een relatief korte toepassing, meestal hooguit enkele jaren. Er is daarom nog weinig bekend over de effecten van toezicht gedurende langere tijd (vijf jaar en langer). Bij de implementatie van een programma zou gebruik moeten worden gemaakt van wat bekend is over algemene werkzame principes zoals de criteria van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie. Er is een groot gebrek aan effectonderzoek en procesevaluaties van goede kwaliteit, terwijl inzicht in de vragen of een toezichtprogramma werkt en hoe het werkt van cruciaal belang is voor het succesvol gebruik van dergelijke programma's. Het verdient dan ook aanbeveling om de ontwikkeling en invoering van een toezichtprogramma gepaard te laten gaan met een programma-evaluatie, een procesevaluatie en een effectevaluatie van een zo hoog mogelijke methodologische kwaliteit.

Dit onderzoek betreft een inventarisatie van bestaande toezichtprogramma's en van wat bekend is over de effectiviteit en de veronderstelde werkzame mechanismen van deze programma's. De conclusies daarover worden noodzakelijkerwijs beperkt door de mate waarin onderzoek is verricht en door de kwaliteit van deze onderzoeken.

De effectiviteit van toekomstige toezichtprogramma's zal in aanzienlijke mate afhangen van de ontwikkelingen op het gebied van behandelinterventies. Vanuit een breder perspectief bezien, is transmuraal toezicht een van de mogelijke opties binnen het sanctiestelsel. In dit rapport is besproken dat toezicht wordt ingezet voor verschillende strafdoelen, waaronder afschrikking, risicomanagement op kortere termijn en resocialisatie en recidivevermindering op langere termijn. De mate waarin wordt geïnvesteerd in toezicht en andere extramurale sancties en in intramurale sancties, en voor welke strafdoelen toezicht zal worden ingezet, zijn uiteindelijk maatschappelijke keuzes.



# 1 Inleiding en methoden

## 1.1 Achtergrond en aanleiding voor het onderzoek

Het onderhavige rapport is het verslag van een literatuuronderzoek naar extramurale toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten en voor enkele subgroepen onder hen in het bijzonder, te weten: delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis,<sup>1</sup> zedendelinquenten en delinquenten met problematisch middelengebruik. Samen bestrijken deze subgroepen overigens het merendeel van de TBS-populatie. In deze paragraaf wordt de achtergrond van het onderzoek nader beschreven, waarna in paragraaf 1.2 de doelstellingen en onderzoeksvragen aan de orde komen. In paragraaf 1.3 worden vervolgens twee verschillende en aanvullende benaderingen van researchsynthesen besproken. De paragrafen 1.4 tot en met 1.9 hebben de in de onderhavige studie gehanteerde methoden tot onderwerp.

De 'verstopping' of het 'vollopen' van het TBS-systeem wordt als een van de meest centrale problemen van de sector beschouwd (zie onder meer Commissie Visser, 2006, o.a. p. 109). De TBS-sector kampt al vanaf begin jaren negentig met capaciteitsproblemen, onder andere blijkend uit het feit dat jaarlijks meer dan honderd zogeheten TBS-passanten in de gevangenis wachten op een behandelplaats (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2006<sup>2</sup>). De praktijk laat een stijgend aantal opleggingen van TBS zien, een toegenomen behandelduur en een ten opzichte van het aantal opleggingen achterblijvende door- en uitstroom van TBS-gestelden (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2006).

De discussie over de mogelijkheden voor verbetering van de door- en uitstroom van TBS-gestelden speelt al langere tijd. Twee in de jaren negentig verrichte interdepartementale beleidsonderzoeken, kortweg IBO-I en IBO-II genoemd, concentreren zich op de vraag hoe de TBS effectiever en efficiënter zou kunnen functioneren (Werkgroep Doelmatig Behandelen, 1996; Interdepartementale Werkgroep IBO-TBS, 1998). Naast de bouw van extra TBS-capaciteit, worden onder meer aanbevelingen gedaan om de behandelduur te bekorten en de doorstroming van TBS-gestelden te verbeteren. In het kabinetsstandpunt naar aanleiding van IBO-II wordt benadrukt dat de behandeling in een TBS-instelling moet worden gezien als een van de schakels in een keten van voorzieningen voor forensisch psychiatrische patiënten (Kamerstukken II 1998-1999,

- 1 Tot de ernstige psychiatrische stoornissen worden onder andere de volgende diagnoses gerekend: schizofrenie, psychotische stoornis, waanstoornis, stemmingsstoornissen, autisme spectrum stoornissen en stoornissen uit het schizo-affectieve cluster. Deze stoornissen vereisen veelal een hoog niveau van psychiatrische zorg en kunnen voor aanzienlijke handicaps in het algemene en sociale functioneren zorgen. Veelal zijn de patiënten afhankelijk van medicatie voor het onder controle houden van ernstige symptomen.
- 2 In 2005 bijvoorbeeld, wachtten 225 TBS-gestelden gemiddeld 270 dagen in de gevangenis op een plaats in een TBS-instelling.

26 562, nr. 1). Daartoe is nauwe samenwerking nodig tussen TBS-instellingen en vervolgvoorzieningen en -instanties, zoals de GGz-instellingen, de verstandelijkgehandicaptenzorg en de reclassering, ook wel circuitvorming genoemd. Enkele jaren later werd in het kabinetsstandpunt naar aanleiding van een derde beleidsonderzoek, dat van de Commissie Beleidsvisie TBS (2000), de ontwikkeling en het functioneren van dergelijke circuits als bijzonder aandachtspunt genoemd (Kamerstukken II 2001-2002, 24 587, nr. 75). Hierbij worden het waarborgen van de continuïteit wat betreft de veiligheid en de zorg bij de door- en uitstroom van TBS-gestelden als actiepunten vermeld. Het eerste moet geschieden door middel van intensieve begeleiding en toezicht door de reclassering, het tweede door middel van de ontwikkeling van sectoroverstijgende zorgprogramma's voor specifieke doelgroepen (Verburg & Boerema, 2004abc).

De circuitvorming heeft inmiddels verder vorm gekregen, waarbij ook bestuurlijke samenwerking tussen de TBS- en GGz-instellingen is gerealiseerd. Toch is de doorstroming van TBS-gestelden naar de reguliere GGz tot voor kort nog weinig van de grond gekomen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2004; Commissie Visser, 2006). TBS-gestelden hebben veelal strengere begeleiding en meer controle nodig dan binnen de GGz gebruikelijk is. GGz-instellingen blijken veelal TBS-gestelden te weigeren, tenzij de TBS-instelling garandeert om de TBS-gestelde terug te nemen indien er zich problemen voordoen. Daardoor draagt deze vorm niet bij aan het verminderen van het capaciteitstekort in de TBS (Commissie Visser, 2006). De Inspectie voor de Gezondheidszorg signaleert in 2004 dat de TBS-instellingen ook zelf transmurale voorzieningen en nazorgvoorzieningen ontwikkelen en dat de doorstroming naar lichtere voorzieningen eerder plaats lijkt te vinden binnen dergelijke circuits dan in de richting van de reguliere GGz (zie bijvoorbeeld Niemantsverdriet & Gerrits, 2004).

Waar in de visie op door- en uitstroom van TBS-gestelden in de IBO's van de jaren negentig en in het onderzoek van de Commissie Beleidsvisie TBS (2000) relatief sterk de nadruk ligt op de behoefte schaarse middelen zo doeltreffend mogelijk in te zetten en op de continuïteit van de geestelijke gezondheidszorg voor de TBS-gestelde, is in recentere initiatieven de nadruk op maatschappelijke veiligheid toegenomen.

De maatschappelijke bezorgdheid over gewelds- en zedenmisdrijven is de achtergrond van de motie Kalsbeek/Nicolai (Kamerstukken II 1999-2000, 26 800 VI, nr. 16) die in 2001 leidde tot een wetsvoorstel voor de verlenging van de duur van de voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging van drie tot zes jaar (Kamerstukken II 2001-2002, 28 238, nr. 1). De verwachtingen zijn dat 'een qua duur en intensiteit op maat gesneden begeleiding en toezicht' zal bijdragen aan recidivepreventie. Dit effect zal het toezicht naar verwachting sorteren, omdat het aansluit bij 'inzichten

in succesvolle recidivepreventie waarbij wordt gepleit voor intensief extramuraal toezicht in combinatie met voortgezette behandeling in terugvalpreventieprogramma's, gericht op het bevorderen van zelfcontrole en met behulp van een sociaal steunnetwerk in de samenleving' (Kamerstukken II 2001-2002, 28 238, nr. 3, p. 4). Om dit effect te kunnen bereiken zou de verruiming van de duur van de voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging gepaard moeten gaan met het ontwikkelen van een intensievere vorm van reclasseringstoezicht (Kamerstukken II 2001-2002, 28 238, nr. 3 en B Herdruk). Een reden waarom dit wetsvoorstel indertijd strandde, was dat dit laatste vanwege een aantal knelpunten onvoldoende te realiseren bleek (Kamerstukken II 2001-2002, 28 238, B Herdruk; Werkgroep 'Intensief reclasseringstoezicht', 2002).

In de aanbevelingen uit het in het voorjaar van 2006 afgeronde parlementaire onderzoek TBS is het versterken van het toezicht op TBS-gestelden die terugkeren in de samenleving een belangrijk onderdeel. Vier van de aanbevelingen van de Commissie Visser hebben betrekking op het extramuraal toezicht op TBS-gestelden (Kamerstukken II 2005-2006, 30 250, nr. 4-5). Langduriger toezicht op TBS-gestelden wordt mogelijk op basis van de aanbevelingen om de wettelijke termijn voor voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging van maximaal drie tot maximaal negen jaar te verlengen, en om ook de maximale duur van de huidige TBS met voorwaarden, die maximaal drie of vier jaar is, te verlengen. Daarnaast beveelt de commissie aan dat de TBS met voorwaarden in de toekomst kan worden opgelegd bij ernstiger delicten dan nu het geval is. Momenteel kan deze maatregel worden opgelegd in combinatie met een gevangenisstraf van maximaal drie jaar. De commissie beveelt aan combinatie van TBS met voorwaarden met gevangenisstraffen tot vijf jaar mogelijk te maken. Verder bepleit de commissie dat de TBS-instellingen samen met de reclasseringsorganisaties en eventueel GGz-instellingen toezicht houden op het naleven van de gestelde voorwaarden, zodat forensisch psychiatrische expertise gewaarborgd is. Ten slotte maakt de commissie zich sterk voor een breder aanbod van nazorgtrajecten, zodat de context waarin het toezicht plaatsvindt beter kan worden afgestemd op de beveiliging en zorg die nodig is om het recidiverisico te verminderen of onder controle te houden. Expliciet noemt zij daarbij (forensisch) beschermd wonen en (forensische) ambulante zorgvoorzieningen. De commissie gaat ervan uit dat sommige ex-TBS-gestelden lang, mogelijk levenslang zorg nodig zullen hebben om te voorkomen dat zij als gevolg van de psychische stoornis opnieuw een ernstig delict plegen.

De aanbevelingen van de parlementaire commissie zijn overgenomen in het kabinetsstandpunt van 16 juni 2006 (Kamerstukken II 2005-2006, 30 250, nr. 9) en nader uitgewerkt in een plan van aanpak (Kamerstukken II 2006-2007, 29 452 en 30 250, nr. 48). Het vernieuwde wetsvoorstel

voor de verlenging van de totale duur van de voorwaardelijke beëindiging is inmiddels door het parlement behandeld (Kamerstukken I 2006-2007, 28 238, A, B, C). Naast de doelstelling van het terugdringen van recidive wordt verwacht dat 'het wetsvoorstel zal bewerkstelligen dat de behandelduur van de TBS afneemt, omdat de rechter in een eerder stadium zal besluiten de TBS voorwaardelijk te beëindigen' (Kamerstukken I 2006-2007, 28 238, C).

De discussie over verbetering van de door- en uitstroom, het transmuuraal toezicht en de transmurale voorzieningen strekt zich ook uit tot het gevangeniswezen (Kamerstukken II 2005-2006, 30 250, nr. 9, p. 2). Parallel aan de hiervoor genoemde ontwikkelingen in de TBS-wetgeving vindt ook een ontwikkeling plaats in de wetgeving betreffende de gevangenisstraffen. De vervroegde invrijheidstelling zal worden gewijzigd in een voorwaardelijke invrijheidstelling (Kamerstukken I 2006-2007, 30 513, A) waardoor meer dan voorheen een juridisch kader voor toezicht ontstaat. Dit past naadloos in de bredere discussie en bij de algemene constatering dat een ontwikkeling naar meer transmurale voorzieningen en toezicht nodig is. De regeling voorwaardelijke invrijheidstelling is van toepassing bij vrijheidsstraffen met een duur langer dan een jaar. Bij de voorwaardelijke invrijheidstelling kan het Openbaar Ministerie (OM) bijzondere voorwaarden opleggen, zoals deelname aan programmatische activiteiten gericht op terugkeer in de maatschappij, het ondergaan van bijzondere zorg, zoals verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg en/of beperkingen in gedrag en bewegingsvrijheid (art. 15a Sr nieuw). Het OM is belast met het toezicht op de naleving van de voorwaarden, maar kan een reclasseringsorganisatie opdracht geven tot de uitvoering daarvan. Indien betrokkene zich niet aan de voorwaarden houdt, kan de voorwaardelijke invrijheidstelling geheel of gedeeltelijk worden herroepen door de rechtbank op vordering van het OM (Vegter & Schuyt, 2006).

In het plan van aanpak (Kamerstukken II 2006-2007, 29 452 en 30 250, nr. 48) wordt een aanzet gegeven tot de uitwerking van de hiervoor beschreven aanbevelingen van de Parlementaire Commissie TBS. Er zal in de eerste plaats een speciale vorm van reclasseringstoezicht worden ontwikkeld: 'intensief toezicht op TBS-gestelden'. Ten tweede zal de overdracht van het toezicht van de TBS-instelling naar de reclassering in de praktijk zorgvuldiger worden geregeld (landelijk protocol samenwerking TBS-instellingen en reclassering bij de uitstroom van TBS-gestelden). In de derde plaats zullen nieuwe vormen van toezicht worden ontwikkeld. Een voorbeeld daarvan zijn de pilot-experimenten met het 'Forensisch Psychiatrisch Toezicht' (FPT) waarbij TBS-instellingen en reclasseringsorganisaties samenwerken. De veronderstelling is dat in het begin intensieve betrokkenheid en inbreng van deskundigheid van de TBS-instelling nodig is, maar dat de verantwoordelijkheid geleidelijk kan verschuiven



naar de reclassering. Sinds 2003 wordt dit type forensisch psychiatrisch toezicht op kleine schaal toegepast en wordt tegelijk een procesevaluatie verricht. De bedoeling is dat door een kwalitatief beter toezicht (zoals FPT verondersteld wordt te bieden) TBS-gestelden eerder in aanmerking komen voor proefverlof of voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging, met als verwacht gevolg dat de uitstroom uit de TBS-klinieken wordt bevorderd (Kamerstukken I 2006-2007, 28 238, C).

Een belangrijke vraag is hoe het toezicht, dat straks bij TBS-gestelden maximaal negen jaar kan duren, met het oog op recidivevermindering inhoudelijk zo effectief mogelijk kan worden ingevuld. Het WODC is gevraagd om door middel van literatuuronderzoek na te gaan wat bekend is over de effectiviteit van toezichtprogramma's. Het onderhavige rapport vormt het verslag van dit onderzoek.

Eerder WODC-onderzoek richtte zich op het beschrijven van de veronderstelde werkzame mechanismen van toezichtprogramma's voor TBS-gestelden of vergelijkbare populaties (Van Gestel, Van der Knaap, Hendriks, De Kogel, Nagtegaal & Bogaerts, 2006). Ook de effectiviteit van deze mechanismen kwam aan bod, waarbij het gebrek aan studies van goede methodologische kwaliteit opviel: er waren nauwelijks effectiviteitsstudies die gebruikmaakten van gerandomiseerde designs of van op belangrijke prognostische kenmerken overeenkomstige groepen. In dit onderzoek zijn vrij strikte inclusiecriteria gehanteerd. Zo werden uitsluitend studies opgenomen over delinquenten met een psychische stoornis die tevens een ernstig gewelds- of zedendelict hadden gepleegd. Daarnaast diende de toezichtmaatregel te volgen op een intramuraal verblijf.

Het onderhavige onderzoek is een vervolg en aanvulling op het onderzoek van Van Gestel et al. (2006):

1. Het heeft betrekking op een bredere populatie van forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten waardoor meer toezichtprogramma's in het onderzoek kunnen worden betrokken, zodat wellicht meer werkzame of veelbelovende programma's naar voren komen.
2. Er zal een overzicht worden geboden van toezichtprogramma's voor delinquenten en voor forensisch psychiatrische patiënten, die mogelijk veelbelovend of effectief zijn, waaronder programma's voor de volgende specifieke groepen: forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis, zedendelinquenten en forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten met problematisch middelengebruik.

## 1.2 Doelstellingen en onderzoeksvragen

De doelstellingen van het onderhavige onderzoek zijn de volgende:

1. Een overzicht krijgen van effectieve of veelbelovende toezichtprogramma's voor (forensisch) psychiatrische patiënten en delinquenten met (mede) als doel het voorkomen van criminaliteit, in het bijzonder programma's die bedoeld zijn voor zedendelinquenten, delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis en delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten met problematisch middelengebruik.
2. Inzicht krijgen in de mechanismen die ten grondslag liggen aan effectieve of veelbelovende programma's en in de omstandigheden waaronder deze werkzaam zijn.

Het onderliggende beleidsdoel is het bieden van handvatten voor de inhoudelijke invulling van toezicht bij voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging in het kader van de TBS. Daarnaast zijn de resultaten ook te gebruiken bij voorwaardelijke invrijheidstelling na een gevangenisstraf, TBS met voorwaarden en in het kader van voorwaardelijke invrijheidstelling bij personen met een strafrechtelijke of civiele maatregel tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis (wet BOPZ).

De doelstellingen zijn uitgewerkt in de volgende onderzoeksvragen:

1. Welke effectieve toezichtprogramma's, in termen van vermindering van recidive, zijn er bekend voor (forensisch) psychiatrische patiënten en delinquenten en onder hen specifiek voor zedendelinquenten, delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis en delinquenten met problematisch middelengebruik?
2. Welke veronderstelde mechanismen liggen ten grondslag aan effectieve of veelbelovende programma's en onder welke omstandigheden worden de positieve resultaten die effectieve of veelbelovende programma's kunnen hebben, bereikt?

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen is literatuuronderzoek verricht. Er is een groot aantal studies verzameld waarin de effectiviteit van toezichtprogramma's in termen van recidivevermindering wordt onderzocht. Naast kennis over de effectiviteit van interventies is inzicht van belang in de wijze waarop deze interventies werken, met andere woorden: inzicht in de veronderstelde onderliggende mechanismen (Pawson & Tilley, 1997). Daarbij komt dat de context waarin een interventie wordt toegepast de uitkomst zou kunnen beïnvloeden. Het is mogelijk dat een toezichtprogramma onder sommige omstandigheden beter werkt dan onder andere. Zo zou bijvoorbeeld een toezichtprogramma bij een bepaalde doelgroep wel kunnen werken en bij andere doelgroepen met andere kenmerken minder goed of niet. Of mogelijk werkt een

toezichtprogramma beter wanneer het wordt toegepast als vervolg op een intramurale behandeling dan wanneer het zonder voorgaande behandeling wordt toegepast. In de onderhavige studie worden gegevens over de veronderstelde werkzame mechanismen en de contexten waarin deze worden beoogd werkzaam te zijn uit de verzamelde effectstudies gededuceerd. Tenminste, voor zover deze in de bestudeerde studies geëxpliciteerd zijn. De overgang tussen mechanismen en contexten lijkt overigens een vloeiende. Het precieze onderscheid lijkt eerder een kwestie van keuzes bij de afbakening van begrippen, dan dat er sprake is van vaststaande categorieën.

### 1.3 Benaderingen researchsynthese

In dit rapport wordt een synthese geboden van toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten. Er bestaan verschillende benaderingen van de aanpak van dergelijke 'researchsyntheses' (zie voor een overzicht o.a. Pawson, 2002).

Ruwweg kunnen twee stromingen worden onderscheiden: de eerste richt zich vooral op de effectiviteitsvraag en stelt daarbij hoge eisen aan het onderzoeksdesign. De tweede benadering stelt de vraag centraal waarom en hoe interventies werken en richt zich daartoe op het blootleggen van de veronderstelde werkzame mechanismen. In het onderhavige onderzoek wordt, evenals in een aantal eerdere WODC-onderzoeken (o.a. Klein Haarhuis, Van Ooyen-Houben, Kleemans & Leeuw, 2005; Van der Knaap, Nijssen & Bogaerts, 2006; Leeuw, Van der Knaap & Bogaerts, 2007), een combinatie van beide beoogd.

De eerste stroming, die wordt vertegenwoordigd door de Cochrane Collaboration ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)) op het gebied van de gezondheidszorg en de Campbell Collaboration ([www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org)) op onder meer het gebied van criminaliteitspreventie, vindt haar oorsprong in het gedachtegoed over '*evidence-based healthcare*'. Deze betreft met name (quasi-)experimenteel onderzoek in de researchsyntheses. De voorkeur gaat uit naar het experimentele onderzoek, de zogeheten '*randomized controlled trial*' (RCT). Dit betreft effectonderzoek waarbij personen aselekt worden toegewezen aan een experimentele groep die de interventie krijgt of aan een controlegroep die deze niet krijgt. Het verschil tussen de groepen in een bepaalde uitkomstmaat (bijvoorbeeld recidive) is dan toe te wijzen aan de interventie. Bij quasi-experimenteel onderzoek wordt ook een interventiegroep vergeleken met een of meer vergelijkingsgroepen. Deze zijn echter niet tot stand gekomen door aselekte toewijzing. In veel gevallen wordt getracht om a priori verschillen tussen de groepen in voor de uitkomstmaat prognostische variabelen te voorkomen, bijvoorbeeld door de deelnemers te 'matchen' op dergelijke variabelen. In het

geval van de uitkomstmaat recidive is het bijvoorbeeld belangrijk dat de groepen a priori vergelijkbaar zijn wat betreft strafrechtelijke voorgeschiedenis. Anders kunnen de uitkomsten hierdoor worden vertekend en is bijvoorbeeld niet meer na te gaan of een verschil tussen de interventiegroep en de controlegroep verklaard kan worden vanuit het feit dat de controlegroep uit zwaardere criminelen bestaat en/of doordat de interventie bij de behandelgroep gewerkt heeft en resulteert in minder recidive. De Cochrane en Campbell Collaborations hebben de doelstelling kennis over de effecten van interventies uit te dragen en verrichten daartoe systematische overzichtstudies en meta-analyses volgens een nauwgezet protocol.

De tweede stroming, de *'Realistic Evaluation'* (Pawson & Tilley, 1997) betoogt dat te veel kennis onbenut blijft als men zich uitsluitend richt op de vraag of een interventie werkt. Kritiekpunten zijn dat door middel van een RCT geen inzicht wordt verkregen in de wijze waarop een interventie werkt en dat de verkregen kennis moeilijk generaliseerbaar is naar andere situaties. De vraag waarom een interventie wel of niet werkt, is echter wel van groot belang voor de verdere ontwikkeling van interventies. De *realist evaluation*-benadering beschouwt interventies of programma's (combinaties van meer interventies) als theorieën. De 'programmatheorie' is het geheel aan veronderstellingen van de programmamakers over hoe en waarom het programma zal werken en wat volgens hen de werkzame mechanismen zijn. Pawson en Tilley hanteren het *Context-Mechanism-Outcome* (CMO)-model om interventies, programma's en de evaluaties daarvan te structureren door de programmatheorie bloot te leggen. De kern van dit model wordt gevormd door de (veronderstelde werkzame) mechanismen. Het gaat daarbij om verschillende mogelijke determinanten van gedrag. Mechanismen kunnen uiteen worden gerafeld in verschillende tussenstappen (voorbeelden in Pawson & Klein Haarhuis, 2005). De werkzaamheid van de mechanismen wordt mede bepaald door de context waarin de interventie of het programma wordt ingezet. Daarom moet er bij evaluatieonderzoek ook gelet worden op de verschillende contextkenmerken. De uitkomsten verwijzen naar de bedoelde en onbedoelde gevolgen van de interventie of het programma die het resultaat zijn van het activeren van de mechanismen in verschillende contexten (Pawson & Klein Haarhuis, 2005).

#### 1.4 Werkwijze in het onderhavige onderzoek

In de onderhavige studie is evenals in eerder onderzoek (Van der Knaap et al., 2006) het globale stappenplan dat is geformuleerd voor de uitvoering van een systematische overzichtsstudie volgens de eisen van de Campbell

Collaboration (Petrosino, Boruch, Soydan, Duggan & Sanchez-Meca, 2001) zo goed mogelijk aangehouden. Dit omvat de volgende acht stappen:

1. Het formuleren van de onderzoeksvragen.
2. Het vaststellen van inclusie- en exclusiecriteria. Dit betreft bijvoorbeeld de doelgroepen, het type interventies, de uitkomstmaten, de onderzoeksdesigns en de kwaliteit van de studies.
3. Het bepalen van de bronnen waaruit studies zullen worden betrokken (bijvoorbeeld elektronische literatuurbestanden waarin een groot aantal wetenschappelijke tijdschriften is opgenomen) en het lokaliseren van de desbetreffende studies.
4. Het selecteren van geschikte studies, waarbij bij voorkeur meer onderzoekers gezamenlijk beslissen. Daarbij dient een methode te worden ontwikkeld om verschillen van inzicht op te lossen. Niet opgenomen studies worden bewaard met de reden van exclusie.
5. Het beoordelen van de kwaliteit van de studies. Dit dient bij voorkeur door meer dan één persoon te gebeuren. Hierbij wordt een eenvoudige checklist gebruikt waarin onder meer informatie wordt opgenomen over het onderzoeksdesign en de statistische power. Het is aan te raden blind te beoordelen zonder kennis over auteur, instituut of tijdschrift.
6. Het maken van uittreksels uit de gegevens van de studie. Ook hier kan worden overwogen om dit met meer dan één persoon en blind te doen.
7. Het analyseren en presenteren van de gegevens. Daarbij worden de resultaten van individuele studies gerangschikt. Er kan worden overwogen een meta-analyse te verrichten.
8. Het interpreteren van de resultaten. In deze fase wordt aandacht besteed aan de hardheid van de resultaten, mogelijke vertekeningen en beperkingen van de resultaten, de toepasbaarheid, de statistische power, de economische implicaties en de implicaties voor toekomstig onderzoek.

Daarnaast zijn de gevonden effectstudies geïnclassificeerd op basis van methodologische kwaliteit. Een in de criminologie en door de Campbell Collaboration veel gebruikte schaal voor de beoordeling van de methodologische kwaliteit van effectonderzoek is de *Scientific Methods Scale* (SMS), ontwikkeld aan de universiteit van Maryland (Sherman, Gottfredson, MacKenzie, Eck, Reuter & Bushway, 1998; Sherman, Farrington, Welsh & MacKenzie, 2002). Deze schaal is ook in het onderhavige onderzoek gebruikt bij de beoordeling van de studies. De schaal kent vijf niveaus<sup>3</sup>:

3 Dit lijstje is vrij vertaald naar Sherman et al. (2002), waarbij is getracht zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke betekenis te blijven. Het taalgebruik is licht aangepast: voor de leesbaarheid spreken we van 'toezichtprogramma' in plaats van over een 'interventie'.

- Niveau 1: Samenhang tussen deelname aan een toezichtprogramma en recidive op een bepaald tijdstip.
- Niveau 2: Recidive voor en na deelname aan een toezichtprogramma gemeten zonder vergelijkbare controlegroep, of een groep deelnemers aan een toezichtprogramma vergeleken met een niet-vergelijkbare controlegroep.
- Niveau 3: Recidive voor en na deelname aan een toezichtprogramma gemeten bij een experimentele groep en bij een vergelijkbare controlegroep die niet aan het programma deelnam (quasi-experimenteel design).
- Niveau 4: Recidive voor en na deelname aan een toezichtprogramma gemeten in meer experimentele en controlegroepen, gecontroleerd voor andere prognostische variabelen voor recidive (matching of statistische controle).
- Niveau 5: Recidive voor en na deelname aan een toezichtprogramma waarbij aselechte toewijzing aan de interventiegroepen en de controlegroep is toegepast (experimenteel design).

De niveaus 1 en 2 bieden te weinig basis voor conclusies over effectiviteit van interventies, omdat andere interpretaties dan toeschrijving van de uitkomst aan de interventie niet kunnen worden uitgesloten. In het onderhavige onderzoek zijn in beginsel studies vanaf niveau 3 betrokken.

Voor het verrichten van een researchsynthese volgens de methode van de *'realist synthesis'* bestaat eveneens een checklist die analoog van opbouw is aan die van de Campbell Collaboration, maar die anders dan deze is gericht op het verzamelen van literatuur ten behoeve van het articuleren en toetsen van de achterliggende 'programmatheorie' bij een interventie (Pawson, Greenhalgh, Harvey & Walshe, 2005). In het onderhavige onderzoek zal hiermee (voortbouwend op het onderzoek van Van Gestel et al., 2006) een beginstap worden gemaakt door het identificeren van de veronderstelde werkzame mechanismen bij toezichtprogramma's voor de hiervoor genoemde doelgroepen.

In de volgende paragrafen zullen achtereenvolgens aan de orde komen: de nadere omschrijving van voor de studie belangrijke concepten, zoals toezicht, de onderzoekspopulaties en de uitkomstmaten (paragraaf 1.5), de wijze van zoeken en selecteren van literatuur (paragraaf 1.6), het beschrijven en beoordelen van de literatuur (paragraaf 1.7 en 1.8) en beperkingen van dit onderzoek (paragraaf 1.9).

## 1.5 Omschrijving en afbakening van begrippen en uitkomstmaten

### 1.5.1 Toezicht en toezichtprogramma

In het onderhavige onderzoek wordt onder toezicht verstaan het controleren van (aspecten van) het gedrag van betrokkene, al dan niet in combinatie met begeleiding, behandeling en/of zorg, met als doel het opnieuw plegen van een delict te voorkomen.

Als een toezichtprogramma wordt beschouwd een samenhangend geheel aan activiteiten dat is gericht op het extramuraal toezicht houden op het gedrag van betrokkene, met daarin een element van controle, al dan niet in combinatie met begeleiding, zorg en/of behandeling.

Toezicht zoals hiervoor omschreven kan op vrijwillige basis plaatsvinden, maar in de praktijk vindt toezicht doorgaans plaats op basis van een juridische modaliteit (straf of maatregel),<sup>4</sup> te weten:

1. voorwaardelijke invrijheidstelling in het kader van een gevangenisstraf;
2. voorwaardelijke invrijheidstelling in het kader van een maatregel tot opname in een (forensisch) psychiatrisch ziekenhuis;
3. een voorwaardelijke straf (bijvoorbeeld veroordeling tot reclasseringstoezicht);
4. een voorwaardelijke maatregel (bijvoorbeeld TBS met voorwaarden).

In de gevallen 1 en 2 verblijft betrokkene na detentie of opname in een psychiatrische instelling onder toezicht weer in de maatschappij. Daarbij zijn veelal bijzondere voorwaarden opgelegd waaraan betrokkene zich dient te houden. In de gevallen 3 en 4 verblijft betrokkene onder voorwaarden in de maatschappij in plaats van in de gevangenis of in een (forensisch) psychiatrisch ziekenhuis, zolang hij zich aan de opgelegde voorwaarden houdt.

Bij het toezicht kunnen verschillende organisaties betrokken zijn, zoals de reclassering, een (forensisch) psychiatrische instelling, de politie, het Openbaar Ministerie, enzovoort. Formeel gezien is een van de instanties of zijn meer organisaties als verantwoordelijke(n) aangewezen en hebben zij daartoe nader (wettelijk) omschreven taken. De aangewezen instantie dient bijvoorbeeld toezicht te houden op de naleving van de opgelegde (bijzondere) voorwaarden (zoals de Nederlandse reclassering) of is in bredere zin verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van de opgelegde maatregel (zoals een TBS-instelling die forensisch psychiatrisch toezicht toepast bij een cliënt met transmuraal verlof). In het buitenland zijn er nog weer andere constructies, zoals de regionale *Multi Agency Public*

4 Toezicht op basis van een civielrechtelijke modaliteit zal alleen in het onderzoek worden betrokken als het een belangrijk programma betreft en als een belangrijk doel van het toezicht het voorkomen van een delict is.

*Protection Panels* (MAPPP), waarvan de verantwoordelijkheden ook wettelijk zijn vastgelegd.

In het kader van dit onderzoek gaat het om de vragen welke toezichtprogramma's er bekend zijn en wat bekend is over de effectiviteit van deze toezichtprogramma's. Daarbij gaat het om programma's die combinaties van verschillende elementen kunnen omvatten: bijvoorbeeld een bepaald behandelprogramma naast regelmatige (en onverwachte) bezoeken en controles van de reclasseringsfunctionaris en wellicht surveillance door de politie. Ook zijn van belang de wijze waarop het programma is georganiseerd en de verschillende betrokken instanties.

Studies waarin alleen sprake is van (administratieve, formele) controle op naleving van opgelegde voorwaarden, zonder dat sprake is van een programma dat voldoet aan de hiervoor beschreven kenmerken, vallen buiten het bestek van dit onderzoek.

### 1.5.2 *Uitkomstmaten*

Uitkomstmaten geven informatie over de mate waarin de doelstellingen van het toezichtprogramma worden behaald. In paragraaf 1.1 is besproken dat met het wetsvoorstel tot verlenging van de duur van de voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging in het kader van TBS twee zaken worden beoogd. Dit betreft enerzijds het terugdringen van recidive en anderzijds het bevorderen van de doorstroming van TBS-gestelden, doordat zij, zo wordt verondersteld, eerder in aanmerking komen voor voorwaardelijke invrijheidstelling.

In het onderhavige onderzoek richten wij ons vooral op de doelstelling van het verminderen van de kans op recidive. Daartoe is gezocht naar effectonderzoek met als uitkomstmaat 'recidive'. De tweede doelstelling: verbetering van doorstroming en vermindering van capaciteitsproblemen, zal in het slothoofdstuk kort aan de orde komen.

In verschillende studies worden veelal verschillende maten voor recidive gebruikt. Maltz (1984, in Moore, Gray, Roberts, Taylor & Merrington, 2006) onderscheidde de volgende categorieën die hij in diverse publicaties tegenkwam, met binnen elke categorie een aantal verschillende meetwijzen of operationalisaties:<sup>5</sup>

- *arrestatie*: aantal arrestaties, geregistreerde politiecontacten, voorgeleid worden aan officier van justitie of rechter;
- *nieuwe veroordeling*: gevangenisstraf, ernst van het delict, vonnis;
- *(terug)plaatsing in de gevangenis of ander instituut*: type instituut en regime, duur terugplaatsing;

5 Het betreft een ruwe inventarisatie die hier enigszins ingekort is weergegeven.



- *overtreding van bij voorwaardelijke invrijheidstelling opgelegde voorwaarden*: aantal en aard van de overtredingen, ernst van de overtreding, melding van overtreding;
- *opschorten van voorwaardelijke invrijheidstelling*: aantal malen opschorting;
- *afbreken voorwaardelijke invrijheidstelling*: aantal succesvolle dagen in voorwaardelijke vrijheid;
- *gepleegd delict*: ernst, aard en aantal nieuwe delicten;
- *zich onttrekken aan toezicht*: melding van onttrekken aan toezicht.

Een ander voorbeeld is de wijze waarop de WODC-Recidivemonitor onderscheid maakt naar ernst en soort recidive (Wartna, Blom & Tollenaar, 2004):

- *algemene recidive*: alle nieuwe justitiecontacten ongeacht de aard en ernst van de gepleegde delicten, behalve de strafzaken die eindigen in vrijspraak, een technisch sepot of een andere technische uitspraak;
- *ernstige recidive*: nieuwe, geldige justitiecontacten naar aanleiding van een delict met een wettelijke strafdreiging van vier jaar of meer;<sup>6</sup>
- *zeer ernstige recidive*: nieuwe, geldige justitiecontacten naar aanleiding van een delict met een wettelijke strafdreiging van acht jaar of meer;
- *speciale recidive*: nieuwe, geldige justitiecontacten naar aanleiding van hetzelfde soort delict als in de uitgangszaak;
- *specifieke recidive*: nieuwe, geldige justitiecontacten naar aanleiding van overtreding van het hetzelfde wetsartikel als in de uitgangszaak.

De Recidivemonitor maakt verder onderscheid tussen de volgende aspecten (Wartna, Blom & Tollenaar, 2004):

- de prevalentie van de recidive: dit is de vraag welk deel van de (sub)groep heeft gerecidiveerd;
- de snelheid waarmee men recidiveerde: deze wordt bepaald door het moment waarop het eerstvolgende nieuwe justitiecontact plaatsvond;
- de frequentie van de recidive: dit is het aantal nieuwe justitiecontacten dat een recidivist sinds de uitgangszaak heeft opgebouwd;
- de aard en ernst van de recidivedelicten;
- de totale omvang van de recidive: dit is de ernst van de totale recidive in een groep, dat wil zeggen van alle recidivedelicten samen.

In het onderhavige onderzoek geven wij als uitkomstmaat in principe de recidivematen weer zoals die in het gevonden effectonderzoek zijn aangegeven. Naast recidive zijn we tevens geïnteresseerd in uitkomstmaten waarvan het aannemelijk te maken is dat ze aan recidive gerelateerd zouden kunnen zijn, zoals behandel succes en re-integratie/resocialisatie.

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

Zo wordt in dit onderzoek bijvoorbeeld bij verslaafden vermindering of stoppen met gebruiken naast criminaliteit als uitkomstmaat geregistreerd.

De uitkomstmaten die we naast recidive in dit onderzoek van belang achten zijn:

- *behandelsucces*: verbetering van of onder controle houden van de stoornis (vermindering symptomen), medicatietrouw, (uitblijven van) middelemisbruik of gecontroleerd gebruik, (her)opname/terugplaatsing in psychiatrisch ziekenhuis;
- *integratie/resocialisatie in de maatschappij*: kwaliteit van leven, sociale aanpassing (baan, huisvesting en dergelijke).

Het terugdringen van recidive als uitgangspunt voor een toezichtprogramma kan nader worden toegespitst. In de eerste plaats valt te onderscheiden de recidive tijdens het toezichtprogramma. Als deze vermindert ten opzichte van de recidive die bij een controlegroep die geen of een andere vorm van toezicht krijgt wordt gemeten, heeft het toezichtprogramma een gunstig effect op kortere termijn. In de tweede plaats kan worden gedacht aan het meten van recidive gedurende een (langere) periode na afloop van het toezichtprogramma. Als in dat geval minder recidive wordt gevonden bij degenen die aan het programma deelnamen dan bij deelnemers aan een controlegroep, kan worden gesproken van een gunstig effect van het programma op recidive op de langere termijn. In de derde plaats wordt als doelstelling van toezichtprogramma's onderscheiden de eerdere en meer frequente detectie van (dreigende) recidive. In dit geval wordt het meten van meer recidive tijdens het toezichtprogramma bij de groep die aan het programma deelneemt dan bij een controlegroep, in tegenstelling tot het eerder genoemde voorbeeld, als een positief effect van het toezichtprogramma beschouwd. Dit geldt als de (dreigende) recidive op tijd is bemerkt en men tijdig maatregelen kan nemen om erger te voorkomen.

Het geïntensiveerde toezicht kan ertoe leiden dat overtredingen en nieuwe delicten eerder worden ontdekt dan tijdens regulier toezicht, omdat vaker (onverwacht) wordt gecontroleerd. Daarnaast kunnen echter ook de opgelegde voorwaarden verschillen tussen toezichtprogramma's. Bij de zogeheten *Intensive Supervision Probation/Parole* (ISP's) bijvoorbeeld, zijn de voorwaarden zwaarder dan bij regulier toezicht. Daardoor is het vermoedelijk moeilijker om ze na te leven, wat leidt tot meer overtredingen van de voorwaarden. Daarom worden in de literatuur 'technische overtredingen', dat wil zeggen overtredingen van de opgelegde voorwaarden die op

zichzelf geen delict vormen, veelal als een aparte categorie beschouwd.<sup>7</sup> Volgens verscheidene auteurs is niet aangetoond dat (technische) overtredingen een voorbode vormen van ernstiger delicten (Turner & Petersilia, 1992; Paparozzi & Gendreau, 2005).

In een ander denkbaar geval kan het zijn dat forensisch psychiatrische patiënten die aan een intensief toezichtprogramma deelnemen, bij driejarige terugval eerder dan deelnemers aan een controlegroep met regulier toezicht, (tijdelijk) terug worden geplaatst in het psychiatrisch ziekenhuis. Het toezichtprogramma scoort dan wellicht hoger dan het reguliere programma op het percentage terugplaatsingen. Maar wellicht is de zorg voor en begeleiding van de patiënten beter en zal het programma daarvoor op langere termijn tot betere re-integratie van patiënten leiden. Soms wordt de recidive van deelnemers aan een toezichtprogramma vergeleken met die van een controlegroep die in een instelling, bijvoorbeeld een forensisch psychiatrisch ziekenhuis verblijft. In dat geval kan het moeilijk zijn om een voor deze twee situaties vergelijkbare recidivemaat te vinden. Eenzelfde gedrag zal bijvoorbeeld in een instelling wellicht eerder door de verpleging met extra medicatie worden ondervangen, terwijl het buiten mogelijk zal leiden tot een politiecontact.

Het voorgaande illustreert dat de effecten van toezichtprogramma's op recidive niet altijd eenvoudig te interpreteren zijn. Dit blijkt ook bij de onderzoeken die in de hoofdstukken 2 tot en met 5 worden besproken. Daarom is het belangrijk om bij de ontwikkeling van een toezichtprogramma, de precieze doelstellingen van een programma, de verwachte effecten en de wijze waarop die (in tussenstappen) kunnen worden gemeten, zoveel mogelijk te concretiseren en te nuanceren. Hierop komen we in hoofdstuk 6 terug.

### 1.5.3 Doelgroepen

Er is literatuur gezocht over toezichtprogramma's voor forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten, en in het bijzonder voor de volgende subgroepen: forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis, zedelinquenten en forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten met problematisch middelengebruik.

Voor deze subgroepen is gekozen omdat zij in de praktijk binnen TBS en gevangeniswezen (in binnen- en buitenland) vaak worden onderscheiden met betrekking tot bejegening en behandeling (zie bijvoorbeeld Verburg

7 Het gaat dan bijvoorbeeld om het zich niet op de afgesproken tijd en plaats melden of het eigen huis verlaten op een moment dat daar geen toestemming voor is. Technische overtredingen zijn daden die op zichzelf geen delict vormen. Overigens komt het voor dat een overtreding van een opgelegde voorwaarde bij sommige sancties wettelijk als een misdrijf wordt gedefinieerd (dit is bijvoorbeeld het geval bij de Canadese *Long term supervision order*).

& Boerema, 2004abc; De Ruiter & Veen, 2005; De Ruiter, Veen & Greeven, 2005; De Kogel, Nagtegaal, Neven & Vervaeke 2006). In deze opzet moet overigens rekening worden gehouden met co-morbiditeit. Het voorkomen van meerdere problemen bij dezelfde delinquent kan het lastig maken studies in te delen volgens de hiervoor geschetste doelgroepen. In het onderhavige onderzoek leverde dit echter geen problemen op. Hierna worden de doelgroepen van dit onderzoek kort omschreven.

#### *Forensisch psychiatrische patiënt*

Hieronder wordt verstaan een persoon die is gediagnosticeerd met een As I- en/of een As II-stoornis<sup>8</sup> en die veroordeeld is voor een (ernstig) delict. In het onderzoek van Van Gestel et al. (2006) gaat het om forensisch psychiatrische patiënten die zijn veroordeeld voor een gewelddadig (zeden)delict. In het huidige project wordt deze restrictie losgelaten.

#### *Delinquent*

Het betreft een persoon die strafrechtelijk is veroordeeld voor een (ernstig) delict. In het onderzoek van Van Gestel et al. (2006) gaat het om een gewelddadig (zeden)delict. In het huidige project wordt deze restrictie losgelaten en worden toezichtprogramma's voor alle typen gedetineerden opgenomen.

De voor deze populaties gevonden toezichtprogramma's worden zoveel mogelijk geassocieerd naar de volgende categorieën:

#### *Programma's voor intensief toezicht*

Programma's voor intensief toezicht worden onder meer gekenmerkt door een frequenter contact tussen de reclasseringsfunctionaris en/of andere toezichthoudende functionarissen en de delinquent. In hoofdstuk 2 gaat het om programma's voor intensief toezicht die niet specifiek bedoeld zijn voor een van de volgende doelgroepen, maar voor (gewelddadige) delinquenten en/of voor (gewelddadige) forensisch psychiatrische patiënten meer in het algemeen.

#### *Programma's voor zedendelinquenten*

Toezichtprogramma's die bedoeld zijn voor delinquenten die primair vanwege een zedendelict strafrechtelijk zijn veroordeeld.

8 In de *Diagnostic and Statistical Manual IVth Edition (DSM-IV)* van de *American Psychiatric Association* worden stoornissen geassocieerd op vijf assen. Op As I worden de zogeheten psychiatrische stoornissen als schizofrenie, angststoornissen en middelenmisbruik en -afhankelijkheid beschreven. As II omvat onder andere de persoonlijkheidsstoornissen, zoals de antisociale persoonlijkheidsstoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis en narcistische persoonlijkheidsstoornis. Op As III kan worden aangegeven of er actuele somatische stoornissen zijn en op As IV scoort men psychosociale en omgevingsproblemen. Op As V ten slotte, kan men een oordeel geven over het algemeen functioneren.

*Programma's voor delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis*

Het gaat om programma's voor delinquenten met een primaire As I-stoornis die veel psychiatrische zorg nodig hebben en aanzienlijke handicaps in het algemene en sociale functioneren vertonen. Onder ernstige psychiatrische stoornissen rekenen we onder andere de volgende diagnoses: schizofrenie, psychotische stoornis, waanstoornis, stemmingsstoornissen, autisme spectrum stoornissen, schizo-affectieve stoornissen.

*Programma's voor delinquenten met problematisch middelengebruik*

Toezichtprogramma's die bedoeld zijn voor delinquenten bij wie sprake is van problematisch middelengebruik: afhankelijkheid of misbruik van middelen (alcohol, drugs, medicijnen en dergelijke).

**1.6 Verzameling en selectie van literatuur****1.6.1 Inclusie- en exclusiecriteria**

Bij het selecteren van studies zijn de volgende inclusiecriteria gehanteerd. Opgenomen zijn:

- Effectstudies, overzichtstudies en meta-analyses die betrekking hebben op een of meer toezichtprogramma's voor volwassen (forensisch) psychiatrische patiënten of delinquenten en die als uitkomstmaat (ten minste) recidive hebben en die tussen 1995 en 2006 zijn verschenen. Effectstudies zijn opgenomen als zij voldeden aan een SMS-score van 3 of hoger.
- Het gaat om toezichtprogramma's na een gevangenisstraf of na een opname in een (forensisch) psychiatrisch ziekenhuis, tijdens verlop bij gevangenisstraf of opname in een psychiatrisch ziekenhuis, of in het kader van voorwaardelijke straffen en maatregelen.
- Als achtergrondmateriaal zijn ook studies die een toezichtprogramma beschrijven en studies over organisatiemodellen voor toezicht verzameld.
- Er zijn zowel gepubliceerde als niet-gepubliceerde studies opgenomen.

**1.6.2 Het zoeken van literatuur**

In eerder onderzoek werden 327 artikelen verzameld die zijn gepubliceerd in de periode 1995-2005 (Van Gestel et al., 2006). Daarvan werden 65 studies over gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis geselecteerd en opgenomen in de literatuurstudie (Van Gestel et al., 2006). Voor het huidige onderzoek werd uit de 327 studies een bredere selectie gemaakt volgens de hiervoor genoemde inclusiecriteria. Er werden 172 artikelen in de huidige studie opgenomen. Daarnaast werd extra litera-

tuur gezocht uit de periode 1995-2006 met behulp van de volgende zoektermen:

(Intensive) supervision; Post release; Post release supervision; Intensive supervision; Aftercare; Post release monitoring; Monitoring; Community care; Community treatment; Outpatient commitment; Probation; Parole.

Deze termen worden gecombineerd met de zoektermen:

Forensic; Forensic psychiatri\*; Mental illness or disorder; Violent (offen\*); Detention; Prison\*; Sexual offen\*; Addict\*; Substance abuse or dependence; Alcohol abuse or dependence; (Criminal) recidivism.

Er is gezocht in de volgende databases:

- Social Sciences Citation Index (<http://go.isiproducts.com>);
- Web of Knowledge (<http://go.isiproducts.com>);
- PsycINFO (<http://web5s.silverplatter.com/webspirs/start.ws>);
- PubMed ([www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi));
- Campbell Library ([www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org));
- Cochrane Library ([www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com));
- Database van het Ministerie van Justitie/WODC (<http://mvjzbzk01/opc/index.html>).

Tevens werd op de websites van de volgende organisaties gezocht:

- Canada's National Crime Prevention Strategy (virtual library) ([www.prevention.gc.ca/en/library/index.html](http://www.prevention.gc.ca/en/library/index.html));
- Home Office Engeland ([www.homeoffice.gov.uk](http://www.homeoffice.gov.uk));
- Probation Service Engeland ([www.probation.homeoffice.gov.uk](http://www.probation.homeoffice.gov.uk));
- Ministry of Public Safety and Emergency Preparedness Canada ([www.just.gov.ab.ca](http://www.just.gov.ab.ca));
- Prison and Probation Service Canada ([www.csc-scc.gc.ca](http://www.csc-scc.gc.ca));
- International Association of Forensic Mental Health Services ([www.iafmhs](http://www.iafmhs));
- Center for Sex Offender Management ([www.csom.org](http://www.csom.org));
- Association for the Treatment of Sexual Abusers ([www.atsa.com](http://www.atsa.com));
- National Institute of Justice United States ([www.ojp.usdoj.gov/nij](http://www.ojp.usdoj.gov/nij));
- Washington State Institute for Public Policy ([www.wsipp.wa.gov](http://www.wsipp.wa.gov)).

### 1.6.3 *Het selecteren van studies*

Aan de hand van de titels en *abstracts* van totaal circa duizend artikelen, is een selectie gemaakt van op te vragen studies. Alle studies die betrekking leken te hebben op een toezichtprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten of delinquenten zijn opgevraagd. De opgevraagde studies zijn gescreend aan de hand van de inclusie- en exclusiecriteria. Van de studies die daaraan voldeden werd een literatuurbestand aangelegd met daarin opgenomen: titel, jaar, auteur, type publicatie (over-

zichtstudie, meta-analyse, effectstudie, beschrijvende studie, opinie of achtergrondartikel) en op welke (sub)groep(en) de studie betrekking heeft. Uit dit gegevensbestand zijn vervolgens de overzichtstudies, meta-analyses en effectstudies geselecteerd. Bij de effectstudies is een nadere selectie gemaakt en zijn alleen studies in het onderzoek opgenomen die gebruikmaakten van een vergelijkings- of controlegroep (de studies met experimentele of quasi-experimentele designs).

Na selectie bleven over:

- 45 studies voor hoofdstuk 2 over intensieve toezichtprogramma's;
- 51 studies voor hoofdstuk 3 over toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis;
- 106 studies voor hoofdstuk 4 over toezichtprogramma's voor zedendelinquenten;
- 54 studies voor hoofdstuk 5 over toezichtprogramma's voor forensisch psychiatrische patiënten en delinquenten met problematisch middelengebruik.

Deze selecties vormen de basis voor de overzichten van toezichtprogramma's die in dit rapport worden gepresenteerd.

Er is naar gestreefd een zo volledig mogelijk overzicht te bieden van effectiviteit en kenmerken van toezichtprogramma's voor de desbetreffende doelgroepen. Een uitputtend overzicht was echter om de volgende redenen niet haalbaar.

- Sommige studies konden niet worden verkregen omdat geen bibliotheek kon worden gevonden met een abonnement op het desbetreffende tijdschrift of omdat de desbetreffende jaargang niet aanwezig was.
- Sommige studies (vooral grijze literatuur, zoals dissertaties) waren niet opvraagbaar en ook niet op het internet te vinden.
- Door aanvragen via het zogeheten sneeuwbal effect op basis van gegevens van gevonden toezichtprogramma's zouden wellicht nog meer relevante studies gevonden zijn, daartoe ontbrak echter in sommige gevallen de tijd.

## 1.7 Beschrijving van de geselecteerde literatuur

Aan het begin van elk hoofdstuk is een aantal voor de betreffende groep delinquenten representatieve toezichtprogramma's meer uitgebreid beschreven. Daarbij komen onder meer aan de orde de doelstellingen en doelgroep van het programma, de inhoud en duur, de betrokken organisaties en hun verantwoordelijkheden en de informatie-uitwisseling tussen deze organisaties, en de veronderstelde werkzame mechanismen van het toezichtprogramma. Voor elke doelgroep zijn de studies geana-

lyseerd volgens een tweetal stappen. In de eerste plaats zijn de resultaten van de meta-analyses en overzichtstudies beoordeeld. Ten tweede zijn de gevonden effectstudies die niet tevens in de meta-analyses en overzichtstudies voorkwamen bestudeerd. De effectstudies werden tevens globaal geclassificeerd naar methodologische kwaliteit volgens de *Maryland Scientific Methods Scale* (SMS). Op basis van de opgenomen meta-analyses, overzichtstudies en losse effectstudies is beoordeeld wat bekend is over de effectiviteit van de betreffende toezichtprogramma's. In beginsel is het effectstudieonderzoek aanvullend. Studies die reeds in de overzichtstudies en meta-analyses waren betrokken, zijn niet opgenomen. Een uitzondering werd daarop gemaakt bij de toezichtprogramma's voor zedendelinquenten. Er werden nauwelijks overzichtstudies en meta-analyses gevonden over toezichtprogramma's voor deze groep. Daarom zijn zo veel mogelijk effectstudies opgenomen. In het hoofdstuk over toezichtprogramma's voor forensisch psychiatrische patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis werd een uitzondering gemaakt op het criterium dat studies ten minste recidive als uitkomstmaat dienden te hanteren. In dit hoofdstuk zijn enkele overzichtstudies die verricht zijn volgens de normen van de Campbell Collaboration maar niet recidive als uitkomstmaat hanteerden, toch opgenomen omdat hun resultaten inzicht bieden in de effectiviteit van toezichtprogramma's voor deze groep en er met betrekking tot deze populatie een relatief gebrek is aan studies met recidive/criminaliteit als uitkomstmaat.

### 1.8 Beoordeling van de resultaten van de geselecteerde studies

Op basis van de opgenomen studies is beoordeeld wat bekend is over de effectiviteit van de desbetreffende toezichtprogramma's. Daarbij is onder meer gebruikgemaakt van een indeling met vier categorieën: *What works*, *What doesn't work*, *What's promising* en *What's unknown* (Sherman et al., 1998; Farrington, 2003)<sup>9</sup>.

*Wat werkt.* Dit betreft programma's die criminaliteit voorkomen binnen de sociale context waarin ze zijn geëvalueerd. Om een programma als werkzaam (effectief) aan te merken, moeten er ten minste twee evaluatiestudies met SMS-score 3 tot 5 zijn met statistisch significante en gewenste resultaten en moet het wetenschappelijke bewijs als geheel overwegend in de richting van effectiviteit wijzen.

*Wat niet werkt.* Dit betreft programma's die er niet in slagen criminaliteit te voorkomen. Om een programma aan te merken als niet werkzaam

<sup>9</sup> Vertaling door de auteurs van het onderhavige rapport op basis van de lijst weergegeven door Farrington (2003, p. 60). Getracht is zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke betekenis te blijven.



(niet effectief), moeten er ten minste twee evaluatiestudies met een SMS-score van 3 tot 5 zijn met statistisch significante toetsen die ineffectiviteit demonstreren en moet het wetenschappelijke bewijs als geheel overwegend dezelfde conclusie ondersteunen.

*Wat mogelijk werkt.* Dit betreft programma's waarbij aan ondersteuning uit wetenschappelijk onderzoek te weinig zekerheid kan worden ontleend voor generaliseerbare conclusies, maar waarbij wel sprake is van een empirische basis voor de verwachting dat nader onderzoek dergelijke conclusies zal ondersteunen. Programma's worden als veelbelovend aangemerkt als ze effectief bleken op basis van significante resultaten in één studie met SMS-score 3 tot 5 en als het wetenschappelijk bewijs als geheel wijst in de richting van effectiviteit.

*Wat we niet weten.* Een programma dat niet geassocieerd kan worden in een van de hiervoor genoemde categorieën wordt beschouwd als een programma met onbekende effecten.

## 1.9 Beperkingen van het onderhavige onderzoek

Dit onderzoek is in ruim negen maanden verricht (tussen 15 oktober 2007 en 31 juli 2007). Er is een grote hoeveelheid literatuur verzameld over onderzoek naar effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen van toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten. Bij onderzoek naar de effectiviteit van toezichtprogramma's hebben wij ons in overleg met de beleidsdirecties geconcentreerd op recidive als uitkomstmaat. Er zijn daarnaast andere uitkomstmaten denkbaar die in dit onderzoek onderbelicht zijn gebleven, zoals verbetering van psychische stoornissen, aspecten van sociale re-integratie en dergelijke. Verder hebben wij in dit onderzoek niet of nauwelijks aandacht kunnen besteden aan de kosten van toezichtprogramma's. Er is naar gestreefd zo volledig mogelijk te zijn bij de verzameling van de literatuur. Binnen het gegeven tijdsbestek was, gezien de breedte van het onderwerp en de onderzoeksgroepen, een uitputtend onderzoek niet haalbaar (zie ook paragraaf 1.6).



## 2 Programma's voor intensief toezicht

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal welke toezichtprogramma's er zijn ontwikkeld voor delinquenten in de maatschappij, na afloop van of in plaats van een gevangenisstraf of strafrechtelijke maatregel. Het gaat hier om toezichtprogramma's die niet voor een specifieke subgroep van delinquenten of forensisch psychiatrische patiënten zijn bedoeld. Programma's die speciaal zijn ontwikkeld voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis, voor zeden-delinquenten of voor verslaafden komen in de hoofdstukken 3, 4 en 5 aan de orde.

Er is een aanzienlijke hoeveelheid literatuur over de vraag welke interventies werkzaam zijn ter preventie van recidive. De afgelopen twintig jaar zijn er op dit gebied tal van meta-analyses en overzichtstudies verschenen. Om enkele voorbeelden te noemen: een overzichtstudie van interventies gericht op het verminderen van gewelddadige recidive (Dowden & Andrews, 2000), een meta-analyse van het effect op recidive van (cognitief-gedragstherapeutische) behandelprogramma's voor delinquenten (Redondo, Sanchez-Meca & Garrido, 1999), een meta-analyse van onderwijs- en werktoeleidingsprogramma's voor delinquenten (Wilson, Gallagher & MacKenzie, 2000). Er zijn verschillende publicaties waarin de resultaten van dergelijke overzichtstudies en meta-analyses worden geïntegreerd en die op basis daarvan algemene principes formuleren die geacht worden de kans op succes van een interventie te vergroten (onder meer McGuire, 2002; Sherman, Farrington, Welsh & MacKenzie, 2002).

Voor het onderhavige hoofdstuk is uit de hiervoor genoemde literatuur een selectie gemaakt van de meta-analyses, overzichtstudies en effectstudies die betrekking hebben op toezichtprogramma's. Daartoe is aangesloten bij de vormen van vrijheidsbeperking en toezicht bij delinquenten die zich in de maatschappij bevinden die worden onderscheiden door MacKenzie (2002). Dit zijn: intensief reclasseringstoezicht, elektronisch toezicht, huisarrest, *day reporting centers* en voorzieningen voor beschermd wonen (*correctional halfway houses*).

Programma's voor intensief reclasseringstoezicht (*Intensive supervision probation/parole, ISP's*) worden onder meer gekenmerkt door frequentere contacten tussen professionals van de toezichthoudende instantie en de delinquent, het (elektronisch) monitoren – volgen van gedrag en bewegingen – van betrokkene, het toepassen van huisarrest en avondklok, en controles op drugs- en alcoholgebruik (Gendreau, Cullen & Bonta, 1994). Elektronisch toezicht (*Electronic monitoring, EM*) is het lokaliseren en/of volgen van een persoon met behulp van een elektronisch hulpmiddel (zie voor een meer gedetailleerde beschrijving bijvoorbeeld Miedema & Post, 2006; Van de Ende, Janssen, Hensbroek, Kunst, Dings & Hoeleman, 2007).

Huisarrest is het opleggen van vrijheidsbeperkingen aan een delinquent die in de maatschappij verblijft, door hem te verplichten gedurende bepaalde tijden zijn woning niet te verlaten (MacKenzie, 2002).

*Day reporting centers* hebben zich volgens MacKenzie (2002) sinds 1990 in de Verenigde Staten sterk ontwikkeld (114 centra in 1995). Delinquenten die onder reclasseringstoezicht staan, moeten zich op frequente en regelmatige basis bij het centrum melden. De centra bieden faciliteiten voor controle (door middel van gesprekken met professionals en bijvoorbeeld controle op drugs- en alcoholgebruik), behandel­faciliteiten en faciliteiten voor het zoeken van werk.

Er bestaan tevens voorzieningen voor begeleid wonen voor ex-gedetineerden die zich moeten leren aanpassen aan de maatschappij of als alternatief voor veroordeling tot reclasseringstoezicht (*correctional halfway houses, community residential centers*). Deze hebben zowel een zorg- en behandel­functie als een toezichthoudende functie (MacKenzie, 2002).

Voor zover er overzichtstudies of effectstudies zijn gevonden over *halfway houses* voor gedetineerden in het algemeen zijn deze in dit hoofdstuk opgenomen. Veelal zijn *halfway houses* echter bedoeld voor ex-gedetineerden met psychiatrische problematiek.

Er zijn 45 artikelen gevonden over ISP, elektronisch toezicht, huisarrest, *day reporting centers* en *correctional halfway houses*, waaronder zes overzichtstudies en twee meta-analyses. De overige artikelen waren effectstudies, beschrijvende studies over toezichtprogramma's, en *state of the art*-artikelen en analyses vanuit sociaalwetenschappelijke, beleidsmatige of juridische invalshoek. We hebben ons niet gericht op studies over programma's die van heel korte duur zijn en/of bedoeld zijn voor plegers van lichte delicten. Wij hebben geen overzichtstudies en weinig effectstudies gevonden die specifiek betrekking hadden op *day reporting centers*<sup>10</sup>. De centra lijken zich ook voor een belangrijk deel te richten op (jeugdige) arrestanten en kortgestraften wegens drugs- en/of vermogensdelicten (bijvoorbeeld Lurigio & Olson, 2003; Martin, Olson & Lurigio, 2000). Omdat het meeste effectonderzoek betrekking heeft op ISP en omdat de andere genoemde vormen van toezicht veelal deel uitmaken van een meer omvattend ISP, concentreert dit hoofdstuk zich met name op wat bekend is over de effectiviteit en de achterliggende mechanismen van ISP's.

ISP's voor volwassenen zijn vanaf de jaren zestig ontwikkeld in onder meer de Verenigde Staten, en Engeland en Wales. Vooral in de Verenigde Staten zijn ISP's wijd verbreid. Iedere staat heeft een of meer ISP's ontwikkeld (Gendreau, Goggin & Fulton, 2000).

10 Niet te verwarren met *day (care) centers* voor patiënten met ernstige psychische stoornissen. Voor zover relevant met betrekking tot forensisch psychiatrische patiënten komen deze aan de orde in hoofdstuk 3.

ISP-programma's verschillen aanzienlijk in de mate waarin het accent ligt op zorg of op *monitoring* en *control* en daarmee ook in combinaties van inhoudelijke componenten. Ook kunnen ze verschillen in doelstelling, bijvoorbeeld vermindering van recidive of vermindering van het aantal intramurale straffen (Moore, Gray, Roberts, Taylor & Merrington, 2006). De ISP's in de Verenigde Staten waren in de jaren tachtig tot begin jaren negentig hoofdzakelijk gericht op *control*, *surveillance* en *monitoring*. De componenten van dergelijke programma's zijn door Gendreau et al. (2000) als volgt gekarakteriseerd:

1. *greatly increasing contact between supervisors and offenders;*
2. *confining offenders to their homes;*
3. *enforcing curfews;*
4. *submitting offenders to random drug testing;*
5. *requiring offenders to pay restitution to their victims;*
6. *electronically monitoring offenders;*
7. *requiring offenders to pay for the privilege of being supervised.*

Recentere Amerikaanse ISP's hebben naast *monitoring* en *control* ook behandel- en rehabilitatiecomponenten opgenomen (Gendreau, Cullen & Bonta, 1994). Gendreau et al. (1994) noemen deze wel de '*second generation of intensive rehabilitation supervision programmes*'.

*Intensive Supervision Probation* is evenals andere zogeheten alternatieve straffen ('*intermediate sanctions*') bedoeld voor delinquenten die in aanmerking zouden komen voor een gevangenisstraf. Het betreft sancties die wat zwaarte betreft ergens tussen gevangenisstraf en regulier reclasseringstoezicht in liggen (Petersilia, 1998). *Intensive Supervision Parole* is bedoeld voor delinquenten die na een straf of maatregel voorwaardelijk vrijkomen en vanwege een hoger recidiverisico intensief toezicht nodig hebben.

De doelgroepen van ISP's zijn tamelijk divers. Veel van de programma's voor *Intensive Supervision Probation en Parole* worden gebruikt voor delinquenten met een relatief hoog delict risico (Petersilia, 1998). Dit betreft een aantal bijzondere groepen (*special needs offenders*), met name geweldsdelinquenten, waaronder daders van huiselijk geweld, (jeugdige) veelplegers, zedendelinquenten en delinquenten met verslavingsproblematiek. De belangrijkste doelstellingen van intensief toezicht zijn enerzijds het verminderen van recidive en anderzijds het verminderen van het aantal of percentage intramurale straffen ter ontlasting van het gevangenisstelsel (Moore et al., 2006). Andere doelstellingen zijn het bieden van een breder palet aan mogelijke sancties en het verlagen van de kosten van het sanctiesysteem (Clear & Hardyman, 1990).

Volgens Moore et al. (2006) combineren intensieve toezichtprogramma's uitgangspunten van vier (eerder door Muncie in 2004 geformuleerde) invalshoeken:

*Een punitieve benadering.* Deze benadering veronderstelt dat de delinquent wordt afgeschrikt door de verhoogde kans op ontdekking als gevolg van het verscherpte toezicht en de door de verwachte consequenties van ontdekking. Deze zouden de delinquent weerhouden van het plegen van nieuwe delicten.

*Een rehabilitatiebenadering.* Deze benadering is gericht op het veranderen van kenmerken van de delinquent en of van aspecten van de omgeving van de delinquent die verondersteld worden oorzakelijk verband te houden met zijn criminele gedrag. Dit betreft bijvoorbeeld de geestelijke gezondheid, houdingen, cognities, sociale relaties, opleiding, werk en vaardigheden. De bedoeling van de interventie is om het risico dat betrokkene in de toekomst een delict pleegt te verkleinen (Gendreau, Cullen & Bonta, 1994). De rehabilitatiebenadering streeft een langeretermijnverandering in delictrisico na. Een voorbeeld van een invloedrijke stroming is de *What Works*-benadering die als belangrijkste doelstelling heeft te onderzoeken welke interventies werken voor welke delinquenten en onder welke omstandigheden (McGuire, 1995).

*Een risicomanagementbenadering.* De doelstellingen van behandeling worden binnen gevangenis- en forensisch-psychiatrische settings veelal geformuleerd in termen van vermindering van delictrisico's. Er wordt gesignaleerd dat de rehabilitatiebenadering meer en meer overlapt met een benadering van risicomanagement waarin het belang van bescherming van de samenleving vooropstaat (Garland, 2001). In essentie zou dit volgens sommigen een verschuiving betekenen van een optimistische benadering waarin wordt geloofd in transformatieve mogelijkheden van rehabilitatie, naar meer beperkte, pragmatische, '*managerial*' doelstellingen: het herkennen en classificeren van groepen op basis van risiconiveau, en vervolgens het managen door middel van toezicht, preventie en onschadelijkmaking (Zedner, 2004, in Moore et al., 2006).

*Een normatieve benadering.* Naast benaderingen die zich richten op het voorkomen van recidive in de toekomst, zouden bij de toepassing/oplegging van intensief toezicht ook principes als vergelding en proportionaliteit van de straf van invloed zijn. De zogeheten *intermediate sentences* (zoals de veroordeling tot intensief reclasseringstoezicht) zouden wat dit betreft het 'gat' vullen tussen gevangenisstraf, die soms een te zware of niet geschikte optie wordt geacht, en standaard *community sentences* (zoals regulier reclasseringstoezicht), die soms als te *soft* gepercipieerd worden. Hier zou ook de normatieve opvatting onder kunnen vallen dat de overheid voor een fatsoenlijke re-integratie dient te zorgen waarbij zij betrokkene zinvolle resocialisatiemogelijkheden biedt.

Doordat in intensieve toezichtprogramma's uiteenlopende benaderingen samenkomen, zijn ze volgens Moore et al. ook vanuit verschillende politiek-maatschappelijke gezichtspunten aantrekkelijk: het wordt (of lijkt) mogelijk zowel *tough on crime* te zijn, als iets te doen aan de overvolle gevangenissen en andere instellingen, en tegelijk bij te dragen aan de rehabilitatie van delinquenten.

In dit hoofdstuk onderzoeken wij wat bekend is over de effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen van intensieve toezichtprogramma's. In paragraaf 2.2 wordt een tweetal toezichtprogramma's beschreven en wordt ingegaan op de veronderstelde werkzame mechanismen. In paragraaf 2.3 zal kort worden besproken wat bekend is uit overzichtsstudies en meta-analyses over de effectiviteit van residentiële en ambulante behandeling en toezicht van zedendelinquenten. In paragraaf 2.4 worden effectstudies over intensieve toezichtprogramma's besproken. Paragraaf 2.5 ten slotte omvat een discussie en conclusies.

## 2.2 Beschrijving van toezichtprogramma's en veronderstelde werkzame mechanismen

De programma's die hier worden beschreven zijn een ISP voor *high risk offenders* en het *HotSpot Community Probation*-programma waarin reclassering en politie samenwerken.

Daarbij komen aan de orde de doelgroep van het programma, het juridisch kader op basis waarvan toezicht kan worden gehouden, de doelstellingen en de belangrijkste onderdelen van het programma en de betrokken organisaties en hun verantwoordelijkheden. Bij ieder programma wordt voor zover deze bekend zijn, aangegeven welke de veronderstelde werkzame mechanismen zijn. In de tabellen 1 en 2 van bijlage 2 wordt van elk programma een schematisch overzicht gegeven.

### 2.2.1 Een prototypisch Intensive Supervision Program (ISP)

#### *Omschrijving programma*

Voor de *American Probation and Parole Association* is een 'prototypisch model' van een programma voor intensief reclasseringstoezicht ontwikkeld en geëvalueerd (Latessa, Travis, Fulton & Stichman, 1998). In 1993 ontving de Amerikaanse *Probation and Parole Association* daartoe subsidie van het nationale *Bureau of Justice*. De ontwikkeling van het 'prototypisch ISP' gebeurde door een werkgroep van wetenschappers en reclasseringsfunctionarissen.

### *Doelstellingen*

De doelstellingen van het programma zijn het terugdringen van crimineel gedrag op kortere termijn gedurende deelname aan het programma en het bereiken van gedragsverandering op langere termijn en daardoor verminderen van recidiverisico op langere termijn.

### *Doelgroep en juridisch kader*

De doelgroep van het programma vormen volwassen delinquenten met een hoog recidiverisico die voorwaardelijk in vrijheid zijn gesteld na een gevangenisstraf (*parole*).

### *Onderdelen*

In tegenstelling tot ISP's die vooral op controle zijn gericht, omvat dit programma zowel controlecomponenten (bijvoorbeeld monitoren van gedrag, drugscontroles), als behandeling en andere voorzieningen die re-integratie bevorderen.

*Monitoring van het gedrag* van de delinquenten en van hun sociale omgeving ter signalering van (dreigende) terugval neemt een belangrijke plaats in (bijvoorbeeld drugscontroles, elektronisch toezicht, regelmatige contacten met de reclasseringsfunctionaris). Dit is echter niet uitsluitend gericht op '*watching & catching*', maar vooral op het volgen van de voortgang van de maatschappelijke re-integratie en indien nodig het bijsturen daarvan. Daarbij is er *frequent en inhoudelijk contact* van de reclasseringsfunctionaris met betrokkene, gericht op het oplossen van eventuele problemen, bijvoorbeeld met betrekking tot werk, huisvesting, sociale contacten. Er wordt daarbij een *positief beloningssysteem* gehanteerd om gedragsverandering te bewerkstelligen. In de praktijk waren er 2,7 contacten per maand en 0,68 drugscontroles per maand (Latessa et al., 1998). Er vinden systematische casusbesprekingen/evaluaties plaats waarin de voortgang van de re-integratie aan de orde is.

Daarnaast moet de delinquent verantwoording afleggen over zijn gedrag en is er in het geval hij niet aan de voorwaarden meewerkt een *sanctiesysteem*.

*De reclasseringsfunctionarissen treden op als belangenbehartigers* van de delinquent, door in de gemeenschap voorzieningen en hulpbronnen aan te boren om de re-integratie te bevorderen. De reclasseringsfunctionarissen stellen zich daarnaast op als rolmodel om prosociaal gedrag van de delinquent te bevorderen.

Er wordt veel aandacht besteed aan de *selectie van delinquenten met een hoog recidiverisico*, de doelgroep van het programma. Daartoe wordt een gevalideerd risicotaxatie-instrument gebruikt (*Wisconsin risk assessment instrument* en andere niet nader genoemde gevalideerde risicotaxatie-instrumenten). Er is een range van (geaccrediteerde) gedragsinterventies beschikbaar waaruit wordt geput om de meest geschikte *behandelingen* te zoeken ten aanzien van de *criminogenic needs* van betrokkene. In de prak-



tijk vond bij dit ISP-programma bij 94,3% van de deelnemers enige vorm van *counseling*, behandeling of deelname aan een andere voorziening zoals arbeidstoeleiding plaats.

Bij het prototypisch ISP-model hoort een toets of het programma voldoet aan de basisprincipes voor een effectieve justitiële behandelinterventie volgens de *What Works*-benadering. Daartoe wordt de *Correctional Program Assessment Inventory* gebruikt (CPAI, Gendreau & Andrews, 1994). Deze omvat zes aspecten: de implementatie van het programma, selectie van de deelnemers, kenmerken van het programma, zoals het beschikken over een goed theoretisch model, de mate waarin het programma gericht is op *criminogenic needs*, kenmerken van de staf, zoals ervaring, kwalificaties en training, de wijze waarop het programma wordt geëvalueerd, en een categorie met onder meer ethische aspecten en de mate van financiële steun en ook de houding van *stakeholders* zoals politici, rechters, officieren van justitie tegenover het programma. Verder dient een programma-evaluatie plaats te vinden bestaand uit een proces- en effectevaluatie.

#### *Duur programma*

De duur van het programma hangt mede af van de duur van de voorwaardelijke invrijheidstelling van betrokkene. In de praktijk namen delinquenten gemiddeld 6,77 maanden aan ISP deel.

#### *Consequenties bij schending voorwaarden*

Er wordt een gradueel systeem van sancties gehanteerd bij overtreding van voorwaarden. Indien nodig wordt de voorwaardelijke invrijheidstelling herroepen en wordt betrokkene in de gevangenis teruggeplaatst.

#### *Instanties en verantwoordelijkheden*

De regie van ISP ligt bij reclasseringsfunctionarissen, die daartoe kleinere caseloads krijgen, van 25 in plaats van 100-200 in het geval van regulier toezicht. Zij coördineren het toezicht en de toeleiding tot behandeling en andere voorzieningen. Ook betrekken zij de gemeenschap bij de re-integratie van betrokkene. Het hoofduitgangspunt bij het management van het programma is het bereiken van de inhoudelijke programma-doelen.

#### *Veronderstelde werkzame mechanismen*

Op basis van de literatuur over ISP's concluderen Latessa et al. (1998) dat ISP in het algemeen niet leidt tot meer of minder nieuwe delicten (arrestaties) bij de deelnemers, in vergelijking tot delinquenten met regulier reclasseringstoezicht. Bij ISP worden echter wel meer technische overtredingen gevonden (o.a. Petersilia & Turner, 1993a). Dit kan betekenen dat de veronderstelde *afschrikking door verhoogde pakkans* bij ISP niet werkt. Een andere mogelijkheid die wordt geopperd is dat ISP-deelnemers mogelijk

wel minder recidiveren dan deelnemers aan controlegroepen met regulier toezicht, maar dat het intensieve toezicht tot een *verhoogde detectiekans* leidt (Petersilia & Turner, 1993ab). Daarmee zou het programma bijdragen aan vermindering van criminaliteit op kortere termijn, namelijk zo lang het geïntensiveerde toezicht duurt.

Aan de andere kant werd door Latessa et al. (1998) bij de ISP-groep een verbetering gevonden in *criminogenic needs*, en deze was weer geassocieerd met vermindering van recidive. Mackenzie en Brame (2001) zien als een mogelijk algemeen mechanisme van ISP dat het geïntensiveerde toezicht leidt tot *verbetering van deelname aan de behandeling (behandelretentie), werktoeleiding en tot vermindering van middelenmisbruik*. De behandeling en re-integratie leiden tot gedragsverandering en daardoor tot recidivevermindering op langere termijn.

### 2.2.2 Het HotSpot Community Probation Program Maryland, VS

#### *Omschrijving programma*

Het *HotSpot Initiative*, Maryland, VS (Piquero, 2003; Wooten & Hoelter, 1998) is een programma om buurten veiliger te maken. Een onderdeel van het programma is intensief toezicht op volwassen en jeugdige delinquenten ('veelplegers') die zijn veroordeeld tot reclasseringstoezicht (*probation*). Een buurt kan worden geselecteerd als HotSpot-buurt als er sprake is van een onevenredige concentratie van criminaliteit of een onevenredige angst voor criminaliteit.

#### *Doelstellingen*

Doelstelling van het programma als geheel is het verminderen van criminaliteit en overlast in buurten. De doelstelling van het *community probation*-onderdeel is het verminderen van recidive van de desbetreffende delinquenten.

#### *Doelgroep en juridisch kader*

Het intensieve toezicht is gericht op volwassen en jeugdige delinquenten ('veelplegers') die zijn veroordeeld tot reclasseringstoezicht (*probation*).

#### *Onderdelen*

Het HotSpot-programma houdt onder meer een aantal maatregelen in die ingevoerd moeten worden in buurten die aan het programma meedoen.

Dit betreft:

1. Bewoners moeten bereid zijn criminaliteit in hun buurt actief te bestrijden, daartoe moet er een bepaalde mate van organisatie van bewoners zijn.
2. De wijkpolitie draagt door middel van traditionele politieactiviteiten (surveillance, wijkagenten) bij aan de bestrijding van criminaliteit.

3. De reclassering plaatst reclasseringsfunctionarissen in wijkkantoren om van daaruit toezicht te houden op de reclasseringscliënten in de wijk.
4. Buurt, politie en reclassering moeten samenwerken in het bestrijden van overlast.
5. Preventieactiviteiten voor de jeugd. Betrokkenheid van de plaatselijke scholen is nodig in de vorm van naschoolse activiteiten en het tegengaan van spijbelen.
6. Er is een lokale projectcoördinator (een *senior officer*).

De toezichtcomponent (*community probation*) van het programma houdt in dat er door lokale HotSpot-teams toezicht wordt gehouden op de delinquent. De teams bestaan uit reclasseringsfunctionarissen, jeugdwerkers en politiefunctionarissen. Het team wisselt informatie uit, legt huisbezoeken af en controleert of de delinquent zich aan opgelegde voorwaarden zoals huisarrest en avondklok houdt. De informatie uit de gesprekken die de reclassering met betrokkene houdt, wordt aangevuld met 'veldobservaties' van de politie.

Daarnaast zorgt het team er ook voor dat de delinquent aan behandeling en/of arbeidstoeleiding deelneemt, praktische hulp krijgt en dergelijke.

#### *Duur programma*

De duur van het reclasseringstoezicht hangt af van de duur waarvoor betrokkene daartoe is veroordeeld door de rechtbank. In het artikel is geen duur vermeld.

#### *Consequenties bij schending voorwaarden*

Overtredingen van de voorwaarden en arrestaties wegens nieuwe delicten kunnen leiden tot sancties. De teams passen insluiting als sanctie alleen toe bij nieuwe ernstige delicten of als de veiligheid van het publiek wordt bedreigd en dit niet op een andere manier kan worden afgewend. In alle andere gevallen hanteert het team een systeem van sancties die ter plaatse kunnen worden uitgevoerd en die de vrijheden van betrokkene in meer of mindere mate beperken (Wooten & Hoelter, 1998).

#### *Instanties en verantwoordelijkheden*

Het HotSpot-programma is op 36 locaties in de staat Maryland geïmplementeerd. Elk programma kent een lokale coördinator. De organisatie van het *community probation*-gedeelte gebeurt door het HotSpot-team vanuit kantoren in de wijk. Het team heeft een relatief kleine caseload van uitsluitend *at risk*-delinquenten. De reclasserings- en politiefunctionarissen wisselen informatie uit over de delinquenten en werken samen in het toezicht. De reclasseringsfunctionarissen voorzien de politie van informatie over statische risicofactoren van de desbetreffende delinquenten (delictgeschiedenis, druggebruik en dergelijke).

Ook zijn buurtbewoners betrokken bij het oplossen van problemen rond delinquenten in de buurt. Zij leren het HotSpot-team kennen en worden aangemoedigd mogelijk illegale activiteiten te melden.

Het team houdt wekelijkse bijeenkomsten van drie uur volgens een vaste structuur. De caseload van het team wordt doorgesproken en voor elke delinquent wordt bekeken wat op dat moment de beste aanpak is en welke methoden van toezicht worden ingezet. Ook wordt bekeken welke voorzieningen voor hem aangeboord kunnen worden en wordt nagedacht over de wijze waarop voor de aanpak steun in de buurt kan worden verworven. Ten behoeve van de informatieverzameling en uitwisseling beschikt het team over het *OperationSpotlight Information System* (OSIS). Het team ontvangt diverse inhoudelijke en vaardigheidstrainingen over onder meer justitiële interventies.

#### *Veronderstelde werkzame mechanismen*

De veronderstelde mechanismen die moeten leiden tot recidivevermindering worden in de twee hiervoor vermelde artikelen nauwelijks expliciet beschreven. Als werkzame mechanismen van de *community probation*-component lijken echter te worden gezien het *delen van informatie* door reclassering en politie over *at risk*-delinquenten en het *gecoördineerd toezicht houden door meer instanties*, in dit geval politie en reclassering. Ook wordt soms buurtbewoners gevraagd om gedrag dat mogelijk verband houdt met het plegen van delicten te melden aan het HotSpot-team. Deze combinatie zal naar verwachting betere informatie opleveren en daardoor het adequaat en tijdig onderkennen van delictrisico's bevorderen, waardoor delicten kunnen worden voorkomen of in geval van een delict snel actie kan worden ondernomen.

Volgens Piquero (2003) zouden twee algemene mechanismen aan de orde kunnen zijn: *afschrikking* en *sociale controle*. De aanwezigheid van de politie die samen met de reclassering toezicht houdt, zal naar verwachting delinquenten afhouden van het plegen van delicten, omdat zij door de aanwezigheid van de politie worden herinnerd aan de mogelijke sancties (*afschrikking*). De resultaten onderbouwen volgens Piquero (2003) niet dat *community probation* door HotSpot-teams een sterkere afschrikwekkende werking zou hebben dan reguliere vormen van reclasseringstoezicht. Delinquenten lijken volgens haar echter eerder te worden afgehouden van het plegen van nieuwe delicten door *informele sociale controle*. Dit wordt gebaseerd op de bevinding dat delinquenten met meer sociale bindingen minder geneigd waren te recidiveren. De politie en de reclassering zouden volgens de auteur meer kunnen doen om informele sociale controlemechanismen te bevorderen, bijvoorbeeld door het aanbieden van trainingen en te helpen bij het zoeken van werk.

In het voorgaande zijn twee voorbeelden van programma's beschreven: een ISP en HotSpot, een toezichtprogramma waarbij reclassering en

politie samenwerken. In de volgende paragrafen zal centraal staan wat er bekend is over de effectiviteit van intensieve toezichtprogramma's.

### **2.3 Effectiviteit van programma's voor intensief toezicht: meta-analyses en overzichtstudies**

In het navolgende worden eerst enkele kenmerken van de meta-analyses en overzichtstudies kort beschreven, zoals de doelstellingen en de inclusiecriteria voor studies. Daarna komen de belangrijkste resultaten over de effectiviteit van de opgenomen toezichtprogramma's aan de orde.

#### **2.3.1 Kenmerken meta-analyses en overzichtstudies**

In dit hoofdstuk zijn twee meta-analyses (Aos, Miller & Drake, 2006; MacKenzie, 2006a) en zes overzichtstudies betrokken die (mede) betrekking hebben op intensief toezicht en/of elektronisch toezicht (Cullen, Wright & Applegate, 1996; Gendreau, Goggin & Fulton, 2000; MacKenzie, 2002; Seiter & Kadela, 2003; Moore, Gray, Roberts, Taylor & Merrington, 2006; Villettaz, Killias & Zoder, 2006). Een zevende overzichtstudie (Taxman, 2002) is niet in tabel 1 opgenomen, omdat alle veertien daarin behandelde studies over ISP al in de andere overzichten voorkwamen. Over *day reporting centers* zijn geen overzichtstudies gevonden.

De meta-analyse van Aos, Miller en Drake (2006) heeft als doel te komen tot een overzicht van wetenschappelijk onderbouwde preventiestrategieën en interventies bij jeugdigen en volwassenen die de hoeveelheid criminaliteit en de kosten van criminaliteit zouden kunnen terugbrengen en uiteindelijk de noodzaak tot bouw van nieuwe gevangenissen zouden kunnen beperken. In de analyse zijn Engelstalige studies vanaf 1970 opgenomen die als uitkomstmaat (een aspect van) criminaliteit hanteren (bijvoorbeeld het veroordeeld worden wegens een nieuw delict). Om opgenomen te worden, moesten studies minimaal een vergelijkingsgroep hanteren. Er is een weging toegepast op basis van de kwaliteit van de studies: resultaten van gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken zijn het zwaarst meegewogen. Resultaten van studies met een minder goed gekozen vergelijkingsgroep zijn minder zwaar gewogen. Aos et al. (2006) hanteren twee uitkomstmaten: enerzijds effect op criminaliteit en anderzijds kosten en baten. De interventies zijn thematisch geordend, maar op de inhoud van de interventies wordt niet ingegaan. Aos et al. (2006) verdelen de studies over intensief reclasseringstoezicht in twee groepen, waarvan er één intensief toezicht dat vooral op monitoring is gericht omvat, en één intensief toezicht met naast monitoring een behandelcomponent. Aos et al. (2006) rapporteren niet over de effectiviteit van

individuele programma's, maar slechts groepsgewijs, daarom zijn hun gegevens ook op die manier in tabel 1 weergegeven.

De meta-analyse van MacKenzie (2006a) richt zich op effectonderzoek met betrekking tot programma's voor intensief reclasseringstoezicht en voor elektronisch toezicht. Zij spitst zich daarbij toe op programma's waarin controle en niet rehabilitatie vooropstaat. Daarmee wordt bedoeld dat activiteiten zoals contacten met een reclasseringsfunctionaris of urinecontroles bij deze programma's in het teken staan van het afleggen van verantwoording door de delinquent.

MacKenzie analyseert de onderzoeken die eerder in haar overzichtstudie uit 2002 (zie hierna) werden opgenomen, en enkele meer recente studies met verfijndere statistische technieken. In de meta-analyse zijn studies opgenomen met een SMS-score van 3 of hoger.

Cullen, Wright en Applegate (1996) bieden een literatuuroverzicht van effectonderzoek en kritische bespreking van programma's die zijn gericht op het toezicht op en de beheersing van het gedrag van delinquenten tijdens een straf die in de gemeenschap ten uitvoer wordt gelegd. Zij concentreren zich daarbij op vier van deze *intermediate sanctions*: *intensive supervision parole/probation*, huisarrest met elektronisch toezicht, drugscontroles en *bootcamps*. Voor dit hoofdstuk zijn alleen de eerste twee relevant. De ISP-studies die worden besproken overlappen voor een belangrijk deel met die uit de overzichtstudie van MacKenzie (2002) en worden daarom maar één keer in tabel 1 vermeld. De studies over huisarrest met elektronisch toezicht worden door Cullen et al. (1996) niet systematisch apart behandeld. Daarom zijn ze in tabel 1 als groep weergegeven, met de conclusies die Cullen et al. (1996) over het totaal geven. In het artikel wordt niet vermeld wat precies de inclusiecriteria waren.

Gendreau, Goggin en Fulton (2000) bespreken het beleid en de stand van zaken op het gebied van *intensive supervision parole* en *probation* in de Verenigde Staten en Canada. Een doel van het artikel is het bespreken van de effectiviteit van ISP's en andere sancties. In het artikel is een tabel opgenomen met de resultaten van een meta-analyse van effectonderzoek met betrekking tot onder meer 47 ISP's en zes effectstudies over elektronisch toezicht. In het artikel is niet vermeld om welke studies het gaat of wat de precieze inclusiecriteria waren. Ook de methodologische kwaliteit van de studies is daardoor niet bekend, wat het moeilijk maakt om de resultaten van de meta-analyse te beoordelen.

MacKenzie (2002) heeft tot doel een overzicht te bieden van de effectiviteit van een zestal strategieën voor preventie van recidive bij jeugdige en volwassen delinquenten in de maatschappij. Deze zijn: onschadelijkmaking (*incapacitation*), afschrikking door straf, beperking van vrijheden in

de gemeenschap, het opleggen van structuur en discipline, rehabilitatie en de combinatie van vrijheidsbeperking (drang en dwang) en rehabilitatie. De effectiviteit van de verschillende strategieën wordt beoordeeld op basis van meta-analyses, overzichtstudies en/of effectstudies, afhankelijk van welke typen publicaties er over het desbetreffende onderwerp beschikbaar waren. De methodologische kwaliteit van de effectstudies is beoordeeld volgens de *Maryland Scientific Methods Scale* (SMS). Het wordt niet duidelijk uit de tekst in hoeverre naar volledigheid is gestreefd. In dit hoofdstuk komen met name de studies op het gebied van beperking van vrijheden in de gemeenschap aan de orde, omdat deze betrekking hebben op toezichtprogramma's.

Het boek getiteld '*Managing persistent and serious offenders in the community*' van Moore et al. (2006) is gewijd aan een beschrijving van de ontwikkeling, en van de politieke en de theoretische basis van programma's voor intensief toezicht in de maatschappij (*Intensive Supervision and Surveillance Programmes, ISSP's*). Het gaat om toezicht op delinquenten met een relatief hoog recidiverisico. Daarnaast biedt het een systematisch overzicht van effectonderzoek aan ISSP's in Engeland en Wales. Een groot deel van het boek bestaat verder uit een casestudy en evaluatie van het ISSP voor jeugdige delinquenten.

Seiter en Kadela (2003) onderzochten de effectiviteit van programma's ten behoeve van de terugkeer van ex-gedetineerden in de samenleving. Alle gevonden studies werden gescoord op SMS-niveau. In de studie zijn programma's betrokken die zich richten op de overgang van de gevangenis naar de gemeenschap (voorbereiding op vrijlating, instroom in werk of speciale voorzieningen die de overgangsfase dienen te vergemakkelijken). Daarnaast worden behandelprogramma's besproken die in de gevangenis starten en gecontinueerd worden in de samenleving (bijvoorbeeld algemene dagelijkse levensvaardigheden, opleiding, of cognitieve gedragstherapie). Een aantal programma's heeft betrekking op specifieke groepen, zoals verslaafden. Deze komen in het desbetreffende hoofdstuk van dit rapport aan de orde. Veel van de besproken programma's hebben geen betrekking op toezicht. In dit hoofdstuk worden alleen de studies over *correctional halfway houses* die Seiter en Kadela (2003) bespreken, opgenomen.

Villettaz, Killias en Zoder (2006) bieden een systematisch literatuuroverzicht van de kennis op het gebied van de effectiviteit van intramuraal ten uitvoer gelegde straffen (*custodial sentences* of gevangenisstraffen) ten opzichte van straffen die buiten de gevangenis of andere instituten ten uitvoer worden gelegd (*non-custodial sentences* of alternatieve straffen zoals reclasseringstoezicht, werkstraffen, elektronisch toezicht). Hun literatuuronderzoek is verricht volgens de methoden van de Campbell Colla-

oration. Het doel van de studie is te onderzoeken wat het relatieve effect van deze twee groepen straffen op latere recidive is.

In totaal werden circa driehonderd gepubliceerde en ongepubliceerde studies die zijn verschenen vanaf 1960 verzameld met een SMS-niveau (*Maryland Scientific Methods Scale*) van 3 of hoger. Daarvan namen zij 23 studies met minimaal SMS-score 4 in het literatuuroverzicht op.

### 2.3.2 Resultaten meta-analyses en overzichtstudies

De resultaten van de overzichtstudies met betrekking tot *Intensive Supervision Probation* en *Parole* laten overwegend geen effect op recidive zien (tabel 1).

Aos, Miller en Drake (2006), Gendreau, Goggin en Fulton (2000) en MacKenzie (2002, 2006) concluderen op basis van respectievelijk 13, 47 en 14 studies<sup>11</sup> dat er geen verschil in (toekomstig) crimineel gedrag is tussen deelnemers aan ISP en vergelijkingsgroepen. Moore et al. (2006) en ook MacKenzie (2002, 2006) concluderen dat in grotere *multi site*-studies van hoge methodologische kwaliteit (SMS-niveau 4 en 5) geen verschil wordt gevonden in recidive tussen delinquenten die aan ISP deelnamen en vergelijkingsgroepen met regulier toezicht. Een zogeheten *landmark study* is in dit verband het onderzoek dat Petersilia en Turner (1993) uitvoerden. Dit betrof een grootschalig gerandomiseerd effectonderzoek van veertien ISP-programma's in negen staten. Vanwege de hoge methodologische kwaliteit wordt aan de uitkomsten van dit onderzoek nog steeds veel waarde gehecht. De belangrijkste conclusie luidt dat er geen aanwijzingen waren dat geïntensiveerd toezicht de betrokken delinquenten zodanig afschrikte dat zij minder delicten pleegden. Wel leidde ISP tot een verhoogde detectiekans van (technische) overtredingen (zoals het missen van een urinecontrole op drugs). Dit laatste is in meer studies bevestigd (zie o.a. MacKenzie, 2002). In kleinere ontwikkelgerichte studies met minder hoge methodologische kwaliteit (SMS-niveau 3) wordt een wisselender beeld gezien. Soms is de recidive bij de ISP-groep hoger, soms bij de vergelijkingsgroep.

Voor de effectiviteit lijkt van belang of ISP al dan niet een behandelings- of rehabilitatiecomponent omvat. Gendreau, Goggin en Fulton (2000) maken onderscheid tussen ISP's met en ISP's zonder behandelcomponent. Als behandelcomponenten beschouwen zij bijvoorbeeld *counseling*, het betrekken van een sociaal netwerk met positieve rolmodellen, het leren van vaardigheden, en begeleiding bij activiteiten. Binnen de door hen gelocaliseerde ISP-evaluatiestudies waarin een ISP-groep werd vergeleken met een controlegroep, onderscheidde zij 15 gevallen van een ISP-groep met een betekenisvolle behandelcomponent, 21 ISP-groepen met een ongespecificeerde behandelcomponent en 49 ISP-groepen zonder behan-

11 Zij baseren zich voor een deel op dezelfde effectstudies.



delcomponent. Zij vonden dat ISP's zonder behandelcomponent leidden tot een toename van recidive met 7%, ISP's met mogelijk enige behandeling gaven aanleiding tot een geringe afname van recidive (3%) en ISP's met een behandelcomponent leidden tot 10% afname van recidive.<sup>12</sup>

Aos et al. (2006) concluderen op basis van acht effectstudies van minimaal SMS-niveau 3, dat ISP's met een behandelcomponent recidive terugdringen met 16,7%. MacKenzie (2002, 2006) vermeldt enkele ISP-studies die aanwijzingen vonden dat het aantal arrestaties geringer was onder ISP-deelnemers die tevens aan behandeling deelnamen (Petersilia & Turner, 1993a; Byrne & Kelley, 1989; Jolin & Stipack, 1991; Latessa, 1993).

Verschillende studies wijzen erop dat verdere nuancering van belang is, zoals afstemming van het toezicht op het risiconiveau van de delinquenten. Zo vinden Bonta, Wallace-Capretta en Rooney (2000a; besproken door Villettaz, Killias & Zoder, 2006), dat een *Intensive Rehabilitation Supervision Program* waarin zowel intensief (elektronisch) toezicht werd geboden als cognitieve gedragstherapie, wel tot minder recidive leidde bij delinquenten met een hoog recidiverisico, maar juist tot meer recidive bij delinquenten met een laag recidiverisico. Ook Hanley (2002) vond in een secundaire analyse van een aantal ISP-programma's dat afstemming van de intensiteit van het toezicht op het recidiverisico van de delinquent leidt tot minder recidive (arrestaties).

De overzichtstudies van effectonderzoek met betrekking tot *elektronisch toezicht* en *huisarrest* laten eenduidig zien dat het gebruik van elektronisch toezicht vergeleken met regulier reclasseringstoezicht niet tot meer of minder recidive leidt tijdens het toezicht of daarna (Gendreau, Goggin & Fulton, 2000; Aos, Miller & Drake, 2006; MacKenzie, 2002, 2006; Cullen, Wright & Applegate, 1996; Villettaz, Killias & Zoder, 2006). Dit gebeurt op basis van ruim 35 studies waaronder in ieder geval drie met een SMS-score 5.

Specifiek over *Day Reporting Centers* zijn geen overzichtstudies aangetroffen, wel enkele effectstudies. Deze komen in paragraaf 2.4.1 aan de orde.

MacKenzie (2002) concludeert op basis van twee oudere overzichtstudies (Allen, Seiter, Carlson, Bowman, Grandfield & Beran, 1976, 35 studies; Latessa & Allen, 1982, 44 studies, geciteerd door MacKenzie, 2002) dat de effecten van *correctional halfway houses* op recidive gemengd zijn. In sommige studies hadden de *halfway house*-bewoners lagere recidive dan een vergelijkingsgroep, in andere gevallen was het andersom. Seiter en Kadela (2003) bespreken twee studies over *halfway houses* met een SMS-niveau van respectievelijk 3 en 4. Ook hier zijn de resultaten gemengd.

12 Omdat in de studie van Gendreau et al. niet wordt aangegeven om welke ISP-studies het ging, zijn de gegevens moeilijk te beoordelen.

### 2.3.3 Tussenconclusies meta-analyses en overzichtstudies

De gevonden overzichtstudies en meta-analyses leveren een vrij duidelijk beeld op van het effect van ISP's op recidive. Ze baseren zich daarbij overigens voor een deel op dezelfde studies. Noch ISP met alleen controlecomponenten, noch de componenten elektronisch toezicht en huisarrest, lijken effect te hebben op recidive tijdens het programma en korte tijd daarna. Hier is voldoende ondersteuning voor uit studies van goede methodologische kwaliteit (diverse studies met een SMS-score van 5). ISP die naast controlecomponenten ook een behandelcomponent omvat, lijkt wel tot recidivevermindering te leiden. De ondersteuning hiervoor komt echter niet uit studies van hoge methodologische kwaliteit en is voor een deel indirect (MacKenzie, 2002). Verder zijn er aanwijzingen dat het effect van ISP's op recidive bij verschillende typen delinquenten anders uitvalt, bijvoorbeeld afhankelijk van hun recidiverisico. Bonta, Wallace-Capretta en Rooney (2000a) vonden dat een *Intensive Rehabilitation Supervision Program* (IRS) bij delinquenten met een hoog recidiverisico, maar niet bij delinquenten met een laag recidiverisico vergeleken met deelnemers aan een controlegroep tot recidivevermindering leidde (tabel 1). In aanvulling op de meta-analyse en de overzichtstudies is gezocht naar individuele effectstudies die zijn verschenen vanaf 1995-2006. In de volgende paragraaf worden uitkomsten en de methodologie van deze individuele effectstudies nader onder de loep genomen.

**Tabel 1 Resultaten overzichtstudies en meta-analyses van programma's voor intensief toezicht<sup>a</sup>**

Programma (aantal studies, SMS-score)	Studie (auteur, jaar)	Uitkomstmaat criminaliteit
Electronic monitoring (6) <sup>b</sup>	Gendreau, Goggin & Fulton (2000); Gendreau, Goggin, Cullen & Andrews (2001) Aos, Miller & Drake (2006)	Gemiddeld geen verschil in recidive tussen deelnemers aan elektronisch toezicht en deelnemers aan een vergelijkingsgroep. - Gemiddelde reductie criminaliteit: 0%. - Baten minus kosten per deelnemer: \$870.
Electronic monitoring (9) <sup>c</sup>		Minder recidive binnen een jaar na invrijheidstelling bij tot elektronisch toezicht veroordeelden vs voorwaardelijk in vrijheid gestelde gedetineerden en tot reclasseringstoezicht veroordeelden (26,7% vs 37,9% en 33,3%). <sup>e</sup>
Electronic monitoring (1 SMS score 3) <sup>d</sup>	Villettaz, Killias & Zoder (2006)	Geen significant verschil tussen deelnemers aan elektronisch toezicht en deelnemers aan regulier 'manual' toezicht in percentage dat werd teruggeplaatst in de gevangenis (14% vs 11%).
Electronic monitoring (1 SMS-score 5) <sup>f</sup>	Mackenzie (2002)	Geen significant verschil tussen deelnemers aan elektronisch toezicht en deelnemers aan regulier 'manual' toezicht in percentage dat werd teruggeplaatst in de gevangenis (21% vs 18%).
Halfway houses (1 SMS-score 3) <sup>h</sup>	Seiter & Kadela (2003)	Geen verschil tussen halfway house-bewoners en vergelijkingsgroepen in aantal en ernst van nieuwe delicten gedurende een jaar.
Halfway houses (1 SMS score 4) <sup>l</sup>	Seiter & Kadela (2003)	Bewoonsters van halfway houses pleegden half zo veel nieuwe delicten als deelnemers aan een vergelijkingsgroep en deze waren ook minder ernstig.
Huisarrest met Electronic monitoring (24) <sup>j</sup>	Cullen, Wright & Applegate (1996)	- Bijna alle programma's hadden lage recidivecijfers (onder de 25%). <sup>k</sup> - In het algemeen geen significant verschil met controlegroepen met regulier toezicht ('manual' supervision). - Recidivecijfers varieerden aanzienlijk tussen programma's. <sup>l</sup> - Terugplaatsing wegens technische overtredingen varieerde van 0-50%, soms hoger bij de EM-groep, soms bij de vergelijkingsgroep.
Huisarrest met Electronic monitoring (8) (SMS-score 3-5) <sup>m</sup>	Mackenzie (2006)	- Slechts één van de studies vond een significant verschil: minder recidive in de interventiegroep dan in de controlegroep met regulier toezicht. - Geen van de effectgroottes, noch de gecombineerde effectgrootte was significant.
Huisarrest (1 SMS score 4) <sup>n</sup>	Villettaz, Killias & Zoder (2006)	Geen verschil in recidive binnen 5 jaar na invrijheidstelling tussen tot community control (huisarrest) veroordeelden en gedetineerden (77,8% vs 78,6%). - Gemiddelde reductie criminaliteit: 0%. - Baten minus kosten per deelnemer: -\$3.747.
Intensive supervision: surveillance oriented programs (13) <sup>o</sup>	Aos, Miller & Drake (2006)	- Gemiddelde reductie criminaliteit: 16,7%. - Baten minus kosten per deelnemer: \$11.563.
Intensive supervision: treatment oriented programs (8) <sup>p</sup>	Aos, Miller & Drake (2006)	

Tabel 1 (Vervolg)

Programma (aantal studies, SMS-score)	Studie (auteur, jaar)	Uitkomstmaat criminaliteit
Intensive supervision programs (47) <sup>d</sup>	Gendreau, Goggin & Fulton (2000); Gendreau, Goggin, Cullen & Andrews (2001)	- Gemiddeld geen verschil in recidive tussen deelnemers aan ISP en deelnemers aan een vergelijkingsgroep. - ISP's zonder behandelcomponent leidden tot toename recidive (7%). - ISP's met behandelcomponent leidden tot lichte afname recidive (3-10%). - Geen significant verschil na een jaar follow-up in arrestaties ISP-groep (37%) en controlegroepen met regulier reclasseringtoezicht (probation, parole) of gevangenisstraf (33%) bij totaal 14 ISP-programma's in 9 staten. - Bij ISP-deelnemers werden meer technische overtredingen geregistreerd (65%) dan bij deelnemers aan de controlegroep (38%).
Intensive supervised probation/parole (ISP) (1 SMS-score 5) <sup>f</sup>	Mackenzie (2002); Cullen, Wright & Applegate (1996)	- ISP-deelnemers recidiveerden in meer gevallen dan deelnemers elektronisch toezicht en delinquenten met een werkstraf. - Uitsluitend degenen die het ISP-programma afmaakten, recidiveerden minder dan de vergelijkingsgroepen.
Intensive supervised probation/parole (ISP) (1 SMS-score 4) <sup>g</sup>	Mackenzie (2002); Moore, Gray, Roberts, Taylor & Merrington (2006)	- ISP-deelnemers recidiveerden in minder gevallen dan deelnemers elektronisch toezicht en delinquenten met een werkstraf. - Uitsluitend degenen die het ISP-programma afmaakten, recidiveerden minder dan de vergelijkingsgroepen.
Intensive supervised probation/parole (ISP) (1 SMS-score 3) <sup>h</sup>	Mackenzie (2002); Cullen, Wright & Applegate (1996)	ISP-deelnemers recidiveerden in minder gevallen.
Intensive supervised probation/parole (ISP) (1 SMS-score 3) <sup>i</sup>	Mackenzie (2002); Cullen, Wright & Applegate (1996)	ISP-deelnemers recidiveerden in minder gevallen (16%) dan een controlegroep die gevangenisstraf kreeg. <sup>y</sup>
Intensive supervised probation/parole (ISP) (1 SMS-score 3) <sup>u</sup>	Mackenzie (2002); Cullen, Wright & Applegate (1996)	ISP-deelnemers recidiveerden in meer gevallen dan deelnemers aan regulier toezicht (parole).
Intensive supervised probation/parole (ISP) (1 SMS-score 3) <sup>w</sup>	Mackenzie (2002); Cullen, Wright & Applegate (1996); Moore, Gray, Roberts, Taylor & Merrington (2006)	- Van de ISP-deelnemers waren er binnen 2 jaar minder gearresteerd (12%) dan van de controlegroep (23%). <sup>y</sup> - Bij 41% van de ISP-deelnemers werd de ISP voortijdig afgebroken.
Intensive supervised probation/parole (ISP) (1 SMS-score 3) <sup>x</sup>	Mackenzie (2002); Cullen, Wright & Applegate (1996)	ISP-deelnemers recidiveerden in minder gevallen.
Intensive supervised probation/parole (ISP) (1 SMS-score 3) <sup>z</sup>	Mackenzie (2002); Cullen, Wright & Applegate (1996)	ISP-deelnemers recidiveerden in meer gevallen dan deelnemers aan drie vergelijkingsgroepen.
Intensive supervised probation/parole (ISP) (1 SMS-score 3) <sup>aa</sup>	Mackenzie (2002); Cullen, Wright & Applegate (1996)	Deelnemers aan ISP met electronic monitoring werden in meer gevallen gearresteerd dan deelnemers aan regulier reclasseringtoezicht (parole).
Intensive supervised probation/parole (ISP) (1 SMS-score 3) <sup>bb</sup>	Mackenzie (2002); Cullen, Wright & Applegate (1996)	Deelnemers aan ISP met electronic monitoring werden in meer gevallen gearresteerd dan deelnemers aan regulier reclasseringtoezicht (parole).

Tabel 1 (Vervolg)

Programma (aantal studies, SMS-score)	Studie (auteur, jaar)	Uitkomstmaat criminaliteit
Intensive supervised probation/parole (ISP) (1 SMS-score 3) <sup>cc</sup>	Mackenzie (2002); Cullen, Wright & Applegate (1996)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ISP-deelnemers (parolees en probationers samen) recidiveerden in meer gevallen dan deelnemers aan een vergelijkingsgroep.</li> <li>- ISP-parolees recidiveerden in minder gevallen dan deelnemers aan een vergelijkingsgroep.</li> </ul>
Intensive supervised probation/parole (ISP) (1 SMS-score 3) <sup>dd</sup>	Mackenzie (2002); Cullen, Wright & Applegate (1996)	ISP-deelnemers recidiveerden in meer gevallen.
Intensive supervised probation/parole (ISP) (1 SMS-score 3) <sup>ee</sup>	Mackenzie, 2002; Cullen, Wright & Applegate (1996)	Deelnemers aan een ISP-drugprogramma recidiveerden in minder gevallen.
Intensive supervised probation/parole (ISP) (1 SMS-score 3) <sup>ff</sup>	Mackenzie (2002)	ISP-deelnemers recidiveerden in meer gevallen dan deelnemers aan regulier reclasseringstoezicht (probation).
Intensive supervised probation/parole (ISP) (1 SMS-score 2) <sup>gg</sup>	Mackenzie (2002)	ISP-deelnemers recidiveerden in minder gevallen dan deelnemers aan regulier reclasseringstoezicht (probation).
Intensive supervision probation/parole (ISP) (13 SMS-score 3-5) <sup>hh</sup>	Mackenzie (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Van 31 gevallen waarin de recidive (meestal arrestatie of veroordeling) van een ISP-groep werd vergeleken met die van een controlegroep werd slechts in 5 gevallen een statistisch significante effectgrootte gevonden.</li> <li>- In 4 van deze gevallen recidiveerde de controlegroep minder, in 1 geval de ISP-groep.</li> <li>- De gecombineerde effectgrootte was ten gunste van de controlegroep, maar was niet statistisch significant.</li> </ul>
Intensive rehabilitation supervision (IRS) met electronic monitoring en cognitieve gedragstherapie (1 SMS score 4) <sup>jj</sup>	Villetaz, Killias & Zoder (2006); Moore, Gray, Roberts, Taylor & Merrington (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen <i>overall</i> verschil in recidive binnen een jaar follow-up tussen IRS-gedetineerden (32%) en een gematchte controlegroep die de hele straf uitzat (31%) of tot reclasseringstoezicht waren veroordeeld (35%).</li> <li>- <i>High risk</i> IRS-gedetineerden recidiveerden minder dan <i>high risk</i> deelnemers aan een controlegroep (31,6% vs 51,1%).</li> <li>- <i>Low risk</i> IRS-gedetineerden recidiveerden meer dan <i>low risk</i> deelnemers aan een controlegroep (32,3% vs 14,5%).<sup>jj</sup></li> </ul>
Intensive supervision and surveillance programs (1 SMS-score 5) <sup>kk</sup>	Moore, Gray, Roberts, Taylor & Merrington (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Na één jaar had 40% een technische overtreding begaan en was een derde opnieuw gearresteerd.</li> </ul>
Intensive supervision and surveillance programs (1 SMS-score 5) <sup>ll</sup>	Moore, Gray, Roberts, Taylor & Merrington (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen significante verschillen tussen ISP-groep en controlegroep.</li> <li>- Geen verschil in recidive tussen ISP-groep en controlegroep.</li> <li>- ISP-groep had meer technische overtredingen.</li> </ul>

Tabel 1 (Vervolg)

Programma	Studie (auteur, jaar)	Uitkomstmaat criminaliteit
Intensive supervision and surveillance programs (1 SMS-score 5) <sup>mm</sup>	Moore, Gray, Roberts, Taylor & Merrington (2006)	- Na 1 jaar follow-up was 11%-48% van de ISP-groep opnieuw gearresteerd wegens een delict. - Geen verschil in recidive tussen ISP-groep en controlegroep.
Intensive supervision and surveillance programs: Intensive Matched Probation and After-Care Treatment (IMPACT) (1 SMS-score 5) <sup>nn</sup>	Moore, Gray, Roberts, Taylor & Merrington (2006)	Geen verschil na 2 jaar follow-up tussen IMPACT-deelnemers en controlegroep met regulier toezicht in nieuwe veroordelingen.
Intensive supervision and surveillance programs Intensive Probation (IP) (1 SMS-score 3) <sup>oo</sup>	Moore, Gray, Roberts, Taylor & Merrington (2006)	Geen verschil na 2 jaar follow-up tussen IP-groep en controlegroep die gevangenisstraf kreeg.
Intensive supervision and surveillance programs Intensive Probation (IP) (1 SMS-score 3-4) <sup>pp</sup>	Moore, Gray, Roberts, Taylor & Merrington (2006)	IP-deelnemers werden binnen twee jaar follow-up minder vaak veroordeeld dan deelnemers aan een gematchte controlegroep die gevangenisstraf kreeg.
Prolific Offender Projects (POP's) (1 SMS-score 3) <sup>qq</sup>	Moore, Gray, Roberts, Taylor & Merrington (2006)	Deelnemers aan POP recidiveerden minder vaak dan deelnemers aan een vergelijkingsgroep. <sup>rr</sup>
Intensive Recidivist Intervention Scheme (IRIS) (1 SMS-score 3) <sup>ss</sup>	Moore, Gray, Roberts, Taylor & Merrington (2006)	- IRIS-deelnemers recidiveerden minder dan gematchte vergelijkingsgroep lokale niet-deelnemende delinquenten. <sup>tt</sup> - IRIS-deelnemers schonden minder vaak de opgelegde voorwaarden dan deelnemers aan een controlegroep onder regulier toezicht.
Intensive Supervision Experiment with Electronic Monitoring (ISEM) <sup>uu</sup>	Moore, Gray, Roberts, Taylor & Merrington (2006)	Geen significant verschil tussen deelnemers ISEM en vergelijkbare delinquenten met gevangenisstraf in recidive gedurende 3 jaar follow-up (26% vs 28%).

a In verschillende overzichtstudies zijn voor een deel dezelfde effectstudies opgenomen. Hiermee wordt bij het trekken van conclusies uit de resultaten rekening gehouden.

b Gendreau, Goggin & Fulton (2000).

c Baird, Wagner, Decomo & Aleman (1994); Bonta, Wallace-Capretta & Rooney (2000a); Dodgson, Goodwin, Howard, Llewellyn-Thomas, Mortimer, Russel & Weiner (2001); Jolin & Stipack (1992); Jones & Ross (1997); Klein-Saffran (1992); Petersilia & Turner (1990); Sugg, Moore & Howard (2001).

d Bonta, Wallace-Capretta & Rooney (2000a).

e De auteurs Bonta, Wallace-Capretta & Rooney (2000a) concluderen dat het verschil in recidive gevolg is van selectie van *lower risk offenders* voor het *electronic monitoring* programma en niet het resultaat aan het programma zelf.

f Austin & Hardyman (1991).

**Tabel 1 (Vervolg)**

- g Baumer & Mendelsohn (1991).
- h Dowell, Klein & Krichmar (1985).
- i Seiter (1975).
- j Cullen, Wright & Applegate (1996) noemen een aantal methodologische beperkingen. De studies hebben meestal betrekking op delinquenten met een laag recidivrisico. Drie studies vormen daarop een uitzondering (Austin & Hardyman, 1991; Brown & Roy, 1995; Jolin & Stipack, 1992). Ten tweede missen acht van de studies een vergelijkingsgroep en zijn in de overige studies veelal niet-ideale vergelijkingsgroepen gebruikt. Drie studies pasten echter aselechte toewijzing toe (Austin & Hardyman, 1991; Baumer, Maxfield & Mendelsohn, 1993; Baumer & Mendelsohn, 1991). Ten derde besteedden weinig studies aandacht aan programma-integriteit, terwijl de studies die dat wel deden op dat gebied aanzienlijke problemen lieten zien. Zie Austin & Hardyman (1991); Baumer, Maxfield & Mendelsohn (1993); Baumer & Klein-Saffran (1989); Brown & Roy (1995); Davis (1986a); Davis (1986b); Davis (1987); Jolin (1988); Jolin & Stipack (1992); Lilly, Ball, Curry & McMullen (1993); Lilly, Ball & Wright (1987); Loveless (1990); Maxfield & Baumer (1991); Ministry of Correctional Services (1991); National Council on Crime and Delinquency (1991); Neville (1989); Quinn & Holman (1991); Rush (1988); Sandhu, Dodder & Mathur (1993); Smith (1990); Smith & Akers (1993); Tuthill (1986).
- k Volgens de auteurs vermoedelijk wegens deelname van laagrisicodelinquenten.
- l Volgens de auteurs komt dit vermoedelijk door verschillen in programma-integriteit.
- m Austin & Hardyman (1991); Baumer & Mendelsohn (1992); Roy & Brown (1995); Bonta, Wallace-Capretta & Rooney (2000a); Bonta, Wallace-Capretta, Rooney (2000b); Courtright, Berg & Mutchnick (1997); Jolin & Stipack (1991); Brown & Roy (1995).
- n Smith & Akers (1993).
- o Bagdon & Ryan (1993); Brown (1999); Byrne & Kelly (1989); Deschenes, Turner & Petersilia (1995); Erwin, Bennett (1987); Fulton, Stichman, Latessa & Lawrence (1998); Johnson & Hunter (1995); Lichtman & Smock (1981); Petersilia, Turner & Deschenes (1992); Petersilia & Turner (1990); Serin, Vuong & Briggs (2003); Smith & Akers (1993); Stichman, Fulton, Latessa & Lawrence (1998); Turner & Petersilia (1992).
- p Bonta, Deschenes, Turner & Petersilia (1995); Hanley (2002); Harrell, Mitchell, Hirst, Marlow & Merrill (2002); Harrell, Mitchell, Merrill & Marlowe (2003); Harrell, Roman, Bhati, Parthasarathy (2003); Pappozzi (1994); Pearson (1988); Petersilia & Turner (1990).
- q Gendreau, Goggin & Fulton (2000).
- r Petersilia & Turner (1993).
- s Jolin & Stipack (1991); Jolin & Stipack (1992).
- t Fallen, Apperson, Hall-Milligan & Aos (1981).
- u De in dit onderzoek (Erwin, 1986) over ISP in Georgia gebruikte methoden, met name de vergelijkbaarheid van de groepen is bekritiseerd (o.a. Tonry & Will, 1988; Petersilia & Turner, 1993).
- v Erwin (1986).
- w Mitchell & Butter (1986).
- x De in dit onderzoek (Pearson, 1987) over ISP in New Jersey gebruikte methoden, met name de vergelijkbaarheid van de groepen is bekritiseerd (o.a. Tonry & Will, 1988; Petersilia & Turner, 1993).
- y Pearson (1987); Pearson (1988).
- z Byrne & Kelly (1989).

**Tabel 1 (Vervolg)**

- aa Latessa (1991).
- bb Austin & Hardyman (1991).
- cc National Council on Crime and Delinquency (1991).
- dd Latessa (1992).
- ee Moon & Latessa (1993).
- ff Latessa (1993).
- gg Molof (1991).
- hh Latessa, Travis, Fulton & Stichman (1998); Petersilia & Turner (1992); Petersilia & Turner (1993a); Criminal Justice Research Center (1994); Erwin (1986); Fallen, Apperson, Hall-Milligan & Aos (1981); Latessa (1993a); Pearson (1987); Smith & Akers (1993); Agopian (1990); Brownlee (1995); Byrne & Kelly (1989); Latessa (1991); Wagner & Baird (1993).
- ii De auteurs Bonta, Wallace-Capretta & Rooney (2000b) concluderen dat ISP geschikt is voor *high risk offenders*, maar schadelijk voor *low risk offenders*.
- jj Bonta, Wallace-Capretta & Rooney (2000a).
- kk Petersilia & Turner (1990).
- ll Petersilia & Turner (1992).
- mm Petersilia, Turner & Deschenes (1992).
- nn Folkard, Fowles, McWilliams, McWilliams, Smith, Smith & Walmsley (1974); Folkard, Smith & Smith (1976).
- oo Brownlee (1995); Brownlee & Joanes (1993).
- pp Raynor (1988).
- qq Erg kleine groepen ( $n=29$ ).
- rr Worrall & Walton (2000).
- ss Roberts (2006).
- tt Erg kleine groepen ( $n=20$ ).
- uu National Council for Crime Prevention (1999).



## 2.4 Effectiviteit van programma's voor intensief toezicht: effectstudies

Op het gebied van ISP is weinig effectonderzoek gevonden, dat niet al in de hiervoor besproken overzichtstudies is opgenomen. In paragraaf 2.4.1 worden de effectstudies bij elk programma kort besproken. Daarbij wordt zo goed mogelijk aangegeven of het om een toezichtprogramma met behandeling of een andere re-integratiecomponent gaat (bijvoorbeeld arbeidstoeleiding), om een programma met mogelijk een dergelijke component of om een programma zonder een dergelijke component. Als expliciet wordt vermeld dat en in welke mate delinquenten gebruikmaken van dergelijke faciliteiten, wordt dit beschouwd als een toezichtprogramma met re-integratiecomponent. Als wordt vermeld dat gebruik kan worden gemaakt van re-integratiecomponenten, maar er geen informatie wordt gegeven over de vraag of en in welke mate daarvan gebruik wordt gemaakt, wordt dit beschouwd als een programma met mogelijk een re-integratiecomponent. Als niet wordt vermeld dat een re-integratiecomponent deel uitmaakt van het toezichtprogramma, wordt dit beschouwd als een toezichtprogramma zonder re-integratiecomponent. Om de uitkomsten op hun waarde te kunnen beoordelen, wordt ook aandacht besteed aan de gebruikte onderzoeksmethoden (zie tabel 3 van bijlage 2). In paragraaf 2.4.2 worden de tussenconclusies over de effectstudies besproken.

### 2.4.1 Resultaten effectstudies

*Toezichtprogramma's met behandeling of andere re-integratiecomponent*  
Het *Intensive Supervision Surveillance Program* (ISSP) in New Jersey, Verenigde Staten is geëvalueerd door Paparozzi en Gendreau (2005). Het programma is bedoeld voor *high-risk, high-need parolees*. ISSP-deelnemers kregen behalve meer toezicht ook meer voorzieningen dan deelnemers aan regulier reclasseringstoezicht. Uit het onderzoek bleek dat zij daadwerkelijk in meer gevallen *counseling* in verband met drugsgebruik ontvingen dan degenen die regulier reclasseringstoezicht kregen (42,1% vs 25,8%), meer van hen aan onderwijs of arbeidstoeleidingstraining deelnamen (35% vs 16,7%), in meer gevallen *counseling* op het gebied van geestelijke gezondheidszorg kregen (25,4% vs 1,7%), meer van hen praktische hulp ontvingen (41,3% vs 15,4%), of andere vormen van *counseling* kregen (8,8% vs 0%) en vaker hulp aan familie ontvingen (7,9% vs 1%). Er was geen verschil in het percentage deelnemers aan ISSP en regulier reclasseringstoezicht dat werk had (58,6% vs 57,3%).

De ISSP-groep vertoonde minder technische overtredingen van voorwaarden en de voorwaardelijke invrijheidstelling werd in minder gevallen herroepen vanwege overtreding of nieuwe veroordeling (zie tabel 2). Het belang van de kwaliteit van de implementatie van het programma blijkt eruit dat delinquenten die ISSP of regulier reclasseringstoezicht

ontvingen bij een organisatie waar deze goed waren geïmplementeerd, minder overtredingen vertoonden en minder vaak te maken kregen met herroeping van de voorwaardelijke invrijheidstelling dan delinquenten die werden begeleid bij organisaties waar het toezicht minder goed was geïmplementeerd. Wanneer statistisch wordt gecontroleerd voor a priori verschillen in recidivegerelateerde kenmerken zoals delictgeschiedenis, is ook het percentage nieuwe veroordelingen onder de eerstgenoemde groep delinquenten geringer. De houding en aanpak van de reclasseringsfunctionaris blijkt eveneens van belang. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt in drie typen benaderingen: een 'punitieve aanpak' (directief, nadruk op regels en het dreigen met consequenties), een 'permissieve aanpak' (niet-directief, vergoelijkend, helpend) en een meer 'gebalanceerde aanpak' met kenmerken van beide. Zo hebben ISSP-deelnemers met een reclasseringsfunctionaris die een 'punitieve' oriëntatie heeft, meer technische overtredingen dan degenen met een reclasseringsfunctionaris met een 'permissieve' of met een 'evenwichtige' aanpak. Bij degenen met een reclasseringsfunctionaris met een 'evenwichtige' aanpak is minder vaak sprake van herroeping van de voorwaardelijke invrijheidstelling of van een nieuwe veroordeling dan bij degenen met een reclasseringsfunctionaris die een 'punitieve' of 'permissieve' houding heeft.

#### *Toezichtprogramma's met mogelijk behandeling of andere re-integratie-component*

Het programma *Intensive Supervision Practices* (ISP) dat werd geïmplementeerd in vijf regio's in Canada. Serin, Vuong en Briggs (2003) verrichtten een verkennend onderzoek naar dit programma in vergelijking tot regulier reclasseringtoezicht.

Het programma is bedoeld voor *high-risk, high-need* delinquenten die na een gevangenisstraf voorwaardelijk in vrijheid worden gesteld. ISP omvatte ten minste acht *face to face* contacten van reclasseringsfunctionaris en delinquent per maand, en meer indien dat nodig werd geacht.

De reclasseringsfunctionarissen hadden verder meer contact met het sociale netwerk van betrokkene dan bij regulier toezicht en er werden vaker casusbesprekingen gehouden. De vierde component was dat de reclasseringsfunctionaris alles in het werk diende te stellen om te zorgen dat betrokkene passende behandelinterventies kreeg. Tijdens de eerste drie maanden vanaf voorwaardelijke invrijheidstelling werden geen verschillen tussen de groepen gevonden in het percentage dat een *suspension warrant* kreeg (voor het opschorten van de voorwaardelijke invrijheidstelling) en het percentage bij wie de voorwaardelijke invrijheidstelling werd ingetrokken.

Twee *Day Reporting Centers* (DRC), een stedelijke en een landelijke, in Wisconsin, VS, met als doelgroep *high-risk, high-need probationers* werden onderzocht op het effect of recidive (arrestatie wegens een delict) binnen

een jaar na afronding van het programma (Craddock, 2000; Craddock & Graham, 2001). Er waren geen verschillen tussen de totale DRC-groepen (inclusief afhakers) en de volledige vergelijkingsgroep met regulier reclasseringstoezicht of een *high-risk, high-need* subgroep uit de vergelijkingsgroep, noch tussen de groep die het programma afrondde en de volledige vergelijkingsgroep. Van degenen die het programma afmaakten, recidiveerde een geringer percentage dan van de *high-risk, high-need*-vergelijkingsgroep (respectievelijk 16,7% en 31,5% in het landelijke programma en 18,9% en 25% in het stedelijke). De verschillen waren echter toe te schrijven aan a priori kenmerken zoals delictgeschiedenis.

Marciniak (2000) onderzocht het effect van de toevoeging van de verplichting zich regelmatig te melden bij een *Day Reporting Center* (DRC) aan *Intensive Supervision Probation* (ISP) in North Carolina, VS. Het ISP+DRC-programma is bedoeld voor delinquenten die tot intensief reclasseringstoezicht zijn veroordeeld. ISP bestond in dit geval vooral uit activiteiten gericht op monitoring en controle. Zo moest betrokkene zich houden aan een avondklok van zeven uur 's avonds tot zeven uur 's morgens, vijfmaal per week contact hebben met de reclasseringsfunctionaris, meewerken aan huiszoekingen, meewerken aan drugscontroles op willekeurige momenten, diensten verrichten ten behoeve van de samenleving, en aan onderwijs deelnemen of werk verrichten. Op het DRC moeten zij zich daarnaast regelmatig (vaak dagelijks) melden op vaste tijden om deel te nemen aan activiteiten gericht op behandeling (voor drugsgebruik, woedebeheersing en dergelijke) en andere op re-integratie gerichte activiteiten (zoals vaardigheidstrainingen op het gebied van werk, sociaal gedrag en dergelijke). Er werd geen verschil in recidive gevonden tussen de ISP+DRC-groep en de ISP-groep.

*Toezichtprogramma's zonder behandeling of andere re-integratiecomponent*  
Het *HotSpot Initiative*, Maryland, VS (Piquero, 2003) is een programma voor intensief toezicht in de samenleving dat onder meer is gericht op volwassen delinquenten ('veelplegers') die zijn veroordeeld tot reclasseringstoezicht (zie voor een beschrijving van het programma paragraaf 2.2.2). Er werd geen verschil gevonden tussen de HotSpot-groep en een vergelijkingsgroep met regulier reclasseringstoezicht in het percentage delinquenten dat technische overtredingen pleegde en het percentage dat binnen twaalf maanden na het begin van het programma opnieuw werd gearresteerd.

#### 2.4.2 Tussenconclusies effectstudies

Aanvullend op de meta-analyse en overzichtstudies zijn de resultaten van vijf effectstudies beschreven. Hoewel de effectstudies gering in aantal zijn, lijken de resultaten 'in lijn' met die van de overzichtstudies. Drie

van de effectstudies rapporteren dat ISP en *Day Reporting* geen effect op recidive hebben (Craddock, 2000; Marciniak, 2000; Serin, Vuong & Briggs, 2003), één studie vermeldt hogere recidive bij ISP-deelnemers dan bij de vergelijkingsgroep (Piquero, 2003) en in één studie wordt lagere recidive gevonden bij ISP-deelnemers dan bij een vergelijkingsgroep met regulier reclasseringstoezicht (Paparozzi & Gendreau, 2005). Deze laatste studie betrof een ISP waarin verschillende vormen van behandeling en andere voorzieningen als componenten waren opgenomen.

**Tabel 2 Resultaten effectstudies van programma's voor intensief toezicht**

Programma	Studies	SMS- niveau	Risiconiveau delinquenten	Uitkomst criminaliteit
<i>Toezichtprogramma's met behandeling of andere re-integratiecomponent</i>				
Intensive Supervision Surveillance Program (ISSP) vergeleken met regulier reclasseringstoezicht (Traditional Parole Supervision, TPS) (New Jersey, VS)	Paparozzi & Gendreau, 2005	3-4	high-risk, high-need parolees	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ISSP-deelnemers hadden meer technische overtredingen dan TPS-deelnemers (18,3% vs 11,3%).</li> <li>- De voorwaardelijke invrijheidstelling van ISSP-deelnemers werd in minder gevallen herroepen dan bij TPS-deelnemers (37,5% vs 58,8%).</li> <li>- ISSP-deelnemers werden minder vaak veroordeeld voor een nieuw delict dan TPS-deelnemers (19,2% vs 47,5%).</li> </ul>
<i>Toezichtprogramma met mogelijk behandeling of andere re-integratiecomponent</i>				
Intensive Supervision Practices (ISP) vergeleken met regulier reclasseringstoezicht (Canada)	Serin, Vuong & Briggs, 2003	3	Hoog delictrisico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen verschil tussen de groepen in het percentage bij wie voorwaardelijke invrijheidstelling werd opgeschort (<i>suspension warrant</i>) wegens een overtreding.</li> <li>- De gemiddelde duur tot een <i>suspension warrant</i> was bij de ISP-groep iets langer (29 dagen vs 19 en 22 dagen).</li> <li>- Geen verschil tussen de groepen in het percentage herroepingen voorwaardelijke invrijheidstelling wegens een delict (alledrie 16%).</li> <li>- Geen overall verschil tussen DRC-deelnemers en vergelijkingsgroep met regulier toezicht in recidive.</li> <li>- DRC-deelnemers die het programma afmaakten, werden minder vaak gearresteerd dan deelnemers aan een <i>high-risk, high-need</i> groep met regulier toezicht, maar het verschil verdwijnt na correctie voor kenmerken als strafrechtelijke voorgeschiedenis en leeftijd.</li> </ul>
Day Reporting Center (DRC) vergeleken met regulier reclasseringstoezicht (Wisconsin, VS)	Craddock, 2000; Craddock & Graham, 2001	2-3	<i>High-risk, high-need probationers</i> met onder meer drugsproblematiek	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen verschil in nieuwe arrestaties tussen ISP+DRP-groep en de ISP-groep.</li> </ul>
Intensive Supervision Probation (ISP) vergeleken met ISP en Day Reporting Center (DRC) (North Carolina, VS)	Marciniak, 2000	2-3	Niet vermeld	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij HotSpot-deelnemers was de tijd tot een technische overtreding korter dan bij deelnemers aan de vergelijkingsgroep.</li> <li>- Bij HotSpot-deelnemers was de tijd tot een nieuwe arrestatie korter dan bij deelnemers aan de vergelijkingsgroep.</li> <li>- HotSpot-deelnemers werden in meer gevallen opnieuw gearresteerd dan deelnemers aan de vergelijkingsgroep.</li> </ul>
<i>Toezichtprogramma zonder behandeling of andere re-integratiecomponent</i>				
Maryland HotSpot Initiative vergeleken met regulier reclasseringstoezicht (VS)	Piquero, 2003	3-4	Niet vermeld	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij HotSpot-deelnemers was de tijd tot een technische overtreding korter dan bij deelnemers aan de vergelijkingsgroep.</li> <li>- Bij HotSpot-deelnemers was de tijd tot een nieuwe arrestatie korter dan bij deelnemers aan de vergelijkingsgroep.</li> <li>- HotSpot-deelnemers werden in meer gevallen opnieuw gearresteerd dan deelnemers aan de vergelijkingsgroep.</li> </ul>

## 2.5 Conclusies en discussie

### 2.5.1 Conclusies over veronderstelde werkzame mechanismen

In de studies over intensieve toezichtprogramma's zijn de volgende veronderstelde werkzame mechanismen gevonden.

#### *Afschrikking*

De toegenomen kans betrapt te worden vanwege intensiever toezicht (vaker en op onverwachte momenten) en de consequenties die dit heeft (zoals verdere beperking van vrijheden en uiteindelijk terugplaatsing in gevangenis of andere instelling), worden verondersteld de delinquent te weerhouden van het plegen van delicten (o.a. MacKenzie, 2002; Piquero, 2003).

#### *Beperking*

Door het intensieve toezicht en eventuele andere activiteiten zouden de mogelijkheden en gelegenheden om een delict te plegen, ingeperkt worden (MacKenzie, 2002).

#### *Detectie*

De veronderstelling is dat verscherpt toezicht leidt tot een grotere kans op overtreding van de opgelegde voorwaarden, of dreigende terugval en recidive te ontdekken. Daardoor zouden delicten kunnen worden voorkomen of zou sneller dan bij minder intensief toezicht kunnen worden ingegrepen waardoor erger wordt voorkomen (o.a. MacKenzie, 2002; Latessa et al., 1998).

#### *Het delen van informatie*

Verondersteld wordt dat er een beter beeld ontstaat van de risicofactoren bij een bepaalde delinquent wanneer het verzamelen van informatie door verschillende functionarissen (bijvoorbeeld politie, reclassering, maar ook door het publiek) gecoördineerd gebeurt door één gezamenlijk team (o.a. Piquero, 2003; Wooten & Hoelter, 1998). Daardoor zal het risicomanagement adequater zijn: (dreigende) terugval zal tijdiger worden ontdekt.

De vier hiervoor genoemde mechanismen worden verondersteld te leiden tot meer beheersing van crimineel gedrag op kortere termijn (tijdens het toezicht). Hierna worden enkele mechanismen besproken waarvan de verwachting is dat ze tot recidivevermindering op langere termijn zouden kunnen bijdragen.

#### *Deelname aan behandeling en andere re-integratieactiviteiten*

De veronderstelling binnen een re-integratiebenadering van toezicht is onder meer dat intensief toezicht en de drang en dwang die daarvan

uitgaat, de deelname aan behandel- en werktoeleidingsprogramma's en andere voorzieningen verbetert. Daardoor worden de risicofactoren voor crimineel gedrag verondersteld te verminderen en dit leidt tot reductie van recidive op langere termijn (o.a. Paparozzi & Gendreau, 2005; MacKenzie & Brame, 2001).

#### *Sociale controle en bindingen*

Binnen een re-integratie of rehabilitatiebenadering worden ook sociale controle en bindingen van belang geacht. Deze zouden ertoe leiden dat de delinquent minder geneigd is delicten te plegen, omdat hij de contacten die hij heeft opgebouwd niet wil verliezen (Piquero, 2003; Taxman, 2002). Piquero acht het daarom van belang dat toezichtprogramma's zich mede richten op het bevorderen van sociale bindingen door bijvoorbeeld arbeidstoeleiding.

Als mogelijk mechanisme wordt ook genoemd *een goede relatie tussen de delinquent en de reclasseringsfunctionaris* die door het frequentere contact kan groeien. Daardoor zou de delinquent beter meewerken aan behandelprogramma's (Taxman, 2002).

#### *Beperkingen*

In de meta-analyses en effectstudies over ISP die in dit hoofdstuk zijn behandeld, wordt veelal niet (bijvoorbeeld: Aos et al., 2006; Marciniak, 2000; Craddock, 2000; Cullen, Wright & Applegate, 1996; Seiter & Kadela, 2003) of in beperkte mate (bijvoorbeeld: Gendreau, Goggin & Fulton, 2000; Latessa et al., 1998; MacKenzie, 2002; Paparozzi & Gendreau, 2005; Piquero, 2003; Villettaz et al., 2006) stilgestaan bij de veronderstelde werkzame mechanismen van intensieve toezichtprogramma's. Er zijn overigens uitzonderingen. Zo beschrijven Moore et al. (2006) stapsgewijs de mechanismen die verondersteld worden ten grondslag te liggen aan afschrikking (zie paragraaf 2.5.3) en formuleren bijvoorbeeld Taxman (2002) en MacKenzie en Brame (2001) modellen van de veronderstelde werking van (onderdelen van) het toezichtproces (zie hiervoor).

Bij ISP ligt de regie bij de reclasseringsorganisaties. De reclasseringsfunctionarissen die daartoe veelal gespecialiseerd zijn en een kleinere caseload krijgen, voeren het toezicht uit en coördineren de activiteiten van andere instanties (politie, behandelaars, instanties voor praktische steun bijvoorbeeld bij huisvesting, scholing en werk) met betrekking tot een delinquent. In bepaalde programma's wordt het toezicht gehouden door multidisciplinaire teams. Deze kunnen bijvoorbeeld bestaan uit reclasserings- en politiefunctionarissen (Piquero, 2003), maar ook behandelaars en vertegenwoordigers van de samenleving kunnen deel uitmaken van het team (zie ook het hoofdstuk over zedendelinquenten). In de gevonden studies worden vooral de praktische taken van reclasseringsfunctionarissen en anderen zoals politiefunctionarissen of het

HotSpot-team besproken. Er wordt slechts weinig vermeld over de juridische verantwoordelijkheden van de betrokken organisaties (reclassering, politie, behandelinstellingen, maar ook Openbaar Ministerie, rechtbank, *parole board*), zoals de eindverantwoordelijkheid voor de sanctie, het toezicht en voor de behandeling.

### 2.5.2 Conclusies over effectiviteit

Voor de veronderstelling dat intensief toezicht delinquenten zodanig afschrikt dat zij meer dan delinquenten die regulier toezicht krijgen worden weerhouden van het plegen van delicten is er vanuit het in dit hoofdstuk besproken onderzoek geen ondersteuning. Op basis van de meta-analyse, overzichtstudies en effectstudies kan worden geconcludeerd dat noch ISP met hoofdzakelijk controlecomponenten, noch de componenten elektronisch toezicht en huisarrest op zichzelf, effect lijken te hebben op latere recidive. Voor de hypothese dat ISP door verbeterde deelname aan behandeling en andere op rehabilitatie gerichte voorzieningen bijdraagt aan vermindering van recidive bestaat wel enige ondersteuning. ISP die naast controlecomponenten ook rehabilitatiecomponenten omvat, lijkt tot recidivevermindering te kunnen leiden. Verder komt uit de overzichtstudies en effectstudies naar voren dat tijdens het toezichtprogramma bij ISP-deelnemers overwegend meer (technische) overtredingen van de opgelegde voorwaarden worden gevonden dan bij delinquenten die regulier toezicht krijgen. Ten slotte zijn er aanwijzingen dat het effect van ISP's op recidive bij verschillende typen delinquenten anders uitvalt, bijvoorbeeld afhankelijk van hun recidiverisico.

#### *Wat is veelbelovend?*

ISP's die *monitoring* en *control* combineren met behandeling en andere re-integratiecomponenten lijken te werken, maar er is sterkere ondersteuning, dat wil zeggen van methodologisch hoogstaande studies nodig.

#### *Wat werkt niet?*

Er is geen ondersteuning voor de hypothese dat geïntensiveerd toezicht dat alleen bestaat uit monitoring en control-elementen, leidt tot vermindering van recidive.

#### *Wat weten we nog niet?*

Differentiatie van toezichtprogramma's naar bijvoorbeeld het recidiverisico van de delinquenten lijkt belangrijk. Verder weten we nog niet zo veel over welke aspecten van ISP bij welke typen delinquenten werken.



### *Beperkingen*

Bij de zojuist getrokken conclusies zijn nog wel enige kanttekeningen te plaatsen.

Hoewel er voldoende ondersteuning is uit studies van methodologische kwaliteit voor een gebrek aan effect van ISP's die alleen bestaan uit monitoring en control-elementen op recidive, is veelal weinig bekend over de kwaliteit van de implementatie en de programma-integriteit van de desbetreffende ISP's (MacKenzie, 2002). Moore et al. (2006) signaleren dat positieve resultaten van ISP vooral in kleinere ontwikkelingsgerichte projecten worden gevonden. De grootschalige projecten met meer locaties leiden vaker tot teleurstellende en gemengde resultaten. Zij stellen dat het voor de hand ligt dat de kwaliteit van implementatie en programma-integriteit wisselender is bij grotere programma's.

Verder komt de ondersteuning voor de recidiveverminderende werking van ISP's die naast monitoring en controle ook re-integratiecomponenten omvatten, veelal niet uit studies van hoge methodologische kwaliteit en is deze voor een deel indirect, dat wil zeggen op basis van secundaire analyses (zie ook MacKenzie, 2002). Een recente effectstudie van Paparozzi en Gendreau (2005) biedt echter wel sterkere ondersteuning (SMS-score 4), maar het betreft slechts één studie. In deze studie werd daadwerkelijk aangetoond dat ISP-deelnemers minder recidiveerden en tevens meer gebruikmaakten van behandeling en andere op re-integratie gerichte voorzieningen dan deelnemers aan een vergelijkingsgroep die regulier toezicht kreeg. De follow-upperiode was echter kort: een jaar vanaf het begin van de voorwaardelijke invrijheidstelling waarbinnen ook het toezicht plaatsvond.

In de literatuur worden wisselende verwachtingen geuit over het effect van ISP op recidive in relatie tot het delictrisico van de deelnemers. Zo verwachten Moore et al. (2006) dat de resultaten van programma's die zich richten op de zwaarste groepen minder goed zijn. Ook Cullen, Wright en Applegate (1996) geven aan dat zij het niet verbazingwekkend vinden dat veel programma's voor huisarrest met elektronisch toezicht, zeer lage recidivecijfers laten zien, omdat deze zich op groepen met een relatief gering recidiverisico richten. Bonta, Wallace-Capretta & Rooney (2000a) daarentegen, vinden dat intensief (elektronisch) toezicht bij delinquenten met een laag recidiverisico juist tot meer recidive leidt, en bij hoog risico-delinquenten tot recidivevermindering. Ten slotte gebruiken verschillende studies verschillende maten van recidive (zie ook paragraaf 1.5.2). Dit bemoeilijkt de generalisatie van conclusies over studies.

### *2.5.3 Discussie en aanbevelingen*

De re-integratieve invalshoek ten aanzien van extramuraal toezicht lijkt op basis van de onderzoeksresultaten tot nu toe een mogelijk effectieve benadering te kunnen zijn, terwijl er voor de effectiviteit van een punitie-

ve, op afschrikking berustende invalshoek van toezicht geen ondersteuning is gevonden.

Zoals eerder vermeld, formuleerden MacKenzie en Brame (2001) een model voor de wijze waarop ISP indirect zou kunnen leiden tot recidivevermindering. Intensief toezicht wordt verondersteld de deelname aan prosociale activiteiten te bevorderen, waaronder ook behandeling, arbeidstoeleiding en dergelijke. Dit zou vervolgens leiden tot vermindering van risicofactoren voor crimineel gedrag, waardoor naar veronderstelling de recidivekans afneemt.

Veel invloed op het gebied van onderzoek naar effectiviteit van re-integratie van delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten heeft de *What Works*-benadering (zie bijvoorbeeld McGuire, 1995). Er is een omvangrijke literatuur, bestaande uit meta-analyses die aan de hand van effectgroottes, berekend over een groot aantal effectstudies laat zien dat bepaalde behandelmethoden en -programma's positief effect sorteren op latere recidive.

De Canadese *What Works*-benadering onderzoekt ook hoe effectieve programma's zich onderscheiden van niet effectieve. Over ISP zijn vanuit de *What Works*-benadering verschillende studies verschenen (o.a. van Gendreau, Paparozzi, Bonta en anderen, zie ook studies hiervoor besproken). Gendreau en anderen benadrukken de rehabilitatieve benadering (Gendreau, Goggin, Cullen & Andrews, 2000). Kenmerken van een voorbeeld van een reeds vroeg in termen van recidivecijfers succesvol Canadees ISP (Andrews & Keissling, 1980) zouden zijn:

1. kleine staf-cliëntratio;
2. goed opgeleide en getrainde en toegewijde staf;
3. primaire gerichtheid op het bieden van behandelvoorzieningen;
4. intensieve monitoring en follow-up, nazorg, en een balans tussen helpende en controlerende benadering.

Studies richten zich de laatste jaren op de vraag welke kenmerken van ISP-programma's voor welke delinquenten en onder welke omstandigheden werkzaam zijn. Dit betreft onder meer de invloed van het delict risico van de delinquent (Hanley, 2002; Bonta, Wallace-Capretta & Rooney, 2000b; Lowenkamp, Pealer, Smith & Latessa, 2006), de kwaliteit van de implementatie van ISP's (Paparozzi & Gendreau, 2005; Petersilia, 1990a), de daadwerkelijke deelname aan behandel- en zorgvoorzieningen (Paparozzi & Gendreau, 2005), de professionele oriëntatie van de reclasseringsfunctionaris (Paparozzi & Gendreau, 2005) en de frequentie van contacten met de reclasseringsfunctionaris (Cullen, Wright & Applegate, 1996). Dit lijkt een vruchtbare werkwijze die meer inzicht oplevert in de achterliggende mechanismen die maken dat ISP wel of niet werkt (zie bijvoorbeeld de hiervoor besproken resultaten van Paparozzi & Gendreau, 2005).

Zoals hiervoor besproken, zijn er tot nu toe weinig aanwijzingen dat afschrikking een werkzaam mechanisme van ISP's is. Dit wil echter niet zeggen dat afschrikking dit onder geen enkele omstandigheid zou kunnen zijn. Wellicht werkt het voor sommige groepen onder sommige omstandigheden wel. Wil afschrikking effect kunnen hebben, dan moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan (Moore et al., 2006):

- De delinquent moet zich realiseren dat de kans op ontdekking en straf is toegenomen.
- de delinquent moet rekening houden met deze veranderde risico's bij de beslissing al dan niet een delict te plegen.
- De delinquent moet geloven dat er een niet te verwaarlozen pakkans is.
- De delinquent moet geloven dat hij zal worden gestraft als hij wordt gepakt.
- De delinquent moet zijn keuzes kunnen en willen veranderen in reactie op de waargenomen veranderingen in de kans op straf.

Verschillende auteurs (zie bijvoorbeeld Stalans, Seng & Yarnold, 2002 in hoofdstuk 4 over zedendelinquenten) vragen zich af of forensisch psychiatrische patiënten tot dergelijke rationele afwegingen in staat zijn. Aan de andere kant werd door Maxwell en Gray (2000) en tevens door Pogarsky (2007) een aanwijzing gevonden dat bij delinquenten met middelenmisbruik of verslaving die onder intensief reclasseringstoezicht staan, de gepercipieerde straffkans de recidivekans vermindert.

Zijn er aanwijzingen dat ISP ook kan bijdragen aan risicomanagement? Op basis van een rehabilitatieve benadering van ISP wordt zoals hiervoor besproken recidivevermindering op langere termijn verwacht. ISP kan daarnaast mogelijk ook bijdragen aan criminaliteitsvermindering op korte termijn, namelijk tijdens het toezicht zelf.

In het besproken effectonderzoek worden overwegend meer (technische) overtredingen gevonden bij ISP-deelnemers dan bij deelnemers aan regulier toezicht. Hiervoor worden verschillende mogelijke en elkaar niet uitsluitende verklaringen geopperd. In de eerste plaats zou het verscherpte toezicht kunnen leiden tot verhoogde detectie van overtredingen. In dat geval zouden ISP-deelnemers niet noodzakelijk meer overtredingen begaan, ze worden echter vaker ontdekt doordat er meer contact is met de reclasseringsfunctionaris en doordat er meer andere monitoringactiviteiten plaatsvinden (bijvoorbeeld politie-surveillance). Dit kan worden gezien als een positief effect van het toezicht, als het leidt tot tijdige ontdekking van (dreigende) recidive, waarop kan worden ingegrepen om erger te voorkomen. Een tweede mogelijke verklaring is dat bij ISP veelal meer en strengere voorwaarden worden opgelegd waaraan de delinquent zich moet houden dan bij regulier toezicht. Doordat de voorwaarden stringenter zijn, is de kans op overtreding groter. Een derde mogelijke verklaring is dat reclasseringsfunctionarissen die ISP toepassen meer geneigd zijn

tot een punitieve aanpak. Er zijn aanwijzingen dat een punitieve aanpak kan leiden tot meer overtredingen bij de delinquent. Of ISP werkelijk aan criminaliteitsvermindering op korte termijn kan bijdragen, lijkt af te hangen van hoe ISP precies wordt ingezet: de balans van de frequentie van controles, de houding van de reclasseringsfunctionaris en de aangeboden activiteiten en opgelegde voorwaarden lijkt van belang. Op dit gebied zal procesevaluatie kunnen bijdragen aan verder inzicht.

Eén van de redenen waarom ISP maatschappelijk-politiek aantrekkelijk wordt gevonden, is de mogelijke bijdrage aan vermindering van capaciteitsproblemen in het gevangeniswezen en forensisch psychiatrische instellingen. Vermoedelijk spelen in dit opzicht meer, soms tegengestelde krachten een rol. Om het gevangeniswezen en de forensisch psychiatrische instellingen te ontlasten, dient de doelgroep van ISP te bestaan uit delinquenten die anders met een straf of maatregel in deze instellingen terecht zouden komen, of die daar zonder ISP langer zouden verblijven. Er zijn echter aanwijzingen dat de doelgroep van ISP wordt verbreed tot delinquenten die tot lichtere groepen behoren, een zogeheten '*net-widening effect*' (Tonry, 1990; 1998). Daarnaast zouden ISP's door verhoogde detectie van overtredingen leiden tot meer terugplaatsingen in de gevangenis dan regulier toezicht (Petersilia, 1998). Verder vragen ISP en elektronisch toezicht ook een aanzienlijke personele inspanning, organisatie en kosteninvestering (Petersilia 1998; Moore et al., 2006).

# 3 Toezichtprogramma's voor delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis

## 3.1 Inleiding

De totale populatie gedetineerden bestaat voor een deel uit delinquenten die een psychiatrische stoornis hebben. Onder personen met een ernstige psychiatrische stoornis (*major mental disorder*) worden patiënten met een primaire As I-stoornis<sup>13</sup> gerekend. Deze stoornis vereist een hoog niveau van psychiatrische zorg en kan voor aanzienlijke handicaps in het algemene en sociale functioneren zorgen. Veelal zijn dergelijke patiënten afhankelijk van medicatie voor het onder controle houden van ernstige symptomen, zoals wanen, hallucinaties en agressief gedrag. Onder *major mental disorder* worden onder andere de volgende diagnoses gerekend: schizofrenie, psychotische stoornis, waanstoornis, stemmingsstoornissen, autisme spectrum stoornissen en stoornissen uit het schizo-afectieve cluster.

Personen met een ernstige psychiatrische stoornis kunnen in forensisch psychiatrische instellingen worden opgenomen (zoals TBS-klinieken) of komen op forensisch psychiatrische plekken in de Geestelijke Gezondheidszorg terecht. Ook in het reguliere gevangeniswezen komen delinquenten met een psychiatrische stoornis voor. In Nederland bestaan TBS-klinieken voor personen met een psychiatrische stoornis die daarnaast (geheel of verminderd) ontoerekeningsvatbaar<sup>14</sup> zijn verklaard voor het delict dat zij hebben gepleegd. In het buitenland (bijvoorbeeld Canada, Zweden, Duitsland en Engeland) wordt bij de plaatsing van psychisch gestoorde delinquenten meer onderscheid gemaakt naar het type stoornis dat de persoon heeft. Zo komen delinquenten met schizofrenie en dergelijke meestal in forensisch psychiatrische ziekenhuizen terecht. Delinquenten met een persoonlijkheidsstoornis belanden over het algemeen in het gevangenisstelsel. Overigens is voor psychisch gestoorde delinquenten in een aantal andere landen behandeling beschikbaar in het gevangeniswezen, terwijl behandeling van psychische stoornissen in de Nederlandse gevangenis nog niet zo ver ontwikkeld is (zie ook De Kogel, Nagtegaal, Neven & Vervaeke, 2006).

- 13 Met behulp van het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM; APA, 1994) kunnen psychiatrische stoornissen worden bepaald. De DSM specificeert welke symptomen en criteria aanwezig moeten zijn om een bepaalde diagnose opgelegd te krijgen. Verder bestaan er vijf verschillende schalen, ook wel assen genoemd, elk met een andere inhoud. Op As I worden alle psychiatrische stoornissen behalve de persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid geïnclassificeerd, bijvoorbeeld schizofrenie. As II is bedoeld voor persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid. Op As III kan worden aangegeven of er actuele somatische stoornissen zijn en op As IV scoort men psychosociale en omgevingsproblemen. Op As V ten slotte, kan men een oordeel geven over het algemeen functioneren.
- 14 Het individu kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor het hem tenlastegelegde, vanwege een ziekelijke stoornis of gebrekkige ontwikkeling ten tijde van het plegen van het delict.

### 3.1.1 Prevalentie delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis

Over de prevalentie van delinquenten met psychiatrische stoornissen in het gevangeniswezen en in het forensisch psychiatrische systeem zijn de volgende cijfers bekend. Het Nederlandse TBS-systeem telt ongeveer tweeduizend patiënten, waarvan iedereen een As I-stoornis, As II-stoornis of beide heeft.<sup>15</sup> Het Nederlandse gevangenisstelsel telde in 2005 een totale capaciteit van 18.095 gedetineerden (Eggen & Van der Heiden, 2005). Het exacte aantal gedetineerden met een psychiatrische stoornis is niet bekend. In een lokaal onderzoek in de Penitentiaire Inrichting Scheveningen werd bij ongeveer eenderde van de gedetineerden een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis, een angststoornis en/of een affectieve stoornis gevonden (Schoemaker & Van Zessen, 1997). Aangezien landelijke prevalentiecijfers niet bekend zijn, is het moeilijk te bepalen of deze gegevens te generaliseren zijn naar het gehele gevangenisstelsel.

Buitenlandse prevalentiecijfers geven aan dat in de Verenigde Staten ongeveer 700.000 gedetineerden met een psychiatrische stoornis zijn, waarvan 75% co-morbiditeit vertoont met andere stoornissen, bijvoorbeeld middelenmisbruik (Couturier, Maue & McVey, 2005). In Canada bevinden zich ongeveer drieduizend personen met de titel '*Unfit to stand trial*' of '*Not Criminally Responsible on account of a Mental Disorder*' (NCRMD) in het forensisch psychiatrische systeem.<sup>16</sup> In 2005 verbleven 12.624 gedetineerden in federale instellingen<sup>17</sup>, waarvan 16% van de mannen en 40% van de vrouwen eerder opgenomen was in een psychiatrische instelling. Van de federaal gedetineerden heeft 11% een actuele psychiatrische diagnose en 80% van de gedetineerden heeft alcohol en/of drugs misbruikt (LaRose, 2005).

### 3.1.2 Forensisch psychiatrische zorg in de gemeenschap: benodigde elementen

Het hebben van een psychiatrische stoornis brengt, naast problemen met de psychische gezondheid, een scala van problemen op andere gebieden met zich mee. Bij het bieden van nazorg en toezicht op delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis dient men hier rekening mee te houden. De instabiliteit omvat financiële problemen, problemen met het onderhouden van sociale relaties, risicovol gedrag zoals drank- en drugsmisbruik, verwaarlozing van zichzelf en anderen, en het vertonen

15 Deze hoge prevalentie heeft te maken met de manier waarop een TBS wordt opgelegd. Een patiënt dient (geheel of gedeeltelijk) ontoerekeningsvatbaar te zijn verklaard voor het gepleegde delict; het hebben van een psychiatrische stoornis is hiervoor een noodzakelijke voorwaarde.

16 Deze twee juridische titels worden het meest opgelegd aan psychisch gestoorde delinquenten in Canada. Zie verder De Kogel en Nagtegaal (2006).

17 In het federaal georganiseerde gevangenisstelsel worden personen met een gevangenisstraf van twee jaar of langer gedetineerd.

van bizar en agressief gedrag (Couturier et al., 2005). Voor deze meervoudige problematiek zijn de inzet van hulpverleners uit diverse hoeken, een nauwe samenwerking tussen de verschillende agentschappen en intensief casemanagement vereist (Couturier et al., 2005). Een trend die hierbij gesignaleerd wordt, is '*jail diversion*'<sup>18</sup>. Hierbij wordt de groep psychiatrische delinquenten zo veel mogelijk uit de gevangenis gehouden. In plaats daarvan krijgen ze een behandeling aangeboden. Ook de opkomst van *mental health courts* (zie paragraaf 3.2.3) en het ontstaan van gespecialiseerde '*pretrial service agencies*' zijn voorbeelden hiervan (Couturier et al., 2005).

Een aantal auteurs heeft ideeën over waar forensisch psychiatrische (na)zorg en toezicht in de gemeenschap aan zou moeten voldoen. Niet altijd is even duidelijk waar deze ideeën op gebaseerd zijn, vaak betreft het eerder klinische ervaring dan gedegen wetenschappelijk onderzoek. Freese (jaartal onbekend) identificeert vijf zulke factoren: 1) intensieve behandeling (focus op goede communicatie, samenwerking en coördinatie van het gehele nazorgnetwerk), 2) *investigating aftercare* (actief op bezoek gaan bij patiënten en bij hun netwerk op de plek waar ze wonen, werken en hun tijd doorbrengen), 3) assertieve interventies en sociale controle, 4) gedeelde casemanagement en 5) doorlopende risicotaxatie (gevolgd door kortetermijnprognoses, risicomanagement en gespecialiseerde behandeling – nooit alleen psychotherapie).

Skipworth en Humberstone (2002) verrichtten een literatuuronderzoek op basis waarvan zij tien principes signaleerden waaraan forensisch psychiatrische zorg in de gemeenschap zou moeten voldoen. Deze principes zijn voor een deel gebaseerd op de principes van *Assertive Community Treatment* (ACT, zie paragraaf 3.2.1) en voor een ander deel afkomstig uit de literatuur over rehabilitatie. Verder zijn ze aangepast aan de forensische situatie en richt men zich zowel op zorg voor de patiënt, als op veiligheid voor de gemeenschap. De principes zijn opgesteld voor de situatie in Nieuw-Zeeland, maar de auteurs suggereren dat de principes ook in andere landen van toepassing zijn. Een van de belangrijkste elementen in de rehabilitatie van forensisch psychiatrische patiënten – naast onderstaande principes – is volgens Skipworth en Humberstone (2002) voorwaardelijke invrijheidstelling (*conditional release*). De patiënt moet laten zien wat hij geleerd heeft tijdens zijn intramurale verblijf en de verantwoordelijkheid over zijn gedrag komt langzaam weer in zijn eigen handen te liggen. *Conditional release* is geen toezichtprogramma *an sich*, maar een juridische modaliteit die veelvuldig genoemd wordt in de overgang

18 'Diversion' betekent letterlijk: 'het geven van een ander verloop'. Dergelijke programma's zijn erop gericht bepaalde personen uit het strafrechtelijke systeem te houden. Het gaat dan om mensen die onvoldoende zouden profiteren van gevangenisstraf ter voorkoming van het plegen van een nieuw delict. In plaats daarvan wordt behandeling aangeboden.

van een intramurale setting naar een extramurale setting (zie bijvoorbeeld ook Heilbrun & Peters, 2000; Parker, 2004).

Het eerste principe dat zij identificeren, is dat een centrum dat de-institutionalisatie beoogt, *gelokaliseerd moet zijn in de gemeenschap*: als het centrum zichtbaar is in de gemeenschap, is de kans op integratie groter, kan de patiënt het centrum gemakkelijk bereiken en zijn andere faciliteiten ook in de buurt. Als tweede principe komt naar voren dat alle mensen die zorg bieden *mobiel* moeten zijn. Als je een patiënt thuis bezoekt, kun je veel informatie vergaren over zijn/haar leefomstandigheden en heb je ook de kans om familieleden te ontmoeten. Ten derde, aangezien een psychiatrische patiënt 24 uur per dag patiënt is, dient de *zorg 24 uur per dag beschikbaar* te zijn: continuïteit in de zorg is van groot belang. Ten vierde, er dient rekening te worden gehouden met *cultuurspecifieke problematiek*. Als vijfde principe komt het belang van een *goede therapeutische relatie* naar voren, waarbij een beetje dwang niet uit den boze zou zijn. Daarnaast, ten zesde, moet de *frequentie van contact* met de patiënten hoog liggen. Ten zevende, de patiënt moet een *ongelimiteerde toegang* hebben tot de gezondheidszorg, inclusief de mogelijkheid om in het psychiatrische ziekenhuis te worden opgenomen: de patiënt moet alle niveaus van zorg kunnen bereiken en zich niet steeds hoeven te verplaatsen indien hij van het ene niveau naar het andere gaat. Daarbij is het belangrijk dat je je als instelling aan de behoeften van de patiënt aanpast en niet de patiënt aan de beschikbare dienst van de instelling probeert aan te passen.<sup>19</sup> Ten achtste, als er *samengewerkt wordt met de familie en het sociale netwerk* van de patiënt wordt een aantal voordelen bereikt: zij zijn een belangrijke bron van ondersteuning voor de patiënt, zij zien het als eerste als het mis dreigt te gaan en met deze vroegtijdige signalering kan er vroeg ingegrepen worden, waardoor mogelijk erger wordt voorkomen. Als negende principe komt naar voren dat het doel van de zorg het *behandelen van de psychiatrische stoornis* zou moeten zijn. Het zijn patiënten die in eerste instantie onder de geestelijke gezondheidszorg vallen en met het richten op de psychiatrische gezondheid zou eveneens geweld worden voorkomen. Ten slotte, het rehabilitatieplan dient gericht te zijn op de individuele kenmerken en behoeften van de patiënt (Skipworth & Humberstone, 2002).

19 Een vergelijkbare manier van zorg komt in Canada voor: in sommige provincies is een psychiater in dienst die niet verbonden is aan de instelling, maar aan de patiënt. Als de patiënt (bijvoorbeeld voor behandeling) overgeplaatst wordt naar een andere instelling, gaat de psychiater hem daar opzoeken. Op deze manier wordt continuïteit in de zorg gewaarborgd, een gegeven dat als belangrijk in de behandeling wordt gezien.



### 3.1.3 Organisatie van toezicht in Nederland

Voordat een TBS-patiënt zich weer in de gemeenschap vestigt, doorloopt hij een traject van gefaseerde invrijheidstelling, waarbij ook verlof hoort. De drie fasen van verlof zijn per 1 januari 2005 vastgesteld en omvatten begeleid verlof, onbegeleid verlof en transmuraal verlof. In deze fase vallen de patiënten nog onder de verantwoordelijkheid van de kliniek en wordt door medewerkers van de kliniek de behandeling en begeleiding voortgezet. Daarnaast wordt door hen reeds toezicht en nazorg verleend. De TBS-maatregel kan op verschillende manieren beëindigd worden, bijvoorbeeld door voorwaardelijke beëindiging (VB). Deze maatregel maakt het mogelijk voorwaarden aan de invrijheidsstelling te verbinden, waardoor onder andere de toezichtperiode wettelijk geregeld kan worden. Deze juridische stok achter de deur bij toezicht kwam eveneens als belangrijk mechanisme uit het onderzoek van Van Gestel, Van der Knaap, Hendriks, De Kogel, Nagtegaal en Bogaerts (2006). De patiënt valt dan nog onder de verantwoordelijkheid van de kliniek, maar woont al zelfstandig in de buitenwereld. De VB kon in het verleden voor maximaal drie jaar worden opgelegd, maar een verlenging van deze periode tot maximaal negen jaar werd door de parlementaire onderzoekscommissie voorgesteld<sup>20</sup> en is overgenomen door het kabinet<sup>21</sup>.

In een latere fase dragen de drie reclasseringsorganisaties (Reclassering Nederland, Reclassering Leger des Heils en Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland) zorg voor toezicht op ex-TBS-patiënten (zie ook: Abraham, Van Dijk & Zwaan, 2007). Verder is recent het initiatief genomen tot Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT). Dit is een manier van nazorg na ontslag uit de TBS-instelling, waarbij de reclassering en de betrokken kliniek nauw samenwerken. Hierdoor gaat de forensisch psychiatrische expertise niet verloren na het intramurale verblijf, een mechanisme dat eveneens als belangrijk wordt aangemerkt in de tenuitvoerlegging van nazorg en toezicht (zie ook Van Gestel et al., 2006).

## 3.2 Beschrijving van toezichtprogramma's en veronderstelde werkzame mechanismen

Tijdens de zoektocht naar toezichtprogramma's voor het onderhavige onderzoek werden verschillende manieren van toezicht voor personen met een ernstige psychiatrische stoornis gevonden. De programma's gaan over: (*forensic*) *assertive community treatment*, casemanagement, *forensic*

20 Kamerstukken II 2005-2006, 30 250, nr. 4-5.

21 Kabinetsstandpunt: kamerstukken 2005-2006, 30 250, nr. 9; plan van aanpak: Kamerstukken II 2006-2007, 29 452 en 30 250, nr. 48.

*transition team, involuntary outpatient commitment (IOT), mental health courts, psycho-educatie en woon- en/of werkvoorzieningen. Forensic Assertive Community Treatment (FACT; paragraaf 3.2.1) en Involuntary Outpatient Commitment (IOT; paragraaf 3.2.2) zullen wat uitgebreider aan de orde komen. Deze twee toezichtprogramma's komen in de meta-analyses en effectiviteitstudies als meest veelbelovend naar boven (paragraaf 3.3 en 3.4) en de programma's omvatten elementen die mogelijk van nut kunnen zijn bij het opstellen van toezichtprogramma's voor (forensisch) psychiatrische patiënten in de Nederlandse situatie. In de tabellen 4 en 5 van bijlage 2 wordt een schematisch overzicht gegeven van de kenmerken van deze toezichtprogramma's. Voor een (bondige) omschrijving van de overige programma's wordt verwezen naar paragraaf 3.2.3.*

### 3.2.1 *Forensic Assertive Community Treatment (FACT)*<sup>22</sup>

#### *Omschrijving programma*

Forensische ACT is gebaseerd op ACT, een programma dat al sinds de jaren zeventig in Amerika bestaat. Dit programma werd ontwikkeld door Stein en Test (1976, 1980, 1985) en heette oorspronkelijk PACT: *Program of Assertive Community Treatment*. De kernelementen van ACT, zoals geïdentificeerd door Bond, Drake, Mueser en Latimer (2001) worden weergegeven in tabel 4 van bijlage 2. Het ACT-programma is uitvoerig onderzocht en er bestaan protocollen en handleidingen over het programma. Bond en collega's (2001) vonden 25 *randomized controlled trials* (RCT's) over ACT. De effecten van ACT zijn positief wat betreft het betrekken en behouden van patiënten in de behandeling, een daling in het aantal opnames in psychiatrische ziekenhuizen en een verhoogde stabiliteit wat betreft de woonsituatie. Een gematigd positief effect op een verbetering van de psychiatrische symptomen en de subjectieve kwaliteit van leven na ACT wordt eveneens gerapporteerd (Bond et al., 2001). Meer recent wordt ACT ook voor forensische populaties (FACT) en voor personen met een intellectuele beperking ontwikkeld (zie bijvoorbeeld Oliver et al., 2005; Martin, Costello, Leese, Bouras, Higgins, Holt et al., 2005). Ook in Nederland is er ervaring met ACT in de algemene psychiatrie en zijn enkele stappen in de richting van forensische ACT gezet (zie Veldhuizen, Berkhout & Horsman, 2006).

In deze paragraaf zal Project Link omschreven worden, een FACT-team in New York (Weisman, Lamberti & Price, 2004; Lamberti, Weisman & Faden, 2004; Lamberti, Weisman, Schwarzkopf, Price, Ashton & Trompeter, 2001).

22 In Nederland wordt de afkorting FACT voor een andere vorm van ACT gebruikt: Functionele-ACT (zie ook Van Veldhuizen, 2007). In deze vorm van ACT wordt de patiënt enkel door een team behandeld indien hij intensieve zorg nodig heeft. Een casemanager draagt zorg voor de patiënt indien minder intensieve zorg nodig is. In de buitenlandse literatuur spreekt men over FACT als men het over *Forensische ACT* heeft. Deze betekenis van de afkorting wordt ook in het onderhavige rapport gehanteerd.

Project Link is een van de weinige FACT-programma's waarover in het onderhavige onderzoek een duidelijke programma-omschrijving werd gevonden. Dit programma dient daarom als voorbeeld voor de omschrijving van FACT. Het werken in een team en gezamenlijke verantwoordelijkheid zijn belangrijk bij FACT. De teams zijn multidisciplinair van opzet en hebben een integrale aanpak, waarbij medicatie, huisvesting, financiën en allerlei andere aspecten die noodzakelijk zijn om een persoon goed te laten functioneren aan de orde kunnen komen (Bond et al., 2001). Hiertoe is het programma voor een groot gedeelte gericht op de integratie en samenwerking van diverse betrokken instanties, zoals het justitiële systeem (rechters, advocaten, aanklagers, reclasseringsmedewerkers), het geestelijkegezondheidssysteem, sociale voorzieningen, enzovoort. Binnen Project Link is voor de patiënten die de meest intensieve vorm van behandeling nodig hebben een zogenoemd '*mobile treatment team*' beschikbaar. Dit team heeft veel programma-onderdelen van ACT overgenomen: de zorg is 24 uur per dag beschikbaar, er is *in vivo* behandeling mogelijk (waarbij de behandelaar de patiënt in zijn natuurlijke omgeving kan observeren), er zijn veel stafleden beschikbaar per patiënt, er is een forensische psychiater beschikbaar en er is een fulltime verpleegkundige. De geschatte gemiddelde duur van betrokkenheid van het mobiele team is twee jaar, waarna de patiënten naar een minder intensief programma worden doorverwezen.

### *Doelstellingen*

Het voorkomen dat mensen met een psychiatrische stoornis na een intramuraal verblijf dakloos raken of opnieuw gehospitaliseerd moeten worden. Ook integratie in de gemeenschap is hierbij een doel. FACT is niet specifiek bedoeld voor het terugdringen van recidive, maar tracht dit wel te bereiken.

### *Doelgroep en juridisch kader*

Psychisch gestoorde mensen die een grote kans hebben opnieuw te worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en een crimineel verleden hebben. Vaak is er ook sprake van een geschiedenis van midde-lenmisbruik en/of -afhankelijkheid. Velen zijn dakloos of lopen een hoog risico dakloos te geraken (Lamberti et al., 2004). Het gaat duidelijk niet om alle psychisch gestoorde mensen, maar om degenen die intensieve zorg nodig (blijven) hebben. Het programma kan op verschillende momenten worden ingezet. Project Link is een voorbeeld van een *jail diversion*-programma (Weisman et al., 2004), maar FACT hoeft niet noodzakelijkerwijs in datzelfde juridische kader te worden aangeboden. FACT wordt namelijk ook ingezet als nazorgprogramma, aan het andere eind van de juridische keten.

### *Onderdelen programma*

Op alle mogelijke vlakken worden de patiënten geholpen bij het re-integreren in de samenleving. Er is een multidisciplinair team, waarvan de leden elkaar dagelijks ontmoeten en onderling overleggen over de patiënten. Er is gedeelde verantwoordelijkheid voor een patiënt en alle teamleden hebben regelmatig contact met elke cliënt die tot de caseload behoort. Een ander kenmerk is het feit dat er veel stafleden per patiënt beschikbaar zijn, de patiënt-stafratio bedraagt gemiddeld 10:1. Bij patiënten die intensievere zorg nodig hebben, kunnen er per patiënt nog meer stafleden beschikbaar zijn, terwijl patiënten die redelijk stabiel zijn relatief minder stafleden nodig zullen hebben.

De staf gaat bij de patiënt op bezoek en niet andersom, wat behandeling *in vivo* mogelijk maakt. Andere programma-onderdelen zijn het management van medicatie, een focus op alledaagse problemen en het oplossen daarvan en een snelle respons van het behandelteam op noodsituaties. Er kan een dagbehandeling worden gevolgd van maximaal vijf dagen in de week, waar behandeling voor zowel de verslaving als de psychiatrische stoornis centraal staat. De behandeling bestaat onder andere uit voorlichting over psychiatrische stoornissen en verslaving, steungroepen als de AA- en NA- (*alcoholics and narcotics anonymous*) groepen kunnen buiten de deur bezocht worden, en een training in vaardigheden met betrekking tot algemene dagelijkse levensverrichtingen wordt gegeven (ADL; Weisman et al., 2004; Lamberti et al., 2001; Lamberti et al., 2004). Een mobiel behandelteam (*mobile treatment team*) maakt onderdeel uit van het project, dat ondersteuning biedt aan patiënten die met zorg van zaakwaarnemers alleen niet genoeg gestimuleerd worden om bij het project betrokken te blijven en behandeling te accepteren. Dit mobiele behandelteam is 24 uur per dag beschikbaar. De duur van de behoefte aan zorg van dit team wordt geschat op twee jaar, daarna wordt ingezet op minder intensieve zorg. Patiënten die onder het mobiele team vallen, hebben ook toegang tot een residentiële faciliteit waar 24 uur per dag toezicht wordt gehouden en waar psychiatrische symptomen en middelenmisbruik behandeld kunnen worden. In de residentiële faciliteit wordt gewerkt met vier niveaus van zorg, waarbij de patiënten meer privileges krijgen zodra zij vooruitgang boeken in de behandeling. De volgende twee elementen zijn niet standaard bij ACT, maar wel belangrijk. Dat zijn ten eerste het samenwerken met de familie en ten tweede het bieden van hulp bij het vinden en behouden van werk.

### *Duur programma*

Bij sommige projecten is de doelstelling om de patiënten levenslang in beeld te blijven houden. Dit gezien het feit dat alleen dan de psychiatrische stoornis onder controle gehouden kan worden. Andere projecten zijn van kortere duur. Aan patiënten die een acute crisis hebben, wordt vaak extra aandacht besteed, maar alle patiënten blijven onder de aandacht van het

team. De frequentie en intensiteit van de aandacht kan variëren, al naar gelang de hulpbehoeften.

#### *Consequenties schending voorwaarden*

In het geval dat het programma wordt gevolgd in het kader van *jail diversion*, is het meestal gebruikelijk alsnog een gevangenisstraf op te leggen bij personen die niet succesvol aan het programma deelnemen.

#### *Instanties en verantwoordelijkheden*

In Project Link is een groep actief van vijf verschillende agentschappen in de gemeenschap, op het gebied van gezondheidszorg, sociale instellingen en het justitiedomein. Er is een speciaal team opgericht, het Project Link's Collaborative Management Team waarbinnen overleg tussen de vijf verschillende organisaties (regelmatig) plaatsvindt. Invloedrijke vertegenwoordigers uit de vijf verschillende organisaties nemen hieraan deel en belangrijke beslissingen over het project worden hierin genomen. Daarnaast zijn er zaakwaarnemers (*case advocates*): dit zijn stafleden die verantwoordelijk zijn voor het betrekken van de patiënten in de zorg en het linken van de patiënt met de relevante betrokken organisaties (geestelijke gezondheidszorg, eerstelijnsgezondheidszorg, residentiële en sociale instellingen). Er zijn vijf zulke zaakwaarnemers in Project Link, met een caseload van elk twintig patiënten. De stafleden onderhouden contact over de voortgang van de patiënt met diverse personen in het justitiële systeem: rechters, aanklagers, advocaten en reclasseringsmedewerkers. Ook een forensisch psychiater en een verpleegkundige maken onderdeel uit van de staf.

#### *Veronderstelde werkzame mechanismen*

Een van de meest kenmerkende eigenschappen van FACT is de teamstructuur. Deze zou op diverse manieren een positieve bijdrage leveren aan de werkzaamheid van het programma. Cliënten zouden zich hierdoor *meer ondersteund* voelen, aangezien ze bij alle teamleden terecht kunnen (meer mensen). Doordat het team multidisciplinair is, zijn er mensen met *verschillende expertise vertegenwoordigd* en is er in totaal meer expertise aanwezig op basis waarvan ingegrepen kan worden. Ook zou de multidisciplinaire aanpak de kans op het betrekken houden van de doelgroep groter maken, aangezien er vanuit meer disciplines kennis aanwezig is over hoe je het beste met deze personen kunt omgaan en over hoe deze kennis gebruikt kan worden in het motiveren van de personen (Lamberti et al., 2004). Ten derde, door de teamstructuur is het mogelijk *informatie uit verschillende bronnen te delen en adequater te reageren* op crisismomenten. Een voorbeeld is de informatie die bij de verpleegkundige terechtkomt. Zij bespreekt dit in het team en zodoende is iedereen op de hoogte. Indien er geen verpleegkundige in het team betrokken was geweest, zou er een grotere kans bestaan dat relevante informatie verloren zou gaan. De

gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een patiënt zorgt ervoor dat er *zo weinig mogelijk 'mazen in het net'* zijn waardoor belangrijke informatie aan de aandacht van het team zou kunnen ontglippen (Solomon & Draine, 1995a).

Andere veronderstelde mechanismen zijn de *actieve en assertieve aanpak* van de hulpverleners, die het makkelijker zou maken de psychisch zieken in contact met het zorgprogramma te houden. Chronisch psychiatrische patiënten zijn meestal vrij inactief en komen niet op een afspraak indien ze daar te veel moeite voor moeten doen. Doordat de hulpverlener in dit programma juist naar de patiënten toegaat, zou de drempel lager zijn om mee te doen. In sommige landen hebben reclasseringsfunctionarissen de bevoegdheid om niet-meewerkende cliënten bij de politie aan te geven, die daardoor een gevangenisstraf riskeren. Deze *legal leverage* zou helpen medewerking aan de behandeling af te dwingen (Lamberti et al., 2004). Voor een kort overzicht over FACT wordt verwezen naar tabel 4 van bijlage 2.

### 3.2.2 *Involuntary Outpatient Treatment (IOT)*

#### *Omschrijving programma*

Er zijn verschillende typen drang- en dwangmaatregelen die gebruikt worden als middel om patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis te motiveren zich te laten behandelen, terwijl zij zich in de gemeenschap bevinden. Voorbeelden van deze maatregelen zijn het dreigen met stopzetten van uitkeringen, het stoppen met voorzien in begeleide woonvormen, of de belofte dat indien de patiënt meewerkt aan behandeling in de gemeenschap er geen intramuraal verblijf in een gevangenis of psychiatrisch ziekenhuis zal zijn. De wettelijke varianten die gebruikt kunnen worden om behandeling in de gemeenschap af te dwingen, zijn *involuntary outpatient treatment laws (IOT)*, *mental health courts*, *S25 aftercare under supervision*, *assisted outpatient treatment*, *mandatory outpatient treatment* enzovoorts (Monahan, Bonnie, Appelbaum, Hyde, Steadman & Swartz, 2001).

*Involuntary Outpatient Treatment* is een vorm van dwangbehandeling in de gemeenschap die in het leven is geroepen om te voorkomen dat ernstig psychisch gestoorde personen gedwongen opgenomen werden in een psychiatrisch ziekenhuis. Het is een wet om 'erger te voorkomen', waarmee bedoeld wordt dat men een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis zo veel mogelijk probeert te vermijden. Veel landen hebben dergelijke (civielrechtelijke) wetgeving om ernstig psychisch zieke personen die een gevaar voor zichzelf of anderen vormen te kunnen behandelen. Hoewel IOT oorspronkelijk voor het hiervoor genoemde doel werd ontwikkeld, wordt het ook steeds meer ingezet als instrument bij het plannen van ontslag uit een intramurale setting, om de periode van toezicht

en monitoring te verlengen naar de gemeenschap (Ridgely, Borum & Petrila, 2001). Als zodanig is IOT als een juridisch instrument te beschouwen op basis waarvan toezicht mogelijk is en wordt het in dit hoofdstuk besproken.

De wet regelt naast gedwongen behandeling in de gemeenschap ook het uitwisselen van informatie tussen verschillende instituten in de geestelijke gezondheidszorg. De *director of community services* (DCS, zie hierna) heeft te allen tijde toegang tot alle informatie die over een patiënt bekend is. Dergelijke wetgeving bestaat al langere tijd, maar er wordt sinds 1999 in Amerika steeds meer gebruik van gemaakt. Dit naar aanleiding van de dood van een vrouw genaamd Kendra Webdale, die door een psychiatrische patiënt die in de gemeenschap verbleef (en niet behandeld werd voor zijn psychiatrische stoornis) voor de metro werd geduwd en overleed. De IOT-wet staat dan ook sindsdien vooral bekend als '*Kendra's Law*'. In 2005 werd de wet deels gereviseerd (zie Office of Mental Health, New York State, 2006). In maart 2005 verscheen een evaluatie over Kendra's Law (Pataki & Carpinello, 2005). Hoewel de resultaten veelbelovend waren, werd er in het onderzoek helaas geen controlegroep meegenomen en worden de resultaten om deze reden hier verder niet besproken. *Involuntary outpatient treatment* wordt ook wel *mandated outpatient treatment*, *community treatment order*, *outpatient commitment* (OPC) en *Assisted Outpatient Treatment* (AOT) genoemd.

#### *Doelstellingen*

Door middel van het bieden van nazorg wil men voorkomen dat een psychiatrische patiënt opnieuw ernstige psychiatrische problemen krijgt of crimineel gedrag gaat vertonen.

#### *Doelgroep en juridisch kader*

Potentiële deelnemers dienen aan een aantal inclusiecriteria te voldoen. Zij dienen ten minste 18 jaar oud te zijn en te lijden aan een psychiatrische stoornis. Zij kunnen zich niet staande houden in de gemeenschap zonder dat er toezicht op hen wordt gehouden, hebben een geschiedenis van niet-meewerken aan behandeling voor hun psychiatrische stoornis (dit kan blijken uit een voorgaande gevangenisstraf of opname in een psychiatrisch ziekenhuis of gewelddadig gedrag gericht op zichzelf of anderen), lopen zonder de IOT ernstig risico van verslechtering van hun toestand en hebben kans op verbetering na de oplegging van een IOT. De rechtbank mag de IOT niet opleggen, tenzij het de minst beperkende maatregel is (*least restrictive alternative*; Office of Mental Health, New York State, 2006). Met een IOT-oplegging kan de persoon gedwongen worden aan behandelprogramma's in de gemeenschap deel te nemen. De IOT dient opgelegd te worden in een hoorzitting, waarin een arts een verklaring aflegt over het ziektebeeld van de betrokkene. Er moet een geschreven behandelplan

zijn ingediend bij de rechter. Indien de rechter besluit tot oplegging van de IOT, stelt hij de *director of community services* (DCS) van de provincie waartoe betrokkene behoort verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van de IOT. Dit betreft een specifieke uitspraak van de rechter waarin hij (onderdelen van) het behandelplan onder de verantwoordelijkheid van de DCS legt.

#### *Onderdelen programma*

Bij het opstellen van het behandelplan kunnen verschillende elementen van behandeling aan de orde komen. Casemanagement of ACT (zie eerder) dient onderdeel uit te maken van het behandelplan, zodat coördinatie van verschillende typen zorg plaatsvindt. Indien de persoon een geschiedenis van problematisch alcohol- en/of drugsgebruik heeft, kan in het behandelplan opgenomen worden dat hij regelmatig getest wordt op dergelijk gebruik. Als het nodig is dat medicatie wordt gebruikt, kan dit eveneens worden opgelegd. In het geval van medicatie is het vaak zo dat een patiënt uit een intramurale setting komt waar hij medicatie inneemt en het onwenselijk is dat hij dit stopzet (Office of Mental Health, New York State, 2006).

#### *Duur programma*

De maatregel wordt in eerste instantie voor zes maanden opgelegd en kan indien nodig worden verlengd tot maximaal een jaar.

#### *Consequenties schending voorwaarden*

Indien de arts vaststelt dat de persoon zich niet aan de hem opgelegde behandeling houdt, kan hij de DCS verzoeken om transport naar een psychiatrisch ziekenhuis. Daar mag hij maximaal 72 uur worden vastgehouden, waarin hij geobserveerd en verzorgd wordt en waar door een arts bepaald wordt of hij voldoet aan de criteria voor dwangopname.

#### *Instanties en verantwoordelijkheden*

Een arts onderzoekt de betrokkene en schrijft naar aanleiding van dit onderzoek een behandelplan. De *director of community services* (DCS) is aangesteld bij het Ministerie van Volksgezondheid en hij is ervoor verantwoordelijk dat de IOT daadwerkelijk uitgevoerd wordt. Het Ministerie van Volksgezondheid dient ook een *programmacoördinator* aan te stellen, die moet controleren hoe de tenuitvoerlegging inhoudelijk in zijn werk gaat en of de betrokken patiënt zich houdt aan de in het behandelplan gestelde verplichtingen. Op lokaal niveau zijn directeuren van gezondheidszorginstellingen belast met het uitvoeren van hun IOT-programma's en zij dienen aan de programmacoördinatoren te rapporteren over de voortgang van een patiënt. De *Commissioner of Mental Health* dient alle IOT-programma's goed te keuren.



*Veronderstelde werkzame mechanismen*

Volgens Torrey en Zdanowicz (2001) is IOT vooral effectief als *middel om behandel- en medicatietrouw te bevorderen*. De patiënten voor wie het is bedoeld, hebben een gebrek aan ziekte-inzicht en zijn daardoor geneigd geen medicijnen in te nemen. Dit kan ongewenste consequenties met zich meebrengen, zoals dakloos geraken, gewelddadig gedrag vertonen en zelfmoordpogingen ondernemen. Doordat IOT een manier van gedwongen behandeling omvat, kan met behulp van medicatie het ziekte-inzicht worden vergroot en medicatietrouw worden afgedwongen. Deze vorm van *assisted treatment*<sup>23</sup> zorgt voor drang die bij dergelijke patiënten goed kan werken om medewerking te verkrijgen.

Swartz, Swanson, Kim en Petrila (2006) onderzochten ruim duizend psychiatrische patiënten afkomstig uit vijf verschillende staten in Amerika en bepaalden met behulp van interviews en vragenlijsten wie van hen gedurende de levensloop wel eens een IOT opgelegd had gekregen. Vervolgens werd bekeken welke demografische karakteristieken, klinische karakteristieken, behandeluitkomsten en criminele uitkomsten (arrestaties) geassocieerd waren met een oplegging van IOT gedurende de levensloop. Een aantal factoren was geassocieerd met een dergelijke IOT-oplegging. Een IOT kwam meer voor bij personen die in residentiële instellingen verbleven, die ondersteuning bij outpatient-behandeling kregen, die gebrekkige sociale steun rapporteerden, die naast een psychiatrische stoornis ook een stoornis in het middelenmisbruik hadden, die gebrekkig psychosociaal functioneerden, die in het recente verleden gewelddadig gedrag vertoonden, die vaker (onvrijwillig) in een psychiatrisch ziekenhuis verbleven en die problemen met de politie ondervonden tijdens een periode van verergering van de psychiatrische klachten. Een tekortkoming bij dit onderzoek was dat er geen controlegroep was. Sommige van de factoren die geassocieerd waren met de oplegging van een IOT, zij het omgekeerd gesteld, kunnen worden gezien als werkzame mechanismen. Als een patiënt bijvoorbeeld wel sociale steun ontvangt, is de kans een IOT te krijgen lager. Hetzelfde geldt voor personen die niet in een residentiële instelling verblijven, die geen stoornis in middelenmisbruik hebben, die voldoende psychosociaal functioneren en die geen gewelddadig gedrag vertonen. Interventies die gericht zijn op deze factoren zouden kunnen zorgen voor een vermindering van het risico van recidive.

23 *Assisted treatment* wordt gedefinieerd als behandeling die impliciet of expliciet dwang met zich meebrengt. Andere vormen van Assisted Treatment zijn (Torrey & Zdanowicz, 2001): *Advance directives* (van tevoren toestemming vastleggen voor behandeling gedurende periodes van ontoerekeningsvatbaarheid), *assertive casemanagement* (assertieve benadering, zie paragraaf 3.2.1), *representative payees* (de psychisch gestoorde persoon geeft toestemming dat een vertrouwd persoon hem of haar helpt zijn/haar geld goed te beheren), *conditional release* (geleidelijke, voorwaardelijke invrijheidstelling), *conservatorship or guardianship* (de rechtbank wijst iemand aan die de zaken voor de patiënt behartigt), *mental health courts* (behandeling in plaats van straf).

Voor een kort overzicht over *Involuntary Outpatient Commitment* wordt verwezen naar tabel 5 van bijlage 2.

### 3.2.3 Overige programma's: korte omschrijving

Er is nog een aantal losse studies gevonden over andere toezichtprogramma's of onderdelen van toezichtprogramma's. Deze worden hierna nader besproken, daar zij of in de meta-analyses of in de effectiviteitstudies voorkomen.

#### *Casemanagement*

Bij casemanagement is één persoon, de casemanager, het aanspreekpunt voor de betrokkene. Deze persoon verricht een assessment van de behoeften die bij betrokkene bestaan en zorgt ervoor dat hij naar de juiste instanties doorverwezen wordt. Ook is hij meestal verantwoordelijk voor de coördinatie van de verschillende hulpverleningsinstanties. De casemanager heeft enkel een coördinerende taak: hij zorgt ervoor dat de geïndiceerde hulp terechtkomt bij de cliënt.

#### *Community (multidisciplinary) Mental Health teams*

De multidisciplinaire teams bestaan meestal uit de volgende personen: een verpleegkundige, psychiaters, psychologen, beroepsconsulenten en sociaal werkers. Voordat de patiënt met ontslag gaat, vindt een assessment plaats bij de patiënten, waarna een zorgplan wordt opgesteld dat elke week opnieuw wordt bekeken en bijgesteld. Er wordt een 'key worker' aangewezen en er worden twee consultants voor de multidisciplinaire gemeenschapsteams aangesteld. De gemiddelde caseload bedraagt ongeveer 25 patiënten per medewerker. De behandeling vindt thuis plaats of in een andere setting die op dat moment geschikt wordt geacht. De multidisciplinaire gemeenschapsteams bevinden zich op één (fysieke) plaats, ze hebben gezamenlijke informatiebestanden, er wordt regelmatig overlegd, informatie wordt door alle teamleden gedeeld en er vindt toezicht van de teams plaats. De nazorg in een psychiatrisch ziekenhuis bestaat uit het opstellen van een zorgplan aan de hand van uitgebreide assessments. Stafleden uit het psychiatrische ziekenhuis verzorgen de nazorg, die meestal intramuraal plaatsvindt. Slechts een enkele keer wordt een patiënt in de gemeenschap bezocht.

#### *Forensic Transition Team*

Hartwell en Orr (2000) bespreken het *Forensic Transition Team* (FTT), in Massachusetts. Dit programma omvat zorg gericht op de overgang van een intramurale setting naar een extramurale setting, die begint gedurende de inbewaringstelling. Het programma is gelijktijdig gericht op vergroten van de veiligheid van de gemeenschap en op de verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt. Drie maanden voor het ontslag uit de gevangenis

komt het FTT langs en indiceert de behoeften van de persoon; hierna worden de instanties benaderd die aan deze behoeften tegemoet dienen te komen. De volgende doelen beoogt men te bereiken: het reduceren van strafrechtelijke recidive en nieuwe ziekenhuisopname en het coördineren van verschillende diensten. Het maximaliseren van het behandel-effect tracht men te bereiken door het bouwen van samenwerkingsverbanden, door naar de betrokkene te gaan in plaats van hem zelf naar de zorg te laten komen, door het bieden van consistente steun, het verrichten van grondige assessment en een overgang van intramuraal naar extramuraal waar goed toezicht op wordt gehouden. Verder is samenwerking tussen verschillende instanties erg belangrijk. Dit programma is voor zover bekend niet geëvalueerd.

#### *Mental health courts*

De *mental health courts* zijn speciaal in het leven geroepen om recht te doen aan de complexe issues die vaak een rol spelen bij delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis. In deze rechtbanken zijn de betrokkenen (rechter, advocaten, Openbaar Ministerie) gespecialiseerd in de omgang met psychisch gestoorde delinquenten en worden alleen zaken van dergelijke personen behandeld. Het doel is verdere criminalisering te voorkomen door het bieden van een behandeling (*jail diversion*). De *mental health courts* zijn opgezet in navolging van de drugsrechtbanken (zie hoofdstuk 5), speciale rechtbanken voor de afhandeling van rechtszaken waarbij verslaafde delinquenten betrokken zijn en waar positieve resultaten mee geboekt lijken te worden (Watson, Hanrahan, Luchins & Lurigio, 2001).

#### *Psycho-educatie*

Door middel van psycho-educatie wordt getracht de persoon (en soms ook de familie) meer inzicht in zijn/haar ziekte te laten krijgen.

#### *Washington's Dangerously Mentally Ill Offender program (DMIO)*

Het DMIO-programma richt zich op personen die als '*mentally ill*' en '*dangerous*' worden beschouwd. De psychiatrische ziekte wordt eerst bepaald, waarna een oordeel over de delictgevaarlijkheid volgt. Onder *mentally ill*, psychisch ziek, worden bijvoorbeeld personen met een As I-stoornis, maar ook personen met een ontwikkelingsstoornis beschouwd (Phipps & Gagliardi, 2002). Een oordeel over de delictgevaarlijkheid van de persoon wordt aan de hand van vijf stappen gegeven, waarbij men onder meer gebruikmaakt van risicotaxatie-instrumenten. In de wetgeving is vastgelegd dat er voor personen die voldoen aan de DMIO-criteria een '*multi-agency release planning*'-proces dient plaats te vinden, waarbij toezicht na ontslag uit detentie, ondersteunende diensten, behandeling (zoals casemanagement, behandeling voor de psychiatrische ziekte, behandeling voor drugs- en/of alcoholmisbruik) en ondersteuning bij het

vinden van woonruimte centraal staan. Voor een uitvoerige omschrijving van het programma wordt verwezen naar Phipps en Gagliardi (2002).

#### *Werk-woonvoorzieningen*

In dergelijke voorzieningen wordt de persoon geleerd hoe hij werk kan vinden en behouden en hoe hij voor zichzelf moet zorgen.

### **3.3 Effectiviteit toezichtprogramma's: meta-analyses en overzichtstudies**

In de literatuur over forensisch psychiatrische delinquenten zijn veertien meta-analyses dan wel overzichtartikelen gevonden. De meeste studies omvatten bepaalde elementen binnen de behandeling van (forensisch) psychiatrische patiënten, al dan niet in de vorm van toezicht in de gemeenschap en al dan niet bij subgroeperingen binnen de forensisch psychiatrische groep. In tabel 3 worden de resultaten uit de overzichtartikelen en meta-analyses kort samengevat, in zoverre deze over toezichtprogramma's gaan. De tabel is op alfabetische volgorde gesorteerd naar naam van het toezichtprogramma. In de tekst hierna (paragraaf 3.3.1) wordt allereerst een korte omschrijving gegeven van de meta-analyses, zoals de doelstelling, de inclusiecriteria en de methodologische kenmerken. Daarna zullen de resultaten van de meta-analyses en overzichtartikelen worden weergegeven, waarbij het toezichtprogramma als uitgangspunt wordt genomen (paragraaf 3.3.2).

#### **3.3.1 Kenmerken meta-analyses en overzichtstudies**

Er werden verschillende meta-analyses bij (forensisch) psychiatrische populaties gevonden. Echter, de meeste meta-analyses rapporteerden geen criminaliteit als uitkomstmaat (een van de inclusiecriteria van het onderhavige rapport). Een kort overzicht van de gevonden meta-analyses zonder uitkomstmaat criminaliteit wordt toch gegeven, omdat de uitkomsten van deze onderzoeken mogelijk wel van belang zijn in de ontwikkeling van toezichtprogramma's. Daarna zullen enkele meta-analyses die wel een uitkomstmaat criminaliteit vermeldden uitgebreider worden besproken.

#### *Meta-analyses zonder uitkomstmaat criminaliteit: inventarisatie*

De Cochrane Collaboration publiceerde meta-analyses over verschillende uiteenlopende onderwerpen bij psychiatrische patiënten. In deze meta-analyses werden alleen onderzoeken opgenomen die een RCT-design hadden. De meta-analyses gingen over: het effect van psycho-educatie bij schizofrenen (Pekkala & Merinder, 2002), projecten met betrekking tot rehabilitatie wat betreft werk (Crowther, Marshall, Bond & Huxley, 2001), crisisinterventie (Joy, Adams & Rice, 2006), voorzieningen voor begeleid

wonen (Chilvers, Macdonald & Hayes, 2006<sup>24</sup>), ambulante behandeling in plaats van opname in een psychiatrisch ziekenhuis (Marshall, Crowther, Almaraz-Serrano, Creed, Sledge, Kluiter et al., 2003), het nut van (niet-medische) dagopvang (Catty, Burns & Comas, 2001)<sup>25</sup>, *Community Mental Health Teams* (CMHTs; Tyrer, Coid, Simmonds, Joseph & Marriott, 1998), interventies die erop gericht zijn medicatietrouw te verhogen (Haynes, Yao, Degani, Kripalani, Garg & McDonald, 2005), de manier van toedienen van medicatie (Whicher, Morrison & Douglas-Hall, 2002), casemanagement (Marshall, Gray, Lockwood & Green, 1998), *Assertive Community Treatment* (ACT; Marshall & Lockwood, 1998), en *Compulsory Community Treatment* (Kisely, Campbell & Preston, 2005). Bond, Drake, Mueser & Latimer (2001) verrichtten eveneens een meta-analyse naar ACT, deze onderzoekers zijn niet verbonden aan de Cochrane Collaboration.

*Meta-analyses zonder uitkomstmaat criminaliteit: korte omschrijving*

Drie meta-analyses zonder uitkomstmaat criminaliteit worden nader besproken. Het gaat om Kisely et al. (2005), Marshall & Lockwood (1998) en Marshall et al. (1998). Kisely et al. (2005) onderzochten de effecten van gedwongen behandeling in de gemeenschap (IOT) op klinische symptomen en kosteneffectiviteit. Alle relevante studies die zich richtten op gedwongen behandeling in de gemeenschap werden opgezocht. De studies dienden een vergelijkingsgroep te hebben. Marshall et al. (1998) onderzochten de effecten van casemanagement in de gemeenschap voor mensen met een ernstige psychiatrische stoornis. Alle studies die zich richtten op het maken van een vergelijking tussen casemanagement en standaardzorg in de gemeenschap werden betrokken. De uitkomstmaten die gebruikt werden, waren 1) het aantal personen dat in contact blijft met de psychiatrische hulpverleners, 2) de ernst van opname in een psychiatrisch ziekenhuis, 3) klinische en sociale uitkomsten en 4) kosten. Het doel dat Marshall en Lockwood (1998) voor ogen hadden, was het vergelijken van ACT met drie typen verschillende alternatieve behandelingen, te weten: standaardzorg in de gemeenschap, traditionele rehabilitatie vanuit het psychiatrische ziekenhuis en casemanagement. De auteurs namen studies op tussen 1966 en 1997, die gebruikmaakten van aselecte toewijzing (RCT) en die ten minste één vergelijking met eerder genoemde drie alternatieve behandelingen maakten. Bovendien moesten de deelnemers een 'severe mental illness' hebben.<sup>26</sup>

24 Ondanks de uitgebreide zoektocht naar RCT's over dit onderwerp werden geen studies gevonden die aan alle inclusiecriteria voldeden en kon er geen uitspraak over de effectiviteit worden gedaan.

25 Ondanks de uitgebreide zoektocht naar RCT's over dit onderwerp werden geen studies gevonden die aan alle inclusiecriteria voldeden en kon er geen uitspraak over de effectiviteit worden gedaan.

26 De onderzoekers van de laatste twee studies maken duidelijk onderscheid tussen casemanagement en ACT. Dit onderscheid is in de praktijk niet altijd even goed te maken. Volgens Marshall en collega's zou het cruciale verschil zijn dat bij ACT de nadruk ligt op teamwork en dat de verantwoordelijkheid bij het gehele team ligt. Bij casemanagement zijn eveneens meer disciplines betrokken, maar behoudt de professional individuele verantwoordelijkheid en autonomie.

*Meta-analyses met uitkomstmaat criminaliteit: omschrijving onderzoeken*

De meta-analyses van Mueser, Bond, Drake en Resnick (1998), Ridgely et al. (2001), Aos, Miller en Drake (2006) en Torrey en Zdanowicz (2001) rapporteerden resultaten met betrekking tot de uitkomstmaat criminaliteit.

Mueser et al. (1998) verrichtten een meta-analyse naar zorg in de gemeenschap voor personen met een 'severe mental illness'. De meeste studies die zij vonden, hadden betrekking op *assertive community treatment* (ACT) of *intensive casemanagement* (ICM). Zij namen twee typen onderzoeken op, de studies waarin een vergelijking binnen één groep deelnemers gemaakt werd, een zogenoemd pre-post design, en onderzoek dat een vergelijking tussen twee of meer vormen van casemanagement maakte. Studies die geen follow-updata beschreven of alleen follow-updata beschreven (en geen cijfers over de baseline), werden uitgesloten. Daarnaast werden studies uitgesloten die over ACT of ICM gingen, maar zich voornamelijk richtten op gezinsinterventies.<sup>27</sup> Alle studies werden door Mueser et al. (1998) gescoord op algemene verbetering, geen verschil, of verslechtering. Als het aantal studies dat verbetering signaleerde minus het aantal studies dat verslechtering signaleerde groter was dan het aantal studies dat geen verschil aanduidde, werd een 'overall verbetering' gescoord. Als het aantal studies met verbetering minus het aantal met verslechtering kleiner of gelijk was aan het aantal studies dat geen verschil vond, werd een 'geen overall verbetering' gescoord. 'Onduidelijkheid' werd genoteerd indien het aantal studies dat een positief effect signaleerde minus het aantal studies dat een negatief effect rapporteerde gelijk was aan het aantal studies dat geen verschil vond.

Van alle deelnemers aan de verschillende onderzoeken in de meta-analyse had 66% schizofrenie of een schizo-affectieve stoornis. In totaal voldeden 75 studies aan de inclusiecriteria, waarvan er 32 een experimenteel onderzoeksdesign hanteerden (dat wil zeggen, met aselecte toewijzing of een vergelijking tussen verschillende groepen) en er 26 over ACT of ICM gingen. Alleen de resultaten uit deze studies worden in dit hoofdstuk besproken. De overige zes studies hebben of geen uitkomstmaat criminaliteit of gaan over een ander toezichtprogramma en worden daarom niet nader besproken. Deze meta-analyse neemt ook arrestaties en de tijd doorgebracht in de gevangenis mee (in tegenstelling tot Marshall & Lockwood, 1998).

27 De auteurs stellen dat de effectiviteit van gezinstherapie op het verloop van de ziekte reeds is aangetoond. Zo is er minder terugval en zijn er minder nieuwe opnames in een psychiatrisch ziekenhuis na gezinstherapie. In deze therapie staan psycho-educatie en ondersteuning centraal, waarbij de familieleden de ziekte leren te monitoren en leren stress te reduceren (Mueser et al., 1998). Indien studies waarin zowel gezinstherapie als casemanagement opgenomen zouden worden, zou het positieve resultaat van gezinstherapie de effecten van casemanagement kunnen kleuren. De onderzoekers wilden het 'pure' effect van casemanagement in de gemeenschap onderzoeken, zonder de invloed van gezinstherapie.

Ridgely et al. (2001) onderzochten *involuntary outpatient commitment* in meta-analytisch verband. Naast het verzamelen van de relevante literatuur, die onderverdeeld werd in een paragraaf over RCT's en een paragraaf over kwalitatief minder goed opgezette onderzoeken, werden interviews gehouden met 'stakeholders' (belanghebbenden) in acht staten.

Het rapport van Aos et al. (2006) had tot doel *evidence-based* interventies te signaleren die de bouw van nieuwe gevangenissen zouden kunnen beperken en die de criminaliteit (en kosten van crimineel gedrag) zouden kunnen reduceren. De auteurs bestudeerden alle Engelstalige publicaties over interventieprogramma's, preventieprogramma's en strafrechtelijke interventies. Dit betrof artikelen die *peer-reviewed* zijn, maar ook grijze literatuur als overheidsrapporten, die niet *peer-reviewed* zijn. Zowel studies over jeugdigen als studies over volwassenen werden opgenomen, waarbij gezocht werd vanaf het jaar 1970. De studies dienden in ieder geval een controle- of vergelijkingsgroep te hebben, waarbij aselechte toewijzing niet noodzakelijk was. In 28% van de studies werd desalniettemin aselechte toewijzing gerapporteerd. Slechts een deel van de programma's voldeed aan de definitie van toezichtprogramma zoals die in het onderhavige rapport wordt gehanteerd. Deze programma's worden in tabel 7 (hoofdstuk 5) besproken.

Aos en collega's zijn grondig geweest in hun aanpak qua opname, inclusiecriteria en selectie van studies, echter de rapportage van de resultaten is beknopt. De programma's worden enkel beoordeeld op twee uitkomstmaten: 1) effect op criminaliteit en 2) kosten en baten van het programma. Voor beide uitkomstmaten wordt een gemiddelde berekend en er wordt geen specificatie gegeven van subcategorieën binnen de verschillende typen uitkomstmaten. Ook komt de inhoud van de programma's niet of nauwelijks aan de orde.

Torrey en Zdanowicz (2001) vatten enkele studies naar IOC samen. Zij omschrijven geen inclusie- of exclusiecriteria en dit onderzoek is dan ook geen meta-analyse, maar een overzichtartikel.

### 3.3.2 Resultaten meta-analyses en overzichtstudies

#### ACT

Over het algemeen werden positieve bevindingen over ACT gerapporteerd. Deelnemers aan het programma werden minder vaak in het psychiatrische ziekenhuis opgenomen en brachten daar ook minder tijd door; ook woonden ze vaker onafhankelijk van anderen (Marshall & Lockwood, 1998; Bond et al., 2001). Een gematigde invloed op de ernst van de symptomen en op de subjectieve kwaliteit van leven wordt eveneens gerapporteerd (Bond et al., 2001). Volgens Mueser et al. (1998) treedt er een overall verbetering op wat betreft tijd doorgebracht in het psychiatrische zieken-

huis, stabiliteit in de woonsituatie, kwaliteit van leven en tevredenheid van de patiënt. Er wordt géén overall verbetering gevonden wat betreft aantal dagen in de gevangenis en aantal nieuwe arrestaties. Er bestaat onduidelijkheid over de effecten van ACT op medicatietrouw, symptomen, middelemisbruik, sociale aanpassing, functioneren op het werk en algehele tevredenheid.

In slechts één gecontroleerd onderzoek binnen de meta-analyse van Mueser et al. (1998) werd (ook) een forensisch psychiatrische populatie onderzocht,<sup>28</sup> waarbij geen verschillen werden gevonden in behandeluitkomsten noch in criminaliteit (Mueser et al., 1998). De auteurs van dit onderzoek geven echter aan dat problemen met betrekking tot de implementatie van het programma en methodologische gebreken van het onderzoek de resultaten beïnvloed hebben en dat er niet geconcludeerd mag worden dat ACT of *forensic intensive casemanagement* (FICM)<sup>29</sup> niet werken (Solomon & Draine, 1995).

#### *Casemanagement*

Hoewel casemanagement het aantal patiënten dat betrokken blijft bij behandeling vergroot, zijn er verder geen positieve bevindingen uit de meta-analyse van Marshall en Gray et al. (1998) naar voren gekomen. Een uitzondering hierop vormde een studie waaruit een positief effect op medewerking aan de behandeling bleek.

#### *Community Mental Health Teams*

Deelname aan deze teams leidde in de meta-analyse van Tyrer et al. (1998) tot vermindering van het aantal zelfmoorden en tot meer tevredenheid over de zorg onder de patiënten. Het aantal opnames in het psychiatrische ziekenhuis, algemene klinische uitkomsten en de duur van de opname in het psychiatrische ziekenhuis was gelijk onder deelnemers versus controlegroep.

#### *Involuntary Outpatient Treatment Order*

Ridgely et al. (2001) vonden twee onderzoeksgroepen die RCT's verrichtten naar IOT (Steadman en collega's en Swartz en collega's). Beide onderzoeksgroepen hebben verscheidene malen over hetzelfde onderzoek gepubliceerd. Ze presenteren echter contrasterende resultaten.<sup>30</sup> Het ene onderzoek rapporteerde geen verschil in nieuwe opnames in een psychiatrisch ziekenhuis, aantal arrestaties, kwaliteit van leven, psychiatrische symptomen en de woonsituatie (dakloos of niet). In dit onderzoek werd

28 De deelnemers aan de overige onderzoeken zijn veelal personen met een 'severe mental illness', waarbij in sommige gevallen ook een uitspraak over het aantal arrestaties en/of het aantal dagen in detentie wordt gedaan.

29 FICM is overigens niet aan te duiden als FACT. De organisatie van de zorg verliep namelijk niet in teamverband en er was slechts incidenteel contact met psychiaters.

30 Voor een groot gedeelte gaan de publicaties over dezelfde data. In het overzicht van geciteerde artikelen in de meta-analyses staat vermeld welke publicaties opgenomen zijn in de verwerking van de resultaten.



een vergelijking gemaakt tussen een groep die IOT kreeg en een groep die intensieve behandeling kreeg zonder *IOT-order* (Steadman et al., 1998, 1999, in press). In het andere onderzoek werd wel verschil gevonden tussen de twee groepen: minder terugval, minder gewelddadig gedrag, minder slachtoffers maken en minder arrestaties voor groep die langdurig *IOT-order* kreeg opgelegd (langer dan 180 dagen). Echter, in deze onderzoeken werd IOT gecombineerd met intensieve geestelijke gezondheidszorg. Volgens de auteurs waren vooral intensieve geestelijke gezondheidszorg en verhoogde monitoring over een langdurige periode geassocieerd met een reductie in recidive. Daarnaast zou voor de effectiviteit van enkel een oplegging van IOT door de rechtbank onvoldoende bewijs zijn (Swartz en collega's, 1999, 2001, 2006). Torrey en Zdanowicz (2001) vonden dat de medicatietrouw na deelname aan IOT toenam en dat hierdoor de kans op een nieuwe opname in een psychiatrisch ziekenhuis gereduceerd werd met 50-80%. Deze auteurs vonden ook een effect op criminaliteit: de voorspelling van recidive van 'enig gewelddadig gedrag' nam af van 48% tot 24%. De meta-analyse van Kisely et al. (2006) omvatte dezelfde studies als het onderzoek van Ridgely en collega's en wordt om die reden niet nader besproken.

#### *Jail diversion programs*

Volgens de vier studies in het onderzoek van Aos et al. (2006) lijkt deze manier van omgaan met psychisch gestoorde delinquenten niet effectief.

#### *Washington's Dangerously Mentally Ill Offender program (DMIO)*

Dit programma lijkt, met een reductie in criminaliteit van 20%, veelbelovend (Aos et al., 2006). Echter, dit oordeel is op slechts één onderzoek gebaseerd.

In tabel 3 worden de belangrijkste resultaten uit de meta-analyses schematisch weergegeven. Hierbij wordt van elk programma aangegeven wat de effecten van het programma op de psychiatrische stoornis waren en welke effecten op crimineel gedrag te zien waren.

**Tabel 3 Resultaten meta-analyses en overzichtsstudies van toezichtprogramma's voor delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis**

Programma (aantal studies, Studie (auteurs, jaar)	Uitkomstmaten criminaliteit en psychiatrische stoornis
Assertive Community Treatment (26) <sup>a</sup>	<p>ACT versus standaardzorg in de gemeenschap:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deelnemers programma hadden een grotere kans in de behandeling te blijven dan deelnemers aan de controlegroep (OR 0,51).</li> <li>- Deelnemers programma waren minder vaak in het psychiatrische ziekenhuis opgenomen (OR 0,59).</li> <li>- Deelnemers programma brachten minder tijd door in het psychiatrische ziekenhuis.</li> <li>- Deelnemers programma deden het beter op accommodatie, werk en eigen tevredenheid.</li> <li>- Geen verschil op mentale staat of sociaal functioneren.</li> <li>- Deelnemers programma brachten kosten van de zorg in het psychiatrische ziekenhuis omlaag, maar er was geen verschil indien ook andere kosten werden meegenomen.</li> </ul> <p>ACT versus rehabilitatie vanuit het psychiatrische ziekenhuis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen verschil kans in de behandeling te blijven.</li> <li>- Deelnemers programma waren minder vaak in het psychiatrische ziekenhuis opgenomen (OR 0,2).</li> <li>- Deelnemers programma brachten minder tijd door in het psychiatrische ziekenhuis.</li> <li>- Deelnemers programma woonden vaker onafhankelijk van anderen (OR 0,19).</li> <li>- Geen verschil op mentale staat of sociaal functioneren.</li> <li>- Onvoldoende gegevens over kosten-baten.</li> </ul> <p>ACT versus casemanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Onvoldoende gegevens over kans in de behandeling te blijven.</li> <li>- Onvoldoende gegevens over kans in het psychiatrische ziekenhuis te worden opgenomen.</li> <li>- Deelnemers programma brachten minder tijd door in het psychiatrische ziekenhuis.</li> <li>- Onvoldoende gegevens over verschil in mentale staat of sociaal functioneren.</li> <li>- Deelnemers programma brachten kosten van de zorg in het psychiatrische ziekenhuis omlaag, maar er was geen verschil indien ook andere kosten meegenomen werden.</li> </ul> <p>ACT versus overall intensieve standaardzorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er treedt overall verbetering op wat betreft: tijd doorgebracht in het psychiatrische ziekenhuis, stabiliteit in de woonsituatie, kwaliteit van leven en tevredenheid van de patiënt.</li> <li>- Er treedt géén overall verbetering op wat betreft: aantal dagen in de gevangenis en aantal nieuwe arrestaties.</li> <li>- Er bestaat onduidelijkheid over: medicatietrouw, symptomen, middelenmisbruik, sociale aanpassing, functioneren op het werk, algehele tevredenheid.</li> </ul>
Assertive Community Treatment (27) <sup>b</sup>	<p>Mueser, Bond, Drake en Resnick (1998)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Casemanagement vergroot het aantal personen dat in contact blijft met verschillende diensten.</li> <li>- Casemanagement verdubbelt het aantal personen dat opgenomen wordt in een psychiatrisch ziekenhuis (I).</li> <li>- Slechts één studie rapporteerde een positieve bevinding met betrekking tot <i>compliance</i>.</li> <li>- Met betrekking tot de kosten-batenanalyse waren te weinig gegevens beschikbaar.</li> </ul>
Casemanagement	<p>Marshall, Gray, Lockwood &amp; Green (1998)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Casemanagement vergroot het aantal personen dat in contact blijft met verschillende diensten.</li> <li>- Casemanagement verdubbelt het aantal personen dat opgenomen wordt in een psychiatrisch ziekenhuis (I).</li> <li>- Slechts één studie rapporteerde een positieve bevinding met betrekking tot <i>compliance</i>.</li> <li>- Met betrekking tot de kosten-batenanalyse waren te weinig gegevens beschikbaar.</li> </ul>

Tabel 3 (Vervolg)

Programma (aantal studies, Studie (auteurs, jaar)	Uitskomstmaten criminaliteit en psychiatrische stoornis
Community Mental Health Teams (13) <sup>c</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Management door CMHT's vermindert het aantal zelfmoorden en het aantal doden onder verdachte omstandigheden.</li> <li>- CMHT-deelnemers zijn vaker tevreden met hun zorg.</li> <li>- Deelnemers zijn minder geneigd met behandeling te stoppen.</li> <li>- Geen duidelijke verschillen in deelname CMHT en standaardzorg wat betreft het aantal opnames in een psychiatrisch ziekenhuis, overall klinische uitkomsten en de duur van de opname in het psychiatrische ziekenhuis.<sup>e</sup></li> </ul>
Involuntary Outpatient Commitment (2) <sup>d</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen significante verschillen in nieuwe opname in een psychiatrisch ziekenhuis, aantal arrestaties, kwaliteit van leven, psychiatrische symptomen, woonsituatie (dakloos of niet) tussen groep die IOT kreeg en groep die intensieve behandeling kreeg zonder IOT-order (Steadman et al).</li> <li>- Minder terugval, geweldadig gedrag, slachtoffers maken en arrestaties voor groep die langdurig IOT-order kreeg opgelegd (langer dan 180 dagen), <i>indien gecombineerd met intensieve geestelijke gezondheidszorg</i> (Swartz en collega's).</li> </ul>
Involuntary Outpatient Commitment (8) <sup>f</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Door IOC neemt medicatietrouw toe (ten minste verdubbeld).</li> <li>- Door de verhoogde medicatietrouw wordt de kans op een nieuwe opname in een psychiatrisch ziekenhuis gereduceerd met 50-80%.</li> <li>- De voorspelling van recidive van 'enig geweldadig gedrag' neemt af van 48% tot 24%.</li> </ul>
Jail diversion programs for mentally ill offenders (4) <sup>g</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reductie in criminaliteit van 0%.</li> </ul>
Washington's Dangerously Mentally Ill Offender program (1) <sup>h</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reductie in criminaliteit van 20%.</li> </ul>
<p>a Åberg-Wistedt, Cressell, Lindberg, Lijlberg &amp; Ösby (1995); Audini, Marks, Lawrence, Connolly &amp; Watts (1994); Bond, Witheridge, Dincin, Wasmer, Webb &amp; DeGraaf-Kaser (1990); Bond, Miller, Krumwied &amp; Ward (1988); Bush, Langford, Rosen &amp; Gott (1990); Chandler, Meisel, McGowen, Mintz &amp; Madison (1996); Cohen, Test &amp; Brown (1991); De Ganges (1994); Essock &amp; Kontos (1995); Hampton, Korr, Bond, Mayes &amp; Havis (1992); Herinckx, Kinney, Clarke &amp; Paulson (1997); Jerrell (1995); Kuhlman (1992); Lehman, Dixon, Kerman &amp; Deforge (1995); Marx, Stein &amp; Test (1973); Morse, Calsyn, Allen, Tempelhoff &amp; Smith (1992); Morse, Calsyn, Klinkenberg, Trusty, Gerber &amp; Smith et al. (1997); Quinlivan, Hough, Crowell, Beach, Hofstetter &amp; Kenworthy (1995); Rosenheck, Neale &amp; Gallup (1993); Rosenheck, Neale, Leaf, Milstein &amp; Frisman (1995); Rosenheck &amp; Neale (Awaiting publication); Rosenheck &amp; Neale (1998); Solomon, Draine &amp; Meyerson (1994); Test, Knuedler, Allness, Burke, Brown &amp; Wallisch (1989); Test, Knuedler, Allness, Burke, Brown &amp; Wallisch (1991); Wolff, Helminiak, Morse, Calsyn, Klinkenberg &amp; Trusty (1997).</p>	

**Tabel 3 (Vervolg)**

- b Stein & Test (1980); Mulder (1982); Hoult, Reynolds, Charbonneau, Powis, Coles & Briggs (1983); Bond, Miller, Krumwied & Ward (1988); Jerrrell & Hu (1989); Bond, Witheridge, Dincin, Wasmer, Webb & DeGraaf-Kaser (1990); Bush, Langford, Rosen & Gott (1990); Curtis, Millman, Struening & D'Ercole (1992); Hampton, Koor, Bond, Mayes & Havis (1992); Merson, Tyrer, Onyett, Lack, Birkett, Lynch & Johnson (1992); Morse, Calsyn, Allen, Tempelhoff & Smith (1992); Test (1992); Lehman, Herron, Schwartz & Myers (1993); Godley, Hoewing-Roberson & Godley (1994); Marks, Connolly, Muijen, Audini, McNamee & Lawrence (1994); Rosenheck, Neale & Frisman (1994); Åberg-Wistedt, Cressell, Lindberg, Lijenberg & Ösby (1995); Essock & Kontos (1995); Quimlivan, Hough, Crowell, Beach, Hofstetter & Kenworthy (1995); Solomon & Draine (1995a); Solomon & Draine (1995b); Chandler, Meisel, McGowen, Mintz & Madison (1996); Shern, Tsemberis, Anthony, Lovell, Richmond, Felton, Winarski & Cohen (1996); Morse, Calsyn, Klinkenberg, Trusty, Gerber & Smith et al. (1997); Lehman, Dixon, Kernan & DeForge (1997); Fekete, Bond, McDonel, Salyers, Chen & Miller (in press).
- c Hoult (1983); Hoult & Reynolds (1984); Hoult, Reynolds, Charbonneau, Powis, Coles & Briggs (1983); Hoult, Rosen & Reynolds (1984); Reynolds & Hoult (1984); Fenton, Tessier, Contandriopoulos, Nguyen & Struening (1982); Fenton, Tessier & Struening (1979); Fenton, Tessier, Smith, Benoit & Contandriopoulos (1982); Merson, Tyrer, Onyett, Lack, Birkett, Lynch & Johnson (1992); Tyrer, Merson, Onyett & Johnson (1994); Burns, Beadsmoore, Bhat & Oliver (1993); Burns, Raftery, Beadsmoore, McGuigan & Dickson (1993); Tyrer, Evans, Gandhi, Lamont, Harrison-Reed & Johnson (1998).
- d Over de Duke Mental Health Study zijn meerdere publicaties verschenen: Swanson, Borum, Swartz, Hiday, Wagner & Burns (2001); Swanson, Swartz, Borum, Hiday, Wagner & Burns (2000); Swartz, Hiday, Swanson, Wagner, Borum & Burns (1999); Swartz, Swanson, Hiday, Wagner, Burns & Borum (2001); Swartz, Swanson, Wagner, Burns, Hiday & Borum (1999). Over het Assisted Outpatient Treatment-project in New York, verschenen eveneens verschillende publicaties: Steadman (1998); Steadman, Gounis, Dennis, Hopper, Roche & Schwartz (in press); Teison, Glickstein & Trujillo (1999).
- e De auteurs geven hierbij aan dat deze resultaten deels veroorzaakt werden door gebrekkig gepresenteerde onderzoeksgegevens.
- f Van Putten, Santiago & Berren (1988); Hiday & Scheid-Cook (1987); Munetz, Grande, Kleist & Peterson (1996); Rohland (1998); Zanni & deVeau (1986); Fernandez & Nygard (1990); Swartz, Swanson, Wagner, Burns, Hiday & Borum (1999); Swanson, Swartz, Wagner, Burns, Borum & Hiday (2000).
- g Broner, Lattimore, Cowell & Schlenger (2004); Christy, Poythress, Boothroyd, Pettila & Mehra (2005); Cosden, Ellens, Schnell & Yamini-Diouf (2004); Steadman, Cocozza & Veysey (1999).
- h Lovell, Gagliardi & Phipps (2005).

### 3.4 Effectiviteit toezichtprogramma's: effectstudies

De overige studies in de database over (forensisch) psychiatrische delinquenten werden gescreend. De studies die al besproken waren in een van de meta-analyses of overzichtartikelen werden niet nogmaals opgenomen en besproken. Dit gezien het feit dat dezelfde resultaten dan meer keren zouden worden weergegeven, wat de beoordeling van de effectiviteit van de programma's onterecht positief dan wel negatief zou kunnen beïnvloeden. Daarnaast werden de studies uitgesloten die geen vergelijkingsgroep hadden. De studies die bij nader inzien enkel over behandeling gingen of alleen achtergrondinformatie bevatten, werden eveneens niet meegenomen.

Er werden binnen de studies over forensisch psychiatrische delinquenten maar weinig effectstudies met een vergelijkingsgroep en een uitkomstmaat criminaliteit gevonden. De gevonden effectstudies werden beoordeeld op een aantal methodologische kenmerken (zie tabel 6 van bijlage 2). Ter bespreking van de effectiviteit van de toezichtprogramma's die in de artikelen aan de orde komen, werden de studies daarnaast gecategoriseerd naar SMS-niveau<sup>31</sup>. Ook over het risiconiveau van de deelnemers aan de studie werd een uitspraak gedaan (zie tabel 4). De resultaten van de effectstudies worden besproken in het kader van de *Wat werkt*-benadering (zie hoofdstuk 1). De werkzame mechanismen komen in deze paragraaf niet nogmaals aan de orde, deze zijn samengevat in paragraaf 3.2, bij de beschrijving van de programma's.

#### *Assertive Community Treatment*

Calsyn et al. (2005) deden onderzoek naar een groep van 144 personen die dakloos waren, aan een ernstige psychiatrische stoornis leden (schizofrenie en dergelijke) en daarnaast verslavingsproblematiek vertoonden. Deze groep werd aselekt toegewezen aan een van drie groepen, te weten standaard-ACT, geïntegreerde ACT of standaardzorg. In de standaard-ACT werd de persoon voor de verslavingszorg verwezen naar derden, in het geïntegreerde ACT-programma was er ook een specialist vanuit de verslavingszorg aanwezig binnen het ACT-team. Dit was het enige verschil tussen beide ACT-condities. De derde conditie, standaardzorg, bestond uit zorg door hulpverleners uit de verslavingszorg of hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg, waarbij een strikte scheiding tussen beide systemen gehanteerd werd. Een cliënt zit in of het ene of het andere systeem, waarbij er nauwelijks coördinatie tussen de systemen is. De auteurs verwachtten verbeteringen op het vlak van huisvesting, psychiatrisch functioneren en middelenmisbruik. Daarnaast zouden deze verbe-

31 Een in de criminologie en door de Campbell Collaboration veel gebruikte schaal voor de beoordeling van de methodologische kwaliteit van effectonderzoek is de *Scientific Methods Scale* (SMS), ontwikkeld aan de universiteit van Maryland (Sherman, Gottfredson, MacKenzie, Eck, Reuter & Bushway, 1998; Sherman, Farrington, Welsh & MacKenzie, 2002).

teringen leiden tot een reductie in de criminaliteit. Er werd echter geen verschil in recidive gevonden tussen de verschillende typen zorg.

#### *Community multidisciplinary teams versus hospital care*

Gandhi, Tyrer, Evans, McGee, Lamont en Harrison-Read (2001) en Tyrer, Evans, Gandhi, Lamont, Harrison-Read en Johnson (1998) vergeleken de invloed van twee typen nazorg voor personen met een ernstige psychiatrische stoornis op het aantal politiecontacten, waarbij een follow-up periode van één jaar werd gehanteerd. De patiënten hadden voor deelname aan de nazorg reeds een intramuraal programma gevolgd en kwamen volgens een assessment van hun behandelaar in aanmerking voor extramuraal verblijf. De nazorg betrof '*community multidisciplinary teams*' (nazorg in de gemeenschap) of '*hospital-based care*' (nazorg gecoördineerd vanuit een psychiatrisch ziekenhuis: controlegroep). De patiënten werden aselekt toegewezen aan een van deze teams. Gevonden werd dat de klinische uitkomstmaten (klinische psychopathologie, depressie, angst, sociaal functioneren) niet tussen de groepen verschilden en dat de kosten voor de behandeling ongeveer 14% hoger lagen voor patiënten in het psychiatrische ziekenhuis (Tyrer et al., 1998).

Uit de resultaten bleek verder dat er meer politiecontacten waren geweest voor de groep die was toegewezen aan nazorg in de gemeenschap in vergelijking met de controlegroep (gemiddeld twaalf versus vier, niet statistisch getoetst). Patiënten met persoonlijkheidsproblematiek waren meer dan zes keer zo vaak (significant) met de politie in aanraking geweest in vergelijking met patiënten die geen persoonlijkheidsproblematiek hadden. Hierbij werd een interactie-effect gevonden voor het type nazorg: er waren (significant) meer politiecontacten voor patiënten met een borderline en/of antisociale persoonlijkheidsstoornis die nazorg in de gemeenschap kregen in vergelijking met borderliners en ASPD'ers in de controlegroep. Er waren (significant) meer politiecontacten voor patiënten met een paranoïde persoonlijkheidsstoornis in het psychiatrische ziekenhuis in vergelijking met paranoïde patiënten in de controlegroep (Gandhi et al., 2001).

De bevinding dat hoe meer persoonlijkheidsproblematiek er was, hoe meer politiecontacten er werden gevonden, kan aangeven dat voor de patiënten met co-morbiditeit van As I- en As II-stoornissen, extramuraal zorg wellicht minder geschikt is (Gandhi et al., 2001). Tyrer, Evans, Gandhi, Lamont, Harrison-Read en Johnson (1998) rapporteerden de klinische uitkomsten van hetzelfde onderzoek. Er werden geen verschillen in klinische uitkomsten (symptomen en het aantal opnames in een psychiatrisch ziekenhuis) tussen de twee groepen gevonden.

#### *Dangerous Mentally Ill Offender program*

Mayfield (2007) verrichtte vervolgonderzoek op het DMIO-programma dat in de meta-analyse van Aos en collega's besproken werd en een reductie

in criminaliteit van 20% liet zien. In het onderzoek van Mayfield (2007) bedraagt de follow-up periode 2,5 jaar, terwijl dat van Lovell, Gagliardi en Phipps (2005) over een follow-up periode van 1,5 jaar rapporteert. De uitkomstmaten betreffen drie categorieën van recidive: een ernstig misdrijf (*felony*), enig nieuw misdrijf (inclusief ernstige misdrijven en '*misdemeanors*': minder ernstig dan misdaad, maar ernstiger dan overtredding) en ten derde gewelddadige ernstige misdrijven. In vergelijking met de controlegroep werd een lager percentage ernstige misdrijven (22% versus 43%) en een lager percentage 'enig nieuw misdrijf' (40% versus 65%) gevonden. Het verschil in de derde categorie recidive 'gewelddadig ernstig misdrijf' was niet significant tussen de DMIO-groep en de controlegroep (13% versus 9%).

Vanwege het feit dat er bij dit onderzoek vooraf significante groepsverschillen waren (zie tabel 6 van bijlage 2) die de resultaten minder betrouwbaar zouden kunnen maken, is er een statistische correctie toegepast tijdens de analyses (logistische regressie). Deze correctie doet vooraf bestaande groepsverschillen teniet.

#### *Forensic assertive community treatment (FACT)*

Lamberti, Weisman en Faden (2004) verrichtten een inventarisatie naar FACT-programma's in de Verenigde Staten. Dit betreft ACT-programma's die aangepast zijn aan personen die naast een psychiatrische stoornis ook een crimineel verleden hebben. In de VS werden zestien dergelijke programma's gevonden, verdeeld over negen staten, die aan alle criteria van de onderzoekers voldeden. Van alle deelnemers aan de programma's was 69% man, had 56% schizofrenie (of een schizo-affectieve stoornis), 21% had een bipolaire stoornis, 89% had eveneens een stoornis in middelemisbruik, 52% was dakloos, 64% had een *felony conviction* en 37% had een gewelddadig delict gepleegd. Lamberti et al. (2004) concludeerden dat forensische ACT steeds vaker ingezet wordt als model om nieuwe arrestaties en gevangenisstraf bij ernstig psychisch gestoorde mensen te voorkomen. Wat de effectiviteit betreft, zou nader onderzoek gewenst zijn.

Lamberti en collega's (2004) rapporteerden dat over drie van eerder genoemde door hen geïdentificeerde FACT programma's effectstudies zijn gepubliceerd. Twee van deze onderzoeken worden in de tekst hierna nader besproken, de derde was niet in Nederland verkrijgbaar. De twee effectstudies maken beide gebruik van een pre-post design, waarbij de deelnemers aan het project niet vergeleken worden met een controlegroep,<sup>32</sup> maar met gegevens over hun (tijd in) detentie en psychiatrisch ziekenhuis een jaar voor deelname aan het programma. Er zijn de nodige methodo-

32 Aangezien FACT een veelbelovend programma lijkt, wijken we hier af van het inclusiecriteria dat een effectstudie een vergelijkingsgroep dient te hebben om opgenomen te worden in onderhavige rapportage.

logische beperkingen aan dergelijk onderzoek, desondanks worden de resultaten hier gepresenteerd. Lamberti, Weisman, Schwarzkopf, Price, Ashton en Trompeter (2001) deden onderzoek naar Project Link. Binnen dit project is voor de patiënten die de meest intensieve vorm van behandeling behoeven een 'mobile treatment team' beschikbaar. Het onderhavige onderzoek bericht over 41 patiënten, die een jaar door het mobiele behandelteam behandeld werden. Uit de resultaten kwam naar voren dat patiënten na deelname minder vaak gearresteerd werden, minder dagen in de gevangenis doorbrachten, minder vaak opnieuw gedetineerd werden, minder vaak opnieuw in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen werden en daar ook minder lang bleven, in vergelijking met gegevens over het jaar voordat ze aan het programma deelnamen (Lamberti et al., 2001).<sup>33</sup>

De American Psychiatric Association (2001) heeft een prijs uitgereikt aan het zogenoemde *Thresholds Jail Project*, een FACT-programma in Chicago. In het artikel dat over de uitreiking van deze prijs bericht, worden kort de resultaten van dit programma besproken.<sup>34</sup> Van de eerste dertig deelnemers aan het programma werd gevonden dat deelname resulteerde in een reductie in het aantal dagen in de gevangenis van meer dan 80%. Ook het aantal dagen dat in een psychiatrisch ziekenhuis werd doorgebracht verminderde, met meer dan 85%.

#### *Involuntary outpatient treatment*

Er werden geen effectstudies gevonden over IOT die zowel een controle-groep als een uitkomstmaat criminaliteit rapporteerden.

In tabel 4 worden enkele kenmerken van de effectstudies weergegeven. Van elk onderzoek worden de SMS-score, het risiconiveau en de uitkomsten van het programma op crimineel gedrag gegeven. In tabel 6 van bijlage 2 staat informatie over de onderzoeksmethode samengevat.

33 Weisman, Lamberti en Price (2003) rapporteren over dezelfde dataset, alleen is het aantal deelnemers gestegen van 41 naar 44. Dezelfde resultaten worden gevonden.

34 In het artikel wordt nauwelijks iets vermeld over de methode van onderzoek. Om deze reden is dit artikel niet in tabel 4 opgenomen.



**Tabel 4 Resultaten effectstudies van toezichtprogramma's voor delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis**

Programma	Studies (auteur, jaar)	SMS- niveau	Risiconiveau deelnemers	Uitkomst criminaliteit en drugsgebruik
ACT	Calsyn, Yonker, Lemming, Morse en Klinkenberg (2005)	4	Risiconiveau hoog: 43% had eerder een ernstig delict gepleegd; 49% had eerder een minder ernstig delict gepleegd. <sup>a</sup>	<p>Totale groep:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 9% van de totale groep rapporteert zelf ernstige misdrijven.</li> <li>- 22% van de totale groep rapporteert zelf minder ernstige misdrijven.</li> <li>- 40% van de totale groep rapporteert zelf misdrijven met betrekking tot middelenmisbruik.</li> <li>- 26% van de totale groep rapporteert zelf nieuw gevangenisverblijf.</li> <li>- 41% ontvangt oproep van de rechtbank.</li> <li>- 52% van de wordt opnieuw gearresteerd.</li> </ul> <p>Regressieanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Type behandeling is geen significante voorspeller van ernstige misdrijven, minder ernstige misdrijven, noch van misdrijven met betrekking tot middelenmisbruik.</li> <li>- Meer politiecontacten voor groep toegewezen aan zorg in de gemeenschap in vergelijking met controlegroep in het psychiatrische ziekenhuis (twaalf versus vier, niet statistisch getoetst).</li> <li>- Patiënten met persoonlijkheidsproblematiek waren meer dan 6 keer zo vaak (significant) met de politie in aanraking geweest, in vergelijking met patiënten die geen persoonlijkheidsproblematiek hadden.</li> <li>- Meer politiecontacten voor borderliners en ASPD'ers die zorg in de gemeenschap kregen in vergelijking met borderliners en ASPD'ers die hospital-orientated care toegewezen hadden gekregen.</li> <li>- Meer politiecontacten voor patiënten met een paranoïde persoonlijkheidsstoornis in de controlegroep in vergelijking met paranoïde patiënten in de gemeenschapszorg (S).</li> </ul>
Community care versus hospital-based care	Tyrer, Evans, McGee, Lamont en Harrison-Read (2001)	3-4	Niet gerapporteerd.	

**Tabel 4 (Vervolg)**

Programma	Studies (auteur, jaar)	SMS- niveau	Risiconiveau deelnemers	Uitkomst criminaliteit en drugsgebruik
Dangerous Mentally Ill Offender program	Mayfield (2007)	3-4	Niet gerapporteerd.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recidivecijfers toonden minder ernstige misdrijven voor DMIO-groep (22%) in vergelijking met controlegroep (43%).</li> <li>- Recidivecijfers toonden minder vaak 'enig misdrijf' voor DMIO-groep (40%) in vergelijking met controlegroep (65%).</li> <li>- Recidivecijfers toonden geen verschil ernstig gewelddadig misdrijf (DMIO 13%, controlegroep 9%).</li> </ul>
FACT	Lamberti, Weisman, Schwarzkopf, Price, Ashton en Trompeter (2001)	3	61% had eerder misdrijf gepleegd, gemiddeld aantal dagen in gevangenis voor start project was 107,7 (SD = 133,5).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minder dagen in de gevangenis, minder dagen in het psychiatrische ziekenhuis, minder arrestaties, minder nieuwe opnames in een psychiatrisch ziekenhuis en minder nieuwe opsluitingen in de gevangenis voor deelnemers na 1 jaar deelname Project Link in vergelijking met het jaar voor deelname aan het project.</li> </ul>

a Zie tabel 6 van bijlage 2 voor definitie.

### 3.5 Conclusies en beperkingen

#### 3.5.1 Effectiviteit toezichtprogramma's

Uit de meta-analyses en individuele effectstudies kwamen een aantal verschillende toezichtprogramma's naar voren. Resultaten met betrekking tot de effectiviteit van *aftercare*, *assertive community treatment*, *casemanagement*, *conditional release*, *forensic assertive community treatment*, *forensic transition teams*, *mental health courts*, psycho-educatie en woon- en/of werkvoorzieningen werden gerapporteerd. Hierbij ging het vooral om effecten op psychiatrische symptomen en ook de effecten op crimineel gedrag kwamen aan de orde. De conclusies die uit de meta-analyses en de individuele effectstudies gezamenlijk getrokken kunnen worden, worden in deze paragraaf besproken.

Over het algemeen werden in de meta-analyses positieve bevindingen over *Assertive Community Treatment* gerapporteerd. Deelnemers aan het programma werden minder vaak in het psychiatrische ziekenhuis opgenomen en brachten daar ook minder tijd door, ook woonden ze vaker onafhankelijk van anderen. Een gematigde invloed op de ernst van de symptomen en een verbetering in de subjectieve kwaliteit van leven werden eveneens gerapporteerd. Er werden geen verschillen gevonden in de ernst van de symptomen van de psychiatrische stoornis of in het sociaal functioneren. Er bestaat nog onduidelijkheid over medicatietrouw, psychiatrische symptomen, middelenmisbruik, sociale aanpassing en functioneren op het werk. In het enige individuele effectonderzoek dat ook de effecten van ACT op recidive meenam, werd geen effect op recidive gevonden. De auteurs (Calsyn et al., 2005) brachten als mogelijke verklaring naar voren dat het ACT-programma geen specifieke elementen gericht op reductie van criminaliteit omvatte en dat een reductie in criminaliteit via een verbetering op het gebied van huisvesting, psychiatrisch functioneren en middelenmisbruik niet afdoende is om eveneens een effect op criminaliteit te sorteren. De aanbeveling voor toekomstig onderzoek en programma-ontwikkeling die de auteurs geven, is dan ook dat er binnen ACT specifieke interventies dienen te worden gemaakt die zich richten op reductie van crimineel gedrag.

Forensische ACT (FACT) kwam voor in slechts één onderzoek binnen een meta-analyse en in twee individuele effectonderzoeken. In de meta-analyse werd geen verschil gevonden in behandeluitkomsten noch criminaliteit tussen de groepen die FACT gevolgd hadden en de controlegroep. Beide individuele onderzoeken naar FACT waren positief wat betreft een reductie van het programma op recidive. Overigens werden door de auteurs van een van deze onderzoeken, Lamberti en collega's (2004), 16 FACT-programma's gevonden, die zich verdeeld over de Verenigde

Staten bevonden. In het onderhavige onderzoek is geen aparte zoektocht gedaan naar deze programma's, dat viel buiten het bereik van het onderzoek, maar het is mogelijk dat er nog meer effectstudies met betrekking tot FACT zijn verricht. Een beschouwing van deze eventuele effectstudies zou de effectiviteit van FACT beter in kaart kunnen brengen.

In de meta-analyse over *Community Mental Health Teams* werden alleen effecten op klinische uitkomsten gerapporteerd. Er werden gemengde resultaten gevonden: hoewel het aantal zelfmoorden verminderde en de subjectieve tevredenheid over de zorg door de patiënten toenam, werd er geen verschil in overige klinische uitkomsten gevonden (zoals opname in een psychiatrisch ziekenhuis). In de twee individuele effectstudies (Gandhi et al., 2001 en Tyrer et al., 1998) werd gevonden dat de klinische uitkomstmaten (klinische psychopathologie, depressie, angst, sociaal functioneren) niet tussen de groepen verschilden en dat de kosten voor de behandeling zo'n 14% hoger lagen voor patiënten in het psychiatrische ziekenhuis. Uit de resultaten bleek verder dat er meer politiecontacten waren geweest voor de groep die was toegewezen aan nazorg in de gemeenschap in vergelijking met de controlegroep (12 versus 4, niet statistisch getoetst).

*Involuntary Outpatient Treatment* werd in drie meta-analyses onderzocht. Het meeste onderzoek over dit programma werd door twee groepen onderzoekers verricht (Steadman en collega's en Swartz en collega's). Beide onderzoeksgroepen hebben verscheidene malen over hetzelfde onderzoek gepubliceerd en de resultaten spreken elkaar tegen. Het ene onderzoek rapporteerde geen verschil in criminaliteit of klinische uitkomsten. In het andere onderzoek werd op beide uitkomstcategorieën wel verschil gevonden. Volgens de auteurs waren vooral intensieve geestelijke gezondheidszorg en verhoogde monitoring over een langdurige periode geassocieerd met een reductie in recidive. Daarnaast zou voor de effectiviteit van enkel een oplegging van IOT door de rechtbank onvoldoende bewijs zijn (Swartz en collega's), dit dient gecombineerd te worden met behandeling. De bevindingen van Torrey en Zdanowicz (2001) waren positief over IOT: zowel de klinische uitkomstmaten als de uitkomsten wat betreft criminaliteit lieten zien dat IOT effectief zou zijn. Er werden geen individuele effectstudies over IOT gevonden.

De enige meta-analyse die over *jail diversion programs* berichtte, was niet positief: er werd geen reductie in crimineel gedrag gevonden voor deelnemers aan dit programma. Echter, de (slechts) vier onderzoeken die in deze meta-analyse over dit onderwerp werden besproken, waren divers. Twee studies gingen over *mental health courts* en twee over *jail diversion* meer in het algemeen. De inhoud van de laatste twee artikelen is niet precies bekend daar deze artikelen niet werden gevonden. Het lijkt erop

dat deze categorie programma's niet geheel afgeschreven dient te worden op basis van deze ene meta-analyse, aangezien ze een brede categorie van programma's en een laag aantal studies betrokken hebben in de meta-analyse.

Het *Washington's Dangerously Mentally Ill Offender*-programma komt effectief uit de bus wat reductie in criminaliteit betreft. De meta-analyse over dit onderwerp bestond overigens maar uit één onderzoek, maar ook het vervolg op dit onderzoek, dat in het individuele effectonderzoek van Mayfield werd besproken, berichtte over een reductie in criminaliteit. Toch dient in de gaten te worden gehouden dat het om slechts twee effectstudies gaat, die feitelijk betrekking hebben op hetzelfde onderzoek en alleen over een andere follow-upperiode rapporteren.

Kortom:

*Wat werkt?*

*Assertive Community Treatment* heeft een positief effect op een aantal klinische uitkomsten. Zo komen de patiënten minder vaak in een psychiatrisch ziekenhuis terecht en zijn ze meer tevreden. Het lijkt erop dat het *Washington's Dangerously Mentally Ill*-programma werkt.

*Wat weten we niet?*

Er is nog maar weinig bekend over effecten van ACT en FACT op criminaliteit. Meer studies naar dit programma zijn noodzakelijk. Over IOT zijn de bevindingen gemengd. *Jail diversion* werd niet uitputtend onderzocht.



## 4 Toezichtprogramma's voor zedendelinquenten

### 4.1 Inleiding

Het aantal jaarlijks bij de politie geregistreerde zedendelicten in Nederland (aantal opgemaakte processen-verbaal) schommelt sinds 1997 rond de 7.000 (elektronische publicatie Criminaliteit en Rechtshandhaving, [www.wodc.nl](http://www.wodc.nl)). In 2004 werd in eerste aanleg 222 maal een gevangenisstraf opgelegd wegens verkrachting en 362 maal wegens een ander seksueel delict (Eggen & Van der Heide, 2005). In maart-april 2000 verbleven er, op basis van gegevens uit het registratiesysteem tenuitvoerlegging plaatsing en sturingsinformatie (TULP), 542 zedendelinquenten in een penitentiaire inrichting (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2002). Dit was circa 4,5% van de gedetineerden in het gevangeniswezen. Bij ongeveer eenderde van de terbeschikkinggestelden is sprake van een seksuele component in het delict waarvoor zij TBS opgelegd kregen (Van Emmerik, 2001).

Internationaal gezien vindt toezicht op zedendelinquenten veelal plaats in het kader van voorwaardelijke invrijheidstelling na een gevangenisstraf of strafrechtelijke maatregel. De duur van de voorwaardelijke invrijheidstelling (*parole*), kan in duur sterk uiteenlopen, van enkele maanden bij een kortere gevangenisstraf tot levenslang (bijvoorbeeld bij de *life sentences* in Engeland, zie ook De Kogel, Nagtegaal, Neven & Vervaeke, 2006). Daarnaast zijn er in een aantal landen speciale toezichtmaatregelen die kunnen zijn gekoppeld aan een gevangenisstraf, bijvoorbeeld de *long term supervision order* in Canada, op basis waarvan tien jaar lang toezicht kan worden gehouden. Daarnaast bestaan toezichtmaatregelen die kunnen worden opgelegd indien na afloop van een straf of maatregel er nog een te hoog recidiverisico aanwezig wordt geacht. Dit betreft bijvoorbeeld de *peace bonds* in Canada op basis waarvan in beginsel een jaar toezicht mogelijk is, maar die telkens opnieuw kunnen worden opgelegd. Ook kan in het geval van minder ernstige delicten in plaats van een gevangenisstraf reclasseringstoezicht worden opgelegd (*probation*) of een andere straf die onder toezicht van de reclassering in de samenleving ten uitvoer wordt geleid (*community sentence*).

In de meeste landen wordt het extramuraal toezicht uitgevoerd door de reclassering. Daarbij kunnen ook andere organisaties een rol spelen, zoals het gevangeniswezen en instellingen voor (forensische) geestelijke gezondheidszorg. Er zijn verschillen tussen jurisdicties in de precieze taakstelling en in het mandaat van de reclassering (o.a. Albrecht & Van Kalmthout, 2002). Bij zedendelinquenten heeft deze vrijwel altijd een belangrijke rol in het toezicht houden op de naleving van bij voorwaardelijke invrijheidstelling opgelegde voorwaarden en het coördineren van de activiteiten van professionals van andere instanties in het kader van behandeling en toezicht. Het risicomangement van delinquenten met

een hoog recidiverisico van wie zedendelinquenten een van de belangrijkste groepen uitmaken is in Engeland en Wales ook regionaal georganiseerd in zogeheten *Multi Agency Public Protection Arrangements* (MAPPA; zie ook De Kogel & Nagtegaal, 2006; Craissati, 2004; Bryan & Doyle, 2003; Lieb, 2003). In regionale panels hebben onder meer zitting: de reclas-sering, de politie en ook, afhankelijk van de casus, onder meer hulpver-leningsorganisaties en huisvestingsorganisaties. De kerntaken van de MAPPA-panels zijn het delen van informatie over delinquenten met een hoog recidiverisico, het inschatten van het recidiverisico, het aanbevelen van risicomangementmaatregelen, het implementeren en monitoren van risicomangementmaatregelen, het bijstellen van beslissingen bij veranderingen in omstandigheden, het beheren van hulpbronnen (Home Office, 2002).

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal welke inhoudelijke programma's er zijn ontwikkeld voor het toezicht op zedendelinquenten in de maatschappij, na afloop van, of in plaats van een gevangenisstraf of strafrechtelijke maatregel. De zoektocht naar toezichtprogramma's voor zedendelinquenten leverde circa honderd artikelen op. Drie daarvan waren meta-analyses of overzichtstudies die expliciet aandacht besteedden aan toezichtprogramma's (Aos, Miller & Drake, 2006; Stalans, 2004; Cumming & McGrath, 2000). De overige artikelen waren effectstudies, beschrijvende studies over toezichtprogramma's en *state of the art*-artikelen en analyses vanuit sociaalwetenschappelijke, beleidsmatige of juridische invalshoek over toezicht en behandeling van zedendelinquenten.

In paragraaf 4.2 wordt een aantal toezichtprogramma's beschreven en wordt ingegaan op de veronderstelde werkzame mechanismen van deze programma's. In paragraaf 4.3 zal kort worden besproken wat bekend is uit overzichtstudies en meta-analyses over de effectiviteit van residentiële en ambulante behandeling en toezicht van zedendelinquenten. In paragraaf 4.4 worden effectstudies over toezichtprogramma's voor zedendelinquenten besproken. Paragraaf 4.5 ten slotte omvat een discussie en conclusies.

#### **4.2 Beschrijving van toezichtprogramma's en veronderstelde werkzame mechanismen**

In het navolgende wordt een zestal programma's beschreven. Daarbij komen aan de orde de doelgroep van het programma, het juridische kader op basis waarvan toezicht kan worden gehouden, de doelstellingen en de belangrijkste onderdelen van het programma en de betrokken organisaties en hun verantwoordelijkheden. Bij ieder programma wordt aange-



geven welke de veronderstelde werkzame mechanismen zijn, voor zover deze in de gevonden studies zijn beschreven.

De programma's die worden beschreven zijn het *California Sex Offender Treatment and Evaluation Project* (SOTEP) met het bijbehorende *Sex Offender Aftercare Program* (SOAP) en het *Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors* (VTPSA). Beide zijn behandelprogramma's die in de gevangenis plaatsvinden met aansluitend een nazorg- en toezichtprogramma in de maatschappij. Het ambulante behandelprogramma *Community Sex Offender Group Work Program* (CSOGP) kan worden gevolgd na behandeling in de gevangenis, maar is daaraan niet vast verbonden, ook zedendelinquenten met andere sancties kunnen deelnemen. Het *Oregon depo-Provera Program* is een ambulante programma voor farmacotherapeutische behandeling van zedendelinquenten die onder reclasseringstoezicht staan. Gespecialiseerde programma's voor intensief reclasseringstoezicht zijn de *Specialized Sex Offender Probation Programs* in Illinois. Ten slotte komt het programma *Circles of Support and Accountability* aan de orde waarin vrijwilligers zedendelinquenten in de maatschappij sociaal ondersteunen. In de tabellen 7 tot en met 12 van bijlage 2 wordt van elk programma een schematisch overzicht gegeven.

#### **4.2.1 California Sex Offender Treatment and Evaluation Program (SOTEP) met Sex Offender Aftercare Program (SOAP)**

##### *Omschrijving programma*

Het *California Sex Offender Treatment and Evaluation Project* (SOTEP) betreft een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van een cognitief-gedragstherapeutische behandeling in de gevangenis, met daarop volgend deelname aan het *Sex Offender Aftercare Program* (SOAP). Het behandelprogramma heeft gelopen in de periode 1985-1995 in het *Atascadero State Hospital*, Californië. Over het onderzoek is verschillende malen gerapporteerd (Marques, Day, Nelson, Miner & West, 1991; Marques, Day, Nelson & West, 1994; Marques, Nelson, West & Day, 1994; Marques, 1999), de eindrapportage was in 2005 (Marques, Wiederanders, Day, Nelson & Van Ommeren, 2005).

##### *Doelstellingen*

De belangrijkste doelstelling van SOTEP en SOAP is het voorkomen van seksuele recidive. SOAP dient daarbij om de in de SOTEP-behandeling bereikte resultaten in stand te houden. Een tweede doelstelling van het programma is om de overheid van gegevens te voorzien waarop toekomstig beleid met betrekking tot zedendelinquenten kan worden afgestemd.

##### *Doelgroep en juridisch kader*

Het programma is gericht op zedendelinquenten met een gevangenisstraf vanwege verkrachting van een volwassen slachtoffer of vanwege

seksueel misbruik van kinderen. Deelname aan SOAP vindt plaats terwijl betrokkene op basis van voorwaardelijke invrijheidstelling (*parole*) onder toezicht in de maatschappij verblijft. Deelname aan SOAP wordt als bijzondere voorwaarde opgelegd.

#### *Onderdelen*

SOTEP is een twee jaar durend cognitief-gedragstherapeutisch behandelprogramma, gericht op terugvalpreventie bij zedendelinquenten. Zedendelinquenten kunnen op vrijwillige basis aan het programma deelnemen tijdens de laatste twee jaar van verblijf in de gevangenis. Ze worden daartoe overgeplaatst naar het Atascadero-ziekenhuis. SOTEP heeft als voornaamste onderdeel de gestructureerde terugvalpreventiegroep. De delinquenten nemen daar gedurende drie sessies van negentig minuten per week aan deel. Daarnaast worden onderdelen seksuele voorlichting/educatie, ontspanningstraining, omgaan met stress en woede en socialevaardigheidstraining gegeven. Voorafgaand aan de voorwaardelijke invrijheidstelling krijgen de delinquenten een voorbereidende training voor '*life on the streets*'. Naast deze groepsonderdelen krijgt elke delinquent wekelijkse individuele therapiesessies.

SOAP is een ambulante nazorgprogramma dat gedurende een jaar wordt gegeven wanneer de delinquent voorwaardelijk in vrijheid is gesteld en in de samenleving verblijft. Betrokkene ontvangt gedurende die tijd standaard reclasseringstoezicht. SOAP bestaat uit twee keer per week een individuele of groepsessie met een in het SOTEP-model voor terugvalpreventie getrainde behandelaar.

#### *Duur programma*

SOTEP duurt twee jaar. SOAP duurt een jaar.

#### *Consequenties schending voorwaarden*

Als betrokkene de SOAP-bijeenkomsten niet volgt, kan eventueel terugplaatsing naar de gevangenis plaatsvinden.

#### *Instanties en verantwoordelijkheden*

De bij het programma betrokken organisaties zijn: het gevangeniswezen, het Atascadero-ziekenhuis, de reclassering en de aanbieders van nazorg. Het gevangeniswezen biedt het SOTEP-programma binnen het ziekenhuis aan en traint ook de behandelaars die nazorg bieden in het terugvalpreventiemodel. De nazorg in de samenleving door middel van het SOAP-programma wordt geboden door door het gevangeniswezen gecontracteerde behandelaars.

De informatie-uitwisseling tussen de reclasseringsfunctionaris en de behandelaars is niet expliciet georganiseerd. Contact tussen de behandelaars die de nazorg bieden en reclasseringsfunctionarissen wordt welis-

waar aangemoedigd, maar is alleen verplicht als de betrokken delinquent niet naar de behandelbijeenkomsten komt.

#### *Veronderstelde werkzame mechanismen*

Een belangrijke veronderstelling is dat cognitieve gedragstherapie volgens een terugvalpreventiemodel de delinquenten de benodigde *vaardigheden voor zelfmanagement* ter voorkoming van terugval oplevert (Marques, 1999). Verder zou het *delen van kennis en informatie tussen de behandelaar en de reclasseringsfunctionaris* over de terugvalcyclus van elke delinquent, de reclasseringsfunctionaris informatie opleveren voor effectief toezicht en risicomangement (Cumming & McGrath, 2000; zie ook paragraaf 4.4.1).

#### **4.2.2 Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors (VTPSA)**

##### *Omschrijving programma*

Het *Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors* (VTPSA) is in 1982 gestart als behandelprogramma dat gericht is op terugvalpreventie, bedoeld voor zedendelinquenten in de gevangenis. Sinds de start is het programma verder ontwikkeld en vanaf 1988 is de ambulante programmacomponent 'extern toezicht' toegevoegd en omstreeks 1999/2000 is ook gebruik van de polygraaf (leugendetector) aan het programma toegevoegd (Cumming & McGrath, 2000, 2005).

Het VTPSA-programma is in belangrijke mate gebaseerd op de zogeheten 'containment-benadering' (English, 1998). Het woord *containment* verwijst naar inperking van het recidiverisico. Bij de *containment*-benadering wordt de veiligheid van de maatschappij vooropgesteld. In dat kader worden de zedendelinquent tal van restrictieve en controlerende maatregelen opgelegd.

##### *Doelstellingen*

De doelstelling van het programma als geheel is het voorkomen van recidive. Het externe toezicht is bij het VTPSA ontwikkeld met het doel effectiever dreigende terugval te onderkennen bij zedendelinquenten die voorwaardelijk vrijkomen. Het aanleren van terugvalpreventiestrategieën alleen bleek onvoldoende om terugval te voorkomen. De ervaring was tevens dat delinquenten (dreigende) terugval niet meldden uit angst voor terugplaatsing in de gevangenis.

##### *Doelgroep en juridisch kader*

Het ambulante deel van het programma biedt verschillende intensiteitsniveaus. De eerste doelgroep vormen zedendelinquenten met een gevangenisstraf die in de gevangenis het interne deel van het behandelprogramma volgen en daarna bij voorwaardelijke invrijheidstelling in het ambulante programma komen. Zedendelinquenten met een lager

delictrisico die veroordeeld worden tot reclasseringstoezicht (*probation sentence*) vormen de tweede doelgroep.

### *Onderdelen*

Het VTPSA in de gevangenis bestaat uit een cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling op basis van een terugvalpreventiemodel. De doelen van de therapie zijn het accepteren van verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag, het corrigeren van cognitieve vertekeningen, het ontwikkelen van empathie ten aanzien van het slachtoffer, het beheersen van seksuele impulsen, het verbeteren van sociale vaardigheden en het aanleren van terugvalpreventiestrategieën.

Om de consistentie en kwaliteit te waarborgen, zijn het programma in de gevangenis en het nazorgprogramma in de samenleving gebaseerd op dezelfde uitgangspunten, de bedoeling is dat zij samen één gecoördineerd geheel vormen.

Het VTPSA-nazorgprogramma bestaat uit vier onderdelen. In de eerste plaats biedt de behandeling een voortzetting van het cognitief-gedrags-therapeutisch terugvalpreventieprogramma in de gevangenis. Ten tweede worden de terugvalpreventieprincipes ook door de reclasseringsfunctionaris in het toezicht gebruikt.

In de derde plaats wordt rond de delinquent een sociaal netwerk opgebouwd. Ten slotte vindt iedere zes maanden een polygrafisch onderzoek plaats.

De eerste maanden in de maatschappij na een periode van gevangenschap worden als een belangrijke overgangperiode gezien die gedegen voorbereiding, door middel van risicotaxatie en terugvalpreventie en begeleiding vereist. Onder leiding van de reclasseringsfunctionaris wordt voor de delinquent een steunend sociaal netwerk samengesteld. Betrokkene dient daaraan zelf actief mee te werken. Dit netwerk kan bestaan uit familie, vrienden, indien betrokkene daarover beschikt, en ook uit vrijwilligers van bijvoorbeeld kerk, AA (*Alcohol Anonymous*) en andere organisaties. Daarnaast legt de reclasseringsfunctionaris contact met de toekomstige behandelaars. Voordat betrokkene vrijkomt, belegt de reclasseringsfunctionaris een bijeenkomst met de behandelaars en een bijeenkomst met het sociale netwerk. Er wordt een passend casemanagement- en toezichtplan voor iedere delinquent gemaakt. De delinquent dient zijn delictgeschiedenis, risicofactoren en terugvalpreventieplan open te bespreken, zowel in het behandelteam als in het sociale netwerk. Afhankelijk van het terugvalrisico blijft het sociale netwerk onder leiding van de reclasseringsfunctionaris regelmatig, bijvoorbeeld wekelijks, bij elkaar komen om de voorbije periode te evalueren en de komende te plannen. Het sociale netwerk helpt delinquenten met een psychische stoornis ook bij praktische zaken, zoals huishouden en solliciteren. De polygraaf wordt gebruikt voor zesmaandelijks zogeheten '*monitoring examinations*'

bij de zedendelinquenten onder toezicht van wie het risico van recidive relatief hoog wordt ingeschat. Gedurende een dergelijk polygraafonderzoek wordt betrokkene bevraagd over het nakomen van de opgelegde voorwaarden, over eventuele contacten met mogelijke toekomstige slachtoffers, middelenmisbruik, bezit van pornografisch materiaal en dergelijke. De resultaten worden gebruikt om behandel- en toezichtplannen bij te stellen. Het doel van het toezicht is het steunen van de delinquent in het veranderproces en daarnaast het benadrukken van de eigen verantwoordelijkheid, ook voor kleine overtredingen: een combinatie van steun en het afleggen van verantwoording.

#### *Duur programma*

Deelname aan het behandelprogramma in de gevangenis begint met maximaal drie bijeenkomsten per week gedurende zes tot negen maanden. Vervolgens worden er wekelijkse bijeenkomsten gehouden waaraan ook delinquenten die zijn veroordeeld tot reclasseringstoezicht (*probation*) deelnemen. Het externe nazorg- en toezichtprogramma is variabel in duur. Zedendelinquenten van wie het recidiverisico hoog wordt ingeschat, dienen het toezichtprogramma minimaal twaalf maanden te volgen voordat een lager niveau van toezicht wordt overwogen. In de praktijk kregen zedendelinquenten uit de behandelgroep gemiddeld 30,6 maanden behandeling in de gevangenis en 33,5 maanden nazorg in de maatschappij (McGrath, Cumming, Livingston & Hoke, 2003).

#### *Consequenties schending voorwaarden*

De naleving van de voorwaarden wordt gevolgd door middel van contacten met de delinquent, observatie, informatie van derden en polygraafonderzoek. Een dreigende terugval wordt in eerste instantie als leermogelijkheid voor betrokkene beschouwd. Er wordt een gradueel, in intensiteit oplopend, sanctiesysteem gehanteerd. Sancties zijn bijvoorbeeld: een tijdelijk intensiever toezicht, het vervullen van maatschappelijke dienstverlening, het leveren van een bijdrage aan een fonds voor compensatie van slachtoffers of het vaker bijwonen van AA-bijeenkomsten. Ook kan de behandeling scherper worden toegespitst op de desbetreffende terugvalrisico's. De zwaarste sanctie is terugplaatsing in de gevangenis.

#### *Instanties en verantwoordelijkheden*

De bij het programma betrokken organisaties zijn de reclassering, het gevangeniswezen, aanbieders van behandeling en de polygrafist. Daarnaast zijn bij het sociale netwerk rond de delinquent ook vrijwilligers betrokken. De reclasseringsfunctionarissen hebben een centrale rol in het ambulante programma. Hun taken zijn weergegeven in de zogeheten *External Supervision Diamond*. Deze heeft vier elementen:

1. De reclasseringsfunctionaris leert de principes van terugvalpreventie en hoe die in het toezicht te gebruiken.

2. De reclasseringsfunctionaris helpt de zedendelinquent een geïnformeerd netwerk op te bouwen van mensen die hem met regelmaat steunen en zijn gedrag binnen de maatschappij volgen. Het sociale netwerk voorziet de reclasseringsfunctionaris ook van informatie over betrokkene.
3. De reclasseringsfunctionaris verwijst de delinquent naar het gespecialiseerde behandelprogramma en ontwikkelt een samenwerkingsrelatie met de behandelaars die de therapie uitvoeren.
4. De reclasseringsfunctionaris verwijst de delinquent voor polygraafonderzoek om te volgen of hij zich houdt aan de bij het toezicht horende voorwaarden.

De drie centrale teamleden (reclasseringsfunctionaris, behandelaar, polygrafist) houden wekelijks contact op instigatie van de reclasseringsfunctionaris om de voortgang van de delinquent en eventuele punten van zorg te bespreken.

Het gevangeniswezen contracteert behandelaars voor het toezichtprogramma. Om de programma-integriteit te waarborgen, krijgen zij maandelijks supervisie door VTPSA-deskundigen. Jaarlijks is er bovendien een tweedaagse gezamenlijke training voor behandelaars en reclasseringsfunctionarissen.

Bij de *containment*-benadering zijn in principe verschillende kwaliteitsbewakingsmechanismen ingebouwd, die gericht zijn op programma-integriteit en op het voorkomen van *burnout* bij het personeel (Elliott, H. & McConkie, M.L., 2002).

#### *Veronderstelde werkzame mechanismen*

De vier belangrijkste veronderstellingen die ten grondslag liggen aan het toezichtproces volgens het VTPSA zijn (Cumming & McGrath, 2005):

1. Toezicht en behandeling kunnen zedendelinquenten niet 'genezen'. Door de combinatie van toezicht en behandeling kunnen ze, zo wordt verondersteld, echter wel leren hun afwijkende seksuele belangstelling en gedrag te beheersen. Om effectief te zijn, dienen interventies nauw aan te sluiten bij het risiconiveau, de criminogene factoren en *responsivity issues* (bijvoorbeeld de leerstijl) van betrokkene. Behandeling vindt plaats op basis van een cognitief-gedragstherapeutisch terugvalpreventiemodel. Betrokkenen worden via deze methode *selfmanagement-strategieën aangeleerd om dreigende terugval te kunnen herkennen en voorkomen* (zie punt 2 hiervoor). De terugvalpreventiemethode gaat ervan uit dat voor de delinquent typerende keten(s) van gedachten, gevoelens, acties en gebeurtenissen in kaart kunnen worden gebracht (Cumming & McGrath, 2005). De delinquent brengt deze zelf in kaart en leert vervolgens alternatieve gedachten en gedragingen aan om vroegtijdig in te kunnen grijpen om op verschillende punten in de delictketen alternatieve gedragingen te kiezen en op die manier terugval te voorkomen.

2. Het toezicht zou het meest effectief zijn als zedendelinquenten actief deelnemen aan het toezichtproces door zelf hun risicofactoren in kaart te brengen en zich op het verminderen van het risico te richten. De kans dat dit gebeurt, wordt het grootst geacht wanneer de reclaseringsfunctionaris in staat is een goede werkrelatie te ontwikkelen met de delinquent. Een veronderstelling bij het VTPSA-programma is verder dat het voor succesvolle terugvalpreventie van belang is dat reclaseringsfunctionarissen gedetineerden niet alleen controleren, terechtwijzen en verbieden, maar hen ook een *positieve en uitgebalanceerde levensstijl aanleren* (werk, scholing, vrije tijd, vriendschap en burger-taken) waardoor betrokkene naar veronderstelling minder geneigd zal zijn tot crimineel gedrag.<sup>35</sup>
3. Er wordt van uitgegaan dat zedendelinquenten veelal onbetrouwbaar zijn in het rapporteren van probleemgedrag; daarom is het essentieel om verscheidene informatiebronnen in de samenleving te ontwikkelen. Centraal staat een multidisciplinaire benadering van risicomangement met actief casemanagement door een team waarvan ook behandelaars en de polygrafist deel uitmaken en dat gecoördineerd wordt door de reclaseringsfunctionaris. De veronderstelling is dat de *verschillende gezichtspunten en kennis vanuit de in het team vertegenwoordigde disciplines* en functionarissen zullen bijdragen aan een completer beeld van het gedrag en de risicofactoren van de desbetreffende zedendelinquent (Cumming & McGrath, 2005). Op basis daarvan zal het team beter in staat zijn tot adequaat risicomangement dan een reclaseringsfunctionaris alleen. Het in kaart brengen van het specifieke delictgedrag in het verleden, het volgen van gedrag en bewegingen, en het *uitwisselen en verifiëren van informatie* over het huidige gedrag van de delinquent ten behoeve van risicomangement is daarom tevens een belangrijk aspect. In het VTPSA-programma wordt veel belang gehecht aan informatie-uitwisseling en afstemming van aanpak tussen de reclaseringsfunctionaris, de behandelaars, de polygrafist en het sociale netwerk dat is opgebouwd rond de betrokken delinquent (Cumming & McGrath, 2000).

De polygraaf wordt gebruikt om volledigere informatie te krijgen over delicten in het verleden, over mogelijke (dreigende) terugval en over naleving van opgelegde voorwaarden. Door het gebruik van de polygraaf zou de delinquent zich opener opstellen en meer informatie verstrekken (Grubin & Madsen, 2006). Uit onderzoek blijkt dat de validiteit en betrouwbaarheid van de polygraaf laag zijn (zie o.a. Merckelbach & Boelhauer, 2002). Het is bekend dat de polygraaf foutpositieve informatie kan opleveren. Een van de argumenten die worden aangevoerd om de polygraaf binnen de *containment*-benadering te gebruiken, is

35 Hoewel dit in de desbetreffende stukken niet expliciet wordt vermeld, is deze veronderstelling mogelijk terug te voeren op de bindingentheorie (o.a. Nagin & Paternoster, 1993, 1994), zie verder paragraaf 6.2.

dat zo lang zedendelinquenten geloven dat het apparaat werkt, het kan worden gebruikt in het toezicht om de informatie en daarmee het risicomanagement te optimaliseren (Stalans, 2004). Aan de resultaten mogen binnen de *containment*-benadering geen maatregelen worden verbonden, er zou slechts een open uitwisseling moeten plaatsvinden over de mogelijke betekenis van de resultaten.

4. Zedendelinquenten die interesses en activiteiten ontwikkelen die niet verenigbaar zijn met het plegen van zedendelicten, zijn beter in staat om een leven zonder delicten te leiden dan degenen die alleen proberen om risicovol gedrag te vermijden.

#### 4.2.3 *Community Sex Offender Groupwork Program (CSOGP)*

##### *Omschrijving programma*

De reclassering in Engeland kent drie geaccrediteerde *Sex Offender Group Work Programs* voor zedendelinquenten in de samenleving: het *West Midlands Programme* (CSOGP), het *Thames Valley Programme* (TVSOGP) en het *Northumbria Programme* (NSOGP) (Mandeville-Norden & Beech, 2004). CSOGP wordt in dertien regio's gegeven. Overigens komen de programma's wat inhoud betreft grotendeels overeen. Er zijn kleine verschillen wat betreft het aantal modules waarin het programma wordt opgedeeld. Inhoudelijk zijn er volgens Mandeville-Norden en Beech (2004) weinig verschillen.

##### *Doelstellingen*

Het verminderen van recidive door middel van een cognitief-gedrags-therapeutische groepsbehandeling.

##### *Doelgroep en juridisch kader*

De doelgroep van het programma zijn mannelijke plegers van zedendelicten met kinderen of volwassenen als slachtoffer, die na een gevangenisstraf voorwaardelijk in vrijheid zijn gesteld. Hun deelname is verplicht in het kader van voorwaardelijke invrijheidstelling. Delinquenten die tijdens detentie al een cognitief-gedrags-therapeutisch programma hebben gevolgd, nemen alleen deel aan het terugvalpreventiegedeelte. Delinquenten die in detentie geen dergelijk programma hebben gevolgd of nog steeds een groot recidiverisico hebben, nemen zowel deel aan de introductie-module als aan de 190-urige module.

Daarnaast kunnen ook zedendelinquenten met een straf die in de samenleving ten uitvoer wordt gelegd voor het programma in aanmerking komen. De rechter kan verplichte deelname aan het programma opleggen in het kader van een sanctie die in de samenleving ten uitvoer wordt gelegd (bijvoorbeeld: *community rehabilitation order*, *probation order*).



### *Onderdelen*

Het programma bestaat uit een introductiemodule van vijftig uur waarin delinquenten moeten leren hun delicten niet goed te praten of te ontkennen en waarin ze verantwoordelijkheid moeten leren nemen voor hun gedrag. Vervolgens vindt er een diagnostische fase plaats en wordt onderscheid gemaakt tussen de delinquenten op grond van het delictrisico en van de mate van afwijkendheid in seksuele voorkeur en gedrag. *Low risk/low deviance*-delinquenten volgen een programma van vijftig uur gericht op terugvalpreventiestrategieën. *High risk/high deviance*-delinquenten volgen een programma van 190 uur dat zich op een breder scala aan delictgerelateerde factoren richt. Dit bestaat uit zes modules: 1) delictpatronen en cognitieve vertekeningen; 2) zelfwaardering, sociale vaardigheden en assertiviteitstraining; 3) seksualiteit; 4) de rol van fantasieën bij delictgedrag; 5) empathie met slachtoffers; 6) terugvalpreventie en verandering van levensstijl.

De delinquenten zijn verplicht alle sessies bij te wonen. Als een delinquent een sessie mist, moet hij een inhaalsessie bijwonen voordat hij weer mag deelnemen aan het programma. Als een delinquent meer dan twee sessies binnen een module mist, moet hij de hele module opnieuw volgen.

### *Duur programma*

Het CSOGP is een cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling met een totale duur van 200 uur en een looptijd van 24-28 maanden.

### *Consequenties schending voorwaarden*

Als een delinquent een sessie mist zonder een goede reden, wordt de reclassering ingeschakeld die vervolgens actie onderneemt volgens de nationale richtlijnen van toezicht op delinquenten.

### *Instanties en verantwoordelijkheden*

De reclassering is verantwoordelijk voor de uitvoering van het programma.

### *Veronderstelde werkzame mechanismen*

Evenals bij het VTPSA worden de delinquent *terugvalpreventietechnieken* aangeleerd, waardoor betrokkene zelf in een vroeg stadium een dreigende terugval kan herkennen en voorkomen (zie ook de beschrijving van terugvalpreventie bij het VTPSA-programma in paragraaf 4.2.2). Het is de bedoeling dat de zedendelinquenten leren om situaties die kunnen leiden tot nieuwe delicten te herkennen, en denkfouten die recidiverisico vergroten te corrigeren en om hun gedrag te beheersen. Daarnaast wordt ernaar gestreefd hen te leren begrijpen wat de invloed van hun gedrag is op hun slachtoffers en om verantwoordelijkheid te nemen voor hun gedrag en meer in het algemeen om zich in anderen te verplaatsen. De veronderstel-

ling is dat zij dan door toegenomen empathie met mogelijke slachtoffers minder geneigd zullen zijn tot het plegen van zedendelicten.

#### 4.2.4 Oregon depo-Provera Program

##### *Omschrijving programma*

Het depo-Provera-programma is in 2000 van start gegaan, kort nadat in Oregon wetgeving in werking trad die bepaalde dat zedendelinquenten voorafgaand aan voorwaardelijke invrijheidstelling moeten worden onderzocht op geschiktheid voor libidoremmende medicatie (Maletzky, Tolan & McFarland, 2006).

##### *Doelstellingen*

De doelstelling van het depo-Provera-programma is het op kortere termijn terugbrengen van het risico van een seksueel delict bij delinquenten die (voorwaardelijk) in vrijheid worden gesteld.

##### *Doelgroep en juridisch kader*

Voor het Oregon depo-Provera-Program komen zedendelinquenten in aanmerking die binnen zes maanden (voorwaardelijk) in vrijheid zullen worden gesteld, veroordeeld zijn voor twee of meer seksuele delicten of door een verstandelijke handicap te weinig beheersing over hun seksuele behoeften hebben, en blij hebben gegeven van excessieve seksuele behoeften.

De wetgever van de staat Oregon heeft *House Bill 2500* uitgevaardigd die luidt dat gedetineerde seksuele delinquenten voorafgaand aan invrijheidstelling moeten worden onderzocht op geschiktheid voor libidoremmende medicatie: medroxyprogesteron acetaat (MPA), bekend onder de handelsnaam depo-Provera.

Daartoe kreeg het *Department of Corrections* de opdracht een methode te ontwikkelen om mannen met een door medicatie te verlagen verhoogd risico van een seksueel delict te detecteren. Bij geschikt bevonden delinquenten kan de *Parole Board*, een rechter of de toezichthoudende reclasseringsfunctionaris medicatiegebruik als voorwaarde bij het toezicht gedurende voorwaardelijke invrijheidstelling opleggen.

##### *Onderdelen*

Het programma omvat reclasseringstoezicht en wekelijkse intramusculaire injecties met 200-400 mg MPA. Er werd geen vast protocol gehanteerd voor de doses en de duur van de periode van toediening. Volgens de auteurs ging het in de meeste gevallen om een dosis van 200-400 mg injecties eens per twee weken. Hierover en over testosteronspiegels voor en gedurende de behandeling waren echter geen gegevens voor de studie vastgelegd.

*Duur programma*

De duur van het programma varieerde per individuele deelnemer. De follow-upperiode per delinquent is niet in het artikel weergegeven.

*Consequenties schending voorwaarden*

Niet in het artikel vermeld.

*Instanties en verantwoordelijkheden*

Het gevangeniswezen (*Department of Corrections*) regelt de screening van de delinquent op geschiktheid voor medicatie. De *Parole Board*, een rechtbank of de reclassering legt medicatiegebruik als voorwaarde op. De reclassering regelt de uitvoering en kan ook besluiten om niet tot medicatiegebruik over te gaan.

*Veronderstelde werkzame mechanismen*

Er is een populatie van mannen die bij invrijheidstelling door moeilijk beheersbare seksuele impulsen, al dan niet in combinatie met gebrekkige verstandelijke vermogens, op korte termijn een risico vormen voor een seksueel delict. Bij deze populatie kan medicatie op kortere termijn het risico terugbrengen door de seksuele behoeften/impulsen te verminderen. Een chemische ingreep waardoor de productie van geslachtshormonen wordt afgeremd, wordt verondersteld excessieve seksuele behoeften en gedrag te dempen.

Daardoor zou de delinquent minder geneigd zijn seksuele delicten te plegen en zou er minder risico zijn op (dreigende) terugval. Daardoor zou er minder kans zijn op het mislukken van de voorwaardelijke invrijheidstelling op korte termijn. Door de *beheersing van het gedrag op korte termijn met behulp van medicatie*, kan de voorwaardelijke invrijheidstelling lang genoeg voortduren om de gelijktijdige psychologische behandeling de kans te geven effect te sorteren. De psychologische behandeling kan leiden tot recidivevermindering op langere termijn.

#### 4.2.5 *Specialized Sex Offender Probation Programs Lake, DuPage, en Winnebago Counties Illinois*

*Omschrijving programma*

Drie regio's in Illinois hebben in de jaren negentig van de vorige eeuw gespecialiseerde toezichtprogramma's voor zedendelinquenten ingevoerd. Het betreft in grote lijnen hetzelfde programma, maar elke regio legt eigen accenten (Stalans, Seng & Yarnold, 2002).

*Doelstellingen*

De doelstelling van de programma's is het voorkomen van recidive door middel van gespecialiseerd toezicht.

### *Doelgroep en juridisch kader*

Doelgroep van de programma's zijn zedendelinquenten met kinderen als slachtoffers die zijn veroordeeld tot reclasseringstoezicht (*probation*) waarbij beperkende voorwaarden worden opgelegd. Het gaat om zedendelinquenten met een laag of matig recidiverisico die zowel voor 'hands-on'- als voor 'hands-off'-delicten kunnen zijn veroordeeld.

### *Onderdelen*

In principe omvat elk programma de volgende elementen:

1. intensief toezicht op zedendelinquenten, waaronder frequente bezoeken van de delinquent aan het reclasseringsbureau, polygrafisch onderzoek en (onverwachte) huisbezoeken en huiszoekingen bij de delinquent en het verifiëren van informatie die door de delinquent wordt verstrekt;
2. behandeling met nadruk op een cognitief-gedragstherapeutische aanpak en terugvalpreventie;
3. partnerschap van reclasseringsfunctionarissen en aanbieders van behandeling, het creëren van eenheid in benadering door frequente communicatie en het delen van informatie over individuele delinquenten.

### *Duur programma*

De delinquenten in alle groepen krijgen gemiddeld twee jaar reclasseringstoezicht.

### *Consequenties schending voorwaarden*

Als een delinquent zich niet aan de voorwaarden houdt, kan een reclasseringsfunctionaris daar bij de rechtbank melding van maken (*Violation of Probation Petition*, VOP) of informele sancties toepassen zoals een waarschuwing met oplegging van extra bezoeken of (urine)controles. De rechtbank kan het reclasseringstoezicht omzetten in een gevangenisstraf. Lake ontwikkelde een serie informele sancties die werden toegepast als een delinquent in het gespecialiseerde programma zich niet aan de voorwaarden hield.

### *Instanties en verantwoordelijkheden*

De bij het programma betrokken organisaties zijn de reclassering, de aanbieders van cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling en de aanbieders van polygrafisch onderzoek. De reclassering is integraal verantwoordelijk voor het toezichtprogramma en gaat op organisatie-niveau en op het niveau van professionals samenwerkingsverbanden aan met de behandelorganisaties.

### *Veronderstelde werkzame mechanismen*

Het gespecialiseerde toezichtprogramma leidt volgens Stalans et al. (2002) tot twee veronderstellingen of hypothesen met een tegenovergesteld effect.

De eerste veronderstelling luidt: er is een *grotere kans dat recidive wordt ontdekt* dan in het standaard reclasseringstoezicht, doordat frequentere (huisbezoek)contacten met betrokkene plaatsvinden.

De tweede veronderstelling luidt: het verscherpte toezicht zal delinquenten ervan weerhouden te recidiveren vanwege de grotere pakkans en de consequenties daarvan, zoals terugplaatsing in de gevangenis. Met andere woorden: door *afschrikking* zal de kans op recidive lager zijn dan bij standaard reclasseringstoezicht.

Stalans et al. (2002) verwachten dat intensiever toezicht bij verschillende groepen delinquenten een ander effect heeft. In het gespecialiseerde programma zal bij zedendelinquenten die weinig of geen rationele afwegingen maken ten aanzien van het plegen van een delict, zoals zedendelinquenten met een As I-stoornis, een hoge psychopathiescore of sadistische neigingen, meer recidive worden gevonden, omdat de detectiekans bij het gespecialiseerde programma hoger is dan bij standaard reclasseringstoezicht. Bij zedendelinquenten zoals voyeurs en exhibitio-nisten, die wel rationele afwegingen maken van onder meer de pakkans, zal afschrikking door de hogere pakkans leiden tot minder recidive.

### **4.2.6 Circles of Support and Accountability (COSA)**

#### *Omschrijving programma*

In 1994 werd op initiatief van een dominee in Ontario, Canada de eerste *Circle of Support and Accountability* begonnen. Sindsdien zijn in alle Canadese provincies en in een aantal andere landen vergelijkbare initiatieven gestart (Wilson, Picheca & Prinzo 2005; Wilson, McWhinnie, Picheca, Prinzo & Cortoni, 2007). In Engeland is de *Thames Valley Circles of Support and Accountability* beschreven (Quacker Communications, 2005).

#### *Doelstellingen*

Het doel van COSA is om een succesvolle terugkeer in de samenleving te bewerkstelligen van plegers van een ernstig gewelds- of zedendelict die uit de gevangenis worden vrijgelaten. Het uiteindelijke doel hiervan is om de veiligheid voor de samenleving in dergelijke gevallen te vergroten.

#### *Doelgroep en juridisch kader*

COSA is in Canada opgezet voor plegers van een ernstig gewelds- of zedendelict die niet in aanmerking komen voor voorwaardelijke invrijheidstelling en die daardoor na ommekomst van hun gevangenisstraf zonder formele nazorg worden vrijgelaten. In Canada is er dus geen sprake van een juridisch kader, deelname aan COSA vindt op vrijwillige basis plaats.

In Engeland vindt COSA wel binnen een juridisch kader plaats, onder meer bij voorwaardelijke invrijheidstelling in het kader van een gevangenisstraf (*parole*).

Binnen de genoemde groep richt COSA in Canada zich op delinquenten met de grootste kans op recidive en bij wie deze kans wordt verondersteld samen te hangen met het gebrek aan steun uit de omgeving, omdat zij niet of nauwelijks een sociaal netwerk (meer) hebben. Onduidelijk blijft waarom deze delinquenten niet in aanmerking zijn gekomen voor een toezichtmaatregel (bijvoorbeeld een *Peace Bond*, zie ook De Kogel, Nagtegaal, Neven & Vervaeke, 2006) als hun recidiverisico hoog wordt ingeschat.

### *Onderdelen*

Rond een delinquent – het kernlid – wordt een kring van vrijwilligers gevormd die hem ondersteunen bij zijn terugkeer in de samenleving. In Canada wordt deze binnenste kring ondersteund door een buitenste kring van professionals die de vrijwilligers van advies kunnen dienen (zoals psychologen, politiemensen, maatschappelijk werkers en professionals uit het gevangeniswezen). In Engeland wordt de binnenste kring gevormd door professionals (reclassering) en vormen de vrijwilligers een buitenste kring. Hun werk blijft echter grotendeels hetzelfde (zie hierna bij veronderstelde werkzame mechanismen).

Vrijwilligers moeten aan een aantal eisen voldoen. Ze moeten stabiele leden van de gemeenschap zijn, moeten bekend zijn in de gemeenschap, moeten hebben aangetoond dat ze volwassen genoeg zijn om dit werk te doen, moeten hun eigen grenzen kunnen bewaken en moeten beschikbaar zijn. Vrijwilligers krijgen een training waarin zij onder meer leren over risicofactoren met betrekking tot terugval van zedendelinquenten. Wilson et al. (2005) vermelden dat het veelal niet eenvoudig is geschikte vrijwilligers te vinden.

In Canada bestaat de kring meestal uit vijf vrijwilligers. Elke kring start met een periode waarin de leden elkaar wekelijks in groepsbijeenkomsten treffen. Tijdens deze periode kan het voorkomen dat het kernlid een of twee keer per week iets onderneemt met een van de vrijwilligers, of dat de delinquent zelfs dagelijks contact heeft met zijn kring. Na enige tijd worden de groepsbijeenkomsten in frequentie verminderd (tot ongeveer twee keer per maand) en worden er meer individuele afspraken gemaakt tussen vrijwilligers en het kernlid.

### *Duur programma*

In eerste aanleg blijft een kring een jaar lang in stand, maar langer kan ook.

### *Consequenties schending voorwaarden*

In het Verenigd Koninkrijk zijn leden van een kring verplicht (vermoedens van) overtredingen te melden. Zelfs wanneer zij de indruk hebben dat hun

kernlid weer af zou kunnen glijden naar deviant gedrag, hebben zij de verplichting dat te melden. In de beschrijvingen van de Canadese kringen is niet terug te vinden of deze verplichting ook voor Canadese vrijwilligers geldt. In Canada is geen sprake van een juridisch kader en zijn er daarom geen voorwaarden opgelegd.

#### *Instanties en verantwoordelijkheden*

In Canada functioneert het COSA-systeem buiten het strafrechtelijk systeem en is het een *community-driven* model dat door professionals wordt ondersteund. In Canada draait COSA op vrijwilligers, zowel leken als professionals die op vrijwillige basis deelnemen. De lokale groepen worden doorgaans aangestuurd door een '*advisory panel*' of stuurgroep en/of een regionale coördinator. In de meeste gevallen is een lokale religieuze organisatie bij COSA betrokken die voor de administratieve ondersteuning zorgt. Het grootste deel van de kosten wordt gedragen door het gevangeniswezen (*Correctional Service Canada, CSC*) dat daartoe contracten met COSA-projecten afsluit.

Wilson et al. (2007) lichten toe dat de projecten in Engeland en Wales en in de Verenigde Staten '*professionally-driven*' zijn en door de gemeenschap worden ondersteund. In het Verenigd Koninkrijk functioneert het model binnen het strafrechtelijke systeem: er is, naast COSA, ook sprake van formele vormen van toezicht. COSA valt daar, wanneer dat aan de orde is, binnen het MAPPA-systeem (*Multi Agency Public Protection Arrangements*).

In Engeland en Wales werken, naast vrijwilligers, ook politie en reclassering samen met de Quakers en de *Church of England's Board of Social Responsibility*.

In Canada is onduidelijk bij wie de eindverantwoordelijkheid ligt, alle activiteiten vinden plaats op vrijwillige basis. Het gevangeniswezen neemt nadrukkelijk geen verantwoordelijkheid. In Engeland en Wales ligt de eindverantwoordelijkheid bij politie en reclassering.

#### *Veronderstelde werkzame mechanismen*

*Circles of Support and Accountability* zijn opgezet om delinquenten intensieve ondersteuning te bieden om hen te helpen bij een veilige, soepele terugkeer naar het leven van alledag in de gemeenschap. In essentie zijn er de volgende principes:

- *ondersteuning door het sociale netwerk* leidt ertoe dat betrokkene gemakkelijker zal integreren in de samenleving waardoor de kans op recidive geringer is;
- *monitoring en het afleggen van verantwoording (accountability)*: betrokkene dient open te zijn over zijn doen en laten, als motto wordt 'geen geheimen' gehanteerd. Door de frequente contacten en het afleggen van verantwoording over tijdsbesteding en gedrag, kan voorkomen worden dat betrokkene 'afglijdt' en kan dreigende terugval minder

gemakkelijk verborgen blijven. In Engeland zijn de vrijwilligers verplicht om mogelijke terugval te melden.

In het voorgaande zijn zes voorbeelden van programma's beschreven, die representatief zijn voor de typen toezichtprogramma's waarover effectonderzoek wordt besproken. In de volgende twee paragrafen zal centraal staan wat er bekend is over de effectiviteit van toezichtprogramma's voor zedendelinquenten.

### **4.3 Effectiviteit van toezichtprogramma's bij zedendelinquenten: meta-analyses en overzichtstudies**

#### *4.3.1 Inleiding en achtergrond*

##### *De literatuur over effectiviteit van behandeling voor zedendelinquenten*

In deze paragraaf worden een meta-analyse en twee overzichtartikelen besproken die (mede) betrekking hebben op toezichtprogramma's voor zedendelinquenten. Toezicht voor zedendelinquenten is veelal nauw verbonden met behandelinterventies (zie ook 4.2). Daarom is het belangrijk, alvorens het effectonderzoek over toezichtprogramma's te bespreken, een globaal overzicht te krijgen van wat er in meer algemene zin bekend is over de effectiviteit van behandeling van zedendelinquenten.

De vraag of de huidige psychologische (veelal cognitief-gedragstherapeutische) behandelmethoden voor zedendelinquenten het recidiverisico verminderen, is onder wetenschappers onderwerp van discussie. Sinds 1980 zijn er meer dan twintig meta-analyses en overzichtstudies verschenen over de effectiviteit van behandeling van zedendelinquenten. Een van de eerste studies leidde tot de conclusie dat er geen sprake was van een behandel-effect (Furby, Weinrott & Blackshaw, 1989). Latere overzichtstudies zijn positiever (Nagayama Hall, 1995; Gallagher, Wilson, Hirschfield, Coggeshall & MacKenzie, 1999; Polizzi, MacKenzie & Hickman, 1999). De auteurs van enkele van de meest recente meta-analyses trekken de conclusie dat cognitieve gedragstherapie een klein tot matig positief effect heeft (Hanson & Bussière, 1998; Hanson, Gordon, Harris, Marques, Murphy, Quinsey & Seto, 2002; Lösel & Schmucker, 2005; De Ruiter, Veen & Greeven, 2005).

In deze studies en door critici (Harris, Rice & Quinsey, 1998; Rice & Harris, 2003) wordt daarnaast echter gesignaleerd dat veel effectstudies methodologische problemen vertonen die het trekken van sterke conclusies over de vraag of de behandeling al dan niet werkt, bemoeilijken. Bij het merendeel van de studies is geen sprake van aselecte toewijzing aan de behandelgroep en een onbehandelde controlegroep. Een belangrijke



oorzaak daarvan is dat gerandomiseerd effectonderzoek bij behandeling van zedendelinquenten moeilijk te realiseren is. Het vergelijken van percentages recidivisten onder behandelde en onbehandelde zedendelinquenten na hun terugkeer in de maatschappij, zou te veel risico voor de samenleving inhouden (o.a. Wilson, Stewart, Stirpe, Barrett & Cripps, 2000). In verschillende jurisdicties is bovendien deelname aan behandeling bij zedendelinquenten een vereiste om in aanmerking te komen voor voorwaardelijke invrijheidstelling, waardoor het moeilijk wordt hun behandeling te onthouden (zie o.a. De Kogel et al., 2006). Veelal wordt in effectonderzoek dan ook gebruikgemaakt van minder ideale vergelijkingsgroepen, bijvoorbeeld zedendelinquenten die werden veroordeeld in de tijd dat de desbetreffende behandeling nog niet beschikbaar was, zedendelinquenten die om uiteenlopende redenen niet aan de behandeling konden of wilden deelnemen of uitvallers uit de behandelgroep. In die gevallen kunnen de resultaten echter vertekend worden doordat de groepen op voorhand verschillen in voor recidive prognostische kenmerken. De begrijpelijkheid van de methodologische beperkingen verhindert echter niet dat ze aanleiding geven tot kritiek. Zo luidt de conclusie van Rice & Harris (2003) over de meta-analyse van Hanson et al. (2002), dat er geen behandeldeffect zou overblijven wanneer de laatsten alleen methodologisch sterke studies in de analyse hadden betrokken. Deze kritiek werd ter harte genomen in een recente meta-analyse over de effectiviteit van psychologische behandeling bij zedendelinquenten. Daarin werden uitsluitend gerandomiseerde onderzoeken met een vergelijkbare controlegroep (RCT's) opgenomen (Kenworthy, Adams, Bilby, Brooks-Gordon & Fenton, 2004; Brooks-Gordon, Bilby & Wells, 2006). Twee van deze RCT's hanteerden recidive als uitkomstmaat (het opnieuw gearresteerd of veroordeeld worden wegens een seksueel delict) en in geen van beide RCT's werd een effect van het programma op recidive gevonden. In een tweede meta-analyse van onderzoeken met een quasi-experimenteel design (zie ook hoofdstuk 1) werden 21 studies betrokken waarvan er 17 interpreteerbare resultaten rapporteerden (Bilby, Brooks-Gordon & Wells, 2006). Zeven van deze 17 beschreven een significant effect van behandeling op vermindering van recidive. In tien studies werd geen effect gevonden.

Specifiek wat betreft farmacologische behandeling (en ook fysieke castratie) ter vermindering van seksuele recidive, vermelden enkele overzichtsstudies en meta-analyses een recidiveverminderend effect, dat tevens groter is dan dat van psychologische behandeling (o.a. Nagayama Hall, 1995; Maletzky & Field, 2003; De Ruiter & Veen, 2006; Aos et al., 2006), maar ook hier geldt dat de conclusies met voorzichtigheid moeten worden gehanteerd vanwege methodologische tekortkomingen bij veel van de studies.

In verschillende overzichtstudies zijn zowel intramurale als ambulante behandelprogramma's betrokken en wordt ook een uitspraak gedaan over hoe de gemiddelde effectgroottes van de twee typen settings zich tot elkaar verhouden (Alexander, 1999; Nagayama Hall, 1995; Polizzi et al., 1999; Hanson et al., 2002; Lösel & Schmucker, 2005). De conclusie is dat effecten van psychologische behandeling op vermindering van het recidiverisico in een ambulante setting over het algemeen iets sterker zijn dan in een intramurale setting. Als mogelijke oorzaak daarvoor wordt genoemd dat effecten van een uitsluitend intramurale behandeling niet altijd gemakkelijk overdraagbaar zouden zijn naar het leven in de maatschappij, terwijl effecten van een ambulante behandeling beter of eerder toepasbaar zijn in het leven buiten. Daarnaast wordt vermeld dat veelal niet is uit te sluiten dat verschillen tussen groepen delinquenten een rol spelen, zo zouden zich in de groepen die een ambulante behandeling krijgen meer delinquenten kunnen bevinden met een relatief laag delictrisico.

#### *Toezichtprogramma's*

In de literatuur zijn slechts twee overzichtstudies en één meta-analyse gevonden die – ten dele – betrekking hebben op toezichtprogramma's voor zedendelinquenten. Behandeling en controle spelen veelal beide een rol in toezichtprogramma's voor zedendelinquenten. De toezichtprogramma's voor zedendelinquenten die zijn gevonden in de overzichtstudies en meta-analyse zijn globaal onder te verdelen in vier categorieën. De eerste categorie betreft behandeling in de gevangenis of het ziekenhuis met daaropvolgend nazorg en toezicht in de maatschappij. De tweede categorie omvat behandelprogramma's in het kader van *probation*, *parole* of een alternatieve sanctie. De derde categorie betreft gespecialiseerd toezicht in het kader van *probation*, *parole* of een alternatieve sanctie. De vierde categorie ten slotte, omvat de overige toezichtprogramma's. De toezichtprogramma's zijn binnen deze categorieën op alfabetische volgorde in tabel 5 weergegeven. Hierna wordt eerst een korte beschrijving gegeven van kenmerken van de meta-analyse en overzichtstudies, zoals de doelstelling en de inclusiecriteria. Daarna zullen de resultaten van de meta-analyses en overzichtartikelen worden besproken, waarbij het toezichtprogramma als uitgangspunt wordt genomen. In de meeste van de in dit hoofdstuk gerapporteerde effectstudies worden naast seksuele recidive ook gewelddadige en algemene recidive vermeld. Deze worden in de meeste studies als volgt omschreven. Onder algemene recidive wordt verstaan arrestaties en/of veroordelingen voor enig nieuw delict (inclusief seksuele en gewelddadige delicten). Gewelddadige recidive betreft arrestaties en/of veroordelingen voor een gewelddadig delict (inclusief seksuele delicten). Seksuele recidive ten slotte omvat arrestaties en/of veroordelingen voor een seksueel delict. In dit hoofdstuk zullen verder deze omschrijvingen worden aangehouden, tenzij anders vermeld. In de literatuur wordt vaak onderscheid gemaakt tussen zogeheten '*hands on*'-delicten: delicten

waarbij er lichamenlijk contact is tussen delinquent en slachtoffer en 'hands off'-delicten waarbij dat niet het geval is (bijvoorbeeld exhibitionisme). We hebben tevens zoveel mogelijk rekening gehouden met de heterogeniteit van deze populatie in type delicten en in recidiverisico (Prentky, Lee, Knight & Circe, 1997; Harris & Hanson, 2004; Koeck, Van Beek & De Doncker, 2002; De Ruiter & De Vogel, 2004; Van Horn, Mulder & Scholing, 2006; De Doncker, Koeck, Huys & Winter, 2006).

#### 4.3.2 Kenmerken meta-analyse en overzichtstudies

De meta-analyse van Aos, Miller & Drake (2006) heeft als doel te komen tot een overzicht van wetenschappelijk onderbouwde preventiestrategieën en interventies bij jeugdigen en volwassenen die de hoeveelheid criminaliteit en de kosten van criminaliteit zouden kunnen terugbrengen en uiteindelijk de noodzaak tot bouw van nieuwe gevangenissen zouden kunnen beperken. In de analyse zijn Engelstalige studies vanaf 1970 opgenomen die als uitkomstmaat (een aspect van) criminaliteit hanteren (bijvoorbeeld het veroordeeld worden wegens een nieuw delict). Om opgenomen te worden, moeten studies minimaal een vergelijkingsgroep hanteren. Er is een weging toegepast op basis van de kwaliteit van de studies: resultaten van gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken zijn het zwaarst meegewogen. Resultaten van studies met een minder goed gekozen vergelijkingsgroep zijn minder zwaar gewogen. Aos et al. (2006) hanteren twee uitkomstmaten: enerzijds effect op criminaliteit en anderzijds kosten en baten. De interventies zijn thematisch geordend, maar op de inhoud van de interventies wordt niet ingegaan. Aos et al. (2006) verdelen de studies over toezichtprogramma's voor zedendelinquenten in drie groepen, waarvan er één zowel programma's omvat met behandeling in de gevangenis en vervolgens nazorg en toezicht in de maatschappij, en programma's die alleen in de samenleving worden aangeboden. Aos et al. (2006) rapporteren niet over de effectiviteit van individuele programma's, maar slechts groepsgewijs, daarom zijn hun gegevens ook op die manier in tabel 5 weergegeven.

Het artikel van Stalans (2004) biedt een overzicht van behandelstrategieën en methoden van reclasseringstoezicht bij zedendelinquenten. Daarnaast bespreekt zij wat bekend is over de effectiviteit van de verschillende behandelmethoden en toezichtprogramma's. Tot slot komen de implicaties voor de praktijk van het reclasseringstoezicht aan de orde. Zij behandelt effectstudies die betrekking hebben op in totaal vier toezichtprogramma's. Daarbij gaat het om programma's voor intensief toezicht al dan niet in combinatie met behandeling voor zedendelinquenten tijdens reclasseringstoezicht. De programma's dienen op effectiviteit te zijn onderzocht met behulp van een vergelijkingsgroep. De oudste studie die aan de orde komt is uit 1983.

Cumming en McGrath (2000) bespreken methoden van toezicht op zedendelinquenten in de samenleving op basis van een terugvalpreventie-model. Het artikel biedt een raamwerk voor een dergelijke aanpak. Daarnaast wordt besproken wat bekend is over de effectiviteit van toezicht op basis van terugvalpreventie. Zij hebben effectstudies met een vergelijkingsgroep geselecteerd vanaf 1983 die betrekking hebben op in totaal vijf toezichtprogramma's.

#### 4.3.3 Resultaten meta-analyse en overzichtstudies

##### *Behandeling in de gevangenis met nazorg en toezicht in de maatschappij*

In de overzichtstudies en meta-analyses worden drie cognitief-gedrags-therapeutische programma's onderscheiden waarbij zedendelinquenten die in de gevangenis zijn behandeld, vervolgens toezicht en nazorg krijgen in de maatschappij. Een daarvan heeft geen effect op recidive, de andere twee leiden volgens de auteurs wel tot minder seksuele recidive (tabel 5). Aos et al. (2006) bespreken verder nog een gemengde groep programma's voor toezicht en behandeling van zedendelinquenten in de samenleving. Deze bestaat uit zes studies, die gedeeltelijk betrekking hebben op behandeling van zedendelinquenten in de gevangenis met vervolgens een nazorgprogramma in de maatschappij en deels op programma's die alleen in de maatschappij worden aangeboden. De programma's zouden volgens Aos et al. (2006) gemiddeld (over de zes onderzochte programma's) een reductie van criminaliteit van 7% opleveren. De programma's zijn gemiddeld echter niet kosteneffectief in vergelijking tot het alternatief (bij de meeste programma's gevangenisstraf en standaard reclasseringstoezicht). Aos et al. (2006) berekenden dat ze gemiddeld \$3.258 duurder zijn per delinquent dan het alternatief.

##### *Gespecialiseerde behandeling in het kader van voorwaardelijke invrijheidstelling of veroordeling tot reclasseringstoezicht*

In de meta-analyses en overzichtstudies wordt gerapporteerd over effectonderzoek met betrekking tot vier programma's voor psychologische behandeling van zedendelinquenten in de maatschappij (tabel 5). Slechts een van de programma's leidde tot vermindering van seksuele recidive.

##### *Gespecialiseerd toezicht in het kader van voorwaardelijke invrijheidstelling of veroordeling tot reclasseringstoezicht*

In de meta-analyses en overzichtstudies wordt gerapporteerd over effectonderzoek met betrekking tot drie programma's voor gespecialiseerd toezicht van zedendelinquenten in de maatschappij (tabel 5). In geen van deze studies werd een *overall* effect op recidive gevonden. Stalans et al. (2002) formuleerden daarnaast echter meer genuanceerde verwachtingen over de uitkomsten met betrekking tot de effecten van afschrikking en verhoogde detectie van verscherpt toezicht op specifieke subgroepen

zedendelinquenten. Deze zullen in de volgende paragrafen nader aan de orde komen.

#### *Overige toezichtprogramma's*

Aos et al. (2006) beoordelen het programma *Circles of Support and Accountability* (COSA) als mogelijk veelbelovend (een reductie van criminaliteit van 22,3%, tabel 5), maar geven aan dat er over de effectiviteit van dit programma nog te weinig gegevens bestaan om daarover een conclusie te kunnen trekken.

#### **4.3.4 Tussenconclusies meta-analyse en overzichtstudies**

Het aantal overzichtstudies dat exclusief aandacht besteedt aan programma's voor toezicht op zedendelinquenten, al dan niet in combinatie met ambulante behandeling, is beperkt. De gevonden overzichtstudies en meta-analyse leveren een gemengd beeld op van het effect van toezichtprogramma's op recidive. Zowel Aos et al. (2006) als Stalans (2004) als Cumming en McGrath (2000) concluderen voorzichtig dat sommige toezichtprogramma's voor zedendelinquenten enige belofte tot een bijdrage aan het terugdringen van recidive inhouden. In totaal doen zij een uitspraak over de effectiviteit van elf programma's. Daarnaast is de conclusie uit de meta-analyses die zich richten op de effectiviteit van de behandeling van zedendelinquenten dat behandeling in een ambulante setting meer effect heeft op vermindering van recidive dan behandeling in een intramurale setting.

In aanvulling op de meta-analyse en de overzichtstudies is gezocht naar individuele effectstudies die zijn verschenen vanaf 1995. In de volgende paragraaf worden uitkomsten en de methodologie van deze individuele effectstudies en van de meest recente en volledigste effectstudies uit de meta-analyse en overzichtstudies nader onder de loep genomen. Omdat er relatief weinig overzichtstudies zijn verricht over toezichtprogramma's voor zedendelinquenten, wordt een relatief groot aantal van de effectstudies besproken.

**Tabel 5 Resultaten meta-analyse en overzichtsstudies van toezichtprogramma's voor zedendelinquenten**

Programma (aantal studies)	Studie (auteur, jaar)	Uitkomstmaat criminaliteit
<i>Behandeling in de gevangenis met nazorg en toezicht in de maatschappij</i>		
Sexual Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP) met Sex Offender Aftercare Program (SOAP) (3) <sup>a</sup>	Cumming & McGrath (2000) Polizzi, MacKenzie & Hickman (1999) Cumming & McGrath (2000)	Na 5 jaar follow-up geen verschil in seksuele of niet-seksuele recidive tussen degenen die behandeling afrondden en de controlegroep van niet behandelde zedendelinquenten. Van de zedendelinquenten die 3 jaar lang onderhoudsbehandeling en toezicht volgens een terugvalpreventiemodel kregen, had na 5 jaar follow-up een geringere percentage gerecidiveerd met een seksueel delict dan van degenen die alleen standaardtoezicht kregen.
Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors (2) <sup>c</sup>	Cumming & McGrath (2000)	Na 7 jaar follow-up had van de behandelgroep zedendelinquenten die gespecialiseerd toezicht en een terugvalpreventiebehandeling kreeg een geringere percentage gerecidiveerd dan van een vergelijkingsgroep die bestond uit uitvallers.
Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors (1) <sup>d</sup>	Stalans (2004) Cumming & McGrath (2000)	Zedendelinquenten die gespecialiseerd toezicht en een behandeling volgens een terugvalpreventiemodel kregen, werden vergeleken met deelnemers aan een vergelijkingsgroep die standaardtoezicht en minder gespecialiseerde behandeling kregen, en vergeleken met een vergelijkingsgroep van zedendelinquenten die behandeling weigerden, binnen een follow-up tijd van gemiddeld 5 jaar minder vaak gearresteerd voor seksuele en voor andere delicten.
<i>Gespecialiseerde behandelprogramma's in het kader van voorwaardelijke invrijheidstelling of veroordeling tot reclasserings-toezicht</i>		
Ambulante behandeling van zedendelinquenten, verschillende programma's (2) <sup>e</sup>	Aos, Miller & Drake (2006)	Geen verschil in recidive tussen behandelgroep en vergelijkingsgroep.
Ambulante groepstherapie en intensief toezicht (1) <sup>f</sup>	Stalans (2004) Cumming & McGrath (2000)	Na 10 jaar follow-up was er geen verschil tussen de groep zedendelinquenten die groepsbehandeling en toezicht kreeg en de vergelijkingsgroep die alleen toezicht kreeg in het percentage delinquenten dat recidiveerde met een seksueel delict.
Special Sex Offender Sentencing Alternative (SSOSA) Washington State (1) <sup>g</sup>	Stalans (2004)	Zedendelinquenten die reclasserings-toezicht en behandeling kregen opgelegd, werden binnen 2 jaar minder vaak gearresteerd voor een nieuw seksueel misdrijf dan zedendelinquenten die alleen reclasserings-toezicht kregen opgelegd.

**Tabel 5 (Vervolg)**

Programma (aantal studies)	Studie (auteur, jaar)	Uitkomstmaat criminaliteit
<i>Gespecialiseerde toezichtprogramma's in het kader van voorwaardelijke invrijheidstelling tot reclasseringstoezicht</i>		
Specialized Sex Offender Probation Programs Lake, DuPage, en Winnebago Counties Illinois (2) <sup>h</sup>	Stalans (2004)	Geen overall effect op seksuele recidive. Lake: Voyeurs en exhibitionisten in het gespecialiseerde programma hadden een lagere seksuele en algemene recidive dan voyeurs en exhibitionisten met standaard reclasseringstoezicht. Zedendelinquenten met een As I-stoornis, een hoge psychopathiescore of sadistische neigingen hadden in het gespecialiseerde programma een hogere recidive dan bij standaard reclasseringstoezicht. Du Page: Geen verschil in recidive tussen voyeurs en exhibitionisten in het gespecialiseerde en het standaardprogramma. Winnebago: Zedendelinquenten met behandeling wegens drugsgebruik of psychische stoornis in de voorgeschiedenis, recideerden minder vaak als zij het gespecialiseerde programma kregen, dan als zij het standaardprogramma kregen.
Intensief toezicht op zedendelinquenten, AOS, Miller & Drake (2006) verschillende programma's (2) <sup>i</sup> Gemengd diverse programma's	AOS, Miller & Drake (2006)	Geen verschil in recidive tussen de groep met intensief toezicht en de vergelykingsgroep met regulier reclasseringstoezicht.
Behandeling in de gevangenis met nazorg onder toezicht in de gemeenschap en ambulante behandel- en toezichtprogramma's (6) <sup>j</sup> Overige programma's	AOS, Miller & Drake (2006)	Van de zedendelinquenten die aan het desbetreffende programma deelnamen, recideerden er minder dan van de vergelykingsgroepen met regulier reclasseringstoezicht.
Circles of Support and Accountability (COSA) (1) <sup>k</sup>	AOS, Miller & Drake (2006)	Van de deelnemers aan COSA recideert een geringere percentage met een seksueel delict dan van een vergelykingsgroep zonder COSA.
a Marques & Day (1996); Marques, Day, Nelson & West (1994); Marques (1984). b Gordon & Packard (1998). c Pithers & Cumming (1989); Hildebran & Pithers (1992). d McGrath, Hoke & Vojtisek (1998). e Hanson, Broom & Stephenson (2004); Song & Lieb (1995). f Romero & Williams (1983). g Berimer, Schram, Miller & Milloy (1995). h Seng, Stalans, Yarnold & Swartz (2000); Stalans, Seng, Yarnold, Lavery & Swartz (2001); Stalans, Seng & Yarnold (2002). i Stalans, Seng, Yarnold, Lavery & Swartz (2001); Stalans, Seng & Yarnold (2002). j Deze vallen in tabel A.4 van het artikel onder de kop: Cognitive-Behavioral Treatment in the Community, Sex Offenders (Aos, pers. Comm.). Allam (1999); Baird, Wagner, Decomo & Aleman (1994); Marshall, Eccles & Barbaree (1991); McGrath, Hoke & Vojtisek (1998); Procter (1996). k Wilson, Picheca, Prinz (2005).		

#### 4.4 Effectiviteit van toezichtprogramma's: effectstudies

In dit overzicht ligt de nadruk op (gespecialiseerde) toezichtprogramma's die zowel controle als behandeling omvatten. Zoals eerder vermeld zijn bij zedendelinquenten vooral de volgende drie typen programma's gevonden:

- behandeling in de gevangenis met daarop volgend nazorg/onderhouds-behandeling en toezicht in de maatschappij;
- ambulante behandelprogramma's in het kader van toezicht. Studies die uitsluitend betrekking hebben op ambulante behandeling, zonder dat deze expliciet in het kader van toezicht plaatsvindt, zijn niet in het overzicht opgenomen;
- programma's voor gespecialiseerd toezicht in het kader van reclasseringstoezicht (*probation*) of voorwaardelijke invrijheidstelling (*parole*).

Toezicht en behandeling in het kader van reclasseringstoezicht of voorwaardelijke invrijheidstelling komen bij zedendelinquenten veelal samen voor, waarbij in sommige studies de nadruk meer ligt op de evaluatie van het toezicht en in andere op de effectiviteit van de behandeling.

Er werden veertien effectstudies met een vergelijkingsgroep gevonden. De uitkomsten van de effectstudies, het SMS-niveau en het risiconiveau van de deelnemers zijn vermeld in tabel 6. Daarnaast is een aantal methodologische kenmerken van de studies weergegeven in tabel 13 van bijlage 2. De studies zijn daarnaast gecategoriseerd naar SMS-niveau.

In de paragrafen 4.4.1 tot en met 4.4.4 worden de effectstudies bij elk van de programma's kort besproken. In paragraaf 4.5 worden vervolgens de conclusies met betrekking tot de veronderstelde werkzame mechanismen en de effectiviteit van toezichtprogramma's voor zedendelinquenten besproken.

##### 4.4.1 *Behandeling in de gevangenis met nazorg en toezicht in de maatschappij*

Het *California Sex Offender Treatment and Evaluation Project* (SOTEP) met het *Sex Offender Aftercare Program* (SOAP; Marques, Wiederanders, Day, Nelson & Van Ommeren, 2005; voor beschrijving van het programma zie paragraaf 4.2.1) betreft een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van een cognitief-gedragstherapeutische behandeling volgens een terugvalpreventiemodel gedurende de laatste twee jaar van het verblijf in de gevangenis. De nazorg vindt plaats terwijl betrokkene op basis van *parole* onder toezicht van de reclassering in de maatschappij verblijft. De interventiegroep verschilde niet significant van de controlegroep en de andere vergelijkingsgroep in percentage seksuele recidive na 1, 2, 3, 4, 8 of 12 jaar, alleen *drop-outs* die binnen het eerste jaar van de behandeling uitvielen, hadden een hoger recidivepercentage dan de behandelgroep en beide controlegroepen (tabel 6). Marques et al. (2005) noemen een aantal mogelijke



oorzaken waardoor SOTEP/SOAP minder effect had dan gehoopt. Zo is mogelijk te weinig gewerkt aan *de bevordering en het onderhoud van behandelmotivatie*, ook op het moment van voorwaardelijke invrijheidstelling. Er was geen gerichte interventie op dit gebied. Verder gebruikten de delinquenten de aangeleerde *selfmanagement*-terugvalpreventievaardigheden niet altijd als ze eenmaal voorwaardelijk vrij waren. Mogelijk komt dit doordat er te weinig maatwerk is geboden aan verschillende typen zedendelinquenten, zo was bijvoorbeeld de terugvalpreventiegroep voor iedereen hetzelfde. Daarnaast was wellicht *onvoldoende sprake van een stok achter de deur*. Ontslag was niet gerelateerd aan vooruitgang in de behandeling of aan het in dat kader ingeschatte recidiverisico, mogelijk hebben de deelnemers zich daardoor niet optimaal ingezet.

Marques et al. (2005) signaleren verder dat de informatie-uitwisseling tussen behandelaars en reclassering vermoedelijk onvoldoende was voor een adequaat risicomangement. In het nazorgprogramma SOAP werd de communicatie tussen behandelaars en reclasseringsfunctionarissen weliswaar aangemoedigd, maar deze was niet verplicht, tenzij betrokkene niet bij de behandelsessies verscheen. Daarnaast heeft het volgens de auteurs mogelijk ontbroken aan voldoende *monitoring van het gedrag van de delinquenten*. Bij SOAP ontbrak regelmatig polygraafonderzoek, evenals het (elektronisch) monitoren van verplaatsingen van de delinquent. Ook had beter gebruik kunnen worden gemaakt van beschikbare behandelmethoden, bijvoorbeeld medicatie die afwijkende seksuele opwinding (*deviant arousal*) afremt. Ten slotte had het opzetten van een *netwerk voor sociale steun* rond betrokkene mogelijk kunnen bijdragen aan vermindering van recidive.

Het *Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors* (VTPSA) is een behandelprogramma in de gevangenis met daarop aansluitend een nazorgprogramma in de maatschappij met cognitief-gedragstherapeutische terugvalpreventiebehandeling en geïntensiveerd toezicht volgens de *containment*-benadering (McGrath, Cumming, Livingston & Hoke, 2003; voor beschrijving van het programma zie paragraaf 4.2.2). In de behandelgroep was het percentage recidivisten met een seksueel delict lager dan in de groep met enige behandeling en dan in de groep die niet aan het programma deelnam. Hetzelfde gold voor het aantal recidivisten met een geweldsdelict. Er was geen verschil in het percentage recidivisten met een ander dan seksueel of gewelddadig delict.

Het *Phoenix Program*, Alberta Hospital Edmonton, Canada richt zich sinds 1985 op de behandeling van zowel verkrachters van volwassen slachtoffers als plegers van zedendelicten met kinderen als slachtoffer met een gevangenisstraf. Daarna volgt betrokkene als voorwaarde bij de voorwaardelijke invrijheidstelling het ambulante *Step-Out* nazorgprogramma dat sinds 1993 aan het programma is toegevoegd. Het Phoenix Program betreft een

cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling in het ziekenhuis van 32-35 uur per week, gedurende zes tot twaalf maanden. Het ambulante nazorgprogramma duurt vier tot zes maanden waarbij betrokkene gedurende vijf dagen per week naast werk of andere activiteiten groeps therapie volgt. Het percentage recidivisten met een seksueel delict was onder de behandelde delinquenten kleiner dan onder degenen die het programma niet afronden. Hetzelfde gold voor het percentage recidivisten met een gewelddadig delict (Studer, Reddon, Roper & Estrada, 1996). In een vervolgstudie werd specifiek de recidive van verkrachters die de behandeling hadden afgerond vergeleken met die van verkrachters die de behandeling niet hadden afgerond (Clelland, Studer & Reddon, 1998). Het percentage recidivisten met een seksueel delict verschilde statistisch niet significant tussen de groepen. Van de behandelgroep recidiveerde echter een geringer percentage met een niet-seksueel geweldsdelict en eveneens een geringer percentage met een niet-seksueel en niet-gewelddadig delict.

#### 4.4.2 Gespecialiseerde behandeling in het kader van voorwaardelijke invrijheidstelling of veroordeling tot reclasseringtoezicht

Hanson, Broom en Stephenson (2004) vonden geen vermindering van het recidiverisico bij zedendelinquenten die deelnamen aan het *Community Sex Offender Treatment Program* (CSOP) nazorgprogramma in British Columbia, Canada (tabel 4.2). In de jaren tachtig werd in British Columbia behandeling van voorwaardelijk vrijkomende zedendelinquenten verplicht. Daardoor heeft inmiddels een aanzienlijk aantal delinquenten aan CSOP deelgenomen. Alle deelnemers ontvingen wekelijkse behandeling tot aan het aflopen van hun straftijd. Onder de noemer CSOP werden echter verschillende typen behandeling toegepast, waaronder cognitieve gedragstherapie, maar bijvoorbeeld ook psychodynamische therapie. Na statistische correctie voor a priori risiconiveau en uitstroomjaar, verschilden de groepen niet wat betreft het percentage dat recidiveerde met enig delict, een geweldsdelict of een seksueel delict. Ook wanneer uitsluitend de naar de huidige maatstaven 'betere' behandelingen in de analyse werden betrokken, werden geen recidiveverschillen gevonden.

Allam (1999) onderzocht de recidive van zedendelinquenten die onder reclasseringtoezicht waren gesteld (*community probation order*) en deelnamen aan het *Community Sex Offender Groupwork Program* (zie paragraaf 4.2.3 voor omschrijving van het programma) in vergelijking tot een groep zedendelinquenten ten aanzien van wie ook reclasseringtoezicht en behandeling was geadviseerd, maar die in plaats daarvan korte gevangenisstraf of een andere straf opgelegd kregen en niet behandeld werden. Van de plegers van zedendelicten met een kind als slachtoffer recidiveerde een geringer percentage van de behandelgroep met een zedendelict,

gewelddelict of algemeen delict dan van de vergelijkingsgroep. Hetzelfde gold voor verkrachters van volwassen slachtoffers en voor exhibitionisten.

Het *Sexual Offenders Treatment Program* van het *Cordova Counseling Center* te Pensacola (Turner, Bingham & Andrasik, 2000), Florida, omvat een kortdurende ambulante cognitief-gedragstherapeutische behandeling volgens een terugvalpreventiemodel voor zedendelinquenten die na een gevangenisstraf voorwaardelijk in vrijheid worden gesteld, of die een straf hebben gekregen die in de samenleving ten uitvoer wordt gelegd (*community sentence*, bijvoorbeeld *probation*). Het betreft een groepsbehandeling met 12-15 deelnemers met wekelijkse bijeenkomsten van 60-90 minuten, gedurende 44 weken. Van de behandelgroep had na twee jaar een geringer percentage gerecidiveerd met een seksueel delict dan van de vergelijkingsgroep. De recidivegegevens van de in totaal 52 uitvallers zijn niet vermeld.

Het *Washington State Special Sex Offender Sentencing Alternative* (SSOSA) kan worden opgelegd in plaats van een gevangenisstraf en omvat ambulante behandeling en reclasseringstoezicht (Song & Lieb, 1995<sup>36</sup>). Zowel van de SSOSA-groep als van de vergelijkingsgroep die geschikt werd geacht voor SSOSA maar een gevangenisstraf kreeg, recidiveerde een geringer percentage met een seksueel delict dan van een andere vergelijkingsgroep die niet in aanmerking kwam voor SSOSA. Er was geen verschil in seksuele recidive tussen de SSOSA-groep en de vergelijkingsgroep die geschikt werd geacht voor SSOSA maar een gevangenisstraf kreeg. Van de SSOSA-groep recidiveerde een geringer percentage met een gewelddadig, niet-seksueel delict dan van elk van de beide vergelijkingsgroepen. Van de SSOSA-groep recidiveerde tevens een geringer percentage met een algemeen, niet-seksueel of gewelddadig delict dan van elk van de beide vergelijkingsgroepen.

Een Nieuw-Zeelands ambulant cognitief-gedragstherapeutisch behandelprogramma voor veroordeelde zedendelinquenten met minderjarige slachtoffers werd op drie locaties op effectiviteit onderzocht (Lambie & Stewart, 2003). Er was geen verschil in seksuele recidive tussen de behandelgroepen op de drie verschillende locaties. Het aantal recidivisten in de behandelgroep als geheel was geringer dan in een vergelijkingsgroep die alleen werd gediagnosticeerd, maar was net niet significant geringer dan in een andere vergelijkingsgroep met reclasseringstoezicht en/of gevangenisstraf.

Eher, Lackinger, Frühwald & Frottier (2006) evalueerden de effectiviteit van een therapie op psychodynamische basis, geboden aan zedendelinquenten in een Weense kliniek voor ambulante forensisch psychiatrische

36 Berliner et al. (1995) en Song en Lieb (1995) bestudeerden dezelfde populatie met in essentie dezelfde uitkomsten. Daarom zijn hier alleen de gegevens van de best gedocumenteerde van de twee studies hier vermeld.

nazorg. De kliniek biedt sinds 1992 nazorg aan hoofdzakelijk gewelds- en zedendelinquenten die na een strafrechtelijke maatregel of gevangenisstraf voorwaardelijk vrijkomen. Van de behandelgroep recidiveerde een geringer percentage met een seksueel of niet-seksueel gewelddadig delict dan van de onbehandelde vergelijkingsgroep.

De Stichting Ambulante Preventie Projecten (STAPP) ontwikkelde in 1988-1989 een ambulante cognitief-gedragstherapeutisch behandelprogramma voor zedendelinquenten (Ruddijs & Timmerman, 2000). De totale behandeling duurde circa twintig uur per cliënt. Ruddijs en Timmerman (2000) onderzochten de effectiviteit van deze behandeling bij *first offenders* die tussen 1989 en 1995 aan de behandeling deelnamen en waren verwezen door justitiële instanties. De aantallen deelnemers en recidivisten zijn echter te klein om er conclusies aan te verbinden.

Het *Oregon depo-Provera Program* (Maletzky et al., 2006; zie voor beschrijving van het programma paragraaf 4.2.4) omvat reclasseringstoezicht en libidoremmende medicatie: medroxyprogesteron acetaat (MPA), bekend onder de handelsnaam depo-Provera. Voor het programma komen zedendelinquenten in aanmerking die binnen zes maanden voorwaardelijk in vrijheid zullen worden gesteld, veroordeeld zijn voor twee of meer seksuele delicten of door een verstandelijke handicap te weinig beheersing over hun seksuele behoeften hebben, en blij hebben gegeven van excessieve seksuele behoeften.

Van de zedendelinquenten die MPA kregen, recidiveerde een geringer aantal binnen de follow-upperiode met enig nieuw delict dan van de delinquenten bij wie MPA nodig werd geacht, maar die het desondanks niet kregen en van degenen die niet geschikt voor MPA werden geacht. Bij degenen die MPA kregen, betrof de recidive in geen enkel geval een seksueel delict, terwijl dit bij de vergelijkingsgroepen bij respectievelijk 58,8% en 55,3% van de nieuwe delicten wel het geval was.

#### 4.4.3 Gespecialiseerd toezicht in het kader van voorwaardelijke invrijheidstelling of veroordeling tot reclasseringstoezicht

Stalans, Seng en Yarnold (2002; zie voor een beschrijving paragraaf 4.2.5) hebben het effect onderzocht van gespecialiseerd toezicht volgens de *containment*-benadering vergeleken met regulier reclasseringstoezicht in drie regio's van Illinois, DuPage, Lake en Winnebago Counties (tabel 6). Zowel de delinquenten met gespecialiseerd toezicht als die met regulier toezicht kregen een cognitief-gedragstherapeutische behandeling. Het evaluatieonderzoek had betrekking op de effecten van geïntensiveerd toezicht, niet op de behandeling. Het geïntensiveerde toezichtprogramma had geen overall effect op recidive. De auteurs merken als een van de mogelijke oorzaken op dat in geen van de regio's de reclassering toekwam aan

voldoende niet aangekondigde huisbezoeken waardoor (dreigende) terugval mogelijk niet tijdig werd onderkend en kon worden voorkomen.

In Lake County werd geen verschil in seksuele, gewelddadige of algemene recidive gevonden tussen de groep die gespecialiseerd toezicht kreeg en de groep die standaard reclasseringstoezicht ontving. Echter, van de zedendelinquenten die vooral *hands-off* delicten hadden gepleegd (voyeurs en exhibitionisten), recidiveerde een significant kleiner percentage van degenen die aan het gespecialiseerde programma deelnamen met een seksueel delict dan van degenen die het standaardtoezicht kregen. Bij zedendelinquenten met een As I-stoornis, psychopathie of sadistische trekken die aan het gespecialiseerde programma deelnamen daarentegen, werd een hoger percentage recidivisten gevonden dan bij vergelijkbare delinquenten in het standaardprogramma (respectievelijk 66,6% en 16,3% na 36 maanden).

Ook in DuPage County werd geen verschil in seksuele, gewelddadige of algemene recidive gevonden tussen de groep die gespecialiseerd toezicht kreeg en de groep die standaard reclasseringstoezicht ontving. In tegenstelling tot in Lake werden onder delinquenten met een As I-stoornis die aan het gespecialiseerde programma deelnamen, niet meer recidivisten gevonden dan onder vergelijkbare delinquenten in het standaardprogramma. In DuPage was geen informatie beschikbaar over psychopathiescores. De bevindingen uit Lake met betrekking tot voyeurs en exhibitionisten werden daar ook niet bevestigd. Een mogelijke oorzaak is volgens de auteurs dat bij het gespecialiseerde programma in DuPage, in tegenstelling tot in Lake, de reclasseringsfunctionarissen geen onaangekondigde bezoeken aflegden, waardoor zowel het detectie-effect ten aanzien van niet-rationele groepen delinquenten, als het afschrikkingseffect bij delinquenten die wel rationele afwegingen maken, in DuPage minder sterk zou zijn. Daarbij komt dat de voyeurs en exhibitionisten die in DuPage aan het gespecialiseerde programma deelnamen, meer psychisch gestoord bleken dan die in het standaardprogramma. Daardoor zouden zij volgens de auteurs minder rationele afwegingen over de pakkans maken bij het plegen van delicten en minder gevoelig zijn voor afschrikking.

In Winnebago County ten slotte werd eveneens geen verschil in seksuele recidive gevonden tussen de groep die gespecialiseerd toezicht kreeg en de groep die standaard reclasseringstoezicht ontving. Van de groep met gespecialiseerd toezicht recidiveerde echter een geringer percentage met een gewelddadig delict dan van de delinquenten in het standaardprogramma. In tegenstelling tot in Lake werden onder delinquenten met een As I-stoornis die aan het gespecialiseerde programma deelnamen, niet meer recidivisten gevonden dan onder vergelijkbare delinquenten in het standaardprogramma. Volgens de auteurs is een mogelijke verklaring dat reclasseringsfunctionarissen met een relatief lage frequentie huisbezoeken aflegden (1 tot 1,3 per maand) en dat deze alleen binnen kantooruren

plaatsvonden, waardoor van een verhoogde detectie van recidive geen sprake kon zijn. Zedendelinquenten die eerder waren behandeld wegens drugsgebruik of een psychische stoornis, recideerden minder vaak als zij het gespecialiseerde programma kregen, dan wanneer zij aan het standaardprogramma deelnamen. Volgens de auteurs kwam dit omdat het gespecialiseerde programma deze als risicovol bekend staande groepen aanmerkelijk meer structuur bood door de verplichting van regelmatige bezoeken aan het reclasseringsbureau en doordat de samenwerking tussen de reclasseringsfunctionarissen en behandelaars goed ontwikkeld was.

Het *Adult Sex Offenders Probation (ASOP)*-programma in Cook County Illinois is een programma voor intensief toezicht en behandeling volgens de *containment*-benadering van delinquenten van zedendelicten tegen kinderen. In een procesevaluatie werden zedendelinquenten die het ASOP-programma volgden, vergeleken met zedendelinquenten die standaard reclasseringstoezicht kregen (Stalans, Seng, Yarnold, Lavery & Swartz, 2001; Seng, Stalans, Yarnold & Swartz, 2000). In totaal werd 23,1% van de ASOP-groep een of meer keer gearresteerd, tegen 18,3% van de vergelijkingsgroep (geen statistisch significant verschil). Wel werden ASOP-delinquenten eerder in de tijd opnieuw gearresteerd wegens een delict of overtreding van de voorwaarden dan delinquenten uit de vergelijkingsgroep (gemiddeld na respectievelijk zeven en 16 maanden toezicht). De auteurs concluderen echter uit een analyse waarin werd gecorrigeerd voor de tijdsduur tot de eerste arrestatie, voor de tijd dat betrokkene onder toezicht stond en voor enkele andere risicofactoren, zoals strafrechtelijke voorgeschiedenis, dat de delinquenten die aan het ASOP-programma deelnamen een 3,5 maal hogere kans hadden om te worden gearresteerd dan delinquenten in de vergelijkingsgroep die regulier reclasseringstoezicht kreeg.

#### 4.4.4 Overige programma's

De *Circles of Support and Accountability (COSA)*; zie voor een beschrijving paragraaf 4.2.6) is een door vrijwilligers uitgevoerd programma voor sociale steun aan zedendelinquenten die niet in aanmerking zijn gekomen voor voorwaardelijke invrijheidstelling en daardoor vrijkomen nadat zij hun totale straf hebben uitgezeten. Dit is een groep bij wie het recidiverisico relatief hoog wordt ingeschat (Wilson et al., 2005). Bij de COSA-groep was het percentage recidivisten met een seksueel delict geringer dan bij de vergelijkingsgroep zonder COSA (tabel 6). Hetzelfde gold voor gewelddadige (inclusief seksuele) delicten. De algemene recidive (inclusief gewelddadige en seksuele delicten) verschilde niet tussen de groepen.

**Tabel 6 Resultaten effectstudies van toezichtprogramma's voor zedendelinquenten**

Programma	Studies	SMS-niveau	Risiconiveau delinquenten	Uitkomst criminaliteit
<i>Behandeling in gevangenis of ziekenhuis met nazorg en toezicht in de maatschappij</i>				
California Sex Offender Treatment and Evaluation Program (SOTEP en SOAP), VS	Marques, Wiederanders, Day, Nelson & Van Ommeren (2005)	4-5	Risiconiveau: Voornamelijk matig risiconiveau.	Geen verschil tussen behandelgroep en niet behandelde controlegroepen in seksuele, gewelddadige of algemene recidive (metingen op 1-12 jaar).
Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors (VTPSA), VS	McGrath, Cumming, Livingston & Hoke (2003)	2-3	Gemengd, Static-99 score $M=2,9$ ( $sd=2$ ). Programma wordt afgestemd op risiconiveau.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Van de behandelgroep recidiveerde vergeleken met de groep met enige behandeling of de groep zonder behandeling een geringere percentage met een gewelddadig (resp. 12,5%, 16,3% en 31,1%) of seksueel delict (resp. 5,4%, 30,6% en 30%).</li> <li>- Geen verschil in percentage recidivisten met niet-seksueel en niet-geweldsdelict (resp. 30,4%, 34,7% en 35,6%).</li> </ul>
The Phoenix Program met Step-Out nazorgprogramma, Alberta Hospital Edmonton, Canada	Studer, Reddon, Roper & Estrada (1996)	2-3	Matig recidiverisico (het betreft een <i>medium security</i> behandelafdeling)	<p>Studer et al.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Van de deelnemers die de behandeling afronden recidiveerde een geringere percentage met een seksueel delict (resp. 3,3% en 10%) of gewelddadig delict (resp. 12,5% en 27%) dan van degenen die het programma niet afronden.</li> </ul> <p>Clelland et al.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen verschil tussen verkrachters in behandelgroep en vergelykingsgroep die programma niet afrondde in seksuele recidive (resp. 16,6% en 28,9%).</li> <li>- Van de behandelgroep recidiveerde een geringere percentage met een gewelddadig of algemeen delict (resp. 16,6% en 39,5%).</li> </ul>
<i>Gespecialiseerde behandelprogramma's in het kader van voorwaardelijke invrijheidstelling of reclasseringstoezicht</i>				
Sex Offender Treatment Program (CSOP) Pacific Region Canada	Hanson, Broom & Stephenson (2004)	3	Gemengd: hoog, matig en laag. Programma wordt afgestemd op risiconiveau.	Geen verschil tussen behandelgroep en historische vergelykingsgroep zonder CSOP in seksuele, gewelddadige of algemene recidive na gemiddeld 12 jaar.
Sex Offender Groupwork West Midlands Probation Service, Engeland	Allam (1999)	2-3	Hoog risico ( $n=18$ ) Matig risico ( $n=60$ ) Laag risico ( $n=47$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Van de plegers van zedendelicten met kinderen in de behandelgroep recidiveerde een geringere percentage dan van de vergelykingsgroep die een andere sanctie kreeg met een seksueel, gewelddadig of een algemeen delict (resp. 3,2%, 2,4%, 5,7% en 10,6%, 12,8%, 27,7%).</li> <li>- Van de verkrachters met volwassenen als slachtoffer in de behandelgroep recidiveerde een geringere percentage dan van de vergelykingsgroep met een seksueel, gewelddadig of een algemeen delict (resp. 7,7%, 7,7%, 15,4% en 26,3%, 26,3%, 47,4%).</li> <li>- Van de exhibitionisten in de behandelgroep recidiveerde een geringere percentage dan van de vergelykingsgroep met een seksueel, gewelddadig of een algemeen delict (resp. 18,8%, 12,5%, 31,3% en 37,5%, 62,5%).</li> </ul>

Tabel 6 (Vervolg)

Programma	Studies	SMS-niveau	Risiconiveau delinquenten	Uitkomst criminaliteit
Sexual Offenders Treatment Program, Cordova Counseling Center Pensacola, Florida, VS	Turner, Bingham & Andrasik (2000)	3	Niet vermeld, vermoedelijk vooral laag en matig recidivrisico	- Van de behandelgroep recidiveerde een geringe percentage met een seksueel delict dan van de vergelijkingsgroep die behandeling uitstelde (resp. 4% en 14%, degenen die de behandeling voortijdig verlieten worden daarbij niet meegerekend).
Special Sex Offender Sentencing Alternative (SSOSA) Washington State, VS	Song & Lieb (1995); Berliner, Schram, Miller & Milloy (1995)	2-3	Laag tot matig recidivrisico. Geen meetinstrument vermeld.	- Zowel van de SSOSA-groep als van de vergelijkingsgroep die geschikt werd geacht voor SSOSA maar een gevangenisstraf kreeg, recidiveerde een geringe percentage met een seksueel delict dan van de vergelijkingsgroep die niet in aanmerking kwam voor SSOSA (resp. 11%, 14% en 31%). - Er was geen verschil in seksuele recidive tussen de SSOSA-groep en de vergelijkingsgroep die geschikt werd geacht voor SSOSA maar een gevangenisstraf kreeg (resp. 11% en 14%). - Van de SSOSA-groep recidiveerde een geringe percentage met een gewelddadig delict dan van de vergelijkingsgroepen (resp. 2%, 13% en 12%). - Van de SSOSA-groep recidiveerde een geringe percentage met een algemeen niet-seksueel of gewelddadig delict dan van de vergelijkingsgroepen (resp. 7%, 25% en 32%). - Van de behandelgroep recidiveerde een geringe percentage met een seksueel delict dan van de vergelijkingsgroep met alleen diagnostiek (resp. 8,1% en 21%). - Van de behandelgroep recidiveerde net niet een significant geringer percentage dan van de vergelijkingsgroep met reclassering/gevangenisstraf (resp. 8,1% en 16%).
SAFE Programme Auckland, STOP Programme Wellington, STOP Programme Christchurch, Nieuw-Zeeland	Lambie & Stewart (2003)	2-3	Niet vermeld.	- Van de behandelgroep recidiveerde net niet een significant geringer percentage met een seksueel delict dan van de onbehandelde vergelijkingsgroep na correctie voor o.a. delictgeschiedenis (resp. 11,7% en 21,3%). - Van de behandelgroep recidiveerde een geringe percentage met een seksueel of niet-seksueel gewelddadig delict dan van de onbehandelde vergelijkingsgroep (resp. 13,3% en 29,8%).
Psycho dynamisch behandelprogramma, Oostenrijk	Eher, Lackinger, Frühwald & Frottier (2006)	2-3	10% laag 16,7% laag-matig 20,8% matig-hoog 28% hoog (Static-99)	- Geen verschil in seksuele recidive of algemene recidive tussen behandelgroep en onbehandelde vergelijkingsgroep na correctie voor o.a. delictgeschiedenis (resp. 11,7% en 21,3%). - Van de behandelgroep recidiveerde een geringe percentage met een seksueel of niet-seksueel gewelddadig delict dan van de onbehandelde vergelijkingsgroep (resp. 13,3% en 29,8%).



Tabel 6 (Vervolg)

Programma	Studies	SMS-niveau	Risiconiveau delinquenten	Uitkomst criminaliteit
Stichting Ambulante Preventie Projecten (STAPP)	Ruddijs & Timmerman (2000)	2-3	Niet vermeld.	- Te kleine aantallen om conclusies te verbinden aan de recidivegegevens van de behandelgroep en onbehandelde vergelijkingsgroep.
Oregon depo-Provera Program, VS	Maletzky, Tolan & McFarland (2006)	2-3	Zedendelinquenten met hoog risico volgens Static-99 en op kortere termijn volgens ASP-scale.	- Van de behandelgroep recidiveerde een geringe percentage dan van de vergelijkingsgroepen zonder depo-Provera met een seksueel delict (resp. 0%, 58,8% en 55,3%) of een gewelddadig delict (resp. 5,1%, 30,9% en 26,9%).
<i>Gespecialiseerde toezichtprogramma's in het kader van voorwaardelijke invrijheidstelling of veroordeling tot reclasseringtoezicht</i>				
Adult Sex Offenders Probation Project (ASOP) Cook County Illinois, VS	Stalans, Seng, Yarnold, Lavery & Swartz (2001)	2-3	Merendeel laag tot matig risico (Static-99).	- Tijdens de periode van reclasseringtoezicht niet significant vaker arrestaties onder ASOP-delinquenten dan onder delinquenten met regulier toezicht (resp. 23,1% en 18,3%). - Na correctie voor delictgeschiedenis en andere kenmerken hebben ASOP-delinquenten een 3,5 maal hogere kans op arrestatie dan degenen met regulier toezicht. - ASOP-delinquenten worden eerder in de tijd gearresteerd dan degenen met regulier toezicht (na resp. 7 en 16 maanden toezicht).
Specialized Sex Offender Probation Programs Lake, DuPage, en Winnebago Counties Illinois, VS	Seng, Stalans, Yarnold & Schwartz (2000); Stalans, Seng & Yarnold (2002)	4	Lake: Merendeel matig tot laag of matig tot hoog risico (Static-99). DuPage: Merendeel matig tot laag of matig tot hoog risico (Static-99). Winnebago: Merendeel matig tot laag of matig tot hoog risico (Static-99).	- Geen verschil tussen gespecialiseerdtoezichtprogramma-groep en standaardtoezichtprogramma-groep in seksuele recidive (na 1 jaar 4,1%, na 2 jaar 9,9%, na 3 jaar 16%, na 4 jaar 22,6%, na 5 jaar 33%), gewelddadige recidive (resp. 6,7%, 15%, 21,8%, 31,9%, 39,3%) of algemene recidive (resp. 12,2%, 25,8%, 37,5%, 51,1%, 69,3%). - Voyeurs en exhibitionisten in het gespecialiseerde programma hebben lagere seksuele recidive dan in standaardprogramma (resp. 11,4% en 63,4% na 36 maanden).

Tabel 6 (Vervolg)

Programma	Studies	SMS-niveau	Risiconiveau delinquenten	Uitkomst criminaliteit
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zedelinquenten met As I-stoornis, hoge psychopathiescore of sadistische neigingen in het gespecialiseerde programma hebben een hogere recidive dan die in het standaardprogramma (resp. 66,6% en 16,3% na 36 maanden).</li> </ul> <p>DuPage:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen verschil tussen gespecialiseerdtoezichtgroep en standaardtoezichtgroep in seksuele recidive (na 1 jaar 0,8%, na 2 jaar 1,9%, na 3 jaar 5,1%, na 4 jaar 11,1%, na 5 jaar 21,4%), gewelddadige recidive (resp. 2,1%, 3,7%, 8,2%, 16,3%, 28,4%) of algemene recidive (resp. 15%, 24,6%, 33,4%, 43,7%, 55,6%).</li> <li>- Bevindingen voyeurs en exhibitionisten Lake niet bevestigd.</li> <li>- Bevindingen zedelinquenten met As I-stoornis Lake niet bevestigd.</li> </ul> <p>Winnebago:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen verschil tussen gespecialiseerdtoezichtgroep en standaardtoezichtgroep in seksuele recidive (na 1 jaar 0,4%, na 2 jaar 4,4%, na 3 jaar 6,4%, na 4 jaar 7,2%, na 5 jaar 8,6%), of algemene recidive (resp. 9,7%, 19,3%, 21,9%, 26,6%, 32,7%).</li> <li>- Van de gespecialiseerdtoezichtgroep recidiveerde een geringe percentage met een gewelddadig delict (na 3 jaar 4,94% en 25%).</li> <li>- Zedelinquenten met behandeling wegens drugs of psychische stoornis in voorgeschiedenis, recidiveerden minder vaak als zij het gespecialiseerde programma kregen, dan als zij het standaardprogramma kregen.</li> </ul>
<i>Overige programma's</i>				
Circles of Support and Accountability (COSA), Canada	Wilson, Picheca & Prinzo (2005)	3	Seksuele delinquenten met hoog risiconiveau (blijkend uit dat ze tot het einde van hun straf tijd zijn vastgehouden), maar gemengd wat betreft ingeschat recidiverisico.	<p>Van de COSA-deelnemers recidiveerde een geringe percentage dan van de vergelijkingsgroep zonder COSA. Dit betrof zowel seksuele recidive (resp. 5% en 16,7%) als gewelddadige recidive (resp. 15% en 35%), maar niet algemene recidive (resp. 28,3% en 43,4%).</p>

## 4.5 Conclusies en discussie

### 4.5.1 Conclusies over veronderstelde werkzame mechanismen

In de toezichtprogramma's voor zedendelinquenten zijn de volgende veronderstelde werkzame mechanismen gevonden. Veel ervan zijn overigens ook terug te vinden in de classificatie van toezichtmechanismen door Van Gestel et al. (2006).

#### *Het aanleren van terugvalpreventiestrategieën*

Veel behandelprogramma's voor zedendelinquenten maken gebruik van cognitieve gedragstherapie waarin andere denkwijzen en ander gedrag wordt aangeleerd, bijvoorbeeld empathietraining, het corrigeren van cognitieve vertekeningen, agressiehantering en dergelijke (CSOGP: Mandeville-Norden & Beech, 2004). In het toezicht op zedendelinquenten wordt in het bijzonder aandacht besteed aan terugvalpreventie (SOTEP/SOAP: Marques et al., 2005; VTPSA: Cumming & McGrath, 2003; CSOGP: Mandeville-Norden & Beech, 2004). Daarbij wordt betrokkene aangeleerd dreigende terugval in een vroeg stadium te onderkennen en te voorkomen. Daartoe worden ook gedragsalternatieven aangeleerd. Cognitief-gedrags-therapeutische behandelprogramma's die uitgaan van een terugvalpreventiemodel zijn algemeen in de Verenigde Staten en Canada en ook Engeland (West, Hromas & Wenger, 2000). De achterliggende gedachte bij dit type programma's is dat er geen 'genezing' mogelijk is van de neiging tot seksueel delictgedrag, maar dat de delinquenten wel kan worden aangeleerd hun gedrag te beheersen (West et al., 2000).

#### *Verzameling en uitwisseling van informatie*

In aanvulling op het cognitief-gedragstherapeutisch terugvalpreventiemodel wordt in een aantal programma's de zogeheten *containment*-benadering gehanteerd (VTPSA: Cumming & McGrath, 2000; geïntensiveerd reclasseringstoezicht: Stalans et al., 2002; English, 1998). Men gaat ervan uit dat het aanleren van terugvalpreventiestrategieën (*self management*) die betrokkene zelf moet gaan toepassen, in combinatie met casemanagement bij zedendelinquenten niet voldoende is. Het terugvalpreventiemodel zou te veel veronachtzamen dat zedendelinquenten veelal niet open zijn over hun delictgedrag. Daarom is in de *containment*-benadering het actief verzamelen, uitwisselen van informatie over delictgerelateerd gedrag een centrale component. Dit heeft tot doel een zo compleet mogelijke hoeveelheid informatie te verkrijgen, teneinde tot een zo optimaal mogelijk risicomanagement te komen. Speciale technieken worden benut om informatie te verkrijgen en bespreekbaar te maken, zoals de polygraaf en het benutten van informant(en) uit het sociaal netwerk rond de delinquent.

*Gespecialiseerd casemanagement*

Er wordt gebruikgemaakt van professionals die gespecialiseerd zijn in de begeleiding van zedendelinquenten. Daartoe krijgen ze ook een kleinere caseload (VTPSA: McGrath et al., 2003; geïntensiveerd reclasseringtoezicht: Stalans et al., 2002). Naar verwachting zijn de gespecialiseerde functionarissen beter in het onderkennen en voorkomen van delicten bij deze groep. Het belang van het adequaat trainen van professionals en van multidisciplinaire teams in inhoudelijke kennis en in de benodigde organisatorische vaardigheden wordt in verschillende programma's benadrukt.

*Multidisciplinaire samenwerking*

Eveneens een centrale component in de *containment*-benadering is samenwerking tussen professionals van verschillende organisaties en het gecoördineerd benutten van de uit verschillende bronnen afkomstige informatie bij het risicomanagement om zo een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van het gedrag en de mogelijke risicofactoren met betrekking tot de delinquent. De veronderstelling daarbij is dat hoe beter en completer de informatie is, hoe beter de kwaliteit van het risicomanagement kan zijn.

*Sociale steun*

In een aantal programma's wordt het belang van sociale steun benadrukt (COSA, Wilson et al., 2005; VTPSA, McGrath et al. 2003; en zie ook Van Gestel et al., 2006). De verwachting is dat zedendelinquenten hierdoor niet sociaal geïsoleerd zullen raken, maar ook een positievere levensstijl zullen aanleren en daardoor beter maatschappelijk zullen integreren. Dit zou resulteren in minder geneigdheid tot terugval. Daarnaast is er sprake van sociale controle. Zo wordt het gedrag van betrokkene gevolgd, wordt openheid van hem verwacht en kan hij op zijn gedrag worden aangesproken. Hierdoor zou dreigende terugval eerder kunnen worden onderkend en kan wellicht tijdig worden ingegrepen.

Het benadrukken van het belang van sociale steun en meer in het algemeen, het ontwikkelen van een positieve levensstijl en het bevorderen van de kwaliteit van leven wordt soms gepresenteerd als een tegenbeweging tegen een gesignaleerde toenemende neiging om het gedrag van zedendelinquenten verregaand te volgen en te beheersen. Een zogeheten '*good lives*'-model wordt gezien als een aanvulling op het in Noord-Amerika en Europa dominante risicogeorieënteerde model (o.a. Ward & Stewart, 2003).

*Het betrekken van 'stakeholders'*

Voor een optimaal risicomanagement en voor de re-integratie van zedendelinquenten en om obstakels daarbij te overwinnen, wordt het van belang geacht om 'stakeholders' uit de maatschappij bij het toezicht te betrekken. Het gaat dan bijvoorbeeld om het Openbaar Ministerie, de zittende magistratuur, de politie, huisvestingsorganisaties, organisaties die de

belangen van slachtoffers behartigen, buurtbewoners, en besturen van scholen. Door de stakeholders, die vanuit (deels) conflicterende belangen met zedendelinquenten te maken hebben, bij het toezicht te betrekken wordt ernaar gestreefd een meer gezamenlijke benadering te bereiken waardoor de re-integratie van zedendelinquenten geacht wordt voorspoediger te verlopen (Center for Sex Offender Management, CSOM, 2000b; hierin worden ook enkele praktijkvoorbeelden beschreven).

*Frequentie en onverwachtheid van contacten en controles*

Geïntensiveerd toezicht zou bij groepen zedendelinquenten die rationele afwegingen maken rond het plegen van een delict leiden tot lagere recidive (Stalans et al., 2002). Zij zouden door afschrikking vanwege de verhoogde pakkans en de daaraan verbonden consequenties worden weerhouden van het plegen van delicten. Vooral voldoende frequente *onverwachte* bezoeken aan de delinquent worden daartoe van belang geacht.

Geïntensiveerd toezicht kan ook leiden tot verhoogde detectie van delictgedrag. Vooral bij de meer psychisch gestoorde zedendelinquenten die geen rationele afwegingen maken over de pakkans bij het plegen van een delict, zou geïntensiveerd toezicht leiden tot een verhoogde detectiekans (Stalans et al., 2002). Ook hier zal dit effect volgens Stalans et al. vooral worden bewerkstelligd door onverwachte bezoeken en controles.

In toezichtprogramma's kunnen nog meer mechanismen rond detectie een rol spelen. Dit wordt geïllustreerd door bevindingen uit een procesevaluatie die is verricht bij het *Adult Sex Offenders Program* (ASOP, paragraaf 4.4.3). Na correctie voor een aantal kenmerken, waaronder strafrechtelijke voorgeschiedenis, werd een groter percentage recidivisten gevonden bij de interventiegroep die onder intensief reclasseringstoezicht stond, dan bij de vergelijkingsgroep die standaard reclasseringstoezicht kreeg. De auteurs verklaren de bevinding enerzijds uit een hogere en snellere detectiekans en melding aan de politie door reclasseringsfunctionarissen in het ASOP-programma en anderzijds uit het feit dat aan ASOP-delinquenten strengere voorwaarden werden opgelegd dan aan de delinquenten in de vergelijkingsgroep. Bij de ASOP-delinquenten werden aan de overtreding van voorwaarden bovendien zwaardere consequenties verbonden, namelijk het vrijwel altijd omzetten van het reclasseringstoezicht in een gevangenisstraf, terwijl bij de vergelijkingsgroep bij een overtreding het reclasseringstoezicht niet per definitie in een gevangenisstraf werd omgezet. Volgens Stalans et al. (2002) draagt het ASOP daarmee bij aan het voorkomen van ernstiger delicten, door delinquenten die niet geschikt zijn voor toezicht in de maatschappij in een vroeg stadium uit het programma te verwijderen. Bij het standaardprogramma gebeurde dit pas nadat ernstiger delicten waren gepleegd.

### *Beïnvloeding van specifieke componenten van de delictketen*

Door beïnvloeding van de fysiologische en hormonale mechanismen die ten grondslag liggen aan de seksuele behoeften/impulsen met medicatie, kan naar veronderstelling bij een bepaalde groep impulsieve seksuele delinquenten het delictrisico op kortere termijn en op afstand onder controle worden gebracht of verminderd (Maletzky et al., 2006).

### *Beperkingen*

In de studies over de hier besproken programma's wordt vooral de praktische taakverdeling tussen reclassering en behandelaars besproken. Er wordt slechts weinig vermeld over de organisatie van de (juridische) verantwoordelijkheden van de betrokken organisaties, zoals de eindverantwoordelijkheid voor de sanctie, het toezicht en voor de behandeling. De verantwoordelijkheid van enerzijds de reclassering, de eventuele behandelinstelling en anderzijds die van het Openbaar Ministerie en van de rechtbank of *parole board* worden zelden expliciet besproken. Bij de meeste toezichtprogramma's is vermeld op welke benadering het programma is gebaseerd (bijvoorbeeld SOTEP/SOAP is gebaseerd op een cognitief-gedragstherapeutische terugvalpreventiebenadering). Hoewel er in alle gevallen informatie over is gevonden, is de mate waarin geëxpliciteerd wordt hoe het programma wordt verondersteld te werken, wisselend. Bij sommige programma's, bijvoorbeeld VTPSA (Cumming & McGrath, 2003) worden de veronderstelde werkzame mechanismen tamelijk uitgebreid beschreven. Bij de andere programma's is dat in mindere mate het geval. COSA bijvoorbeeld, lijkt voor zover uit de gevonden studies is af te leiden, gebaseerd op religieus-maatschappelijke of normatieve uitgangspunten en niet zozeer op een wetenschappelijke *state of the art* wat betreft effectieve of veelbelovende mechanismen. Bij dit programma zijn de werkzame mechanismen ook het minst expliciet beschreven.

### **4.5.2 Conclusies over effectiviteit**

Bij twee van de drie onderzochte behandelprogramma's in de gevangenis of het ziekenhuis met nazorgprogramma in de maatschappij, werd bij de interventiegroep een vermindering van het percentage recidivisten gevonden (McGrath et al., 2003; Studer et al., 1996). Bij het derde programma werd geen effect op recidive gevonden (Marques et al., 2005). Drie van de acht behandelprogramma's in het kader van reclasseringstoezicht leidden tot vermindering van het percentage recidivisten in de interventiegroep (Allam, 1999; Turner et al., 2000; Maletzky et al., 2006). Eén van deze programma's had geen effect op recidive (Hanson et al., 2004) en drie andere hadden een gemengd effect op recidive: sommige parameters toonden wel recidivevermindering en andere niet (Song & Lieb, 1995; Lambie & Stewart, 2003; Eher et al., 2006). Bij het enige Nederlandse

programma was het aantal deelnemers te klein om conclusies te kunnen trekken (Ruddijs & Timmerman, 2000).

Het programma voor gespecialiseerd reclasseringstoezicht op totaal drie locaties had een gemengd effect op recidive: geen overall effect, mogelijk wel vermindering van het percentage recidivisten bij bepaalde groepen delinquenten (Seng et al., 2000). In de procesevaluatie van een vergelijkbaar programma vond men meer recidivisten in de interventiegroep dan in de vergelijkingsgroep (Stalans et al., 2001).

Een programma voor sociale steun en toezicht door vrijwilligers ten slotte, leidde tot vermindering van recidive bij de interventiegroep (Wilson et al., 2005).

#### *Wat werkt?*

Bij geen van de programma's is sprake van minimaal twee evaluatiestudies met SMS-niveau 3-5 met statistisch significante resultaten die een recidiveverminderend effect van toezichtprogramma's voor zedendelinquenten aantonen. Los daarvan zijn er nauwelijks andere gegevens, uit bijvoorbeeld overzichtstudies of meta-analyses, die overwegend in de richting van effectiviteit van bepaalde toezichtprogramma's wijzen.

#### *Wat is veelbelovend?*

Wel is te concluderen dat toezichtprogramma's die bestaan uit (ambulante) behandeling in combinatie met (intensief) toezicht *mogelijk* werken in de zin dat het percentage recidivisten afneemt en/of (dreigende) terugval eerder gesignaleerd en voorkomen kan worden. Bij een aantal programma's is in één evaluatiestudie van SMS-niveau 3-5 gevonden dat het toezichtprogramma resulteerde in recidivevermindering. Dit betreft het VTPSA-programma met intensief reclasseringstoezicht (McGrath et al., 2003), drie cognitief-gedragstherapeutische behandelprogramma's die ambulant of met nazorg onder toezicht worden aangeboden: het Phoenix program (Studer et al., 1996), CSOGP (Allam, 1999), een programma van het Cordova Counseling Center, Pensacola, Florida (Turner et al., 2000), reclasseringstoezicht in combinatie met libidoremmende medicatie (Maletzky et al., 2006) en een programma dat zedendelinquenten na invrijheidstelling sociale steun en sociale controle biedt (Wilson et al., 2005).

In de algemene literatuur over behandeling (los van toezichtprogramma's) van zedendelinquenten is er empirische ondersteuning voor een klein recidiveverminderend effect van cognitief-gedragstherapeutische behandeling, maar met eveneens kanttekeningen wat betreft de methoden van de desbetreffende studies (zie paragraaf 4.2). Het effect van libidoremmende medicatie op seksuele recidive is (bij bepaalde groepen delinquenten) mogelijk groter (o.a. Maletzky & Field, 2003; MacKenzie, 2006). Voor

beide typen behandeling geldt dat er een groot gebrek is aan gecontroleerd effectonderzoek.

#### *Wat is niet veelbelovend?*

Alleen het SOTEP/SOAP-programma werd met behulp van een gerandomiseerde onderzoeksopzet op effectiviteit onderzocht, waarbij het programma bovendien werd vergeleken met een onbehandelde controlegroep (Marques et al., 2005). Het programma had echter geen effect op recidive (zie ook paragraaf 4.2.2 over mechanismen). Het zelfde geldt voor de verzameling programma's onder de noemer CSOP waarvan in Canada de effectiviteit is onderzocht (Hanson et al., 2004).

#### *Wat we niet weten*

Bij een aantal programma's waren de resultaten gemengd en zijn er over het geheel genomen nog te weinig gegevens om een uitspraak over de effectiviteit te kunnen doen. Het gaat daarbij om *Special Sex Offender Sentencing Alternative* (SSOSA) Washington State, VS (Song & Lieb, 1995), *SAFE Programme Auckland*, *STOP Programme Wellington*, *STOP Programme Christchurch*, Nieuw-Zeeland (Lambie & Stewart, 2003), een psychodynamisch ambulante behandelprogramma, Oostenrijk (Eher et al., 2006), Stichting Ambulante Preventie Projecten (STAPP, Ruddijs & Timmerman, 2000), het *Adult Sex Offenders Probation Project* (ASOP) Cook County Illinois, VS (Stalans et al., 2001), het *Specialized Sex Offender Probation Programs* Lake, DuPage en Winnebago Counties Illinois, VS (Stalans et al., 2002).

#### *Beperkingen*

Het trekken van conclusies over de effectiviteit van toezichtprogramma's wordt bemoeilijkt doordat er weinig evaluatiestudies zijn van goede methodologische kwaliteit. Slechts een van de studies betreft gerandomiseerd effectonderzoek, waarbij bovendien door *matching* a priori verschillen tussen de groepen zoveel mogelijk zijn verkleind (Marques et al., 2005). Al was er zelfs hier meer verschil tussen de groepen dan behandeling alleen: de behandelgroep verbleef in een ziekenhuis, de controlegroepen in de gevangenis. De conclusies van de overige, niet gerandomiseerde studies dienen met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

In deze studies is gebruikgemaakt van uiteenlopende soorten vergelijkingsgroepen. Dit betreft bijvoorbeeld zedendelinquenten die niet kozen voor deelname aan het programma (McGrath et al., 2003; Studer et al., 1996; Clelland et al., 1998; Wilson et al., 2005), deelname uitstelden of om uiteenlopende redenen niet werden behandeld (Turner et al., 2000; Eher et al., 2006), of afvallers uit het programma (McGrath et al., 2003; Studer et al., 1996). Ook wordt de toezicht/behandelgroep wel vergeleken met een groep die eveneens aan de selectiecriteria voldeed maar een ander type sanctie opgelegd kreeg door rechtbank of door een beslissing van



de reclasseringsfunctionaris (Allam, 1998; Song & Lieb, 1995; Maletzky et al., 2006; Lambie & Stewart, 2003). In andere gevallen wordt vergeleken met zedendelinquenten die werden veroordeeld toen het desbetreffende programma (nog) niet werd aangeboden (Hanson et al., 2004; Stalans et al., 2001; Stalans et al., 2002; Ruddijs & Timmerman, 2000). In veel gevallen bemoeilijkt dit soort vergelijkingsgroepen de interpretatie van de resultaten, doordat een eventueel verschil in recidive mogelijk ook kan worden toegeschreven aan andere verschillen tussen de groepen dan alleen het deelnemen aan het programma, bijvoorbeeld in impulsiviteit, antisocialiteit, motivatie om hun gedrag te veranderen, in strafrechtelijke voorgeschiedenis of sociaal-economische situatie. Dit kan het geval zijn bij *drop-outs* en weigeraars, maar ook bijvoorbeeld als de rechtbank niet *at random*, maar selectief bij bepaalde typen delinquenten een andere sanctie oplegt of omdat er in eerdere jaren sprake was van een ander beleid. Bij de meeste studies werden a priori verschillen vermeld in onder meer strafrechtelijke voorgeschiedenis. In een aantal daarvan is matching toegepast op dergelijke achtergrondkenmerken om a priori groepsverschillen in voor recidive prognostische factoren te voorkomen (Stalans et al., 2001; Stalans et al., 2002; Turner et al., 2000, Wilson et al., 2005; Ruddijs & Timmerman, 2000) of werd statistisch gecontroleerd voor bepaalde variabelen (Hanson et al., 2004). Bij sommige studies waren veel gegevens over de behandelprocedure onbekend (Hanson et al., 2004), waaronder de dosering en de duur van de follow-upperiode en het aantal delinquenten dat naast medicatie ook een cognitief-gedragstherapeutische behandeling volgde (Maletzky et al., 2006). Daardoor wordt het moeilijker om eventuele gevonden groepsverschillen te verklaren.

Een aantal toezichtprogramma's lijkt veelbelovend. Wij hebben echter onvoldoende effectonderzoek van methodologisch hoge kwaliteit aangetroffen. Daardoor is er nog onvoldoende inzicht in welke toezichtprogramma's voor zedendelinquenten effectief zijn.

Ook is er nog onvoldoende inzicht in welke onderdelen van een toezichtprogramma ervoor zorgen dat het toezichtprogramma bij bepaalde (sub)groepen zedendelinquenten of in een bepaalde context wel of niet werkt.

#### 4.5.3 *Discussie*

##### *Effectonderzoek*

Voor de verdere ontwikkeling van toezichtprogramma's voor zedendelinquenten is effectonderzoek van goede kwaliteit van groot belang. Er wordt door wetenschappers verschillend gedacht over welke mate van methodologische onvolkomenheid (die de vergelijking tussen behandelgroep en vergelijkingsgroep kan vertekenen) kan worden toegestaan (Beech et al., 2007; Harkins & Beech, 2006). Wel is er volgens Beech et al. (2007) zowel consensus over het belang van de vergelijkbaarheid van de interventie-

groep en de vergelijkingsgroep in termen van bekende risicofactoren voor recidive, als over het punt dat de meeste designs, behalve pure beschrijving, kennis toevoegen, zolang ook de beperkingen in het oog worden gehouden.

Verschillende wetenschappers merken op hoe moeilijk het juist bij zedendelinquenten is om gecontroleerd effectonderzoek uit te voeren. Het vrijlaten van zedendelinquenten uit een controlegroep zonder toezicht- of nazorgprogramma om te onderzoeken hoeveel er daarvan recidiveren in vergelijking tot de groep die wel toezicht of nazorg krijgt, wordt als een onaanvaardbaar risico voor de samenleving beschouwd (Wilson et al., 2000; McGrath, Cumming, Livingston & Hoke, 2003). Daar wordt echter tegen ingebracht dat het blijven toepassen van interventies zonder dat we weten welke effecten ze hebben, eveneens risicovol experimenteren is (Brooks-Gordon et al., 2006). Er zijn ook tussenvormen mogelijk waarbij aselecte toewijzing aan verschillende vormen van toezicht zou kunnen plaatsvinden (bijvoorbeeld een nieuw toezichtprogramma of regulier reclasseringstoezicht).

Sommige wetenschappers achten een strikte beperking tot RCT's noodzakelijk om conclusies over effectiviteit te kunnen trekken, anderen achten ook onderzoek dat minder strikte criteria voor vergelijkingsgroepen hanteert waardevol, zoals het gebruikmaken van cohorten die er toch al zijn (Harkins & Beech, 2007, zij bieden ook een overzicht van onderzoeksdesigns die worden gebruikt in behandel-effectiviteitsonderzoek met hun sterke en zwakke punten). Een voorbeeld van dergelijk quasi-experimenteel onderzoek zou kunnen zijn het vergelijken van zedendelinquenten met TBS bij wie de dwangverpleging voorwaardelijk wordt beëindigd en die een gespecialiseerd toezichtprogramma krijgen met een *gematchte* groep TBS-gestelden met voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging in eerdere jaren toen het gespecialiseerde toezichtprogramma er nog niet was.

Veel studies over effectiviteit van behandeling bij zedendelinquenten concentreren zich op recidive als uitkomstmaat. Daaraan kleven verschillende complicaties. Bij gebruik van gegevens uit officiële bronnen is sprake van onderrapportage omdat niet alle zedendelicten bij de politie worden aangegeven (o.a. Prentky, Lee, Knight & Cerce, 1997; Hanson et al., 2002). Verschillende wetenschappers gaan ervan uit dat het werkelijke aantal zedendelicten en zedendelinquenten vele malen hoger ligt dan het geregistreerde aantal (Hanson et al., 2002; Van Wijk, Mali, Bullens, Prins & Klerks, 2006). Zelfrapportage van zedendelicten is volgens verschillende wetenschappers onbetrouwbaar (De Ruiter, Veen & Greeven, 2005).

Verder zorgt de lage frequentie van recidive voor statistische problemen. Barbaree (1997) betoogt dat omdat er gemiddeld genomen bij een follow-up van vier tot vijf jaar slechts 10-15% recidivisten wordt gevonden, recidivecijfers niet gevoelig genoeg zijn om de effectiviteit van behandeling aan

te tonen. Om een effect van behandeling te vinden, zijn dan aanzienlijk grotere aantallen delinquenten nodig dan in het gemiddelde behandelprogramma worden betrokken (sommige studies zoals Marques et al., 2005 en Hanson et al., 2004 hiervoor besproken, bieden overigens dergelijke grote aantallen). Een andere oplossing is om door middel van meta-analyse de gegevens uit verscheidene studies te combineren. Daarvan zijn met betrekking tot zedendelinquenten diverse voorbeelden (zie de in paragraaf 4.3 besproken meta-analyses).

Ook is er behoefte aan verscheidene typen uitkomstmaten. Recidivegegevens die zijn verzameld over een aantal jaren follow-up bieden informatie over een langetermijnresultaat van een interventie. Eerder in de tijd verzamelde uitkomstmaten kunnen inzichtelijker maken hoe de behandeling of het toezicht werkt en gegevens opleveren over de effectiviteit van de behandeling of het toezicht op kortere termijn. Daarbij komt dat ze een aantal zojuist genoemde tekortkomingen aanvullen van studies die alleen recidive als uitkomstmaat hebben (McGuire, 2000; Friendship, Beech & Browne, 2002; Harkins & Beech, 2006).

#### *Kennis over het proces en werkzame mechanismen*

RCT's leveren kennis op over de vraag of een interventie effectief is, maar bieden geen inzicht in de wijze waarop deze werkt. Al zijn er bij de meeste toezichtprogramma's die in dit hoofdstuk zijn besproken wel globale veronderstellingen over de achterliggende mechanismen, in de hier besproken effectstudies wordt over het algemeen weinig aandacht besteed aan de vraag hoe het programma precies werkt. Een uitzondering daarop vormen de studies van Stalans et al. (2001; 2002), waarin verwachtingen worden geformuleerd over groepsspecifieke effecten van afschrikking en verhoogde detectie. Een ander voorbeeld vormt het onderzoek van Marques et al. (2005) die aandacht besteden aan het verband tussen de mate waarin zedendelinquenten de in de therapie aangeboden stof hebben doorgewerkt en begrepen en latere recidive. Een combinatie van methodologisch sterk effectonderzoek met het verzamelen van gegevens over het proces en de context zou de meest optimale kennis opleveren voor de verdere ontwikkeling van interventies, namelijk zowel over de vraag of een interventie werkt, als over de vraag waardoor deze wel of niet werkt (Bilby et al., 2006).

#### *Verdere ontwikkeling van toezicht/behandelinterventies*

Twee groepen zedendelinquenten van wie in de literatuur naar voren komt dat voor hen nog weinig specifieke behandel- en toezichtprogramma's bestaan zijn verkrachters met volwassen slachtoffers en zedendelinquenten met verstandelijke beperkingen. De meeste cognitief-gedrags-therapeutische programma's zijn toegesneden op zedendelinquenten die kinderen als slachtoffer hebben, terwijl er weinig specifieke rehabilitatieprogramma's voor verkrachters zijn (Howells, Heseltine, Sarre, Davey &

Day, 2004; Polaschek & King, 2002). In programma's voor verkrachters zou meer aandacht moeten worden besteed aan agressiehantering en emotieregulatie, en minder aan algemene sociale vaardigheden (Allam et al., 1997).

Er zijn nog nauwelijks toezichtprogramma's die speciaal gericht zijn op zedendelinquenten met verstandelijke beperkingen (Wilcox, 2004).<sup>37</sup> De programma's die worden gebruikt, zijn aangepaste vormen van programma's voor de niet verstandelijk beperkte zedendelinquenten (Wilcox, 2004). Er is geen gerandomiseerd effectonderzoek verricht met betrekking tot interventies voor zedendelinquenten met verstandelijke beperkingen (Craig, Stringer & Moss, 2006). Een voorbeeld van een ambulante behandelprogramma dat ook bij zedendelinquenten met verstandelijke beperkingen wordt toegepast is CSOGP (Allam, Middleton & Brown, 1997; Craig, Stringer & Moss, 2006). In de laatste studie werden zes zedendelinquenten met een intellectuele handicap gevolgd tijdens en na deelname aan het CSOGP-programma. De interpersoonlijke vaardigheden en de invulling van vrije tijd verbeterden, maar de attitudes tegenover seksuele delicten veranderden niet. Binnen een follow-upperiode van twaalf maanden werd geen seksuele recidive waargenomen.

In het onderhavige onderzoek zijn alleen programma's betrokken waarover een of meer effectstudies zijn verricht die gebruikmaken van een vergelijkingsgroep en recidive als uitkomstmaat hebben. Er bestaan echter meer mogelijk veelbelovende programma's waaraan nog niet of nauwelijks effectonderzoek is verricht. Te denken valt aan het *Challenge Project* in Zuid-Londen met begeleide woonvormen in combinatie met ambulante behandeling voor zedendelinquenten (o.a. Craissati & McClurg, 1997).

De forensische sociale netwerkanalyse die als onderdeel van risicotaxatie en -management in Nederland wordt onderzocht (Spreen, 2006), is mogelijk ook toepasbaar in een situatie dat meer organisaties betrokken zijn bij een langduriger toezicht op een (zedend)delinquent. De benadering lijkt in een zowel op informatie-uitwisseling als op sociale steun gericht model van toezicht te kunnen passen. In de regio Rotterdam is het initiatief genomen tot een volgsysteem, waarbij iedere casus wordt gecoördineerd door een driemanschap bestaand uit de reclasseringsambtenaar van de betrokken TBS-gestelde, een buurtagent en een zedenrechercheur (Brinke & Visser, 2006). Vermeldenswaard is ook het preventie-initiatief '*Kein Täter werden*' (K. Beier, Charité Berlin, [www.keintaterwerden.de](http://www.keintaterwerden.de)). Dit programma heeft tot doel zedendelicten waarvan kinderen het slachtoffer zijn te voorkomen. Personen die zich seksueel tot kinderen aangetrokken voelen, kunnen anoniem begeleiding krijgen, ook (of juist) als zij niet met

37 Overigens zijn er in Nederland wel instellingen die behandelprogramma's kennen voor zwakbegaafde zedendelinquenten, onder andere de Pompestichting en Hoeve Boschoord.

justitie in aanraking zijn geweest. Het Canadese *Dynamic Supervision Project* richt zich op het ontwikkelen van een contextspecifiek kader voor risicotaxatie bij zedendelinquenten die onder toezicht in de samenleving verblijven (Hanson & Harris, 2004; Harris, 2006). Dit zijn slechts enkele initiatieven, meer voorbeelden zijn onder andere te vinden in beleidsstukken van het *Center for Sex Offender Management* (CSOM, 2007, 2006, 2002, 2000a, 2000b) en andere overzichten (Nieto, 2004; Howells et al., 2004; West, Hromas & Wenger, 2000).

Ook kan het meer dan voorheen betrekken van (neuro)biologische factoren naast en in samenhang met psychologische factoren van betekenis zijn met betrekking tot de verdere ontwikkeling van diagnostiek, behandeling en toezicht van zedendelinquenten. De neurobiologische effecten van (vroeg) jeugdervaringen staan bijvoorbeeld centraal in enkele etiologische modellen van seksueel agressief gedrag en van seksuele gerichtheid op kinderen (Cohen & Galynker, 2002; Beech & Mitchell, 2004; Ward & Beech, 2005). Dergelijke modellen zijn van belang voor de subtypering van zedendelinquenten (Craissati & Beech, 2005, 2006) en voor de ontwikkeling van interventies. Zo kunnen op basis van deze neuropsychologische modellen bijvoorbeeld scherpere hypothesen worden geformuleerd over de werkingsmechanismen van specifieke farmaca in wisselwerking met psychologische behandeling bij zedendelinquenten met bepaalde neurobiologische kenmerken (Beech & Mitchell, 2004). Verder kunnen biologische parameters evenals andere bijdragen aan risicotaxatie. Zo bleek bij het hiervoor besproken Phoenix Programma de concentratie testosteron in het bloed voorspellend voor seksuele recidive bij zedendelinquenten die de behandeling niet afmaakten (Studer, Aylwin & Reddon, 2005).



# 5 Toezichtprogramma's voor verslaafde delinquenten

## 5.1 Inleiding

Dat er een relatie bestaat tussen drugsgebruik en criminaliteit is welbekend. De aard van deze relatie is wat minder eenduidig aan te merken. Verslaving<sup>38</sup> kan leiden tot criminaliteit, maar andersom kan criminaliteit ook tot verslaving leiden. In Nederland wordt geschat dat 70% van de zeer frequente veelplegers een regelmatige harddrugsgebruiker is (Wartna, Baas & Beenackers, 2004) en dat 40% van de totale populatie Nederlandse gedetineerden verslavingsproblematiek heeft (Van Laar, Cruys, Verdurmen, Van Ooyen-Houben & Meijer, 2007). De prevalentie van verslavingsproblematiek onder TBS-patiënten is hoog: 48% van een groep van 94 patiënten bleek te voldoen aan de criteria voor ten minste één stoornis in middelenmisbruik, naast andere As I- en As II-stoornissen (Hildebrand & De Ruiters, 2004). Philipse, Koeter, Staak en Van den Brink (2006) rapporteerden dat ongeveer 19% van 132 TBS-patiënten afkomstig uit verschillende klinieken in Nederland een stoornis in middelenmisbruik als *primaire* diagnose op As I van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)<sup>39</sup> had (APA, 1980, 1987). In Van Emmerik en Brouwers (2001) voldoet 43% van de TBS-patiënten in een landelijk onderzoek (steekproef van alle patiënten) aan de kenmerken van een aan middelen gerelateerde stoornis. Deze onderzoekers constateren eveneens dat circa tweederde van alle patiënten ten tijde van het plegen van het delict verslaafd was dan wel intensief gebruikmaakte van psycho-trope stoffen.

Ook in andere landen is de relatie tussen middelenmisbruik en delictgedrag bekend. In de Verenigde Staten<sup>40</sup> bijvoorbeeld bleek dat 42 tot 86% van de mannelijke arrestanten en 52 tot 82% van de vrouwelijke arrestanten op het moment van arrestatie een positieve drugstest had (Zhang, 2004) en vertoonde meer dan 82% van de gedetineerden in de *state prison* signalen van ernstig drugs- en/of alcoholmisbruik (Belenko & Peugh, 2005). Verder worden hogere recidivecijfers gevonden voor gedetineerden die regelmatig alcohol en/of drugs misbruiken dan voor gedetineerden

38 Strikt genomen betreft de term 'verslaafden' enkel de personen van wie met behulp van de DSM (APA, 1994) is vastgesteld dat zij inderdaad aan de diagnose verslaving voldoen. In dit hoofdstuk wordt, in het kader van de leesbaarheid, de term breder ingezet en wordt daarnaast over 'verslaafden' gesproken indien het om personen met problematisch middelengebruik gaat (bij wie niet per se met behulp van de DSM een verslaving is vastgesteld).

39 Met behulp van het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) kunnen psychische stoornissen worden bepaald. De DSM specificeert welke symptomen en criteria aanwezig moeten zijn om een bepaalde diagnose opgelegd te krijgen. Verder bestaan er vijf verschillende schalen, ook wel assen genoemd, elk met een andere inhoud. Op As I worden alle psychiatrische stoornissen behalve de persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid geclassificeerd, zoals bijvoorbeeld schizofrenie. As II is bedoeld voor persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid. Op As III kan worden aangegeven of er actuele somatische stoornissen zijn en op As IV scoort men psychosociale en omgevingsproblemen. Op As V ten slotte, kan men een oordeel geven over het algemeen functioneren.

40 In de Verenigde Staten is de situatie anders dan in Nederland. Daar wordt drugsgebruik vaker als een delict gezien. De cijfers zijn dus niet geheel vergelijkbaar.

die geen middelen misbruiken (Belenko, 2006). In Engeland heeft 69% van de arrestanten een positieve drugstest, 38% hiervan gebruikte opiaten of cocaïne (Home Office, NOMS, 2007).

### 5.1.1 *Behandeling*

In de meeste landen geniet toezicht en behandeling van verslaafde delinquenten speciale aandacht. Dit wordt bijvoorbeeld geïllustreerd door het feit dat in Engeland één van de zeven belangrijkste stappen in het reduceren van recidive het aanpakken van de verslaving en het middelenmisbruik is (Home Office, NOMS, 2007).

In Nederland bestond in het verleden een maatregel die speciaal in het leven werd geroepen om de harde kern van criminele harddruggebruikers aan te pakken, de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV). Dit was een maatregel waarbij een harde kern van criminele verslaafden gedwongen<sup>41</sup> opgenomen (geplaatst) kon worden in een inrichting voor de opvang van verslaafden, voor een periode van maximaal twee jaar. Er gold een aanbod van behandeling<sup>42</sup>, maar deze werd niet gedwongen opgelegd. De maatregel kende een tweeledig doel: het terugdringen van de ernstige overlast die veroorzaakt werd door drugsgerelateerde misdaden en het aanpakken van de individuele verslavingsproblematiek van deze harddruggebruikers.<sup>43</sup> In een recente effectevaluatie van de SOV werd deze maatregel vergeleken met reguliere detentie en met dranginterventies. In vergelijking met reguliere detentie bleek de SOV veel effectiever in zowel criminaliteitspreventie als in criminaliteitsreductie. In de vergelijking met dranginterventies werd wel een verschil in criminaliteitsreductie in absolute termen gevonden, maar dit verschil was niet significant (Koeter & Bakker, 2007). Ook het middelengebruik daalde substantieel en er werd een verbetering in het maatschappelijk functioneren gevonden. De maatregel werd opgeheven in 2004 en dergelijke verslaafde delinquenten komen tegenwoordig in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) terecht, waar verschillende typen veelplegers (ook verslaafden) voor maximaal twee jaar opgesloten kunnen worden.

41 Er bestaat een verschil tussen dwang en drang. Bij dwang is er geen keuzemogelijkheid meer, een persoon wordt zonder eigen inbreng in bijvoorbeeld een inrichting voor de opvang van verslaafden geplaatst. Bij drang wordt de keuze geboden, bijvoorbeeld de keuze van gevangenisstraf dan wel deelname aan een behandeltraject.

42 Behandeling kan verschillende doelen hebben. In Noord-Amerikaanse landen is het gebruikelijk te richten op volledige abstinentie, terwijl in Nederland stabilisering en vermindering van overlast ook als behandeldoeleinden worden gezien.

43 De behandeling bestond uit drie fasen, waarbij men van een gesloten setting naar een open setting toewerkte. De behandeling was praktisch van opzet, gericht op resocialisatie. De volgende onderdelen kwamen aan de orde, zoals: zelfzorg en hygiëne, verslaving, criminaliteit, arbeid, scholing, besteding van vrije tijd, beheer van financiën, huisvesting en sociale omgang (Koeter & Bakker, 2007).



Aan verslavingsproblematiek voor personen in het TBS-systeem wordt eveneens speciale aandacht geschonken. Er wordt gebruikgemaakt van een gestructureerde, probleemgeoriënteerde aanpak met de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Het programma is grotendeels gebaseerd op het terugvalpreventiemodel, dat uit cognitieve herstructurering, vaardigheidstraining en het in balans brengen van de levensstijl bestaat (zie verder bijvoorbeeld Janssen & Van Beuzekom, in De Ruiter & Hildebrand, 1999).

### 5.1.2 *Onderdelen toezichtprogramma's*

De zoektocht naar toezichtprogramma's voor verslaafde delinquenten leverde meer dan zestig artikelen op. Zes van deze artikelen waren overzichtartikelen of meta-analyses. De overige artikelen waren veelal effectstudies naar verschillende typen toezicht, of artikelen waarin achtergrondinformatie over toezicht en behandeling voor verslaafde delinquenten stond. De volgende toezichtprogramma's kwamen uit de literatuur naar voren: *aftercare*, casemanagement, drugsrechtbanken, intensieve supervisie en de therapeutische gemeenschap met nazorg. Ook werd informatie gevonden over verschillende componenten van programma's, zoals acupunctuur, het aanleren van cognitieve vaardigheden, farmacologische interventies en testen op drugsgebruik. Over het algemeen bevatten de toezichtprogramma's de volgende onderdelen:

- behandeling van de verslaving in individuele of groepsgesprekken;
- het aanleren van (cognitieve) vaardigheden ter voorkoming van terugval van de verslaving;
- casemanagement voor het bereiken van verschillende instanties in de gemeenschap (zoals uitkeringsinstanties);
- activiteiten met lotgenoten, zoals samen sporten en dergelijke;
- het versterken en opbouwen van een adequaat sociaal netwerk;
- juridische dwang of drang;
- testen op drugsgebruik;
- samenwerking tussen verschillende instanties.

Deze onderdelen komen verderop in het hoofdstuk nader aan de orde en daar waar mogelijk zullen ook de veronderstelde werkzame mechanismen achter deze onderdelen uitgebreider worden besproken. In dit hoofdstuk wordt allereerst een omschrijving gegeven van de verschillende toezichtprogramma's die over verslaafde delinquenten werden gevonden (paragraaf 5.2). Hierbij gaat het om programma's die primair voor delinquenten met problematisch drugsgebruik ontwikkeld zijn, personen bij wie de verslavingsproblematiek centraal staat. Er bestaat echter een hoge mate van co-morbiditeit met andere stoornissen, daar waar mogelijk worden cijfers over co-morbiditeit gerapporteerd. Een aantal programma's komt slechts kort aan bod, drie programma's worden uitgebreider

besproken. Dit zijn de drugsrechtbanken, de therapeutische gemeenschap en een programma dat beide programma's combineert, het zogenoemde 'Breaking the Cycle'. Vervolgens wordt gekeken naar de effectiviteit van de gevonden toezichtprogramma's. Daartoe worden eerst de resultaten uit meta-analyses over verschillende toezichtprogramma's besproken (paragraaf 5.3). Daarna wordt een kort overzicht gegeven van de individuele effectstudies die niet reeds onderdeel van de meta-analyses uitmaakten (paragraaf 5.4). Het hoofdstuk eindigt met conclusies en discussie (paragraaf 5.5).

## 5.2 Beschrijving van toezichtprogramma's en veronderstelde werkzame mechanismen

Er worden in deze paragraaf drie toezichtprogramma's besproken: de *drug courts* (drugsrechtbank), het combinatieprogramma *Breaking the Cycle* en de therapeutische gemeenschap met nazorg. Deze drie toezichtprogramma's komen in de meta-analyses en effectstudies als meest veelbelovend naar boven en de programma's omvatten elementen die mogelijk van nut kunnen zijn bij het opstellen van toezichtprogramma's voor verslaafde delinquenten in de Nederlandse situatie. In de tabellen 14, 15 en 16 van bijlage 2 wordt voor elk toezichtprogramma een schematisch overzicht gegeven van de kenmerken ervan.

### 5.2.1 *Drug courts*

#### *Omschrijving programma*

Het programma is gericht op het aanpakken van de verslaving, op het aanleren van pro sociaal gedrag en op het bereiken van een succesvolle re-integratie in de maatschappij. Tijdens het volgen van het programma wordt de persoon niet anderszins vervolgd of bestraft, waardoor hij gemotiveerd wordt in het programma te blijven (Banks & Gottfredson, 2003). De eerste drugsrechtbank in de Verenigde Staten verscheen in 1989 in Miami (Goldkamp, White & Robinson, 2001). In 2005 waren er ruim 1550 drugsrechtbanken in de Verenigde Staten, waarvan er 937 gericht zijn op volwassenen, 385 op jeugdigen, 164 op families en 58 specifiek op etnische groepen (American University Drug Court Clearinghouse and Bureau of Justice, 2005; in: Gonzales, Schofield & Schmitt, 2006).

#### *Doelstellingen*

De *drug court*, de drugsrechtbank, ontstond uit de wens om behandeling en straf voor verslaafde delinquenten te combineren. Een tweede doel van het ontstaan van de drugsrechtbank was om de samenwerking tussen het juridische systeem en het behandelstelsel te bevorderen. Naast

het behandelen van de verslaving en de reductie in criminaliteit was het ontlasten van de rechtbanken een derde doel (Goldkamp et al., 2001).

#### *Doelgroep en juridisch kader*

De doelgroep van de drugsrechtbank zijn verslaafde delinquenten. Over het algemeen worden personen die minder ernstige delicten gepleegd hebben in het programma opgenomen, daar het een extramuraal programma betreft en de maatschappij niet aan hoge risico's blootgesteld mag worden (Hallstrom, Rodgers & Velasquez, 2001). Wat het risico van recidive betreft, zijn het personen die een hoger risico van recidive hebben dan personen die aan andere 'diversion'<sup>44</sup>-programma's deelnemen, maar een lager risico van recidive hebben dan degenen die een normaal juridisch traject afleggen (aanklacht, proces, eventuele veroordeling tot intramurale gevangenisstraf en eventuele nazorg; Koeter & Van Maastricht, 2006). Dat wil zeggen dat de drugsrechtbank ingezet wordt bij delinquenten die in een gematigde groep qua risico van recidive zitten.

De drugsrechtbanken worden op verschillende momenten in het rechtsstelsel ingezet. Zo is het mogelijk om aan de drugsrechtbank deel te nemen als alternatief voor gevangenisstraf (*diversion*), als voorwaarde bij voorwaardelijke invrijheidstelling (*probation*) met als doel terugvalpreventie en als veroordeling tot deelname aan de drugsrechtbank (Gonzales et al., 2006). In gevallen waarbij deelname aan het programma net na een arrestatie plaatsvindt en de persoon geen normaal juridisch traject aflegt, wordt van de deelnemer verwacht dat hij de hem ten laste gelegde feiten bekend (Hallstrom et al., 2001).

#### *Onderdelen programma*

De drugsrechtbank is een combinatie van verschillende toezichtelementen. Zo komen intensieve supervisie, juridisch monitoren, het testen op drugsgebruik en de behandeling van de verslavingsproblematiek aan de orde. Het is belangrijk dat de doelgroep van verslaafde delinquenten vroeg geïdentificeerd wordt en doorverwezen wordt naar behandeling. De voortgang van de behandeling wordt regelmatig onderzocht in een hoorzitting bij de drugsrechtbank. Ook wordt regelmatig aan de hand van urinecontroles getest of de deelnemer aan het programma geen drugs gebruikt. Indien de behandeling succesvol is, wordt dit ten tijde van de rechtszitting toegejuicht en krijgt de deelnemer hier complimenten voor (Hallstrom et al., 2001).

44 'Diversion' betekent letterlijk: 'het geven van een ander verloop'. Dergelijke programma's zijn erop gericht bepaalde personen uit het strafrechtelijke stelsel te houden. Het gaat dan om mensen die onvoldoende zouden profiteren van gevangenisstraf ter voorkoming van het plegen van een nieuw delict. In plaats daarvan wordt behandeling aangeboden.

### *Duur programma*

Deelname aan de drugsrechtbank duurt ten minste één jaar, waarbij de behandeling uit verschillende fasen bestaat. In de eerste fase vindt de voorbereiding plaats, zo is er tijd voor diagnostiek van het verslavingsprobleem, wordt er een behandelplan ontwikkeld en maakt men zich anderszins klaar voor de feitelijke behandeling. In de tweede fase vindt de daadwerkelijke behandeling plaats, die ambulante of klinische kan zijn, afhankelijk van de ernst van de verslaving. In de derde en laatste fase richt men zich op terugvalpreventie, beroepstraining en scholing (Gonzales et al., 2006). In de drugsrechtbank in Orange County doen de deelnemers er gemiddeld 18 maanden over om het programma af te ronden (Hallstrom et al., 2001).

### *Consequenties schending voorwaarden*

Bij terugval, bijvoorbeeld door een positieve urinetest, of het niet verschijnen bij een afspraak, wordt gebruikgemaakt van een procedure waarbij de sancties oplopen in ernst. Eerst wordt enkel een aanmaning of een lichte straf gegeven, zoals bijvoorbeeld een extra afspraak tussen cliënt en begeleiders of een extra urinetest. Uiteindelijk, bij meer overtredingen, wordt de persoon uit het programma gezet en gaat hij alsnog de gevangenis in (Banks & Gottfredson, 2004). De persoon wacht dan een gevangenisstraf die ongeveer twee keer zo lang is als het geval zou zijn geweest als hij niet eerst aan het drugsrechtbankprogramma had deelgenomen. In deze dient het vooruitzicht van een langere straf dan normaal als een stok achter de deur voor deelname aan het programma.

### *Instanties en verantwoordelijkheden*

Als voorbeeld wordt hier gekozen voor de omschrijving van de Orange County drugsrechtbank (Hallstrom et al., 2001). Daar de drugsrechtbanken onderling verschillend kunnen zijn, is het niet noodzakelijkerwijs zo dat de instanties en verantwoordelijkheden van de Orange County drugsrechtbank exact overeenkomen met die van andere drugsrechtbanken in het land. Het is echter wel een weergave in grote lijnen hoe de drugsrechtbank in elkaar zit. De reclasseringsmedewerker is verantwoordelijk voor de deelnemer als casemanager. Hij zorgt ervoor dat de benodigde zorg en behandeling vanuit de andere instanties bij de deelnemer terechtkomen en dat zij hun verantwoordelijkheden nemen. Hij heeft ongeveer vijftig deelnemers onder zijn hoede en heeft zowel controlerende als begeleidende taken. Daarbij kan gedacht worden aan taken als het verzorgen van de drugstests, en het doorverwijzen naar andere voorzieningen indien daar behoefte aan bestaat, zoals bijvoorbeeld de sociale dienst. Het afleggen van verwachte en onverwachte bezoeken aan de deelnemer hoort ook bij zijn taken, die hij in nauw overleg en in samenwerking met de *politie* uitvoert.

De *rechter* is de persoon die de frequente hoorzittingen leidt. Vooral in de beginperiode zijn er minstens twee hoorzittingen per maand. In de hoorzitting komt de voortgang van de persoon aan de orde. Indien de deelnemer vooruitgang boekt, wordt dit beloond, maar indien de persoon niet voldoende vordert in zijn behandeling, krijgt hij meteen een sanctie opgelegd (die in ernst oploopt). In de *behandelinstelling* vindt de behandeling van de verslaving plaats; dit kan ambulant en klinisch zijn. De behandelinstelling houdt zich daarnaast bezig met de uitgebreide psychosociale assessment, waarin de prioriteiten met betrekking tot de behandeling vastgesteld worden en waarin de behoefte aan ondersteunende diensten gericht op het onder controle krijgen van de verslaving en sociale rehabilitatie (zoals – tijdelijke – huisvesting, medische en gezondheidszorg) in kaart worden gebracht. Ook scholing in ouderschap en gezinstherapie kan hier een onderdeel van zijn (Hallstrom et al., 2001).

#### *Veronderstelde werkzame mechanismen*

In het onderzoek van Banks en Gottfredson (2003) bleek vooral behandeling effectief in het reduceren van criminaliteit, in vergelijking met toezicht (zie ook hierna, paragraaf 5.4). De auteurs zeggen daarbij dat niet bekend is welke behandelaspecten als onderliggende werkzame mechanismen zorgen voor de reductie van criminaliteit. Zij suggereren dat de behandeling het wellicht mogelijk heeft gemaakt dat de deelnemers *sterkere banden* met hun familie en vrienden konden opbouwen en dat de mogelijkheden tot werk en andere instellingen makkelijker waren na deelname. De versterking van het sociale netwerk, de structurering van het leven door werk en de verbinding met andere maatschappelijke instellingen zouden ertoe leiden dat de deelnemers langer een drugsvrij leven leiden.

Een ander werkzaam mechanisme zou de *juridische stok* achter de deur zijn: de persoon wordt tijdens het volgen van het programma niet anderszins vervolgd of bestraft en de aantijgingen of de voorwaardelijke straf kunnen komen te vervallen. Op deze manier, door middel van extrinsieke motivatie, heeft deelname aan het programma gunstige gevolgen (want geen gevangenisstraf) en dit zou er volgens Gonzales en collega's (2006) toe leiden dat de persoon aan het programma deelneemt. In tweede instantie zou de persoon meer intrinsiek gemotiveerd raken doordat hij positieve effecten van deelname aan het programma begint te merken. Op deze manier werkt de juridische stok achter de deur via extrinsieke en later intrinsieke motivatie.

Als derde mechanisme wordt wel de positieve invloed van het programma op *behandelretentie* genoemd. Diverse onderdelen van het drugsrechtbankprogramma richten zich op het zoveel mogelijk betrokken houden van de deelnemers in de behandeling, waarbij vooral de intensieve

supervisie en de controles een rol spelen. Hierdoor zou een groter deel van de personen in de behandeling blijven, waarmee een van de doelen van toezicht, de behandelretentie, reeds bereikt wordt (Koeter en Van Maas-tricht, 2006).

De werkzame mechanismen achter de rol van de rechter en de rechtbank binnen het programma van de drugsrechtbank zijn nader onderzocht door Gonzales et al. (2006). De rechter neemt een bijzondere rol in en gedraagt zich anders dan rechters die betrokken zijn bij andere rechtsza-ken. Zijn stijl is het best te omschrijven als informeel, direct en flexibel. De deelnemer aan het programma kan direct communiceren met de rech-ter en kan zijn wensen of behoeften met betrekking tot zorg en behande-ling bij hem aangeven. De rechter heeft veel invloed en kan ervoor zorgen dat aan deze wensen en behoeften wordt voldaan. Dit zorgt voor respect en waardering van de deelnemer en hij zou door deze *niet-traditionele stijl van benaderen* een sterkere band opbouwen met de rechter dan in een traditioneel gerechtelijk systeem. Deze sterke band en de tegemoetkoming van de rechter aan de wensen van de deelnemer zouden resulteren in een hogere kans dat de deelnemer het programma afrondt en zijn verslaving onder controle krijgt (Gonzales et al., 2006).

Daarnaast is het de bedoeling dat de deelnemer steeds gezien wordt door dezelfde rechter, of door maximaal twee verschillende rechters, om op deze manier een persoonlijke band op te bouwen. Ook andere kenmer-ken van de drugsrechtbank, zoals de samenwerking tussen aanklager en verdediger (*non-adversarial nature*), de frequente hoorzittingen en de mogelijkheid tot directe communicatie tussen de verdachte en de recht-spraak, maken een drugsrechtbank anders dan een normale rechtbank (Gonzales et al., 2006). De auteurs refereren aan een onderzoek van Gold-kamp, White en Robinson (2002), die de effectiviteit van de rol van de rechter in een wetenschappelijk onderzoek onderzochten. Ze vergeleken deelnemers die telkens bij dezelfde rechter verslag dienden te doen met deelnemers die verschillende rechters hadden gezien en vonden gemeng-de resultaten. Enerzijds werden de minste nieuwe arrestaties gevonden bij deelnemers die vijf of meer rechters hadden gezien, anderzijds was het zo dat hoe meer rechters men zag, hoe minder behandelsessies men bezocht en hoe vaker de behandeling slecht werd afgesloten. De behandeling van een zaak door meer dan één rechter voorspelde het aantal nieuwe arresta-ties voor niet aan drugs gerelateerde misdrijven, maar niet voor het aantal nieuwe arrestaties voor 'enig misdrijf'. In kwalitatieve interviews gaven deelnemers van de drugsrechtbank aan dat persoonlijke aandacht van de rechter de meeste indruk op hen maakte. Zij bleven in het programma door deze aandacht en de manier waarop rechters in staat waren allerlei problemen waar ze tegenaan liepen (geld, werk, uitkering, enzovoort.) adequaat op te lossen.

Deze gemengde resultaten leidden ertoe dat de auteurs concludeerden dat het waarschijnlijk niet zozeer gaat om het aantal rechters dat bij een zaak betrokken is, maar meer om andere mechanismen, zoals de behoefte aan *effectief toezicht* door de rechtspraak, *continuïteit* in het monitoren en *consistentie* in de regels en de manier van omgaan met het gedrag van de deelnemer ten tijde van het programma (Goldkamp et al., 2002). Ook andere auteurs geven het belang van structuur, supervisie en aansprakelijkheid aan (Hallstrom et al., 2001).

In het onderzoek van Goldkamp et al. (2001) werden verschillende onderdelen van de drugsrechtbank onderzocht en bleken de *duur* van de behandeling (hoe langer hoe beter), het gebruik van korte gevangenisstraffen ten tijde van behandeling (indien *sancties*: minder kans op slagen programma) en het aantal opgelegde sancties (hoe meer, hoe groter de kans op nieuwe arrestaties) over het algemeen van invloed op de uitkomsten van het programma te zijn. Daarnaast vonden deze auteurs een effect van de mate waarin het programma rekening houdt met enkele *karakteristieken van de deelnemer*: het risiconiveau bleek van invloed, waarbij men vooral keek naar het aantal eerdere arrestaties en het aantal eerdere arrestaties voor drugsgerelateerde delicten.

Anspach en Ferguson (ongepubliceerd; in Gonzales et al., 2006) onderzochten de programma-implementatie en -integriteit van vier drugsrechtbanken in de Verenigde Staten. Zij vonden enkele *karakteristieken van de deelnemer* die van invloed waren op de effectiviteit van het programma, waarbij de follow-up periode één jaar bedroeg. Dit waren etnische afkomst (etnische minderheden recidiveren vaker dan niet-Spaanse blanken), leeftijd (hogere recidive bij jongere deelnemers), sekse (hogere recidive bij mannen) en een arrestatie ten tijde van het volgen van het programma (hogere recidive bij deelnemers die reeds tijdens het volgen van het programma gearresteerd worden). Een aantal andere factoren waren eveneens gerelateerd aan recidive: het volledig afronden van het drugsrechtbankprogramma (minder recidive bij afmakers) en de hoeveelheid bezochte behandelsessies (hogere recidive bij lager aantal bijgewoonde sessies). Overigens worden de werkzame mechanismen achter deze factoren niet nader uitgewerkt. Anspach en Ferguson (ongepubliceerd) concludeerden dat er geen defecten in het model van de drugsrechtbank zijn, maar dat er duidelijk verbeteringen nodig zijn op het gebied van *programma-integriteit*. Er dient meer aandacht te zijn voor de inhoud, de toegang, de implementatie van de behandeling en voor de integratie van verschillende elementen. Indien aan deze programma-integriteit meer tegemoet wordt gekomen, zou dit eveneens als werkzaam element kunnen gelden (Anspach en Ferguson, ongepubliceerd; in Gonzales et al., 2006).

Voor een kort overzicht van de drugsrechtbank wordt verwezen naar tabel 14 van bijlage 2.

### 5.2.2 *Therapeutische gemeenschap met nazorg*

In deze paragraaf wordt het Amity-programma omschreven.

#### *Omschrijving programma*

In een therapeutische gemeenschap staat samenleven in een groep centraal. Door dit samenleven wordt de persoon voortdurend geconfronteerd met eigen gedachten, gevoelens en gedrag, maar ook met groepsprocessen en -mechanismen. Al deze ervaringen worden beschouwd als leermomenten. De patiënten hebben eigen verantwoordelijkheden en groepsverantwoordelijkheden, waarbij men door steun van lotgenoten nieuwe vaardigheden en  *coping*-mechanismen aanleert (sociaal leren).

Er zijn verschillende therapeutische gemeenschappen (TG) gevonden in de literatuur, bijvoorbeeld het KEY-CREST-programma en het Amity-Vista-programma. Beide programma's hebben een intramurale TG-component (KEY en Amity) en een extramurale nazorg TG-component (CREST en Vista). KEY is een symbolische naam en staat voor 'het aanbieden van een sleutel tot verandering' aan de gedetineerde. CREST betekent 'top' of 'punt' en staat voor het idee dat de deelnemer op het punt staat zijn leven te veranderen (McCollister, French, Inciardi, Butzin, Martin & Hooper, 2003). KEY-CREST is dus geen afkorting en hetzelfde geldt voor Amity-Vista.

#### *Doelstellingen*

Het doel van een TG is het teweegbrengen van een algehele verandering in de levensstijl van de verslaafde delinquent: niet alleen abstinentie van drugs, maar ook een einde aan de criminele activiteiten, de ontwikkeling van sociale normen en waarden, en vaardigheden om een betaalde baan te krijgen staan hierbij centraal (McCollister, French, et al., 2003). Om deze doelen te bereiken worden de deelnemers afgezonderd van de andere gedetineerden in een gevangenis. De problematiek van de deelnemers vereist een dusdanig intensieve behandeling dat een verblijf op een normale afdeling binnen de gevangenis niet wenselijk is (Wexler, Melnick, Lowe & Peters, 1999). Toezicht en behandeling zijn in deze geïntegreerd.

#### *Doelgroep en juridisch kader*

Verslaafde delinquenten die  *geen* andere psychiatrische diagnose hebben, zoals een psychose of stemmingsstoornis en die geen seksueel delict gepleegd hebben, komen in aanmerking voor het Amity-programma (McCollister, French, Prendergast et al., 2003).



De rechter kan deelname aan de TG verplichten als voorwaarde bij vervroegde invrijheidstelling of bij een voorwaardelijke straf, maar de persoon kan ook op vrijwillige basis deelnemen, terwijl hij zich nog in de gevangenis bevindt of terwijl hij terug in de gemeenschap is (Messina, Wish & Nemes, 2001).

#### *Onderdelen programma*

Door Wexler, Melnick en collega's (1999) wordt het programma in drie fasen verdeeld. In de eerste fase vindt de klinische assessment van de verschillende behoeften en probleemgebieden plaats. De deelnemer heeft nog nauwelijks verantwoordelijkheden in de TG en oriëntatie op de nieuwe omgeving staat centraal. Een groot gedeelte van de tijd wordt aan werk besteed. Deze fase duurt meestal zo'n twee tot drie maanden. In de tweede fase zijn er mogelijkheden tot het uitbouwen van de programma-onderdelen en het vergroten van de verantwoordelijkheden. Er worden diverse groepsgesprekken gehouden die bijvoorbeeld gaan over het aanleren van zelfdiscipline, zelfwaarde, respect voor autoriteit en het accepteren dat hij hulp nodig heeft bij probleemgebieden. Er wordt verwacht dat de deelnemer zich emotioneel flink inzet. Deze fase duurt ongeveer vijf tot zes maanden. In de derde fase wordt de deelnemer voorbereid op terugkeer naar de maatschappij. Met name het aanleren van probleemoplossende vaardigheden is belangrijk. Deze fase neemt ongeveer één tot drie maanden in beslag.

Het curriculum dat gebruikt wordt, is geformaliseerd in protocollen en bestaat uit diverse werkboeken, videobanden en boeken voor de trainers. Er worden rollenspellen gespeeld, waarin geleerd wordt om te gaan met moeilijke situaties. Verder wordt het eigen gedrag opgenomen op video en deze worden gezamenlijk bekeken en besproken. Ex-verslaafden hebben een belangrijke en sterke voorbeeldfunctie en soms worden hierbij levenslang gestraften ingezet (zie ook hierna).

In het nazorgprogramma, dat ongeveer een jaar duurt, wordt het programma dat in detentie aangeboden wordt, voortgezet en richt men zich op het onderhouden van de reeds aangeleerde vaardigheden. De deelnemers zijn zelf verantwoordelijk voor het onderhouden van het centrum, onder begeleiding van de staf. In het nazorgprogramma is ook aandacht voor de vrouwen en kinderen van de deelnemers.

#### *Duur programma*

Het programma duurt ten minste acht maanden, waarbij verschillende fasen gepasseerd worden (zie hiervoor).

*Consequenties schending voorwaarden*

In de beschikbare literatuur wordt niet gesproken over consequenties bij schending van de voorwaarden.

*Instanties en verantwoordelijkheden*

Met name ex-verslaafden en lotgenoten spelen een belangrijke rol. Daarnaast zijn er hulpverleners aanwezig die de deelnemers bij de verschillende onderdelen van het programma trainen. De TG is geen specifiek voorbeeld van een multidisciplinair behandel/toezichtteam en over instanties en verantwoordelijkheden werd in de beschikbare literatuur niet veel gesproken.

*Veronderstelde werkzame mechanismen*

Er is een aantal veronderstelde werkzame mechanismen aan te duiden. Zo maakt men binnen de TG gebruik van de *rol van positieve voorbeeldgever*, waarbij ex-verslaafden een belangrijk onderdeel uitmaken van de staf. Deze ex-verslaafden zouden door middel van hun ervaringen beter in staat zijn aan te sluiten op de verslaafde en zijn gedrag beter kunnen begrijpen. Door te laten zien dat zij hun verslaving onder controle hebben, zouden nieuwe deelnemers aan de TG *positief gestimuleerd* worden ook hun verslaving aan te pakken (Wexler, Melnick et al., 1999). In het bijzonder zouden gedetineerden die een levenslange straf uitzitten een goed voorbeeld zijn. Als deze levenslang gestraften erin slagen hun verslaving onder controle te krijgen, ondanks hun uitzichtloze situatie wat betreft vrijlating uit de gevangenis en hun ernstige criminele verleden, zouden dit bij uitstek personen zijn die grote betrokkenheid en inspiratie ten toon zouden spreiden. Immers, deze personen hebben geen uitzicht op een leven buiten de gevangenis en kiezen er toch voor om zonder middelengebruik hun straf uit te zitten. Daarbij genieten levenslang gestraften vaak aanzienlijk aanzien en respect binnen de heersende hiërarchie in de gevangenis en vormen op deze manier een inspiratiebron voor verslaafden die hun middelenmisbruik nog niet onder controle hebben (Wexler, DeLeon, Thomas, Kressel & Peters, 1999).

Er ligt een nadruk op de positieve kanten van de deelnemer, er wordt nadrukkelijk ingegaan op wat de persoon wél kan in plaats van alleen te richten op wat hij niet goed doet. Deze benadering zou erin resulteren dat de deelnemer *gemotiveerd* wordt, wat een positief effect op behandeluitkomsten heeft (Wexler, Melnick et al., 1999).

De *structuur* van de TG zou eveneens een positief effect sorteren. Veel verslaafde gedetineerden hebben behoefte aan een gestructureerde omgeving om attitudes en cognities en de terugvalpreventievaardigheden aan te leren, maar zijn niet in staat deze structuur zelf te bereiken (Wexler,

Melnick, et al., 1999). Dit zou ook te maken kunnen hebben met gebreken in de hersenen, die ontstaan na langdurig middelenmisbruik.

Juist de *nazorg*programma's van de TG lijken nuttig in het succes van de TG, waarbij *continuïteit* in de zorg als werkzaam mechanisme beschouwd kan worden. In een onderzoek van McCollister, French, Inciardi, et al. (2003) bleek een investering in nazorg te resulteren in een reductie van de tijd die opnieuw in de gevangenis werd doorgebracht. Deelnemers aan het nazorgprogramma zaten gemiddeld 49 dagen minder in de gevangenis in vergelijking met de controlegroep. In dit onderzoek namen de deelnemers vrijwillig aan de nazorg deel, wat een beperking is aan het onderzoek, maar ook in andere studies is een extra positief resultaat met betrekking tot nazorg gesignaleerd (bijvoorbeeld Wexler, DeLeon et al., 1999; Knight, Simpson, Chatham & Camacho, 1997; Inciardi, Martin, Butzin, Hooper & Harrison, 1997). Nazorg na deelname aan de TG lijkt hierbij erg belangrijk.

De *dwang* achter sommige deelnames aan TG's lijkt erin te resulteren dat de deelnemers sneller in het programma terecht komen en langer aan het programma deelnemen (Farabee, Prendergast & Anglin, 1998), een resultaat dat verbonden is met de positieve uitkomst van de deelname aan de TG (DeLeon & Jainchill, 1986). Dit wil zeggen dat er een indirecte relatie bestaat tussen gedwongen worden deel te nemen aan therapeutische gemeenschappen en positieve behandelresultaten.

Messina en collega's (2001) deden onderzoek naar de effectiviteit van de TG en vonden dat het afronden van het programma geassocieerd was met een significante daling in het aantal nieuwe arrestaties. Dit resultaat is moeilijk te interpreteren, want het is onbekend waardoor dit komt. De auteurs noemen dit het '*completion versus compliance dilemma*', wat betekent dat zij niet weten of het komt doordat deelnemers die het programma afmaken extra gemotiveerd zijn om geen drugs meer te gebruiken (of om andere redenen), of dat het simpelweg komt doordat zij het programma hebben afgerond.

In het onderzoek van Wexler, DeLeon en collega's (1999) voldeed ongeveer 50% van de deelnemers aan de TG aan de diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis en juist dit kenmerk wordt door de auteurs naar voren gebracht als mogelijk werkzaam mechanisme. Volgens de auteurs had de hoge mate van risico een positief resultaat op deze bevindingen, want volgens de Risk-Need en Responsivity principes (RNR, zie ook paragraaf 5.4.2) van Andrews en Bonta (1994) en Andrews, Bonta en Hoge (1990) is juist deze groep gebaat bij een intensief behandelprogramma. De deelnemers aan hun onderzoek recidiveerden het minst indien ze deelgenomen hadden aan zowel het TG-programma in de gevangenis als aan de TG buiten de gevangenis.

Voor een kort overzicht van de therapeutische gemeenschap wordt verwezen naar tabel 15 van bijlage 2.

### 5.2.3 *Breaking the Cycle*

#### *Omschrijving programma*

Het programma *Breaking the Cycle* (BTC) is een combinatieprogramma dat bestaat uit verschillende elementen uit andere programma's die effectief gebleken zijn voor drugsverslaafden, namelijk *Treatment Alternatives for Street Crime* (TASC), drugsrechtbanken en casemanagement. Bij deze drie interventies dient men echter aan verschillende inclusiecriteria te voldoen en bij BTC niet. BTC heeft het casemanagement en het behandel-'referral'-netwerk op het TASC-model gebaseerd. Het juridisch inkaderen van de controles op drugsgebruik en het houden aan voorwaarden komt van de drugsrechtbanken. Het doel van het programma is het bieden van interventies vanaf het moment van arrestatie tot en met het moment van re-integratie en ondertoezichtstelling in de maatschappij. In Birmingham, Alabama werd het BTC-programma voor het eerst geïmplementeerd (in 1998). Inmiddels is het op verschillende locaties mogelijk het programma te volgen, zoals in Tacoma en Jacksonville (Harrell, Mitchell, Hirst, Marlowe & Merrill, 2002; Harrell, Mitchell, Merrill & Marlowe, 2003). Deze auteurs hebben ook een evaluatie over de implementatie van het programma geschreven. Hieruit bleek dat een aantal barrières verandering en verbetering in de weg zouden kunnen staan. Dit zijn wellicht niet allemaal werkzame mechanismen, maar zijn meer te zien als randvoorwaarden waaraan interventies zouden moeten voldoen. De volgende zaken worden genoemd: een te volle gevangenis, waardoor er te weinig ruimte is om de drugstests af te nemen en de behandelsessies te houden; een overvolle caseload: indien er reeds te veel zaken bij een rechtbank lopen, zijn de betrokkenen in het BTC-programma niet snel geneigd om hoorzittingen te houden en komen deze te weinig voor om een effect te sorteren; indien de implementatie van hogerop in de organisatiestructuur (bijvoorbeeld provinciaal niveau) geen ondersteuning biedt aan de organisatie op lokaal niveau (bijvoorbeeld gemeenten), is implementatie moeilijk; een gebrek aan computersystemen en technologie die het volgen van een cliënt en de uitwisseling tussen verschillende organisaties en tussen cliënten bemoeilijkt, is erg onwenselijk; ten slotte, een gebrek aan samenwerking tussen verschillende organisaties bemoeilijkt het oplossen van problemen, waarbij de individuele organisaties vaak ook nog in eerste instantie gericht zijn op hun problemen omtrent budgetten, het verkrijgen van geld en de benodigde hoeveelheid stafleden (Harrell et al., 2002).

#### *Doelstellingen*

Een belangrijke doelstelling van het programma is het aanbieden van interventies tegen drugsgebruik op allerlei momenten in de juridische

cirkel waarin delinquenten die middelen misbruiken vaak zitten: van arrestatie tot detentie tot toezicht na intramuraal verblijf.

#### *Doelgroep en juridisch kader*

Het programma is bedoeld voor alle verslaafde delinquenten en heeft dan ook verder geen inclusie- of exclusiecriteria. In principe is het programma mogelijk in combinatie met verschillende juridische modaliteiten, zoals voorwaardelijke invrijheidstelling, vervroegde invrijheidstelling en *diversion*-programma's.

#### *Onderdelen programma*

Het programma kent vier kernelementen. Ten eerste wordt ervoor gezorgd dat delinquenten met verslavingsproblematiek meteen na kennismaking met het justitiële systeem mogelijkheden tot interventies krijgen, door middel van vroegtijdige en uitgebreide screening van alle arrestanten (meteen na arrestatie). Ten tweede wordt er nauw samengewerkt met allerlei instanties, waaronder justitiële instanties en behandelinstellingen. Ten derde maakt men gebruik van uitgebreid juridisch monitoren van de naleving van de voorwaarden van het programma (*'judicial monitoring/oversight'*) en ten vierde maakt men gebruik van hiërarchisch geordende sancties in respons op overtredingen (*'graduated sanctions'*).

#### *Duur programma*

De duur van het programma kan variëren.

#### *Consequenties schending voorwaarden*

De procedure bij schending van voorwaarden is er één van graduele sancties. Bij een eerste overtreding wordt het toezicht verhoogd of wordt een waarschuwingsbrief naar de deelnemer gestuurd. Bij een latere overtreding volgt een aanmaning van de rechtbank of wordt een verblijf van enkele dagen in de gevangenis opgelegd. Als de persoon zich in dit programma bevindt in afwachting van zijn rechtszaak en hij de voorwaarden zodanig schendt dat ingrijpen noodzakelijk is, kan de persoon in voorlopige hechtenis (*'pre-trial detention'*) worden genomen.

#### *Instanties en verantwoordelijkheden*

Interdisciplinaire samenwerking staat centraal. Er zijn medewerkers uit veel verschillende instanties betrokken bij het programma: een casemanager, gevangenismedewerkers, de aanklager, de rechter, de taakgroep TASC, behandelaars en reclasseringsmedewerkers.

De casemanager (dit is meestal een reclasseringsmedewerker) heeft een vrij centrale rol, waarbij zijn taken vooral in het teken van controleren van de deelnemer staan: hij houdt in de gaten of de deelnemer zijn verplichtingen met betrekking tot het frequent testen op drugsgebruik en zijn doelstellingen met betrekking tot het behandelplan nakomt. De

casemanager bereidt de rapportages over zijn cliënten voor. Hierin staat centraal hoe de cliënt zich opstelt in het programma en in hoeverre zijn deelname vruchten afwerpt. De casemanager is ook degene die de graduele sancties toepast en die aanvragen van extra hoorzittingen indient bij de rechter indien de cliënt niet meewerkt. Verschillende sancties kunnen worden ingezet, zoals waarschuwingsbrieven, extra afspraken met de casemanager, extra drugstests, meer intensieve behandeling, en een verblijf in de gevangenis (hierover zijn afspraken met de rechtbank gemaakt).

De *gevangenismedewerker* heeft de verantwoordelijkheid om bij arrestanten die net binnenkomen een drugstest af te nemen en in te schatten wie een drugsprobleem heeft en deze door te verwijzen naar het BTC-programma.

#### *Veronderstelde werkzame mechanismen*

Juist de *vroege interventie en continuïteit van zorg* zouden belangrijk zijn bij het programma, want een van de moeilijkheden bij zorg voor verslaafde delinquenten omvat het behouden van een persoon in het programma. Indien vroeg ingegrepen wordt, kan het bovendien zo zijn dat de verslaving nog in minder ernstige vorm aanwezig is, wat het gemakkelijker maakt over de verslaving heen te komen.

In Harrell et al. (2002) werden alleen deelnemers in het onderzoek opgenomen die nog in afwachting van hun strafzaak waren (en zich niet op een ander moment in de justitiële keten bevonden). Zij werden gestimuleerd mee te doen aan het programma door hen een lagere borgsom en kansen op vermindering van straf in het vooruitzicht te stellen bij deelname. Het zou kunnen dat de deelnemers die weten dat hun drugsgebruik in de gaten wordt gehouden en dat hun drugsgebruik meespeelt in het bepalen van hun straf ten tijde van de rechtszaak om deze reden hun drugsgebruik en criminele gedrag onder controle houden. Het is onduidelijk of personen die niet langer in afwachting van hun straf zijn, eveneens goed mee zouden doen aan het programma en of dezelfde positieve bevindingen gerapporteerd zouden worden. Volgens de auteurs zou het ook een goed programma kunnen zijn voor personen die met voorwaardelijke invrijheidstelling geconfronteerd worden, waarbij deelname aan het programma als een van de voorwaarden wordt gesteld.

Het moment van screening is het moment van arrestatie, dat een speciaal gekozen tijdstip is. Het is een crisismoment voor veel individuen, de arrestatie levert stress en *confrontatie* op en dit zou hen over de streep kunnen trekken hun probleem te erkennen en deel te gaan nemen aan een programma. Deelnemers gaan een soort *contract* aan en kunnen op hun gedrag worden aangesproken: dit resulteert in betrokkenheid. *Graduele*

*sancties* zouden de kans vergroten dat de gedetineerden bij de behandeling betrokken blijven. De deelnemers dienen te geloven dat de sancties daadwerkelijk worden uitgevoerd en dit gebeurt ook. Voor een kort overzicht van *Breaking the Cycle* wordt verwezen naar tabel 16 van bijlage 2.

#### 5.2.4 Overige programma's: korte omschrijving

##### *Casemanagement*

Bij casemanagement wordt één persoon, de casemanager, het aanspreekpunt voor de betrokkene. Deze persoon verricht een assessment van de behoeften die bij betrokkene bestaan en zorgt ervoor dat hij naar de juiste instanties wordt doorverwezen. Ook is hij meestal verantwoordelijk voor de coördinatie van de hulpverlening door de verschillende instanties. Door de Campbell Collaboration werd ten tijde van het schrijven van het onderhavige rapport een meta-analyse over casemanagement bij verslaafden uitgevoerd, maar de uitkomsten van dit onderzoek waren nog niet beschikbaar (voor het protocol over het onderzoek zie Hesse, Broekaert, Fridell, Rapp & Vanderplasschen, 2006).

##### *Intensive supervision probation/parole*

Voor de omschrijving van dit programma wordt verwezen naar hoofdstuk 2.

##### *Sociale steun*

Het programma omvat elementen uit de '*intensive supervision*' en vanuit casemanagement. De *social support*-aanpak wordt gekarakteriseerd door wekelijkse urinecontroles, *counseling*-sessies, casemanagement, *case advocacy* en het maken van een terugvalpreventieplan.

### 5.3 Effectiviteit toezichtprogramma's: meta-analyses en overzichtstudies

In de literatuur over delinquenten met verslavingsproblematiek zijn zes meta-analyses dan wel overzichtartikelen gevonden (Aos, Miller & Drake, 2006; Chanhatasilpa, MacKenzie & Hickman, 2000; Holloway, Bennett & Farrington, 2006; Koeter & Van Maastricht, 2006; Perry, Coulton, Glanville, Godfrey, Lunn, McDougall et al., 2006; Seiter & Kadela, 2003).<sup>45</sup> Sommige studies hebben betrekking op alleen toezichtprogramma's, maar de meeste overzichtartikelen richten zich op een bredere onderzoeksvraag.

45 Smith, Gates & Foxcroft (2006) verrichtten een meta-analyse naar therapeutische gemeenschappen, maar in de meeste van de door hen meegenomen studies werd geen uitkomstmaat criminaliteit gerapporteerd. De twee studies die wel een uitkomstmaat criminaliteit rapporteerden, werden ook in andere meta-analyses opgenomen. Om deze reden wordt de meta-analyse van Smith et al. (2006) niet verder besproken.

Meestal worden naast toezichtprogramma's ook behandelprogramma's besproken of komen programma's tijdens de rest van het detentietraject, van arrestatie naar detentie naar nazorg, ook aan de orde. Bovendien is het onderscheid tussen behandelprogramma en toezichtprogramma niet altijd even makkelijk te maken.

De effectiviteit van deze programma's wordt gemeten aan de hand van verschillende typen uitkomstmaten, zoals *terugval in verslavingsgedrag* (zelfrapportage enig drugsgebruik, zelfrapportage specifiek drugsgebruik en de frequentie hiervan, uitslag van urinetesten op drugsgebruik, enzovoort), *delictgedrag* (aantal dagen bezig met criminele activiteiten, aantal dagen tot nieuwe arrestatie, duur nieuwe gevangenisstraf, enzovoort) en *gedrag ten tijde van de behandeling* (aantal dagen dat de behandeling gevolgd wordt, percentage personen dat de behandeling afmaakt) en *overige uitkomsten* (kwaliteit van de sociale relaties, psychologische problemen, werkgerelateerde uitkomsten als het vinden en behouden van werk, enzovoort).

In tabel 7 worden de resultaten uit de overzichtartikelen en meta-analyses kort samengevat, in zoverre deze over toezichtprogramma's gingen en in zoverre deze als uitkomstmaat in ieder geval criminaliteit meenamen. In de tekst hierna wordt allereerst een korte omschrijving gegeven van de doelstelling, de inclusiecriteria en de methodologische kenmerken van de meta-analyses. Daarna zal per toezichtprogramma een conclusie worden getrokken over de effectiviteit zoals deze in de meta-analyses naar voren komt.

### 5.3.1 Kenmerken meta-analyses en overzichtstudies

Het rapport van Aos et al. (2006) had tot doel *evidence-based* interventies te signaleren die de bouw van nieuwe gevangnissen en de criminaliteit (en de kosten van crimineel gedrag) zouden kunnen beperken. De auteurs bestudeerden alle Engelstalige publicaties over interventieprogramma's, preventieprogramma's, alsook strafrechtelijke interventies. Dit betrof artikelen die *peer-reviewed* zijn, maar ook grijze literatuur als overheidsrapporten, die niet *peer-reviewed* zijn. Zowel studies over jeugdigen als studies over volwassenen werden opgenomen, waarbij gezocht werd vanaf het jaar 1970. De studies dienden in ieder geval een controle- of vergelijkingsgroep te hebben, waarbij aselechte toewijzing niet noodzakelijk was. In 28% van de studies werd desalniettemin aselechte toewijzing gerapporteerd. Slechts een deel van de programma's voldeed aan de definitie van toezichtprogramma zoals die in het onderhavige rapport wordt gehanteerd. Deze programma's worden in tabel 7 besproken.



Aos en collega's zijn grondig geweest in hun aanpak qua opname, inclusiecriteria en selectie van studies. Hoewel grondig in opzet, is de rapportage van de resultaten beknopt. De programma's worden beoordeeld op twee grof gedefinieerde uitkomstmaten: 1) effect op criminaliteit en 2) kosten en baten van het programma. Voor beide uitkomstmaten wordt een gemiddelde berekend en er wordt geen specificatie gegeven van subcategorieën binnen de verschillende typen uitkomstmaten. Ook komt de inhoud van de programma's niet of nauwelijks aan de orde en de werkzame mechanismen achter de programma's worden niet besproken.

Chanhatasilpa et al. (2000) verrichtten onderzoek naar de effectiviteit van behandelprogramma's in de gemeenschap, voor drugsafhankelijke gedetineerden. Alle onderzoeken naar dergelijke programma's die in de periode 1990-2000 werden gepubliceerd, werden opgenomen. Deze studies moesten over volwassenen gaan en als uitkomstmaat in ieder geval recidive meenemen. De studies werden gescoord op SMS-niveau en vanaf niveau 2 opgenomen.<sup>46</sup> In de concluderende paragraaf wordt een uitspraak over de effectiviteit van de programma's gedaan op basis van de 'Wat werkt' (*What works*)<sup>47</sup>-criteria. Er werd een cluster aan toezichtprogramma's onderzocht: programma's die alleen in de gemeenschap aangeboden werden, programma's die volgden op een intramurale behandeling, programma's die zowel nazorg alsook *intensive monitoring* omvatten, en programma's die alleen intensief monitoren omvatten, maar geen behandeling aanboden. Feitelijk vallen de programma's allemaal onder de noemer 'therapeutische gemeenschap'.

Holloway et al. (2006) onderzochten of interventies gericht op problematisch drugsgebruik crimineel gedrag reduceerden. Verschillende typen interventies kwamen hierbij aan de orde, zoals behandelprogramma's, maar ook toezichtprogramma's. Hierbij richtte men zich alleen op die onderzoeken waarbij de deelnemers als primaire drug heroïne, crack of cocaïne gebruikten. De studies dienden daarnaast in de Engelse taal geschreven te zijn en tussen 1980 en 2004 gepubliceerd te zijn. De studies werden gescoord op SMS en vanaf niveau 3 meegenomen in het onderzoek. Indien studies zowel zelfrapportage als officiële cijfers weergaven, werd de voorkeur gegeven aan zelfgerapporteerde criminaliteitscijfers boven officiële cijfers (de bespreking van de officiële cijfers werd dan achterwege gelaten).

46 De studie van Chanhatasilpa et al. (2000) omvatte totaal vier onderzoeken met SMS-score 5, één met SMS-score 4, drie met SMS-score 3 en zeven met SMS-score 2. In de beoordeling van de resultaten van de meta-analyses (paragraaf 5.3.2) wordt rekening gehouden met deze SMS-scores en wordt er meer gewicht gehangen aan studies met een SMS-score van ten minste 3.

47 'Wat werkt': ten minste twee niveau 3-studies tonen aan dat de interventie effectief is. 'Wat niet werkt': ten minste twee niveau 3-studies tonen aan dat de interventie niet effectief is. 'Wat is veelbelovend': te weinig bewijsmateriaal, maar er is bijvoorbeeld één niveau 3-studie die effectiviteit aantoonst. 'Wat we niet weten': elk programma dat niet in de andere drie categorieën valt.

Koeter en Van Maastricht (2006) geven een overzicht van onderzoek naar de effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader. De auteurs vatten de internationale literatuur naar de effecten van maatregelen voor verslaafde delinquenten waar drang achter zit samen. Daarnaast werd over de periode 2000-2005 aanvullend literatuuronderzoek verricht naar het effect van justitiële drang op criminaliteit en drugsgebruik. Bij de bespreking van de literatuur werd ook een oordeel gegeven over de methodologische kwaliteit van de onderzoeken. Er werden ook onderzoeken besproken die geen controle- of vergelijkingsgroep hadden. De auteurs gaven daarbij aan dat het trekken van conclusies met betrekking tot deze studies beperkt is, deze studies worden dan ook niet in tabel 7 besproken.

Perry et al. (2006) verrichtten hun onderzoek naar '*Interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community*'. Zoals de titel al aangeeft, werden interventies voor verslaafde gedetineerden in drie verschillende settings onderzocht: interventies in rechtbanken, in intramurale settings en in de gemeenschap. De onderzochte populatie bestond uit drugsmisbruikende delinquenten, op elk moment in hun traject in het rechtssysteem (arrestatie, detentie, verblijf in de gemeenschap). Uiteindelijk voldeden 24 publicaties aan alle ingangseisen van de auteurs. Dit artikel is afkomstig van de Cochrane Collaboration<sup>48</sup>; alleen onderzoek van methodologisch hoge kwaliteit te weten *randomized controlled trials* (RCT's) worden opgenomen in de meta-analyses van deze organisatie. Dat wil onder meer zeggen dat er een controle- of vergelijkingsgroep aanwezig dient te zijn, waarbij de deelnemers aselekt worden toegewezen aan één van beide groepen. Aangenomen kan worden dat deze studies van voldoende methodologische kwaliteit zijn om aan de hand van de resultaten geldige conclusies te trekken.

De laatste meta-analyse die hier besproken wordt, is die van Seiter en Kadela (2003). Zij deden onderzoek naar de herintreding van ex-gedetineerden (alle subtypen) in de gemeenschap: '*Prisoner reentry: What works, what does not, and what is promising*'. Alle gevonden studies werden gescoord op SMS-niveau, moesten in ieder geval een uitkomstmaat met betrekking tot effect rapporteren (dat wil zeggen, er werden geen studies opgenomen die enkel de programma-integriteit meetten) en moesten voldoen aan de definitie van '*reentry*'. Dit betrof ten eerste programma's in het gevangenisstelsel die zich richtten op de overgang van de gevangenis naar de gemeenschap (voorbereiding op vrijlating, instroom in werk; of op speciale voorzieningen, die de overgangsfase dienden te vergemakkelijken). Daarnaast werden behandelprogramma's besproken die in de gevangenis starten en gecontinueerd worden in de

48 Voor een omschrijving van de werkwijze en methoden van deze organisatie, zie: [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org).

gemeenschap (middelenmisbruik, algemene dagelijkse levensvaardigheden, opleiding, cognitieve/gedragstherapie).

### 5.3.2 Resultaten meta-analyses en overzichtstudies

In tabel 7 worden de belangrijkste resultaten uit de meta-analyses schematisch weergegeven. Hierbij wordt van elk programma aangegeven wat de effecten van het programma op het middelenmisbruik waren en wat voor effecten op crimineel gedrag te zien waren.

Over de volgende typen toezicht werd informatie gevonden in de meta-analyses: casemanagement (bijvoorbeeld *Treatment Alternatives to Street Crime*), drugsrechtbanken, farmacologische interventies (bijvoorbeeld een methadon-onderhoudsprogramma, naltrexon<sup>49</sup>), monitoren (bijvoorbeeld urinetesten op drugsgebruik, surveillance en intensieve supervisie), programma's om te re-integreren in een betaalde baan, training cognitieve vaardigheden, en de therapeutische gemeenschap (bijvoorbeeld KEY-CREST, Amity). De effectiviteit van deze programma's zoals deze in de meta-analyses naar voren komt, wordt hierna besproken.

Over casemanagement wordt in drie verschillende meta-analyses gerapporteerd. Aos en collega's (2006) komen na het bestuderen van zes verschillende studies tot de conclusie dat de bevindingen over dit programma gemengd zijn en dat er meer onderzoek nodig is om een definitieve uitspraak over de effectiviteit wat betreft criminaliteit te doen. De auteurs van de twee andere meta-analyses, Chanhatasilpa et al. (2000) en Perry et al. (2006), vinden over het algemeen geen verschillen in criminaliteit tussen de behandelgroep en de vergelijkingsgroep.

Alleen in de meta-analyse van Perry et al. (2006) wordt een uitspraak gedaan over de uitkomstmaat drugsgebruik, waarbij er geen verschil werd gevonden tussen behandel- en vergelijkingsgroep. Eén artikel komt in twee meta-analyses (Aos et al., 2006; Chanhatasilpa et al., 2000) voor, maar aangezien Aos et al. (2006) geen nadere uitspraken doen over de uitkomsten van dat onderzoek, was dit geen reden om een van de meta-analyses uit te sluiten van verdere bespreking in het onderhavige rapport.

Over de *drugsrechtbank* worden door de verschillende onderzoekers gemengde resultaten gerapporteerd. Zo komt er in twee meta-analyses een daling in criminaliteit naar voren voor deelnemers aan de drugsrechtbank (Aos et al., 2006; Koeter & Van Maastricht, 2006), maar wordt in een andere meta-analyse geen (overall) verschil gevonden in criminaliteit

49 Naltrexon werkt door het blokkeren van de receptoren van opiaten in het brein. Door deze blokkade is het onmogelijk om het 'high' zijn van bijvoorbeeld heroïnegebruik te ervaren en krijgen gebruikers minder trek in drugs (Australian Drug Foundation, 2007). Daarnaast zou het middel ingezet kunnen worden om de trek in alcohol te verminderen.

tussen behandelgroep en vergelijkingsgroep (Perry et al., 2006). Holloway en collega's (2006) rapporteren zelfs een stijging in criminaliteit voor deelnemers aan het programma.

Wat drugsgebruik betreft, wordt geconcludeerd dat er een sterke daling in gebruik is (Koeter en Van Maastricht, 2006) en Perry et al. (2006) vinden geen verschil in drugsgebruik bij een follow-up van twaalf maanden. Aos et al. (2006) en Holloway et al. (2006) bespreken geen resultaten wat betreft de effecten van het programma op drugsgebruik.

*Intensieve supervisie* (ISP) als toezichtprogramma wordt in drie meta-analyses besproken, maar twee van deze meta-analyses (Perry et al., 2006; Chanhathasilpa et al., 2000) omvatten hetzelfde onderzoek.<sup>50</sup> Dit betreft een onderzoek met SMS- niveau 5, waarbij ISP op zeven verschillende locaties werd onderzocht. Over het algemeen werden er nauwelijks verschillen in recidive gevonden, die op verschillende manieren gemeten werd (nieuw delict, schending voorwaarden, nieuwe arrestatie). Deze gegevens waren alle afkomstig uit officiële bronnen. Holloway en collega's (2006) rapporteerden een daling in criminaliteit voor deelnemers aan ISP in vergelijking met de controlegroep. Van deze studies is bekend dat ze een SMS-niveau van ten minste 3 hadden. Geen van de meta-analyses rapporteerde over effecten op drugsgebruik. Voor een nadere bespreking van ISP wordt verwezen naar hoofdstuk 2.

*Therapeutische gemeenschappen* (TG's) werden in vijf van de zes meta-analyses onderzocht, waarmee aan dit programma de meeste aandacht wordt besteed in de meta-analyses. Van de negen studies naar therapeutische gemeenschappen in de meta-analyse van Chanhathasilpa et al. (2000) werd in zeven studies een daling in criminaliteit voor de deelnemers aan het programma gerapporteerd (in vier van de vijf niveau 2-studies en in de drie niveau 3-studies). Echter, in één niveau 5-studie werd *meer* criminaliteit gevonden voor deelnemers aan de TG en in één niveau 2-studie werd geen verschil in criminaliteit gevonden. De overige vier meta-analyses rapporteerden over het algemeen eveneens een daling in criminaliteit (Aos et al., 2006; Holloway et al., 2006; Perry et al., 2006; Seiter & Kadela, 2003). Van deze meta-analyses is bekend dat ze alleen studies opnamen die ten minste een vergelijkingsgroep hadden. Op basis van de *Wat werkt*-criteria (zie eerder) zou de conclusie getrokken moeten worden dat het erop lijkt dat deelname aan de TG helpt in de reductie van criminaliteit, ondanks het ene negatieve resultaat uit de niveau 5-studie.

De effecten van een therapeutische gemeenschap op drugsgebruik werden in twee meta-analyses besproken, in beide studies werd een

50 Om deze reden worden deze resultaten slechts één keer weergegeven, via de meta-analyse van Chanhathasilpa et al. (2000).

daling in drugsgebruik voor deelnemers aan het programma gerapporteerd (Perry et al., 2006; Seiter & Kadela, 2003). Er werd door Seiter en Kadela (2003) echter een belangrijke nuancering op dit positieve resultaat aangebracht: hoewel het positieve effect dat deelname aan het programma sorteerde toenam naarmate men langer deelnam aan het programma, werd er een omslagpunt op twaalf maanden geconstateerd. Deelname aan de therapeutische gemeenschap vond plaats als voorwaarde van de voorwaardelijke invrijheidstelling of vervroegde invrijheidstelling en zolang men hier nog aan deelnam, werd deze niet opgeheven. Na twaalf maanden leken de deelnemers gefrustreerd te raken van de afwijzing van het einde van de voorwaardelijke invrijheidstelling en werkten zij niet langer mee (Seiter & Kadela, 2003).

*Overige toezichtprogramma's.* Enkele studies gingen over een specifiek onderdeel binnen een toezichtprogramma. Bij de volgende onderdelen werd een positief effect op criminaliteit gevonden, dat wil zeggen dat deelnemers aan dit onderdeel van het programma na afloop minder crimineel gedrag vertoonden dan de controlegroep: behandeling met medicatie (naltrexon), methadon als vervanger van heroïne, behandeling in de gemeenschap en vrijlating in afwachting van de rechtszaak met daarbij testen op drugsgebruik en sancties. Niet effectief in het reduceren van criminaliteit (geen verschil in uitkomst criminaliteit) bleken acupunctuur, een training in cognitieve vaardigheden en het dagelijks rapporteren over activiteiten. Over testen op drugsgebruik werden gemengde bevindingen gerapporteerd, waarbij in het ene onderzoek een daling in criminaliteit en het andere onderzoek geen verschil in criminaliteit werd gevonden. Wat uitkomsten op drugsgebruik betreft, werd gevonden dat *aftercare* en het aanleren van cognitieve vaardigheden geen effect op drugsgebruik hadden. In de overige onderzoeken werd niet over uitkomsten op drugsgebruik gerapporteerd.

**Tabel 7 Resultaten meta-analyses en overzichtsstudies van toezichtprogramma's voor verslaafde delinquenten**

Programma (aantal studies, SMS-score)	Studie (auteurs, jaar)	Uitkomstmaten criminaliteit en drugsgebruik <sup>a</sup>
Acupunctuur versus geen acupunctuur (1, SMS-score 5) <sup>b</sup>	Chanhatasilpa et al. (2000)	- Geen significante verschillen in nieuwe arrestatie, nieuwe veroordeling of schending van de voorwaarden.
Behandeling in de gemeenschap (6) <sup>c</sup>	Aos et al. (2006)	- Reductie in criminaliteit bedraagt -9,3%.
Casemanagement (1, SMS-score 2) <sup>d</sup>	Chanhatasilpa et al. (2000)	- Baten min kosten: \$10.054.
Casemanagement in the community for drug offenders (6) <sup>e</sup>	Aos, Miller & Drake (2006) <sup>f</sup>	- Minder nieuwe arrestaties afmakers programma versus niet-afmakers.
Casemanagement: Assertive Community Treatment (ACT) versus routine parole (1) <sup>g</sup>	Perry et al. (2006)	- Bevindingen hierover zijn gemengd (omvat brede groep programma's; meer onderzoek noodzakelijk).
Casemanagement: TASC (Treatment Alternatives to Street Crimes) versus controlegroep (geen deelname; 1, SMS-score 5) <sup>h</sup>	Chanhatasilpa, Mackenzie & Hickman (2000) <sup>j</sup>	- Geen verschil zelfrapportage drugsgebruik.
Casemanagement: TASC (Treatment Alternatives to Street Crimes): Substance abuse case management in Portland versus controle (geen casemanagement) versus 'referral' (1, SMS-score 5)	Chanhatasilpa et al. (2000)	- Geen verschil opnieuw in de gevangenis.
Cognitive skills: multi-systemic therapy in the home versus community services as usual (1) <sup>k</sup>	Perry et al. (2006)	- Geen verschil in dagen opgesloten in gevangenis.
Day reporting center (1) <sup>m</sup>	Koeter & Van Maastricht (2006)	- Geen verschil in aantal 'property crimes'.
(mental health) Drug court combined with ACT versus treatment as usual (1) <sup>n</sup>	Perry et al. (2006)	- Geen verschil in aantal ingetrokken vervroegde invrijheidstellingen.
		- Geen verschil in zelfrapportage crimineel gedrag in vergelijking met beide vergelijkingsgroepen met follow-up van 3 maanden.
		- Geen verschil in zelfrapportage crimineel gedrag in vergelijking met beide vergelijkingsgroepen met follow-up van 6 maanden.
		- Geen verschil opnieuw in de gevangenis met follow-up van 3 maanden.
		- Geen verschil opnieuw in de gevangenis met follow-up van 6 maanden.
		- Geen verschil zelfrapportage drugsgebruik na behandeling en ook niet na 6 maanden follow-up.
		- Geen verschil plegen misdrijven na behandeling en ook niet na 6 maanden follow-up.
		- Geen verschil in recidive deelnemers versus niet-deelnemers.
		- Geen verschil in drugsgebruik bij follow-up van 12 maanden

Tabel 7 (Vervolg)

Programma (aantal studies, SMS-score)	Studie (auteurs, jaar)	Uitkomstmaten criminaliteit en drugsgebruik <sup>a</sup>
Drug court (3) <sup>o</sup>	Koeter & Van Mastricht (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 80% van personen die programma aangeboden krijgen, start het; na één jaar is 60% nog in behandeling; 48% rondt behandeling compleet af.</li> <li>- Sterke daling drugsgebruik en criminaliteit tijdens programma.</li> <li>- Sterkste daling in drugsgebruik bij afmakers programma in vergelijking met controlegroep.</li> <li>- 6 evaluaties met controlegroep (die worden gerapporteerd door Belenko et al., 1998, 1999, 2001): <ul style="list-style-type: none"> <li>* 2 studies statistisch significante daling recidive.</li> <li>* 2 studies daling recidive, maar vermeldden geen significantietoets.</li> <li>* 1 studie geen significant verschil.</li> <li>* 1 studie significant hogere recidive in drugsrechtbankpopulatie.</li> </ul> </li> <li>- Geen verschil 'enig misdrijf' bij follow-up 6 en 12 maanden.</li> <li>- Geen verschil drugsgereleerd misdrijf, follow-up 12 maanden.</li> <li>- Minder arrestaties voor deelnemers bij follow-up van 12 en 24 maanden.</li> <li>- Geen verschil aantal aanklachten voor een drugsmisdrijf bij 12 maanden.</li> <li>- Minder aanklachten drugsmisdrijf bij 24 maanden voor deelnemers.</li> <li>- Geen verschil nieuwe veroordeling bij follow-up 12 maanden of 24 maanden.</li> <li>- Reductie in criminaliteit bedraagt -8%.</li> <li>- Baten min kosten: \$4.767.</li> <li>- Geen verschil criminaliteit (overall odds ratio<sup>u</sup> van 0,95).</li> <li>- Reductie in criminaliteit bedraagt -5,7%.</li> <li>- Baten min kosten: \$7835.</li> <li>- Lager aantal deelnemers opnieuw in de gevangenis na 6 maanden.</li> <li>- Minder criminaliteit deelnemers (overall odds ratio van 1,64).</li> <li>- Vaker nieuwe arrestatie deelnemers ISP in Seattle en Winchester.</li> <li>- Vaker nieuwe veroordeling voor schending voorwaarden deelnemers ISP Seattle.</li> <li>- Minder criminaliteit deelnemers (overall odds ratio van 2,46).</li> <li>- Minder vaak arrestatie, bij follow-up 90 dagen.</li> </ul>
Drug court versus routine probation or parole (1) <sup>p</sup>	Perry et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen verschil nieuwe arrestatie bij follow-up 24 maanden.</li> <li>- Minder nieuwe arrestaties <i>controlegroep</i> bij follow-up 42 maanden.</li> <li>- Minder vaak opnieuw in de gevangenis afmakers versus niet-afmakers (niet statistisch getoetst).</li> </ul>
Drug court versus routine probation or parole (1) <sup>q</sup>	Perry et al. (2006)	
Drug courts (57) <sup>f</sup>	Aos, Miller & Drake (2006)	
Drug courts en drug testing (5) <sup>s</sup>	Holloway et al. (2006) <sup>t</sup>	
Drug treatment in prison (therapeutic community or outpatient) (20) <sup>y</sup>	Aos, Miller & Drake (2006)	
Farmacologische interventie: naltrexone versus routine parole (1) <sup>w</sup>	Perry et al. (2006)	
Farmacologische interventie: onderhoudsmedicatie (4) <sup>x</sup>	Holloway et al. (2006)	
Intensive supervision (ISP) versus routine probation/parole (7, SMS-score 5) <sup>y</sup>	Chanhathasilpa et al. (2000)	
Intensive supervision (ISP; 3) <sup>z</sup>	Holloway et al. (2006)	
Pretrial release with drug testing and sanctions versus routine pre-trial release (4) <sup>aa</sup>	Perry et al. (2006)	
Testen op drugsgebruik (1) <sup>bb</sup>	Perry et al. (2006)	
Testen op drugsgebruik (1, SMS-score 2) <sup>cc</sup>	Chanhathasilpa et al. (2000)	

**Tabel 7 (Vervolg)**

Programma (aantal studies, SMS-score)	Studie (auteurs, jaar)	Uitkomstmaten criminaliteit en drugsgebruik <sup>a</sup>
Therapeutic community CREST work release versus routine work release (1) <sup>dd</sup>	Perry et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zelfrapportage drugsgebruik bij follow-up van 6 en 18 maanden lager bij CREST-groep.</li> <li>- Zelfrapportage arrestatie en aanklacht nieuw misdrijf bij follow-up 6 en 18 maanden lager bij CREST-groep.</li> <li>- Afmakers programma recidiveerden minder vaak dan niet-afmakers.</li> </ul>
Therapeutische gemeenschap (1, SMS-score 2) <sup>ee</sup>	Chanhathasilpa et al. (2000)	
Therapeutische gemeenschap (1, SMS-score 2) <sup>ff</sup>	Chanhathasilpa et al. (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minder nieuwe arrestaties, veroordelingen en minder vaak opnieuw gedetineerd (niet statistisch getoetst) voor afmakers Cornerstone-programma, in vergelijking met deelnemers korter dan 60 dagen, tussen de 2 en 6 maanden en meer dan 6 maanden.</li> </ul>
Therapeutische gemeenschap (1, SMS-score 2) <sup>gg</sup>	Chanhathasilpa et al. (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minder deelnemers terug naar de gevangenis in vergelijking met deelnemers aan de controlegroep (geen deelname; niet statistisch getoetst).</li> </ul>
Therapeutische gemeenschap (7) <sup>hh</sup>	Holloway, Bennett & Farrington (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minder criminaliteit deelnemers (overall odds Ratio van 2,49).</li> </ul>
Therapeutische gemeenschap versus wachtlijstcontrole (2) <sup>ii</sup>	Perry et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minder vaak nieuwe gevangenisstraf deelnemers, follow-up 12 maanden.</li> </ul>
Therapeutische gemeenschap: KEY-CREST-programma (4, SMS-score 4) <sup>jj</sup>	Seiter & Kadela (2003)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lagere recidive voor deelnemers aan alleen CREST (TG in de gemeenschap) en voor deelnemers aan KEY (TG in de gemeenschap) &amp; CREST, in vergelijking met controlegroep (geen TG) en i.v.m. deelnemers alleen KEY; follow-up 6 maanden.</li> <li>- Lagere terugval in drugsgebruik en minder criminele recidive voor deelnemers aan KEY &amp; CREST in vergelijking met controlegroep (geen TG) en deelnemers alleen CREST; follow-up 18 maanden.</li> <li>- Minder vaak gedetineerd en hebben vaker werk voor deelnemers aan CREST in vergelijking met drop-outs; follow-up periode 18 maanden.</li> <li>- Minder vaak gedetineerd en vaker werk voor deelnemers CREST in vergelijking met controlegroep (traditioneel work release programma); follow-up periode 18 maanden.</li> <li>- Langer drugsvrij en minder arrestaties deelnemers aan secundaire behandeling in vergelijking met controlegroepen (drop-outs en een groep die niet aan het programma deelnam); follow-up periode 3 jaar.</li> <li>- Deelnemers die nazorg ontvingen, bleven langer drugsvrij en werden minder vaak gearresteerd (in vergelijking met deelnemers secondary treatment, drop-outs en een groep die niet aan het programma deelnam).</li> <li>- Minder vaak opnieuw in de gevangenis voor deelnemers versus no treatment, versus controlegroep 1 (behandeling alleen in de gevangenis) en versus controlegroep 2 (drop-outs).</li> </ul>
Therapeutische gemeenschap: Amity: Inprison met aftercare versus geen behandeling, versus drop-out, versus alleen behandeling in de gevangenis (1, SMS-score 3) <sup>kk</sup>	Chanhathasilpa et al. (2000)	



**Tabel 7 (Vervolg)**

Programma (aantal studies, SMS-score)	Studie (auteurs, jaar)	Uitkomstmaten criminaliteit en drugsgebruik <sup>a</sup>
Therapeutische gemeenschap: Forever Free Substance Abuse program: prison and outpatient programma voor vrouwen versus non-participants en versus alleen inpatient programma (1, SMS-score 3) <sup>l</sup>	Chanhathasilpa et al. (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minder vaak opnieuw in de gevangenis deelnemers therapeutische gemeenschap plus aftercare in vergelijking met controlegroep 1 (alleen inpatient programma) en controlegroep 2 (geen behandeling).</li> </ul>
Therapeutische gemeenschap: KEY-CREST met aftercare (TG+) versus geen behandeling (1, SMS-score 3) <sup>mm</sup>	Chanhathasilpa et al. (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minder arrestaties (S) deelnemers TG+ in vergelijking met controlegroep (geen behandeling).</li> <li>- Minder arrestaties (NS) deelnemers TG+ in vergelijking met controlegroep (alleen TG in gevangenis).</li> <li>- Minder arrestaties (NS) deelnemers TG+ in vergelijking met controlegroep (alleen TG in gemeenschap).</li> <li>- Minder arrestaties.</li> <li>- Minder veroordelingen.</li> <li>- Minder vaak opnieuw in de gevangenis.</li> <li>- Minder dagen opnieuw in de gevangenis.</li> <li>- 80% van de deelnemers voltooit het programma en toont daling in criminele en drugsactiviteiten, follow-up 6 maanden (S).</li> <li>- Minder vaak opnieuw gedetineerd deelnemers versus drop-outs en versus geen behandeling.</li> <li>- Minder nieuwe arrestaties deelnemers.</li> <li>- Minder zelfrapportage delictgedrag en minder arrestaties voor <i>controlegroep</i> (standaardprogramma).</li> </ul>
Therapeutische gemeenschap: Outpatient drug and alcohol treatment program versus non-completers (1, SMS-score 2) <sup>nn</sup>	Chanhathasilpa et al. (2000)	
Therapeutische gemeenschap: Prison-based treatment assessment (PTA): therapeutische gemeenschap met aftercare (3, SMS-score 4) <sup>oo</sup>	Seiter & Kadela (2003)	
Therapeutische gemeenschap: standaardprogramma met 10 maanden inpatient en 2 maanden aftercare versus 'enhanced' programma met 6 maanden inpatient en 6 maanden aftercare (1, SMS-score 5) <sup>pp</sup>	Chanhathasilpa et al. (2000)	
Therapeutische gemeenschap: Stay N' Out (1 studie, SMS-score 4) <sup>qq</sup>	Seiter & Kadela (2003)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deelnemers in vergelijking met niet-deelnemers en in vergelijking met deelnemers ander drugsprogramma werden minder vaak gearresteerd: follow-up periode 3 jaar.</li> <li>- Positief effect van programma nam toe, naarmate persoon langer deelnam.</li> <li>- Geen (significant) verschil in aantal arrestaties.</li> </ul>
Therapeutische gemeenschap: Step Down programma (1, SMS-score 2) <sup>rr</sup>	Chanhathasilpa et al. (2000)	

**Tabel 7 (Vervolg)**

- a Alleen de significante verschillen worden weergegeven.
- b Latessa & Moon (1992).
- c Aos, Phipps & Barnoski (2004); Baird, Wagner, Decomo & Aleman (1994); California Department of Corrections (1997); Hepburn (2005); Lattimore, Krebs, Koetse, Lindquist & Cowell (2004).
- d Van Stelle, Mauser & Moberg (1994).
- e Anglin, Longshore & Turner (1999); California Department of Corrections (1996); Hanlon, Nurco, Bateman & O'Grady (1999); Longshore, Turner & Fain (2005); Owens, Klebe, Arens, Durham, Hughes, Moor et al. (1997); Rhodes & Gross (1997).
- f Review naar: 'Evidence-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs, and crime rates'.
- g Martin & Scarpitti (1993).
- h Anglin, Longshore, Turner, McBride, Inciardi & Prendergast (1996).
- i Review naar: 'The effectiveness of community-based programs for chemically dependent offenders'.
- j Rhodes & Gross (1997).
- k Henggeler, Pickrel & Brondino (1999).
- l Een dagcontactcentrum waar cliënten ondersteund worden in het aanmeten van een verantwoordelijke levensstijl (geen drugs en criminaliteit).
- m Craddock & Graham (2001).
- n Cosden, Ellens, Schnell, Yamini-Diouf & Wolfe (2003).
- o Belenko (1998; 1999; 2001).
- p Deschenes & Greenwood (1994).
- q Gottfredson & Exum (2002).
- r Barnoski & Aos (2003); Bavon (2001); Bell (1998); Breckenridge, Winfree Jr., Maupin & Clason (2000); Brewster (2001); Carey & Finigan (2004); Craddock (2002); Crumpton, Brekhus, Weller & Finigan (2003); Deschenes, Cresswell, Emami, Moreno, Klein & Condon (2001); Ericson, Weiter & Johnson (1999); Spokane County Drug Court (1999); Fielding, Tye, Ogawa, Imam & Long (2002); Finigan (1998); Godley, Dennis, Funk, Siekmann & Weisheit (1998); Goldkamp & Weiland (1993); Goldkamp, Weiland & Moore (2001); Goldkamp, White & Robinson (2001); Gottfredson, Coblenz & Harmon (1997); Gottfredson, Najaka & Kearley (2002); Granfield, Eby & Brewster (1998); Hairrell, Roman & Sack (2001); Johnson, Formichella & Bowers (1998); Latessa, Shaffer & Lowenkamp (2002); Listwan, Shaffer & Latessa (2001); Listwan, Sundt, Holsinger & Latessa (2003); Listwan, Shaffer & Latessa (2001); Logan, Hoyt & Leukefeld (2001); Martin, Spohn, Piper & Frenzel-Davis (2001); McNeece & Byers (1995); Miethe, Lu & Reese (2000); Peters & Murrin (2000); Rempel, Fox-Kralstein, Cissner, Cohen, Labriola, Farole, Bader & Magnani (2003); Shanahan, Lancsar, Haas, Lind, Weatherburn & Chen (2004); Spohn, Piper, Martin & Frenzel (2001); Stageberg, Wilson & Moore (2001); Tjaden, Diana, Feldman, Dietrich & Jackson (2002); Truit, Rhodes, Seeherman, Carrigan & Finn (2000); Turner, Greenwood, Fain & Deschenes (1999); Utah Substance Abuse and Anti-Violence Coordinating Council (2001); Vito & Tewksbury (1998); Wolfe, Guydish & Termond (2002).
- s Britt, Gottfredson & Goldkamp (1992). Artikel bevat vier experimenten en wordt daardoor omschreven als zijnde vier studies. Haapanen & Britton (2002); McBride & Inciardi (1993); Turner, Greenwood, Fain & Deschenes (1999); Gottfredson & Exum (2002).

**Tabel 7 (Vervolg)**

- t Review naar: 'Different kinds of intervention for problematic drug use on criminal behavior'.
- u De odds ratio is de ratio van twee kansen: in dit geval, de kans om te recidiveren is de kans om te recidiveren gedeeld door de kans om niet te recidiveren. Als de kans om te recidiveren bijvoorbeeld 0,7 is, dan is de odds  $0,7/0,3 = 2,33$ . De odds ratio is het delen van de kans van twee groepen om te recidiveren, zodat bekeken kan worden welke groep een hogere/lagere kans heeft. Hierbij kun je bijvoorbeeld denken aan een behandelgroep en een controlegroep. Een positieve odds ratio ( $> 1,0$ ) betekent dat de kans om te recidiveren in de behandelgroep lager is dan de kans om te recidiveren in de controlegroep ( $< 1,0$ ).
- v Dugan & Everett (1998); Knight, Simpson, Hiller (2003); Peters, Keams, Murrin, Dolente & May (1993); Taxman & Spinner (1997); Tunis, Austin, Morris, Hardyman & Bolyard (1996).
- w Cornish, Metzger, Woody, Wilson, McLellan, Vandergrift et al. (1997).
- x Bale, Van Stone, Kuldau, Engelsing, Elashoff & Zarcone (1980); Simpson & Sells (1982); Magura, Rosenblum, Lewis & Joseph (1993); Perneger, Giner, del Rio & Mino (1998).
- y Petersilia, Turner & Deschenes (1992). Artikel bevat experimenten op zeven locaties over dit onderwerp en wordt daardoor omschreven als zijnde zeven studies.
- z Ghodse, Reynolds, Baldacchino, Dunmore, Byrne, Oyefeso, Clancy & Crawford (2002); Brown, O'Grady, Battjes, Farrell, Smith & Nurco (2001).
- aa Britt, Gottfredson & Goldkamp (1992). Artikel bevat 4 experimenten en wordt daardoor omschreven als zijnde 4 studies.
- bb Haapanen & Britton (2002).
- cc Vito, Wilson & Holmes (1993).
- dd Nielsen, Scarpitti & Inciardi (1996).
- ee Martin, Lockwood, Inciardi & Freeman (1992).
- ff Field (1989).
- gg Oregon Department of Corrections (1994).
- hh Dymia & Hung-En (2000); Farrell (2000); Gordon, Moriarty & Grant (2000); Hser, Grella, Hubbard, Hsieh, Fletcher, Brown & Anglin (2001); Inciardi, Martin, Butzin, Hooper & Harrison (1997); Simpson, Joe & Brown (1997); Wexler, DeLeon, Thomas, Kressel & Peters (1999); Sacks, Sacks, McKendrick, Banks & Stommel (2004).
- ii Wexler, DeLeon, Thomas, Kressel & Peters (1999); Sacks, Sacks, McKendrick, Banks & Stommel (2004).
- jj Butzin, Scarpetti, Nielsen, Martin & Inciardi (1999); Inciardi, Martin, Butzin, Hooper & Harrison (1997); Martin, Butzin, Saum & Inciardi (1999).
- kk Wexler, Falkin, Lipton, Rosenbloom & Goodlowe (1995).
- ll Prendergast, Wellisch & Wong (1996).
- mm Martin, Butzin & Inciardi (1995).
- nn Finigan (1996).
- oo Knight, Simpson, Chatham & Camacho (1997); Knight, Simpson & Hiller (1999); Hiller, Knight & Simpson (1999).
- pp Nemes, Wish & Messina (1998).
- qq Wexler, Falkin & Lipton (1990).
- rr Hiller, Knight, Devereux & Hatchcoat (1996).

## 5.4 Effectiviteit toezichtprogramma's: effectstudies

### 5.4.1 Inleiding

De overige studies in de database over verslaafde delinquenten werden gescreend. De onderzoeken dienden ten minste een uitkomstmaat criminaliteit te omvatten en er diende een vergelijkingsgroep aanwezig te zijn, anders werden de studies niet opgenomen in dit hoofdstuk. De studies die reeds besproken waren in een van de meta-analyses of overzichtartikelen, werden eveneens niet opgenomen. Dit gezien het feit dat dezelfde resultaten dan meer keren zouden worden weergegeven, wat de beoordeling van de effectiviteit van de programma's onterecht positief dan wel negatief zou kunnen beïnvloeden.

Er werden binnen de studies over verslaafde delinquenten zeven effectstudies met een vergelijkingsgroep en een uitkomstmaat criminaliteit gevonden. Deze werden beoordeeld op een aantal methodologische kenmerken (zie tabel 15 van bijlage 2). Ter bespreking van de effectiviteit van de toezichtprogramma's die in de artikelen aan de orde komen, werden de studies daarnaast gecategoriseerd naar SMS-niveau. Ook over het risiconiveau van de deelnemers aan de studie werd een uitspraak gedaan (zie tabel 8). De resultaten van de effectstudies worden besproken in het kader van de *Wat werkt*-benadering.

### 5.4.2 Resultaten effectstudies

#### *Breaking the Cycle (BTC)*

Harrell et al. (2002) verrichtten een onderzoek naar de effectiviteit van dit programma in Birmingham. Zij vergeleken een groep deelnemers aan BTC met een groep delinquenten die een jaar eerder gearresteerd was en aan de criteria voor BTC voldeed. De BTC-deelnemers waren allen met '*pretrial release*', vrij in afwachting van hun proces.

De interventie voor de BTC-groep bestond uit een doorverwijzing naar behandeling (voor 96% van de deelnemers), urinemonitoring (21% van de deelnemers), opleidingsgroepen geleid door TASC (2%), ambulante behandeling (57%), residentiële behandeling (bijvoorbeeld in een psychiatrische instelling, 16%) en een paar deelnemers kwamen in een methadononderhoudsprogramma terecht. Wat de programma-evaluatie betreft, vonden de auteurs dat het systeem van graduele sancties in de praktijk nog niet zo goed werkte. Er werd gevonden dat de meeste opgelegde sancties relatief (te) mild waren. Van de BTC-deelnemers die meer dan drie overtredingen hadden, kreeg 85% geen hoorzitting, 7% kreeg een waarschuwing, 3% kreeg enkele dagen gevangenisstraf en 4% kreeg een andere sanctie. De casemanagers implementeerden deze aanpak niet consequent en er zat

vaak meer dan een maand tussen de overtreding en de sanctie en rechters reageerden nauwelijks op overtredingen (Harrell et al., 2002).

Gemiddeld werden er 16 (range 1-51) drugtests per cliënt afgenomen. In iets meer dan de helft van deze tests werd geen drugsgebruik gevonden (53%). In 25% van de tests werd recent drugsgebruik ontdekt en in 22% van de tests werd deze niet goed afgenomen, waardoor de uitslag onbekend bleef. Bij de BTC-groep werd in 89% van de deelnemers ten minste één overtreding gevonden ( $M = 11$ ), wat in 75% van de gevallen een gemiste of positief bevonden urinetest betrof. Er werd minder 'enig drugsgebruik' en minder harddrugsgebruik voor de BTC-groep gerapporteerd. De Afrikaans-Amerikaanse BTC-deelnemers rapporteerden eveneens minder marihuana-gebruik. Er werd minder criminaliteit gerapporteerd door de blanke deelnemers aan de BTC-groep, terwijl er geen verschil voor de Afrikaans-Amerikaanse deelnemers werd gevonden. De totale BTC-groep werd minder vaak gearresteerd bij een follow-up van gemiddeld 290 dagen. Deze resultaten van het onderzoek zijn positief te noemen, zowel wat betreft drugsgebruik als criminaliteit (met name voor de blanke deelnemers).

Een belangrijke beperking aan dit onderzoek is het feit dat er een aantal significante groepsverschillen was tussen de BTC-groep en de controlegroep. De controlegroep was jonger, verbleef gedurende de levensloop minder maanden in de gevangenis, was minder vaak in het verleden gearresteerd, rapporteerde minder criminaliteit (zelfrapportage), was minder vaak met vervroegde of voorwaardelijke invrijheidstelling bij de aanvang van het onderzoek, was minder vaak aangemerkt als een ernstige delinquent, was minder vaak gestrest over zijn werkstatus, had meer dagen een betaalde baan gehad en rapporteerde meer marihuana-gebruik (zelfrapportage). Deze verschillen maken het een stuk minder geschikt om vergelijkingen tussen de groepen te maken. Daarnaast is dit niet de beste vergelijkingsgroep die voor dergelijk onderzoek gekozen kan worden. Er kunnen allerlei groepsverschillen (cohortverschillen) bestaan tussen deelnemers aan het onderzoek en personen die in principe voor het programma in aanmerking zouden kunnen komen, maar die een jaar eerder gearresteerd werden.

Harrell, Mitchell, Merrill en Marlowe (2003) onderzochten het BTC-programma in drie verschillende locaties: Birmingham, Jacksonville en Tacoma. Er werden over het algemeen positievere resultaten gerapporteerd voor de BTC-groep in vergelijking met de controlegroep, hoewel er enkele verschillen waren op de drie verschillende locaties. Er werd minder drugsgebruik door BTC-deelnemers op twee van de drie locaties (Birmingham en Jacksonville) gevonden, terwijl er in Tacoma geen verschil in drugsgebruik werd gevonden. De deelnemers aan het BTC-programma op drie locaties rapporteerden minder criminaliteit dan de

controlegroep (zelfrapportage). Deze resultaten werden voor een deel bevestigd met resultaten uit officiële bronnen, er waren minder arrestaties voor BTC-deelnemers in Birmingham en Tacoma, maar meer arrestaties voor BTC-deelnemers in Jacksonville. Daarnaast werd nog gevonden dat deelnemers aan BTC minder familieproblemen hadden, op de drie locaties. In Tacoma hadden de BTC-deelnemers minder psychologische problemen, werkproblemen en sociale problemen en in Jacksonville hadden de deelnemers eveneens minder werkproblemen (Harrell et al., 2003). Ook in dit onderzoek werden significante groepsverschillen (a priori) gevonden die de resultaten van het onderzoek mogelijk beïnvloeden. Het gaat hierbij om verschillen in drugsgebruik, het type indexdelict en het aantal dagen in de gevangenis.

### *Drugsrechtbank*

Banks en Gottfredson (2003) deden onderzoek naar het effect van behandeling en het effect van toezicht op criminaliteit, twee elementen binnen het drugsrechtbankprogramma. Hoewel het onderzoek als een Randomized Controlled Trial (RCT) was opgezet, met aselechte toewijzing aan de behandel- of controlegroep, wordt in dit artikel alleen het effect van behandeling en het effect van toezicht op criminaliteit binnen de behandelgroep besproken.<sup>51</sup> Voor het onderzoek werd de behandelgroep nader ingedeeld in subgroepen naar het wel of niet ontvangen van behandeling en het wel of niet ontvangen van toezicht. Banks en Gottfredson (2003) concluderen dat vooral het bijwonen van de behandeling een positief effect op criminaliteit heeft. De deelnemers aan behandeling recidiveerden significant minder vaak dan de deelnemers die geen behandeling kregen. Het ontvangen van alleen toezicht resulteerde niet in een significant verschil tussen deelnemers en niet-deelnemers. Verder werd gevonden dat het voor deelnemers aan zowel behandeling als aan supervisie het langst duurde voordat zij recidiveerden, maar deze *survival time*<sup>52</sup> was niet significant langer dan voor degenen die alleen behandeling ondergingen. De behandeling sorteerde vooral de eerste vier maanden na follow-up een positief effect en de positieve effecten vielen weg bij de follow-up van twaalf maanden (Banks & Gottfredson, 2003). Een beperking aan het onderzoek is het feit dat belangrijke achtergrondgegevens ontbraken, zoals informatie over het type drugs dat gebruikt werd en gegevens over eerdere behandeling.

51 De resultaten van het onderzoek waar het een vergelijking tussen deelnemers aan de drugsrechtbank en de controlegroep betreft, worden elders uitgebreid besproken (zie Banks & Gottfredson, 2002); over het algemeen resulteerde deelname aan het programma van de drugsrechtbank in een daling in het aantal arrestaties en duurde het langer tot men opnieuw gearresteerd werd.

52 De '*survival time*' wordt gebruikt als maat voor recidive. De tijd vanaf het moment dat een persoon risico loopt tot de tijd dat de persoon recidiveert wordt hierbij gemeten. Hoe langer de '*survival time*' duurt, hoe langer het duurt totdat de persoon recidiveert.

Banks en Gottfredson (2004) onderzochten of deelname aan de drugsrechtbank effect had op de recidive en op de tijd tot een eventuele nieuwe arrestatie. Uit de resultaten bleek dat deelnemers aan het programma significant minder vaak opnieuw werden gearresteerd en het duurde ook langer tot ze opnieuw werden gearresteerd. In een tweede analyse werd de follow-up periode van twee jaar verdeeld in vijf perioden van een aantal maanden, waarbij bleek dat het grootste verschil in het aantal nieuwe arrestaties tussen de deelnemers en de controlegroep, tussen vier en acht maanden na de start van het programma lag. Met andere woorden, in de andere tijdvakken werd geen of nauwelijks verschil gevonden in het aantal personen dat opnieuw gedetineerd wordt. Een verklaring voor dit resultaat, dat in eerste instantie opmerkelijk lijkt, wordt door de auteurs gezocht in het feit dat veel deelnemers in de eerste maanden nog niet daadwerkelijk aan de verschillende onderdelen van het programma waren begonnen. Op het moment dat dit wel zo was, ontstond een verschil, dat duidt op effectiviteit van de drugsrechtbank. Een implicatie van deze bevinding kan zijn dat nog grotere verschillen in effectiviteit worden gevonden indien men meteen na vrijlating met het programma van start gaat.

#### *Intensive Supervision Probation/Parole Program (ISP)*

Er werd één onderzoek naar ISP bij verslaafde delinquenten gevonden dat niet reeds in de meta-analyses was opgenomen, het onderzoek van Taxman en Thanner (2006). Zij onderzochten of een model dat intensieve supervisie benadrukt, het 'seamless model', effectiever is in het reduceren van recidive in vergelijking met standaard voorwaardelijke beëindiging (probation) van de gevangenisstraf. In dit 'seamless model', ook wel intensieve supervisie genoemd (ISP), wordt de behandeling tegen drugsgebruik geïntegreerd in de normale voorwaardelijke invrijheidstelling. Hierbij wordt onder andere regelmatig getest op drugsgebruik, worden graduele sancties bij overtreding van de voorwaarden toegepast (naarmate men meer overtredingen begaat, wordt strenger gestraft) en worden de personen ten minste zes maanden in de behandeling gehouden. Het programma is bedoeld voor personen die ten minste twee keer eerder gearresteerd zijn. In het traditionele model wordt enkel doorverwezen naar behandelinstellingen in de gemeenschap.

De deelnemers werden eerst ingedeeld in een groep deelnemers met een hoog risico van recidive en een groep deelnemers met gematigd risico van recidive, rekening houdend met het RNR-principe<sup>53</sup> (Andrews &

53 De gedetineerden werden aan de hand van de Wisconsin Tool (van Voorhis & Brown, 1996) ingedeeld in deze twee groepen. Dit gebeurde vanwege het 'Risk, Need and Responsibility-principe' (RNR; Andrews & Bonta, 1998). Een belangrijke boodschap binnen dit systeem is dat personen met een hoog risico van recidive een intensievere en meer gestructureerde interventie nodig hebben dan personen met een lager risico. Taxman en Thanner (2006) onderzochten of er ondersteuning voor dit principe gevonden kon worden, door te bekijken of de interventie meer dan wel minder succes had bij personen met een hoger risico vergeleken met personen met een lager risico.

Bonta, 1998). Vervolgens werden beide groepen aselekt toegewezen aan het intensieve supervisieprogramma of aan standaard voorwaardelijke invrijheidstelling. Op deze manier werden evenveel deelnemers met een hoog risico van recidive en deelnemers met een gematigd risico van recidive aan beide groepen toegewezen. Het onderzoek werd op twee locaties uitgevoerd.

De data werden op verschillende manieren geanalyseerd. Allereerst werd gekeken naar het effect van de behandeling op drugsgebruik en recidive binnen de groep deelnemers met hoog risico van recidive en binnen de groep deelnemers met gematigd risico van recidive. Daarnaast werd gekeken naar het effect van de behandeling op drugsgebruik en recidive, zonder rekening te houden met verschillen in risico van recidive tussen de deelnemers. Over het algemeen werden nauwelijks (significante) verschillen gevonden wat betreft drugsgebruik en criminele recidive. Dit deed de onderzoekers besluiten de resultaten op nog een derde manier te analyseren. Ditmaal werd de ernst van de drugsverslaving van de deelnemers ook meegenomen.<sup>54</sup> Op deze manier werden de deelnemers in vier groepen verdeeld: 1) deelnemers met ernstig drugsgebruik (ASI-score hoger dan 0,04) en een hoog risico van recidive, 2) deelnemers met ernstig drugsgebruik (ASI score hoger dan 0,04) en een gematigd risico van recidive, 3) deelnemers die cocaïne/heroïne als primaire drug gebruikten en een hoog risico van recidive hadden en 4) deelnemers die cocaïne/heroïne als primaire drug gebruikten en een gematigd risico van recidive hadden. Deelnemers aan ISP binnen beide groepen met hoog risico van recidive (degenen met ernstig drugsmisbruik en degenen met cocaïne/heroïne als primaire drug) werden minder vaak opnieuw gearresteerd. Voor de deelnemers aan ISP binnen beide groepen met een gematigd risico van recidive werd een negatief effect van de behandeling gevonden, zij werden vaker opnieuw gearresteerd dan de controlegroep.

Aangezien deze manier van analyseren wel groepsverschillen opleverde, concludeerden de auteurs dat naast rekening houden met het risico van recidive (RNR-principe), er ook rekening gehouden dient te worden met de ernst van de criminogene behoeften. In het geval van verslaafde delinquenten betreft dit de ernst van het middelenmisbruik en het type drugs dat wordt gebruikt (Taxman & Thanner, 2006).

### *Therapeutische gemeenschap*

Wexler, DeLeon, Thomas, Kressel en Peters (1999) onderzochten een therapeutische gemeenschap (TG) als toezichtprogramma dat KEY-CREST

54 Deze werd op twee verschillende manieren bepaald. Eerst werd de groep onderverdeeld naar personen die wel of niet cocaïne/heroïne als primair drugsgebruik rapporteerden, vervolgens werd gekeken naar de ernst (frequentie) van het drugsgebruik aan de hand van de Addiction Severity Index (ASI; McLellan, Kushner, Metzger, Peters, Smith, Grissom et al., 1992). De grens lag bij een score die groter of kleiner dan 0,04 was.



heet. KEY is de TG in de gevangenis, CREST is het *outreach center*. Het programma wordt inhoudelijk in paragraaf 5.2.2 omschreven. Het onderzoek richtte zich op personen die een drugsprobleem hadden en tussen de negen en veertien maanden voor vervroegde vrijlating zaten. Gedetineerden die brandstichting hadden gepleegd en gedetineerden die een seksueel misdrijf met kinderen hadden gepleegd, werden expliciet uitgesloten van deelname. De deelnemers werden in vier groepen verdeeld: de drop-outs in de behandeling (degenen die de behandeling niet afronden), de deelnemers aan alleen TG in de gevangenis (intramurale TG), de deelnemers aan TG zowel in de gevangenis als in de gemeenschap (intramurale en extramurale TG) en de controlegroep, die geen enkele vorm van behandeling genoot. De follow-updata met betrekking tot een periode van twaalf en 24 maanden risico worden beschreven door Wexler, DeLeon, Thomas, Kressel en Peters (1999).<sup>55</sup> Wexler, Melnick, Lowe en Peters (1999) bespreken de resultaten van het programma 36 maanden na afloop.

Er werd geen significant verschil gevonden in 'opnieuw in de gevangenis' tussen de deelnemers aan de drie behandelgroepen totaal (drop-outs, alleen intramurale TG, intramurale en extramurale TG) in vergelijking met de controlegroep (geen behandeling). Echter, binnen de drie behandelgroepen kwamen degenen die ook *aftercare* kregen significant minder vaak opnieuw in de gevangenis terecht dan degenen die het programma niet afronden (drop-outs) en dan de degenen die alleen deelnamen aan de TG in de gevangenis. Het duurde bovendien langer voordat de behandelgroepen (alledrie bij elkaar opgeteld) opnieuw gedetineerd werden in vergelijking met de controlegroep, een indicatie van succes van het programma. De impact van nazorg was na correctie voor verschillende achtergrondvariabelen (leeftijd, etnische afkomst, het wel of niet injecteren van drugs en het aantal eerdere veroordelingen) nog steeds aanwezig. Deze correctie werd toegepast als poging om een mogelijke selectiebias in verband met vrijwillige deelname zoveel mogelijk terug te dringen (Wexler, Melnick et al., 1999).

Eerdere bevindingen over deze groep gedetineerden met een follow-up periode van twaalf en 24 maanden (Wexler, DeLeon et al., 1999) toonden aan dat de behandelduur van belang was in het reduceren van crimineel gedrag. Hoe langer men behandeld was, hoe minder vaak men opnieuw crimineel gedrag vertoonde. Echter, deze bevinding bleef niet overeind bij het analyseren van de recidivegegevens na 36 maanden. De reductie in crimineel gedrag na het ontvangen van nazorg werd wel bevestigd bij de

55 Dit onderzoek is opgenomen in één van de meta-analyses en wordt om die reden niet als individuele effectstudie besproken. Over het algemeen werden positieve bevindingen over deelname aan de TG gerapporteerd wat betreft criminaliteit (daling voor deelnemers).

analyse van de recidivegegevens na een follow-up van 36 maanden. Deze bevindingen samen ondersteunen het belang van nazorg.

Een beperking aan het onderzoek is het gegeven dat op de variabelen leeftijd, etniciteit, wel of niet eerst KEY (intramurale)-programma gevolgd, aantal dagen van follow-up en de programmakosten, a priori verschillen bestonden tussen de vier groepen. Op deze manier is het niet mogelijk uit te sluiten dat a priori verschillen tussen de groepen een deel van de uitkomsten beïnvloeden. Een tweede beperking aan de resultaten van het onderzoek betreft het feit dat aselechte toewijzing enkel plaatsvond voor de deelnemers aan het intramurale programma, deelname aan het nazorgprogramma vond plaats op basis van vrijwilligheid. Met name verschillen in motivatie als methodologische beperking worden veel genoemd bij deelname op basis van vrijwilligheid. Het zou dus mogelijk zijn dat de effecten op criminaliteit en/of verslaving ten minste voor een deel aan de motivatie in plaats van aan de interventie toe te schrijven zijn (Wexler, Melnick et al. 1999).

### *Sociale steun*

Hanlon, Nurco, Bateman en O'Grady (1999)<sup>56</sup> onderzochten de invloed van deelname aan drie verschillende interventies bij personen die cocaïne en/of heroïne gebruikten. Er waren drie groepen: 1) de '*social support*'-groep, waarin wekelijkse urinetesten gecombineerd werden met *counseling*, casemanagement en *case advocacy* (SSU-groep), 2) een groep die wekelijks alleen urinetesten onderging (U-groep), en 3) een groep die *routine parole* ontving (C-groep). Alle deelnemers waren voorwaardelijk in vrijheid gesteld, met als belangrijkste voorwaarde deelname aan een programma tegen (hernieuwd) middelenmisbruik. Deelname aan het onderzoek naar de effectiviteit van het programma was niet verplicht. Het doel van het onderzoek was het bepalen van de effectiviteit van sociale steun en daarnaast het onderzoeken van de specifieke effectiviteit van het gebruikmaken van urinetesten. Uit de resultaten bleek dat deelnemers die sociale steun ontvingen (SSU) minder vaak recidiveerden dan de groep die alleen urinecontroles kreeg (U) en dan de groep die *routine parole* kreeg (C). Er werden geen significante verschillen in recidive gevonden tussen de U- en C-groepen, behalve dat er minder vaak (significant) een arrestatiebevel voor de C-groep was. Bij de deelnemers die sociale steun ontvingen, duurde het bovendien langer voordat de eerste overtreding werd begaan, in vergelijking met de groep die alleen urinetesten onderging. De tijd tot de eerste arrestatie was langer voor SSU in vergelijking met beide vergelijkingsgroepen (U en C). Overige voorspellers van schendingen van de

56 Hoewel dit onderzoek in de meta-analyse van Aos et al. (2006) over casemanagement is opgenomen, wordt het hier toch besproken. In de meta-analyse worden namelijk geen resultaten of conclusies over dit onderzoek beschreven.

voorwaarden waren leeftijd (jonger), sekse (man-zijn), meer criminele activiteiten in de voorgeschiedenis en langer in de gevangenis hebben gezeten. Vrouwen werden minder vaak opnieuw gearresteerd ondanks hun relatief hogere drugsgebruik. Afrikaans-Amerikaanse deelnemers rapporteerden minder drugsmisdriven (dealen in drugs; zelfrapportage). De uitkomsten wat betreft drugsgebruik laten zien dat er meer (ontdekt) drugsgebruik in de behandelgroepen voorkomt, maar dat er geen verschil is in de hoeveelheid drugsgebruik op basis van zelfrapportage. Voor alle deelnemers was de tijd tot de eerste positieve urinetest ongeveer zes maanden. De uitkomsten met betrekking tot de behandelresultaten en werk worden hier niet besproken (zie Hanlon et al., 1999, p. 172). Er werd nog een aanvullende analyse verricht toen bleek dat sommige deelnemers in de controleconditie – als gevolg van onvolledige programma-implementatie – geen behandeling kreeg. Dit bleek het geval te zijn voor eenderde van de deelnemers uit de controlegroep. Deze deelnemers werden vergeleken met de SSU-groep en hieruit bleek dat de SSU-groep minder vaak de voorwaarden van de voorwaardelijke invrijheidstelling schonden, minder drugs gebruikten en vaker werk vonden. De follow-up periode was een jaar.

In tabel 8 worden enkele kenmerken van de effectstudies weergegeven. Van elk onderzoek worden de SMS-score, het risiconiveau en de uitkomsten van het programma op crimineel gedrag gegeven. In tabel 15 van bijlage 2 staat informatie over de gebruikte onderzoeksmethode van de effectstudies samengevat.

**Tabel 8 Resultaten effectstudies van toezichtprogramma's voor verslaafde delinquenten**

Programma	Studies (auteur, jaar)	SMS-niveau	Risiconiveau deelnemers	Uitkomst criminaliteit en drugsgebruik
Combinatie-programma: drugs court, casemanagement en TASC	Harrell, Mitchell, Hirst, Marlowe en Merrill (2002)	2-3	Serious offender (niet nader gedefinieerd): 42% BTC-groep, 55% pre-BTC-groep (significant verschil)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minder 'enig druggebruik' voor totale BTC-groep.</li> <li>- Minder harddruggebruik voor totale BTC-groep.</li> <li>- Minder marihuana-gebruik voor Afrikaans-Amerikaanse BTC-deelnemers.</li> <li>- Minder criminaliteit witte deelnemers BTC-groep, geen verschil Afrikaans-Amerikaanse deelnemers.</li> <li>- Minder arrestaties voor BTC-groep.</li> </ul>
Combinatie-programma: drugs court, casemanagement en TASC	Harrell, Mitchell, Merrill en Marlowe (2003)	2-3	Birmingham: niet gerapporteerd Jacksonville: 16% violent/person offenses Tacoma: 5% person offenses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minder drugsgebruik voor BTC-deelnemers op 2 van de 3 locaties (Birmingham en Jacksonville; in Tacoma werd geen verschil gevonden).</li> <li>- Minder criminaliteit voor BTC-deelnemers op 3 locaties (zelfrapportage).</li> <li>- Minder arrestaties voor BTC-deelnemers op 2 locaties (Birmingham en Tacoma; meer arrestaties in Jacksonville).</li> </ul>
Drug court	Banks en Gottfredson (2003)	3-4	0,01% misdrijf gericht op persoon 17% misdrijf gericht op bezittingen 69% drugsgereleerde misdrijven	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bijwonen van behandeling resulteerde in significante daling van het risico van recidive, follow-up 2 jaar: 41% deelnemers behandeling recidive versus 81% niet-deelnemers behandeling.</li> <li>- Ontvangen van toezicht resulteerde niet in een significante daling van het risico van recidive: 38% versus 33%.</li> <li>- Deelnemers aan zowel behandeling als toezicht hadden het laagste recidivepercentage: 61%, maar niet significant lager dan degenen die alleen behandeling ondergingen (59%).</li> <li>- Minder deelnemers drugsrechtbank teruggevallen dan deelnemers aan de controlegroep.</li> </ul>
Drug court	Banks en Gottfredson (2004)	4-5	Niet-gewelddadig	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duurt langer tot terugval voor deelnemers.</li> <li>- Indien alleen de gevallen onderzocht werden die faalden, was er geen verschil in tijd tot falen tussen drugsrechtbank en behandelgroep.</li> <li>- Geen verschil in terugval geanalyseerd naar type delict (delict op de persoon gericht, vermogensdelict, drugsgereleerd delict).</li> <li>- In regressieanalyses (controle voor demografische karakteristieken) bleken drugsrechtbanken het risico van recidive met 65% te verminderen.</li> </ul>

Tabel 8 (Vervolg)

Programma	Studies (auteur, jaar)	SMS-niveau	Risiconiveau deelnemers	Uitkomst criminaliteit en drugsgebruik
Intensieve supervisie	Taxman en Thanner (2006)	4-5	50% hoog risico 50% gemiddeld risico	<p>Uitkomsten drugsgebruik, per locatie en per deelname ISP versus controlegroep:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen verschil uitkomstmaten drugsgebruik in locaties 1 en 2, behalve lager percentage zelfrapportage alcoholgebruik in behandelgroep locatie 1.</li> </ul> <p>Uitkomsten drugsgebruik, per site en per risicogroep:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen verschil zelfrapportage drugsgebruik binnen hoogrisicogroep ISP versus laagrisicogroep controleprogramma (locatie 1 en 2). Enige uitzondering: lager zelfrapportage alcoholgebruik hoogrisicogroep ISP (locatie 1).</li> <li>- Geen verschil zelfrapportage drugsgebruik binnen gematigdriscogroep ISP versus gematigdriscio-ontrolegroep.</li> <li>- Minder vaak positieve urinecontrole hoogrisico-behandelgroep versus laagrisico-ontrolegroep (locatie 2).</li> <li>- Vaker positieve urinecontrole in de gematigdriscogroep ISP versus controlegroep (locatie 2).</li> </ul> <p>Uitkomsten recidive per site en per deelname ISP versus controlegroep:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen verschil uitkomstmaten recidive locatie 1 (<i>% any arrest, mean number of arrests, days to first arrest, % violation of probation (vop), days to first vop, % arrest for new crime, days to first new crime arrest</i>).</li> <li>- Duurde langer (aantal dagen) tot eerste arrestatie, duurde langer tot eerste arrestatie nieuw misdrijf in controlegroep (locatie 2).</li> </ul> <p>Drugsgebruik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meer ontdekt drugsgebruik in behandelgroepen: ten minste 1 positieve urinetest in 70% SSU- en U-deelnemers versus 37% controlegroep (volgens reclasseringsmedewerkers bij extra 23% vermoedens drugsgebruik).</li> <li>- Geen verschil hoeveelheid drugsgebruik op basis van zelfrapportage.</li> <li>- Voor SSU- en U-groepen duurde het ongeveer 6 maanden voor de eerste positieve urinetest werd gevonden.</li> </ul>

Tabel 8 (Vervolg)

Programma	Studies (auteur, jaar)	SMS-niveau	Risiconiveau	Uitkomst criminaliteit en drugsgebruik
Social support	Hanlon, Nurco, Bateman en O'Grady (1999)	3-4	Niet gerapporteerd	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deelnemers sociale steun + urinecontroles (SSU) minder recidive dan de groep die alleen urinecontroles kreeg (U; minder overtredingen vervroegde invrijheidstelling, minder arrestatiebevelen, minder arrestaties, minder vaak intrekking vervroegde invrijheidstelling, minder vaak opnieuw veroordeeld, minder vaak gevangenisstraf).</li> <li>- Deelnemers SSU minder recidive dan de groep die routine vervroegde invrijheidstelling kreeg (C; arrestaties, minder vaak intrekking vervroegde invrijheidstelling, minder vaak opnieuw veroordeeld voor een misdrijf, minder vaak gevangenisstraf).</li> <li>- Geen significante verschillen tussen U en C, behalve minder vaak arrestatiebevel voor C-groep.</li> <li>- Tijd tot eerste overtreding voorwaarden langer voor SSU-groep in vergelijking met U-groep, tijd tot eerste arrestatie langer voor SSU in vergelijking met U en in vergelijking met C</li> </ul>
Therapeutische gemeenschap	Wexler, Melnick, Lowe en Peters (1999)	4	Veel criminaliteit (gemiddeld 78 maanden detentie vóór huidige straf)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen significant verschil opnieuw in gevangenis tussen de 3 behandelgroepen totaal (drop-outs, alleen in-prison TG, in-prison TG en aftercare) versus deelnemers aan de controlegroep.</li> <li>- Binnen 3 behandelgroepen: degenen die ook de aftercare kregen, waren significant minder vaak opnieuw in de gevangenis.</li> <li>- Duurde langer voordat de 3 behandelgroepen totaal (drop-outs, alleen in-prison TG, in-prison TG en aftercare) opnieuw gedetineerd werden in vergelijking met controlegroep.</li> <li>- Binnen 3 behandelgroepen: bij degenen die ook aftercare kregen, duurde het het langst voordat ze opnieuw werden gedetineerd.</li> <li>- Multivariate analyses: alleen leeftijd significante correlatie met opnieuw in de gevangenis, en alleen de 'perceived need for treatment' was gecorreleerd aan het aantal dagen dat het duerde voordat men opnieuw in de gevangenis zat.</li> <li>- Logistische regressieanalyse: leeftijd, eerdere gevangenisstraffen en aftercare reduceerden kans op nieuwe straf.</li> <li>- Als er gecontroleerd werd voor leeftijd en eerdere veroordelingen: aftercare afmakers 6,2 keer lagere kans op nieuwe gevangenisstraf.</li> <li>- Geen significant verschil criminaliteit tussen prison TG drop-outs en prison TG afmakers.</li> <li>- In regressieanalyse met leeftijd, eerdere veroordelingen en de score op de motivatieschaal (Circumstances, Motivation and Readiness form) als constanten: significant later opnieuw in gevangenis.</li> </ul>

## 5.5 Conclusies en discussie

### 5.5.1 Conclusies

#### *Effectiviteit toezichtprogramma's*

Uit de meta-analyses kwam een aantal toezichtprogramma's naar voren. Resultaten met betrekking tot casemanagement, drugsrechtbanken, *intensive supervision* en therapeutische gemeenschappen werden gerapporteerd. Daarnaast waren er enkele bevindingen met betrekking tot elementen binnen toezichtprogramma's. Ook in de individuele effectstudies kwamen ongeveer dezelfde programma's aan de orde. De conclusies die uit de meta-analyses en de individuele effectstudies gezamenlijk getrokken kunnen worden, worden in deze paragraaf besproken.

De resultaten over deelname aan *Breaking the Cycle* (BTC) werden enkel in individuele effectstudies besproken (en niet in de meta-analyses). Zowel wat betreft drugsgebruik als wat betreft crimineel gedrag werd een reductie in dit gedrag waargenomen na deelname aan het programma (met name voor de blanke deelnemers; Harrell et al., 2002, 2003). Het programma werd ook onderzocht op programma-integriteit en uit deze resultaten bleek dat er qua implementatie en standaardisatie van het programma nog verbeteringen wenselijk zijn.

Wat betreft *casemanagement* bleek er uit de meta-analyses geen effect op drugsgebruik en geen effect op criminaliteit te zijn na deelname aan dit programma. Er werden geen individuele effectstudies over dit programma gevonden die niet reeds in de meta-analyses besproken werden of die aan alle inclusiecriteria van het onderhavige onderzoek voldeden (dat wil zeggen, die een uitkomstmaat criminaliteit bevatten en die een vergelijkingsgroep hadden). Echter, er zijn geen definitieve conclusies wat betreft effectiviteit van dit programma te trekken, gezien het feit dat er veel variatie bestaat tussen de verschillende programma's die volgens eigen zeggen casemanagement omvatten.

De resultaten uit de vier meta-analyses over deelname aan de *drugsrechtbank* suggereerden dat er een daling in criminaliteit waargenomen wordt na deelname aan dit programma. In de meta-analyse van Aos en collega's (2006) werden 57 verschillende onderzoeken naar drugsrechtbanken betrokken, terwijl in de overige meta-analyses conclusies getrokken werden op een beduidend lager aantal afzonderlijke onderzoeken (zie ook tabel 7). De auteurs hanteerden daarnaast strenge inclusiecriteria en aan de door Aos en collega's gesignaleerde daling in criminaliteit van 8% kan dan ook relatief veel waarde worden gehecht. De kosteneffectiviteitanalyse bracht eveneens een positief beeld voor de belastingbetaler: de baten bedroegen \$4.767 per deelnemer (Aos et al., 2006). De resultaten uit de

twee meta-analyses over het effect op drugsgebruik spreken elkaar tegen, bij de ene studie wordt een sterke daling gerapporteerd, terwijl de andere geen effect op drugsgebruik signaleert.

Uit de twee individuele effectstudies over de drugsrechtbank valt te concluderen dat vooral het bijwonen van het onderdeel 'behandeling' binnen de drugsrechtbank een daling op criminaliteit oplevert (Banks & Gottfredson, 2003) en dat deelnemers aan het programma significant minder vaak opnieuw gearresteerd worden (Banks & Gottfredson, 2004). Het duurt ook langer voordat deelnemers aan het programma opnieuw gearresteerd werden. Een nuancering bij dit onderzoek betreft het gegeven dat de behandeling vooral de eerste vier maanden na follow-up een positief effect op het terugdringen van recidive had en dat deze positieve effecten bij de follow-up van twaalf maanden niet meer teruggevonden werden (Banks & Gottfredson, 2003). Een andere kanttekening bij de positieve conclusies over de drugsrechtbanken betreft de methodologische kwaliteit van sommige onderzoeken. Deze is onder de maat en er bestaan nogal wat verschillen in de handelwijze tussen de verschillende drugsrechtbanken onderling,<sup>57</sup> waardoor de programma-integriteit niet overal is gewaarborgd. Hierdoor is het goed mogelijk dat de ene drugsrechtbank werkt en de andere niet (Banks & Gottfredson, 2003, 2004). Ook kon het nut van frequente hoorzittingen door de rechter (één van de belangrijkste kenmerken van een drugsrechtbank) niet worden aangetoond in een randomized controlled trial (zie ook Koeter & Van Maastricht, 2006). Deze kanttekeningen nuanceren het algemeen positieve beeld dat bestaat over drugsrechtbanken en men dient zich te realiseren dat deze kanttekeningen bestaan. Beide onderzoeken van Banks en Gottfredson (2004) richtten zich enkel op de resultaten wat betreft criminaliteit. Vooral nog lijkt het erop dat geconcludeerd kan worden dat drugsrechtbanken werken in het reduceren van criminaliteit, maar dat het effect op drugsgebruik nog onduidelijk is.

*Intensive supervision* kwam uit de meta-analyses naar voren met een gemengd effect op criminaliteit (één positieve meta-analyse en één negatieve meta-analyse) en een onbekend effect op drugsgebruik (over deze uitkomstmaat werd niet gerapporteerd). In het enige individuele effectonderzoek over ISP bij drugsverslaafden van Taxman en Thanner (2006) werden over het algemeen eveneens nauwelijks (significante) verschillen gevonden tussen de behandelgroep en de controlegroep wat betreft druggebruik en criminele recidive, behalve wanneer er binnen de behan-

57 Deze verschillen zijn zodanig groot dat de *National Association of Drug Court Professionals* en de *U.S. Department of Justice's Office of Justice Programs*, tien onderdelen van de drugsrechtbank heeft gedefinieerd, waaraan alle drugsrechtbanken moeten voldoen (in Gonzales et al., 2006). Deze componenten worden nader besproken in tabel 14 van bijlage 2, bij de inhoudelijke beschrijving van de drugsrechtbank.



del- en onderzoeksgroep onderscheid gemaakt werd tussen de deelnemers op twee factoren: ernst van het drugsgebruik en risico van recidive. Personen die zowel een hoog risico van recidive hadden en bij wie sprake was van ernstig drugsgebruik, werden na deelname aan ISP minder vaak gearresteerd. Echter, personen die een gematigd risico van recidive hadden en ernstig drugs gebruikten recidiveerden vaker. De conclusie van deze auteurs was dat enkel rekening houden met het Risk-Need-Responsivity-principe niet afdoende is binnen de groep verslaafde delinquenten, maar dat er ook rekening gehouden moet worden met de *ernst* van de criminogene behoeften, in dit geval met de ernst van het middelenmisbruik en het type drugs dat wordt gebruikt (Taxman & Thanner, 2006).

De *therapeutische gemeenschap* kwam in de meta-analyses redelijk positief naar voren, met een reductie in criminaliteit en een reductie in drugsgebruik na deelname aan dit programma. Echter, Seiter en Kadela (2003) vonden ook dat er na deelname van twaalf maanden een omslagpunt in de effectiviteit was. Tot die tijd namen drugsgebruik en criminaliteit af, maar na deelname van twaalf maanden aan het programma leken deelnemers gefrustreerd te raken. Deelname aan de therapeutische gemeenschap in dit onderzoek vond plaats als voorwaarde van de voorwaardelijke invrijheidstelling of vervroegde invrijheidstelling en zolang men hier nog aan deelnam, werd deze niet opgeheven. Na een jaar aan het programma deelgenomen te hebben, waren de deelnemers van mening dat zij volledig in vrijheid dienden te worden gesteld, terwijl de voorwaardelijke invrijheidstelling nog niet opgeheven werd. Zij raakten hierdoor gefrustreerd en werkten niet langer mee (Seiter & Kadela, 2003).

Uit de enige individuele effectstudie die niet reeds in de meta-analyses was opgenomen, bleek dat vooral het ontvangen van nazorg, deelname aan een therapeutische gemeenschap terwijl de persoon niet langer gedetineerd is, effectief was in het reduceren van criminaliteit (Wexler, DeLeon et al., 1999).

#### *Sociale steun*

Er werden geen meta-analyses naar sociale steun verricht en er werd één individuele effectstudie over dit onderwerp gevonden. Uit de resultaten bleek dat personen die sociale steun ontvingen, minder vaak recidiveerden en dat het langer duurde voordat zij opnieuw een overtreding begingen of opnieuw gearresteerd werden. De uitkomsten wat betreft drugsgebruik lieten zien dat er meer (ontdekt) drugsgebruik in de behandelgroepen voorkomt, maar dat er geen verschil was in de hoeveelheid drugsgebruik op basis van zelfrapportage.

*Overige toezichtprogramma's.* Enkele studies gingen over een specifiek onderdeel binnen een toezichtprogramma. Deze onderdelen werden

enkel in de meta-analyses besproken, er werden geen individuele effectstudies gevonden die buiten de meta-analyses vielen. De hierna volgende conclusie is dan ook dezelfde als hiervoor. Behandeling met medicatie (naltrexon), methadon als vervanger van heroïne, behandeling in de gemeenschap en vrijlating in afwachting van de rechtszaak met daarbij testen op drugsgebruik en sancties bleken effectief in de reductie van criminaliteit. Niet effectief in het reduceren van criminaliteit (geen verschil in uitkomst criminaliteit) bleken acupunctuur, een training in cognitieve vaardigheden en het dagelijks rapporteren over activiteiten. Over testen op drugsgebruik werden gemengde bevindingen gerapporteerd, waarbij in het ene onderzoek een daling in criminaliteit en het andere onderzoek geen verschil in criminaliteit gevonden werd. Wat betreft uitkomsten op drugsgebruik werd gevonden dat *aftercare* en het aanleren van cognitieve vaardigheden geen effect op drugsgebruik hadden. In de overige onderzoeken werd niet over uitkomsten op drugsgebruik gerapporteerd. Over het algemeen geldt dat er weinig studies over deze verschillende onderdelen rapporteerden en op basis van de meta-analyses lijkt het dan ook moeilijk een eenduidige conclusie te trekken wat betreft effectiviteit.

Kortom:

#### *Wat werkt?*

Er bestaat redelijke ondersteuning voor het nut van drugsrechtbanken en therapeutische gemeenschappen in het toezicht op ex-delinquenten met verslavingsproblematiek, dat uit zowel de meta-analyses als de individuele effectstudies afkomstig is. Hierbij lijkt het bij een therapeutische gemeenschap vooral van belang effectieve nazorg te bieden. *Breaking the Cycle* lijkt eveneens een programma met potentie, waar het zowel reductie in criminaliteit als in drugsgebruik betreft. Sociale steun resulteert ook in een reductie van criminaliteit, maar toont geen verschil aan wat betreft drugsgebruik. Behandeling met medicatie (naltrexon), methadon als vervanger van heroïne, behandeling in de gemeenschap en vrijlating in afwachting van de rechtszaak met daarbij testen op drugsgebruik en sancties lijken mogelijk eveneens effectief in de reductie van criminaliteit.

#### *Wat werkt niet?*

Programma's waarbij alleen de intensiteit van de supervisie, het monitoren of de controle over de verslaafde ex-gedetineerden in de gemeenschap vergroot wordt (en geen extra behandeling plaatsvindt), zijn niet effectief in het reduceren van recidive. Acupunctuur, een training in cognitieve vaardigheden en het dagelijks rapporteren over activiteiten lijken eveneens niet effectief.

*Wat weten we niet?*

Over casemanagement en *intensive supervision* zijn te weinig eenduidige onderzoeken beschikbaar om een algemene conclusie te kunnen trekken.

**5.5.2 Discussie***Beperkingen*

Sommige artikelen komen in meer meta-analyses voor, wat ervoor zorgt dat een getrokken conclusie soms sterker lijkt dan die in werkelijkheid is. Bij de beschrijving van de onderzoeken is hier zoveel mogelijk rekening mee gehouden. Daarnaast heeft de manier van selecteren van de studies die in de meta-analyses en overzichtartikelen zijn opgenomen invloed op de gevonden resultaten. Sommige meta-analyses nemen alleen artikelen op die een vergelijkingsgroep hebben, andere weer niet. Ook de definitie van toezichtprogramma of interventieprogramma dan wel behandelprogramma verschilt tussen de verschillende onderzoekers. Deze en overige methodologische overwegingen van de onderzoekers hebben invloed op de gevonden resultaten.

Ook het gebruikte onderzoeksdesign in de individuele onderzoeksartikelen kan invloed hebben op de gerapporteerde resultaten. Quasi-experimentele onderzoeken sorteren bijvoorbeeld hogere effectgroottes dan onderzoeken waarin sprake is van aselechte toewijzing (Holloway et al., 2006). Daarnaast maakt het verschil welke vergelijkingsgroep gebruikt wordt. Veel studies maken een vergelijking met '*treatment as usual*' of met een andere behandeling. De resultaten reflecteren dan geen sec overzicht van de effectiviteit van de interventie, maar geven slechts het verschil tussen behandeling A en behandeling B weer. Om de effectiviteit van een behandeling zo puur mogelijk te kunnen beoordelen, is een vergelijking tussen behandelgroep en niet-behandelgroep (bijvoorbeeld een wachtlijstconditie) noodzakelijk (zie ook Holloway et al., 2006). Ook verschillen in de gerapporteerde uitkomstmaten hebben invloed op de uitkomsten. Zo is het mogelijk dat een nieuwe arrestatie minder ernstig nieuw crimineel gedrag weerspiegelt, dan bijvoorbeeld 'dagen in de gevangenis'. Een arrestatie wordt verricht op basis van de verdenking van crimineel gedrag, maar er heeft nog geen juridische toetsing plaatsgevonden van de vraag of de verdachte schuldig is of niet. Bij 'dagen in de gevangenis' is deze veroordeling wel achter de rug en zijn de feiten bewezen gebleken (Wexler, Melnick et al., 1999). Andere methodologische verschillen zijn: de manier van correctie voor 'time at risk' (de tijd die extramuraal wordt doorgebracht), is er gecorrigeerd voor a priori verschillen tussen de behandel- en vergelijkingsgroepen en wordt er retrospectief of prospectief gemeten.

Ten slotte, een aantal auteurs lijkt bevindingen te rapporteren die op het eerste gezicht contra-intuïtief zijn (de controlegroep doet het beter dan

de groep die de interventie krijgt). Zo komt het bij intensieve supervisie voor dat de deelnemers aan het programma vaker dan deelnemers aan de controlegroep opnieuw gearresteerd worden en vaker de voorwaarden van de vervroegde invrijheidstelling schenden (Petersilia & Turner, 1992). Bij deelnemers aan een therapeutische gemeenschap waarbij een intensiever programma gevolgd werd, bleek eveneens dat juist deelnemers aan een minder intensief programma minder vaak opnieuw gearresteerd werden (Nemes, Wish & Messina, 1998). De verklaring voor deze resultaten wordt door veel auteurs gezocht in de hogere detectiekans van ongewenst gedrag van personen die aan een programma deelnemen waarbij zij onder intensief toezicht staan van de begeleiders van het project en niet zozeer in het niet-slagen van het toezichtprogramma. Deze conclusies worden bevestigd door onderzoek van bijvoorbeeld Hanlon et al. (1999), waarbij uit officiële gegevens bleek dat er meer gedetecteerd drugsgebruik was, maar waarbij de hoeveelheid drugsgebruik op basis van zelfrapportage gelijk was tussen de groepen deelnemers die intensiever versus degenen die minder intensief werden gevolgd.

### *Discussie*

De re-integratie van verslaafde delinquenten wordt door een aantal factoren bemoeilijkt. Door het middelenmisbruik en door de moeilijkheid om adequate behandeling voor de verslaving te krijgen, is re-integratie niet gemakkelijk. Verslaafde delinquenten die terugkeren in de gemeenschap worden aan veel drugsinducerende *cues* en stimuli blootgesteld en zij zouden vanwege deze verslaving vaak niet sterk genoeg zijn of adequate vaardigheden ontberen om hier zelf weerstand aan te bieden (zie bijvoorbeeld Brown, O'Grady, Battjes, Farrell, Smith & Nurco, 2001; Hanlon et al., 1999). Bovendien is hun situatie kansarm en komen zij gemakkelijk in hun oude milieu terecht. Ook spelen conflicterende gevoelens een rol. Enerzijds is de re-integratie een stressvolle periode in het leven van de ex-gedetineerde: hij moet (diverse aspecten van) zijn leven weer op orde zien te krijgen, zoals werk en inkomen, sociale relaties. Deze zijn gedurende het intramuraal verblijf onder druk komen te staan en dienen weer opnieuw te worden opgebouwd. Anderzijds kan een ex-gedetineerde euforische gevoelens hebben over zijn hervonden vrijheden en is het soms moeilijk de verleiding van deze vrijheden te weerstaan en geen drugs meer te gebruiken (Belenko, 2006). Bij de terugkeer in de maatschappij lijkt het daarom haast onmogelijk zonder voortdurende zorg niet toe te geven aan hernieuwd drugsgebruik en herhaald delictgedrag. Individuen die heroïne en/of cocaïne misbruiken, lopen in het bijzonder een groot risico om 'draaideurcrimineel' te worden (Hanlon et al., 1999). De hoge co-morbiditeit met andere (psychiatrische) stoornissen is daarnaast een factor die re-integratie van probleemgebruikers bemoeilijkt.

In andere gevallen is de zorg wel beschikbaar, maar lukt het de verslaafde niet om het programma vol te houden. Daarnaast hebben veel verslaafde delinquenten geen of nauwelijks opleiding genoten of werkervaring opgebouwd, wat de re-integratie eveneens bemoeilijkt. Ook treden door veelvuldig drugsgebruik soms bepaalde beschadigingen aan hersenfuncties en -gebieden op, zoals de amygdala, wat het moeilijk maakt om geen drugs meer te gebruiken (zie ook Koeter & Van Maastricht, 2006). Neuropsychologische gebreken in bijvoorbeeld *Executive Cognitive Functioning* (ECF) en emotieregulatie zouden bovendien de mogelijkheden tot profiteren van behandelinterventies in de weg staan (Fishbein et al., 2006). Sommige van dergelijke neuropsychologische gebreken zouden echter omkeerbaar zijn, bijvoorbeeld door een cognitieve neurorehabilitatie-aanpak of een interventie die zich richt op emotieregulatie, impulscontrole of taalontwikkeling (de fundamenteën van ECF). Een aanbeveling van de onderzoekers is dat deze bevindingen meegenomen worden in het maken van beleid en behandelingen voor gedetineerden. Dit zou bijvoorbeeld verwezenlijkt kunnen worden door verslaafde gedetineerden te screenen op neuropsychologische gebreken en alvorens de behandeling van start te laten gaan, zich eerst te concentreren op de cognitieve rehabilitatie (Fishbein et al., 2006).

Dat alleen streng straffen niet werkt, werd eind jaren zeventig, begin jaren tachtig duidelijk. In een invloedrijke meta-analyse van Martinson (1974), waarin de effectiviteit van allerlei behandelprogramma's in het gevangeniswezen (niet alleen voor verslaafde delinquenten) werd onderzocht, werd de conclusie getrokken dat 'niets werkt'. In de jaren hierna besloot men dat er strenger gestraft moest worden om een zo groot mogelijk afschrikwekkend effect te sorteren en verdere criminaliteit te voorkomen (Banks & Gottfredson, 2003). Later werd er op deze beslissing teruggekomen en kwam men tot de conclusie dat alleen strenger straffen (zonder behandeling) bij veel delinquenten waaronder verslaafde delinquenten geen reductie in criminaliteit teweegbracht. Dit zou veroorzaakt worden doordat er geen aandacht was voor de onderliggende verslavingsproblematiek (Banks & Gottfredson, 2003; Goldkamp, White & Robinson, 2002). Bij verslaafde delinquenten is het delictgedrag voor een groot gedeelte gerelateerd aan hun drugsgebruik (Belenko, 2006) en wordt criminele recidive verondersteld te worden voorkomen door het drugsgebruik onder controle te krijgen (Gonzales et al., 2006).

Geconcludeerd mag worden dat een gevangenisstraf alleen niet genoeg effecten sorteert om recidive te voorkomen en dat behandeling van de verslaving noodzakelijk is. De behandelprogramma's in de gevangenis resulteren in een reductie in drugsgebruik, echter, eenmaal terug in de gemeenschap vervalt de verslaafde delinquent snel terug in verslavingsgedrag, waarna delictgedrag volgt. Behandelprogramma's voor verslaafde

delinquenten lijken dan ook vooral effectief indien daarna nazorg in de gemeenschap wordt aangeboden (o.a., Aos et al., 2006). Programma's die zich alleen richten op toezicht houden op (naleving van de voorwaarden voor) de verslaafde ex-gedetineerde zullen geen voldoende reductie in criminaliteit en drugsgebruik sorteren. Programma's die wel vormen van behandeling omvatten, zullen een hogere kans van slagen hebben. Hieronder vallen zowel methadononderhoudsprogramma's (*control*) als programma's gericht op abstinentie (*cure*). Daarnaast dienen cognitieve vaardigheden en probleemoplossende vaardigheden te worden aangeleerd, om zo handvatten te bieden om delictgedrag en verslaving onder controle te krijgen. Ten slotte, hoe beter de persoon algemene aspecten van het dagelijks leven goed geregeld heeft, hoe hoger de kans op een succesvolle re-integratie. Hieronder vallen bijvoorbeeld werk, sociale relaties, financiën en gezondheid.

## 6 Slot

### 6.1 Inleiding

In het kader van de verbetering van de door- en uitstroom uit de TBS-instellingen worden maatregelen genomen om het toezicht op TBS-gestelden die in de samenleving terugkeren te versterken. Zo wordt de duur van de voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging bij TBS verlengd tot maximaal negen jaar, evenals de maximale duur van de TBS met voorwaarden. Parallel vindt een ontwikkeling plaats in de gevangenisstrafwetgeving. De vervroegde invrijheidstelling zal worden gewijzigd in een voorwaardelijke invrijheidstelling (Kamerstukken I 2006-2007, 30 513, A), waardoor meer dan voorheen een juridisch kader voor toezicht ontstaat. De verwachting is dat versterking van het toezicht op TBS-gestelden en andere delinquenten zal bijdragen aan recidivepreventie (Kamerstukken II 2001-2002, nr. 28 238, nr. 3, p. 4) en dat dit de uitstroom zal bevorderen (Kamerstukken I 2006-2007, 28 238, C).

Een belangrijke vraag is hoe het toezicht, dat in de toekomst bij TBS-gestelden maximaal negen jaar kan duren, met het oog op recidivevermindering inhoudelijk zo effectief mogelijk kan worden ingevuld. Het WODC is gevraagd om door middel van literatuuronderzoek na te gaan wat bekend is over de effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen van toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten. In het onderzoek staan de volgende twee vragen centraal:

1. Welke effectieve toezichtprogramma's, in termen van vermindering van recidive, zijn er bekend voor (forensisch) psychiatrische patiënten en delinquenten en onder hen specifiek voor zedendelinquenten, delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis en delinquenten met problematisch middelengebruik?
2. Welke veronderstelde mechanismen liggen ten grondslag aan effectieve of veelbelovende programma's en onder welke omstandigheden worden de positieve resultaten die effectieve of veelbelovende programma's kunnen hebben, bereikt?

In het kader van dit onderzoek is gekozen voor de volgende omschrijving van toezicht:

Onder *toezicht* wordt verstaan het controleren van (aspecten van) het gedrag van betrokkene, al dan niet in combinatie met begeleiding, behandeling en/of zorg, met als doel het opnieuw plegen van een delict te voorkomen. Als een *toezichtprogramma* wordt beschouwd een samenhangend geheel aan activiteiten dat is gericht op het extramuraal toezicht houden op gedrag van betrokkene, met daarin een element van controle, al dan niet in combinatie met begeleiding, zorg en/of behandeling.

In dit slothoofdstuk wordt in de eerste plaats een drietal visies of invalshoeken van waaruit programma's voor intensief toezicht worden ontwikkeld nader belicht (paragraaf 6.2.1). Deze benaderingen zijn al in de inleiding van hoofdstuk 2 geïntroduceerd, maar hier worden mede op basis van de in dit onderzoek gevonden studies, voor zo ver mogelijk, de veronderstelde werkzame mechanismen uiteengezet. Er moet hier worden opgemerkt dat in de gevonden meta-analyses, overzichtstudies en effectstudies veelal geen uitgewerkte sociale, gedrags- of andere mechanismen worden geëxpliciteerd. Daarom wordt in paragraaf 6.2.2 slechts een beperkt aantal voorbeelden van mechanismen van toezichtprogramma's voor de drie specifieke groepen delinquenten gepresenteerd. Het laatste onderwerp dat in paragraaf 6.2.2 aan de orde komt, betreft meer algemene uitgangspunten voor succesvolle interventies.

De conclusies over de effectiviteit van toezichtprogramma's in termen van recidivevermindering komen aan de orde in paragraaf 6.3. Voor de beoordeling van de effectiviteit van de programma's wordt onder meer gebruik gemaakt van een indeling met de categorieën: 'Wat werkt', 'Wat werkt niet', 'Wat is (veel)belovend', 'Wat is onbekend' (zie paragraaf 1.8). Veelal is er te weinig effectonderzoek van goede kwaliteit verricht om te kunnen concluderen of een toezichtprogramma effectief is of niet. Er is wel een aanzienlijk aantal programma's dat als mogelijk effectief kon worden geclassificeerd. In dit slothoofdstuk zal tevens een beknopte paragraaf worden gewijd aan de vraag in hoeverre intensief toezicht kan bijdragen aan verbetering van de uitstroom uit gevangenissen of andere instellingen (paragraaf 6.4). Dit onderwerp valt weliswaar buiten de vraagstelling van het onderzoek, maar het betreft een voor het beleid relevante verbreding, omdat het gaat om een van de verwachtingen bij de verlenging van de totale duur van de voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging bij TBS. Paragraaf 6.5 is gewijd aan reflectie op het gevonden materiaal en de resultaten. Paragraaf 6.6 eindigt met enkele aanbevelingen.

## **6.2 Visies van waaruit programma's voor intensief toezicht worden ontwikkeld en veronderstelde werkzame mechanismen**

### **6.2.1 Drie visies op programma's voor intensief toezicht**

Op basis van de literatuur (o.a. Moore et al., 2006) en de resultaten van het in het onderhavige rapport besproken effectonderzoek, onderscheiden we drie invalshoeken die ten grondslag liggen aan de veronderstelde effectiviteit van programma's voor toezicht op delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten in de samenleving. Dit betreft:

- een op afschrikking gerichte insteek van toezicht;
- een op re-integratie en langere termijn risicomanagement gerichte benadering;
- een op risicomanagement op kortere termijn gerichte invalshoek.



Het gaat hierbij overigens niet om elkaar uitsluitende visies, maar meer om het aangeven van doelstellingen van programma's en van accenten die in toezichtprogramma's kunnen worden gelegd. Een toezichtprogramma heeft veelal elementen van verschillende benaderingen in zich. Een reden om de benaderingen te onderscheiden is dat de invalshoek van waaruit het programma wordt ontwikkeld van grote betekenis is voor de veronderstellingen over de wijze waarop het programma effect sorteert.

*Een op afschrikking gerichte benadering van toezicht*

Aan een op afschrikking (*deterrence*) gerichte benadering van toezicht ligt de veronderstelling ten grondslag dat de delinquent vanwege een door het intensievere toezicht grotere kans op ontdekking en vanwege de consequenties van ontdekking, wordt weerhouden van het overtreden van voorwaarden en het plegen van delicten. Er wordt een direct verband verondersteld tussen de intensiteit van het toezicht en de vermindering van overtredingen en recidive door afschrikking. Het monitoren van gedrag en bewegingen, een actief casemanagement, waarbij er veel contacten zijn tussen de toezichthoudende reclasseringsfunctionaris of het team en de delinquent, hebben de functie van recidivepreventie door middel van afschrikking. Een voorbeeld is de aanwezigheid van politie bij de reclasseringsbezoeken zoals in het HotSpot-programma (Piquero, 2003). Preventie door afschrikking kan ook gelden voor het eventuele betrekken van de sociale omgeving van de delinquent in de zin van sociale controle, bijvoorbeeld het aanmoedigen van buurtbewoners om mogelijke illegale activiteiten te melden.

Wil afschrikking effect kunnen hebben, dan moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan (Moore et al., 2006; zie ook hoofdstuk 2):

- de delinquent moet zich realiseren dat de kans op ontdekking en straf is toegenomen;
- de delinquent moet rekening houden met deze veranderde risico's bij de beslissing al dan niet een delict te plegen;
- de delinquent moet geloven dat er een niet te verwaarlozen pakkans is;
- de delinquent moet geloven dat hij zal worden gestraft als hij wordt gepakt;
- de delinquent moet zijn keuzes kunnen en willen veranderen in reactie op de waargenomen veranderingen in de kans op straf.

Verschillende auteurs betwijfelen of forensisch psychiatrische patiënten vanwege psychische stoornissen, verslaving en dergelijke tot dergelijke rationele afwegingen in staat zijn (zie bijvoorbeeld Stalans et al., 2002, in hoofdstuk 4).

Zoals in hoofdstuk 2 besproken, is er uit het tot nu toe over ISP's verrichte effectonderzoek weinig ondersteuning voor een afschrikkingseffect van intensieve toezichtprogramma's. Er zijn echter aanwijzingen dat nadere ontrafeling van de afzonderlijke effecten van de verschillende dimensies

van het mechanisme van afschrikking, meer inzicht kan opleveren in de omstandigheden waaronder het wel en niet werkt. Zo bleek in een recente studie vooral de perceptie van de zekerheid waarmee overtreding ontdekt zou worden, bepalend voor het al dan niet begaan van overtredingen: bij ISP-deelnemers werd een omgekeerd verband gevonden tussen hun perceptie van de pakkans en overtreding van de voorwaarden (Maxwell & Gray, 2000).

*Op re-integratie en langere termijn risicomangement gerichte benadering van toezicht*

In de re-integratie- of rehabilitatiegerichte benadering van toezicht worden de frequente contacten en bezoeken van de reclasseringsfunctionaris, het actieve casemanagement en het monitoren van gedrag en bewegingen verondersteld via andere, meer indirecte mechanismen bij te dragen aan het verminderen van recidive. Een verondersteld mechanisme is dat het intensieve toezicht werkt door het met drang en dwang toeleiden naar behandeling en andere op re-integratie gerichte voorzieningen, zoals arbeidstraining en vaardigheidstrainingen. Ook helpt het toezicht bij het in behandeling houden van de delinquenten. Doordat de delinquent (meer) wordt betrokken in behandel- en andere voorzieningen zullen de risicofactoren voor crimineel gedrag naar verondersteld in ernst en aantal afnemen en daardoor zal de kans op recidive op langere termijn verminderen (Paparozzi & Gendreau, 2005). MacKenzie en Brame (2001) beschrijven het veronderstelde werkzame mechanisme van toezicht binnen de re-integratiebenadering als een psychologisch resocialisatieproces. Zij sluiten daarin aan bij de socialebindingtheorie (Sampson & Laub, 1993; Nagin & Paternoster, 1993, 1994). In de visie van MacKenzie en Brame (2001) ziet de reclasseringsfunctionaris (of andere toezichthoudende functionaris) er door middel van frequent contact met betrokkene op toe, en dwingt hij of zij af dat betrokkene deelneemt aan prosociale activiteiten in het kader van de opgelegde voorwaarden. Door het actief deelnemen aan prosociale activiteiten (*counseling*, werk, onderwijs, behandeling) zal naar veronderstelling een resocialisatieproces op gang komen. Dat wil zeggen dat veranderingen teweeg worden gebracht in de overtuigingen van betrokkene over meer maatschappelijk aanvaarde gedragspatronen en in de bindingen met zulke gedragspatronen. Dergelijke prosociale bindingen zullen op hun beurt zorgen dat betrokkene niet gemakkelijk meer zal overgaan tot criminele activiteiten. Het betrekken van de sociale omgeving wordt verondersteld te helpen bij een betere re-integratie van de delinquent, doordat hij contacten en relaties (bindingen) krijgt en daardoor minder geïsoleerd raakt en doordat hij minder geneigd is tot delicten omdat hij de verworven banden niet in de waagschaal wil stellen (Piquero, 2003; MacKenzie & Brame, 2001).

MacKenzie en Brame (2001) vonden ondersteuning voor hun veronderstelde mechanisme in gegevens over delinquenten die onder (intensief)

reclasseringstoezicht stonden. De intensiteit van het toezicht was positief gecorreleerd met deelname van de delinquent aan prosociale activiteiten. In de tweede plaats was er geen verband tussen de intensiteit van het toezicht (frequentie van contact met de reclasseringsfunctionaris) en betrokkenheid in nieuwe criminele activiteiten. Ten derde vonden zij een negatief verband tussen deelname aan prosociale activiteiten en nieuwe criminele activiteit. Doordat het puur correlatieel onderzoek betreft, zijn andere mogelijke conclusies niet uit te sluiten. Zo zou bijvoorbeeld een toename in prosociale activiteit ertoe kunnen leiden dat de delinquent meer in de buurt is, waardoor het contact met de reclasseringsfunctionaris toeneemt. Ondersteuning komt echter ook uit een quasi-experimenteel onderzoek waarin ISP leidde tot meer deelname aan behandeling en meer gebruik van andere voorzieningen en tot minder recidive (Paparozzi & Gendreau, 2005).

Taxman (2002) heeft het veronderstelde werkzame mechanisme van toezicht binnen de re-integratiebenadering uitgewerkt in termen van de *'stages of change'* van Prochaska en DiClemente (1986) uit de verslavingszorg. Het procesmodel van de *stages of change* bestaat uit drie stappen. De eerste stap betreft het betrekken van de delinquent in een proces van gedragsverandering door middel van het in kaart brengen van de criminogene factoren en het ontwikkelen van een plan gericht op het beïnvloeden van deze factoren. De tweede stap bestaat uit het bewerkstelligen van beginnende gedragsverandering door het doelgericht inzetten van voorzieningen zoals behandeling. De derde stap bestaat uit het bereiken en bestendigen van blijvende verandering, blijkend uit vooruitgang op het gebied van dagbesteding, werk, huisvesting, sociale netwerken en andere verbeteringen op het gebied van risicofactoren of beschermende factoren voor crimineel gedrag. In dit model wordt het contact tussen de reclasseringsfunctionaris en de delinquent gezien als het kernelement dat verandering bewerkstelligt (zie ook Byrne, 1990). De reclasseringsfunctionaris heeft de rol van *'change agent'*. Dit in tegenstelling tot de (ietwat stereotiep geportretteerde) mogelijke rollen van de reclasseringswerker van enerzijds de helpende en veel door de vingers ziende 'sociaal werker' en anderzijds de strenge, controlerende 'politieagent'. Regelmatig contact tussen reclasseringsfunctionaris en delinquent is cruciaal, omdat daardoor rapport ontwikkeld kan worden. De mate van rapport tussen de reclasseringsfunctionaris en de delinquent wordt, in combinatie met een aantal gespreks-, begeleidings- en terugvalpreventietechnieken, beschouwd als een bepalende component voor het bewerkstelligen van gedragsverandering door het toezicht. Door de band zou de delinquent onder andere beter meewerken aan behandelprogramma's.

*Een op kortere termijn risicomangement gerichte benadering van toezicht Intensive Supervision Probation/Parole Programs (ISP's) zijn onder meer ontwikkeld om het toezicht op een aantal bijzondere groepen (special*

*needs offenders*), namelijk geweldsdelinquenten, zedendelinquenten en delinquenten met verslavingsproblematiek, te verbeteren (Petersilia & Turner, 1993b). Een veronderstelling daarbij is dat de *special needs offenders* psychische stoornissen en andere tekortkomingen hebben die leiden tot verminderde beheersing van het eigen gedrag (Ashford, Sales & LeCroy, 2001). Omdat zij geen openheid over hun gedrag kunnen of willen geven of dit gedrag niet kunnen of willen bijsturen is het nodig dat dit door anderen gebeurt om het delict risico onder controle te houden.

In een op risicomangement gerichte benadering hebben de frequentie van het contact met de reclasseringsfunctionaris, het monitoren van gedrag en verplaatsingen en het uitwisselen van informatie tussen verschillende functionarissen en disciplines, de functie van het vormen van een zo optimaal mogelijk beeld van eventueel risicovol gedrag van de betrokken delinquent. Er wordt verondersteld dat door dit optimale beeld een (dreigende) terugval tijdiger kan worden ontdekt, zodat een delict kan worden voorkomen of dat in het geval van terugval zo snel mogelijk kan worden ingegrepen. De *containment*-benadering van toezicht op zedendelinquenten is deels op een dergelijke invalshoek gebaseerd (Cumming & McGrath, 2005).

Naast monitoring en informatieverzameling ten behoeve van tijdige detectie, wordt ook getracht het delictgedrag van buitenaf te voorkomen door middel van medicatie. De veronderstelling is dat bij bepaalde groepen delinquenten die tot onvoldoende zelfbeheersing in staat zijn om recidive te voorkomen, externe controle/beheersing van afwijkend en impulsief gedrag op kortere termijn recidive zal voorkomen. Een voorbeeld is het depo-Provera-programma, waarin zedendelinquenten met veelal impulsief seksueel gedrag of excessieve seksuele behoeften libidoremmende medicatie krijgen terwijl zij onder reclasseringstoezicht staan (Maletzky, Tolan & McFarland, 2006).

### **6.2.2 Beknopt overzicht van veronderstelde werkzame mechanismen van toezichtprogramma's voor specifieke groepen delinquenten**

In de meta-analyses, overzichtstudies en effectstudies die in dit rapport aan de orde zijn gekomen, wordt veelal niet of slechts beperkt stilgestaan bij de veronderstelde werkzame mechanismen van toezichtprogramma's. Een tekort in de meeste programmabeschrijvingen betreft ook de organisatie van het programma en de juridische verantwoordelijkheden van de bij het programma betrokken organisaties zoals de reclassering, behandelaren, het Openbaar Ministerie en de rechtbank. Zo is zelden omschreven wat de procedure is en wat de verantwoordelijkheden zijn in het geval van overtreding van de bij het toezicht opgelegde voorwaarden.

Hierna worden als voorbeeld voor elke specifieke groep delinquenten de veronderstelde werkzame mechanismen van een veelbelovend program-

ma, voor zo ver deze bekend zijn, kort samengevat. In de hoofdstukken 2 tot en met 4 worden meer mechanismen van mogelijk effectieve programma's beschreven, zij het veelal fragmentarisch om de hiervoor genoemde redenen.

De programma's voor intensief reclasseringstoezicht die worden beschreven in hoofdstuk 2 bestaan voor een belangrijk deel uit controle-elementen, in een aantal gevallen gecombineerd met een re-integratiecomponent (behandeling of een andere voorzieningen als arbeidstoeleiding). De toezichtprogramma's voor de drie specifieke groepen delinquenten (delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis, zedendelinquenten en verslaafden) die wij hebben gevonden, bestaan zelden uitsluitend uit controle-elementen. In deze programma's zijn toezicht en behandeling veelal met elkaar verweven (bijvoorbeeld in de drugsrechtbankprogramma's of in FACT).

Aan de andere kant worden behandeling en toezicht in effectstudies soms ook los van elkaar beschouwd. Hoewel zowel toezicht als behandeling aan de orde zijn, wordt een van de twee beschreven terwijl de andere onderbelicht blijft. In de studie van Stalans et al. (2002) bijvoorbeeld wordt intensief toezicht en behandeling geboden maar alleen het toezicht wordt op effectiviteit onderzocht. In het *Sexual Offenders Treatment Program* van het Cordova Counseling Center Pensacola, Florida (Turner, Bingham & Andrasik, 2000) is het precies andersom. De delinquenten kregen toezicht en behandeling, maar alleen het behandelprogramma werd geëvalueerd.

#### *Delinquenten met een ernstige psychische stoornis*

*Forensic Assertive Community Treatment* (FACT) lijkt een veelbelovend programma voor delinquenten met een ernstige psychische stoornis. Bij dit programma zou de multidisciplinaire teamstructuur op verscheidene manieren een positieve bijdrage leveren aan de werkzaamheid. Cliënten zouden zich *meer ondersteund* voelen, aangezien ze bij alle teamleden terecht kunnen. Doordat het team multidisciplinair is, zijn er mensen met *verschillende expertise* vertegenwoordigd en is er in totaal meer expertise aanwezig op basis waarvan ingegrepen kan worden. Ten derde is het door de teamstructuur mogelijk om *informatie uit verschillende bronnen te delen en adequater te reageren* op crisismomenten (Solomon & Draine, 1995ab). De gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een patiënt zorgt ervoor dat er zo weinig mogelijk 'mazen in het net' zijn waardoor belangrijke informatie aan de aandacht van het team zou kunnen ontglippen. Ten vierde, met behulp van kennis uit meer disciplines zou de kans toenemen dat deze personen in het programma betrokken blijven.

Een *actieve en assertieve aanpak* van de hulpverleners zou het makkelijker maken de psychisch zieken in contact met het zorgprogramma te houden. Het gaat om patiënten die zelf veelal geen initiatief nemen of niet op een afspraak verschijnen. Als de hulpverlener naar hen toe gaat, zou de drempel om aan het programma deel te blijven nemen lager zijn (Lamberti et

al., 2004). Het verliezen van het contact met de patiënten levert een groot risico tot recidive op, vandaar dat het belangrijk is dat ze zo goed mogelijk in contact blijven met de hulpverleners.

### *Zedendelinquenten*

Een mogelijk veelbelovend toezichtprogramma voor zedendelinquenten lijkt het VTPSA-programma, volgens de zogeheten *containment*-benadering. Dit programma is sterk gericht op risicomanagement op kortere termijn en is ook gericht op re-integratie.

De vier belangrijkste veronderstellingen die bij dit programma ten grondslag liggen aan het toezichtproces zijn (Cumming & McGrath, 2005):

1. Toezicht en behandeling kunnen zedendelinquenten niet 'genezen'. Door de combinatie van toezicht en behandeling kunnen ze echter wel leren hun afwijkende seksuele belangstelling en gedrag te beheersen. Om effectief te zijn, dienen interventies nauw aan te sluiten bij het risiconiveau, de criminogene factoren en *responsivity issues* (bijvoorbeeld de leerstijl) van betrokkene.
2. Het toezicht is het meest effectief als zedendelinquenten actief deelnemen in het toezichtproces door zelf hun risicofactoren in kaart te brengen en zich op het verminderen van het risico te richten. De kans dat dit gebeurt, wordt het grootst geacht wanneer de reclasseringsfunctionaris in staat is een goede werkrelatie te ontwikkelen met de delinquent.
3. Zedendelinquenten zijn veelal onbetrouwbaar in het rapporteren van probleemgedrag, en daarom is het essentieel om meer informatiebronnen in de samenleving te ontwikkelen.
4. Zedendelinquenten die interesses en activiteiten ontwikkelen die niet verenigbaar zijn met het plegen van zedendelicten, zijn beter in staat om een leven zonder delicten te leiden dan degenen die alleen proberen om risicovol gedrag te vermijden.

Het programma en de veronderstelde werkzame mechanismen worden nader omschreven in hoofdstuk 4.

### *Delinquenten met problematisch middelengebruik*

Een (veel)belovend toezichtprogramma voor delinquenten met problematisch middelengebruik of -afhankelijkheid lijkt de therapeutische gemeenschap (TG) met nazorgprogramma in de samenleving te zijn.

Indien ex-verslaafden een rol aannemen waarin zij het *positieve voorbeeld geven*, laten zien dat zij hun middelengebruik onder controle hebben, zou dit resulteren in een positieve stimulans om het eigen gedrag ook te veranderen. Deze ex-verslaafden zouden door middel van hun ervaringen beter dan hulpverleners zonder eigen ervaring in staat zijn aan te sluiten op de problemen die iemand ondervindt als hij zijn middelengebruik onder controle probeert te krijgen. *Een positieve insteek*, het benadruk-

ken van de dingen die iemand nog wel kan, zou eveneens een zodanige positieve stimulans geven dat een probleemgebruiker eerder de motivatie opbrengt om te proberen zijn middelengebruik onder controle te krijgen (Wexler, Melnick, Lowe & Peters, 1999).

Het bieden van *structuur* zou eveneens een positief effect sorteren. Veel delinquente probleemgebruikers hebben behoefte aan een gestructureerde omgeving om attitudes en cognities en de terugvalpreventievaardigheden aan te leren, maar zijn niet in staat deze structuur zelf te bereiken (Wexler et al., 1999).

Juist de *nazorg*programma's van de TG lijken bij te dragen aan het succes van de TG, waarbij *continuïteit* in de zorg als werkzaam mechanisme beschouwd kan worden.

De dwang achter sommige deelnames aan TG's lijkt erin te resulteren dat de deelnemers sneller in het programma terecht komen en langer aan het programma deelnemen (Farabee, Prendergast & Anglin, 1998), waarbij er een grotere kans op positieve behandelresultaten bestaat.

#### *Lijsten uitgangspunten van succesvolle interventies*

Het valt op dat in de verzamelde studies veelal eerder lijstjes met principes van succesvolle programma's worden vermeld, dan dat in termen van de veronderstelde achterliggende (gedrags)mechanismen wordt ontrafeld hoe men denkt dat het programma werkt.

Dergelijke principes zijn globale kenmerken van programma's die in meta-analyses of overzichtstudies geassocieerd bleken te zijn met een gunstig effect van het programma op recidive. De Canadese *What Works*-benadering bijvoorbeeld, heeft op basis van dergelijk onderzoek uitgangspunten in kaart gebracht waardoor effectieve programma's, ook toezichtprogramma's, zouden worden gekenmerkt.

De *What Works*-principes (McGuire, 1995; Gendreau, Cullen & Bonta, 1994) omvatten onder meer:

*Risicoclassificatie.* Het niveau en de intensiteit van de interventie moet worden afgestemd op het recidiverisico van de delinquent (zie voor een meta-analyse Andrews & Dowden, 2006).

*Criminogenic needs.* Het programma dient zich met prioriteit te richten op de zogeheten *criminogenic needs*, de risicofactoren voor recidive, om deze in ernst en aantal te verminderen.

*Responsivity.* De wijze waarop het programma wordt aangeboden, dient aangepast te worden aan de leerstijl en andere kenmerken van de delinquent (zoals intellectuele en sociale capaciteiten en motivatie) zodat de kans zo groot mogelijk wordt dat deze ontvankelijk is voor het programma.

*Programma in de samenleving.* Algemeen gesteld zouden programma's die in de samenleving worden aangeboden betere resultaten opleveren dan intramurale programma's.

Toezichtprogramma's zouden daarbij niet los moeten worden gezien van het behandelstelsel als geheel. Een gespecialiseerde institutionele behandeling is van weinig waarde als deze niet verbonden is met de zaken in het dagelijkse leven van delinquenten bij terugkeer in de maatschappij. Omgekeerd is een zorgvuldig ontwikkeld en afgewogen toezichtprogramma misschien niet kansrijk als er geen voorbereiding heeft plaatsgevonden intramuraal (Andrews & Bonta, 1994; Taxman, 2002).

*Behandelmodaliteiten.* Er moet worden ingezet op multimodale programma's die zich op meer factoren richten, waaronder gedrag, cognities en vaardigheden.

*Programma-integriteit.* De methoden moeten worden afgestemd op de doelstellingen van het programma. Aan de randvoorwaarden dient te zijn voldaan, er moeten voldoende hulpbronnen zijn, een adequaat getrainde staf en er moet overeenstemming zijn over een plan voor monitoring en evaluatie.

De *What Works*-principes zijn ook voor toezichtprogramma's relevant. Eerder in dit rapport kwam bijvoorbeeld onderzoek aan de orde dat het belang van afstemming van het toezichtprogramma op het risiconiveau van de delinquent aantoont (Bonta et al., 2000a, hoofdstuk 2; Hanley, 2002; Taxman & Thanner, 2006, hoofdstuk 5; Lowenkamp, Pealer, Smith & Latessa, 2006).

Er zijn meer richtlijnen en handreikingen beschikbaar die behulpzaam kunnen zijn bij de ontwikkeling van toezichtprogramma's (bijvoorbeeld Gendreau, Goggin & Smith, 1999; Skipworth & Humberstone, 1999, zie ook hoofdstuk 3).

In Nederland hanteert de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie ([www.justitie.nl/onderwerpen/criminaliteit/erkenningscommissie](http://www.justitie.nl/onderwerpen/criminaliteit/erkenningscommissie)) de volgende kwaliteitscriteria.

*Theoretische onderbouwing.* De gedragsinterventie is gebaseerd op een expliciet veranderingsmodel, waarvan de werking wetenschappelijk is aangetoond.

*Selectie van justitiabelen.* Het type justitiabele waarop de gedragsinterventie zich richt, wordt duidelijk gespecificeerd en geselecteerd.

*Dynamische criminogene factoren.* De gedragsinterventie is gericht op het veranderen van risicofactoren die samenhangen met het criminele gedrag.

*Effectieve (behandel)methoden.* Er worden (behandel)methoden toegepast die aantoonbaar effectief of veelbelovend zijn.

*Vaardigheden en protectieve factoren.* De aanpak is mede gericht op het leren van praktische, sociale en probleemoplossende vaardigheden.

*Fasering, intensiteit en duur.* De intensiteit en duur van de gedragsinterventie sluit aan bij de problematiek van de deelnemer.



*Betrokkenheid en motivatie.* Betrokkenheid van de deelnemer bij de gedragsinterventie en motivatie voor deelname moeten worden bevorderd en gestimuleerd.

*Continuïteit.* Er moeten duidelijke verbindingen zijn tussen de gedragsinterventie en de totale begeleiding van de justitiabele.

*Interventie-integriteit.* De gedragsinterventie wordt uitgevoerd zoals is bedoeld.

*Evaluatie.* Een doorlopende evaluatie geeft inzicht in de effectiviteit van de gedragsinterventie.

### **6.3 Conclusies over de effectiviteit van toezichtprogramma's**

#### **6.3.1 Effectiviteit van toezichtprogramma's**

Op enkele uitzonderingen na is er nog te weinig wetenschappelijk onderzoek van goede methodologische kwaliteit verricht om over de effectiviteit van toezichtprogramma's voor de in dit onderzoek onderscheiden programma's en groepen delinquenten uitspraken te doen (tabel 9). Wel zijn op basis van de in dit onderzoek opgenomen literatuur een aantal programma's als veelbelovend aan te merken. Eigenlijk is de Engelse term '*promising*', 'belovend' beter, want veelal zijn bescheiden verwachtingen realistischer dan hoge.

#### **6.3.2 Programma's voor intensief toezicht**

Er is enige wetenschappelijke ondersteuning voor de effectiviteit van toezichtprogramma's die naast het monitoren van gedrag en bewegingen en andere controle-elementen, bestaan uit rehabilitatie- of re-integratie-componenten zoals behandeling, vaardigheidstrainingen en praktische steun.

Dit blijkt onder meer uit secundaire analyses op de resultaten van *Intensive Supervision Probation/Parole programma's* (ISP's) die zowel controle-elementen als rehabilitatieve elementen omvatten (zie paragraaf 2.5; MacKenzie, 2002, 2006; paragraaf 5.5; Holloway et al., 2006), maar er is ook enige directe ondersteuning uit effectstudies over ISP (Aos et al., 2006; Paparozzi en Gendreau; 2005). Verder is er ondersteuning voor de effectiviteit uit meta-analyses, overzichtstudies en effectstudies over toezichtprogramma's voor de drie in dit onderzoek onderscheiden groepen delinquenten. De effectieve programma's voor delinquenten met problematisch middelengebruik, therapeutische gemeenschap met nazorg in de samenleving en drugsrechtbanken en *Breaking The Cycle* (BTC) (tabel 9), omvatten zowel controle- als behandel-elementen. Ditzelfde geldt voor de als (veel)belovend aangemerkte programma's voor delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis en voor zedendelinquenten (tabel 9).

Er is niet of nauwelijks wetenschappelijke ondersteuning voor de effectiviteit van toezichtprogramma's die uitsluitend of hoofdzakelijk uit het monitoren van gedrag en bewegingen en andere controle-elementen bestaan. Dit blijkt vooral uit de meta-analyses en overzichtstudies over effectonderzoek van *Intensive Supervision Probatio/Parole*-programma's voor delinquenten met een relatief hoog delict risico (paragraaf 2.5; Aos et al., 2006; Cullen et al., 1996; Gendreau et al., 2000; MacKenzie, 2002, 2006; Moore et al., 2006). Ook blijkt het uit effectstudies met betrekking tot intensief reclasseringstoezicht op zedendelinquenten (Stalans et al., 2001, 2002) en op delinquenten met problematisch middelengebruik (Taxman & Thanner, 2006; Petersilia et al., 1992).

### 6.3.3 Toezichtprogramma's voor delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis

(Forensic) *Assertive Community Treatment* (FACT en ACT) lijkt een veelbelovend toezichtprogramma voor delinquenten met een ernstige psychische stoornis. Vergeleken met standaardzorg in de samenleving is de behandelretentie beter, vinden minder en kortere opnames in een psychiatrisch ziekenhuis plaats en zijn patiënten tevredener. Er worden echter geen verschillen gevonden in psychische toestand, in sociaal functioneren (Marshall & Lockwood, 1998; Mueser et al., 1998) of in criminaliteit (Mueser et al., 1998). Een kanttekening is dat er nog weinig bekend is over effecten van (F)ACT op recidive, al laten enkele effectstudies in de Verenigde Staten en Duitsland in dit opzicht positieve resultaten zien (Lamberti et al., 2001; Lamberti et al., 2004; Freese, 2004; Müller-Isberner, 1996). Enige positieve ondersteuning komt verder uit onderzoek naar effecten van de maatregel tot gedwongen ambulante behandeling (*Involuntary Outpatient Treatment Order*, IOT) en een ander ambulante programma voor gevaarlijke psychisch gestoorde daders (*Washington's Dangerous Mentally Ill Offender Program*, in Aos et al. 2006). IOT omvat ook ACT dan wel casemanagement (paragraaf 3.2) en had alleen indien langdurig en in combinatie met intensieve geestelijke gezondheidszorg een gunstig effect op gewelddadig gedrag en arrestaties (Ridgely et al., 2001). De resultaten met betrekking tot een aantal andere programma's zijn wisselend (tabel 9).

### 6.3.4 Toezichtprogramma's voor zedendelinquenten

Ten aanzien van zedendelinquenten is te concluderen dat toezichtprogramma's die bestaan uit (ambulante) behandeling in combinatie met (intensief) toezicht *mogelijk* werken in de zin dat het percentage recidivisten afneemt en/of (dreigende) terugval eerder gesignaleerd en voorkomen kan worden. Bij een aantal programma's is in één evaluatiestudie van SMS-niveau 3-5 gevonden dat het toezichtprogramma resulteerde in

recidivevermindering: het *Vermont Treatment Program for Sexual Abusers* (VPTSA) volgens de zogeheten *containment*-benadering voor intensief reclasseringstoezicht, enkele cognitief-gedragstherapeutische behandelprogramma's die ambulant worden gegeven of intramuraal met vervolgens nazorg onder toezicht: het *Phoenix Program*, het *Community Sex Offender Group Work Program* (CSOGP), een behandelprogramma van het Cordova Counseling Center Florida. Veelbelovend lijkt reclasseringstoezicht in combinatie met libidoremmende medicatie (*depo-Provera*-programma), evenals *Circles of Support and Accountability* (COSA), een programma dat zedendelinquenten na invrijheidstelling sociale steun en sociale controle biedt. Bij het *Sex Offender Treatment Evaluation Program* (SOTEP) met het *Sex Offender Aftercare Program* (SOAP) is in een methodologisch goed opgezet onderzoek geen effect op recidive geconstateerd. Hetzelfde geldt voor de verzameling programma's onder de noemer CSOP waarvan in Canada de effectiviteit is onderzocht. Bij een aantal programma's waren de resultaten gemengd (tabel 9).

### 6.3.5 Toezichtprogramma's voor delinquenten met problematisch middelengebruik

Voor een gunstig effect van de therapeutische gemeenschap met nazorg in de samenleving op recidive (o.a. arrestaties en veroordelingen tot gevangenisstraf) en drugsgebruik van delinquenten met problematisch middelengebruik is voldoende ondersteuning uit wetenschappelijk onderzoek. Het effect op recidive van *drug courts* waarbij naast toezicht onder meer behandeling van het problematische middelengebruik wordt geboden, is overwegend positief. Veelbelovend lijken *Breaking the Cycle* (BTC), een combinatieprogramma van een *drug court*, casemanagement en *Treatment Alternatives for Street Crime* (TASC) en medicatie tegen hunkering naar middelengebruik in combinatie met controles op drugsgebruik. Enige aanwijzing is er ook voor een gunstig effect op recidive van sociale steun. Een aantal andere interventies bleken in verschillende effectstudies geen invloed op recidive te hebben, terwijl andere wisselende resultaten hadden waardoor het lastig is conclusies te trekken over de effectiviteit (tabel 9).

**Tabel 9 Effectiviteit van toezichtprogramma's in termen van recidivevermindering**

Programma's intensief reclasserings toezicht	Toezichtprogramma's zedendelinquenten	Toezichtprogramma's delinquenten met ernstige psychiatrische stoornis
<p>Programma's intensief reclasserings toezicht</p> <p>Wat werkt</p> <p>Wat is (veel)-belovend</p> <p>Wat is niet (veel)-belovend</p> <p>Wat werkt niet</p> <p>Wat weten we niet</p>	<p>Programma's intensief reclasserings toezicht</p> <p>Wat werkt</p> <p>Wat is (veel)-belovend</p> <p>Wat is niet (veel)-belovend</p> <p>Wat werkt niet</p> <p>Wat weten we niet</p>	<p>Toezichtprogramma's delinquenten met problematisch middelengebruik</p> <p>Toezichtprogramma's met alleen monitoring- of controle-elementen</p> <p>Toezichtprogramma's met alleen controle-elementen</p> <p>Toezichtprogramma's met alleen monitoring- of controle-elementen</p> <p>Intensieve toezichtprogramma's met controle- en behandelcomponenten</p> <p>Controles op drugsgebruik</p> <p>Therapeutische gemeenschap met nazorg in de samenleving</p> <p>Drugsrechtbanken</p> <p>Breaking the Cycle (BTC)</p> <p>Sociale steun</p> <p>Medicatie tegen hunkering naar middelengebruik (naltrexon) in combinatie met controles op drugsgebruik</p> <p>Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors (VTPSA)</p> <p>The Phoenix Program met Step-Out nazorgprogramma, Alberta Hospital Edmonton, Canada</p> <p>Community Sex Offender Groupwork Program (CSOGP) West Midlands Probation Service, Engeland</p> <p>Sexual Offenders Treatment Program, Cordova Counseling Center Pensacola, Florida, VS</p> <p>Oregon depo-Provera Program, VS</p> <p>Circles of Support and Accountability (COSA)</p> <p>Sexual Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP) met Sex Offender Aftercare Program (SOAP)</p> <p>Sex Offender Treatment Program (CSOP) Pacific Region Canada</p> <p>Special Sex Offender sentencing Alternative (SSOSA) Washington State, VS</p> <p>SAFE Programme Auckland, STOP Programme Wellington, STOP Programme Christchurch, Nieuw-Zeeland</p> <p>Psychodynamisch behandelprogramma, Oostenrijk</p> <p>Stichting Ambulante Preventie Projecten (STAPP)</p> <p>Adult Sex Offenders Probation Project (ASOP) Cook County Illinois, VS</p> <p>Specialized Sex Offender Probation Programs Lake, DuPage, en Winnebago Counties Illinois, VS</p>

#### 6.4 Toezicht en doorstroming

Naast vermindering van recidive wordt verwacht dat door een kwalitatief beter toezicht TBS-gestelden eerder in aanmerking komen voor proefverlof of voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging, met als verwacht gevolg dat de uitstroom uit de TBS-klinieken wordt bevorderd (Kamerstukken I 2006-2007, 28 238, C). Dit aspect valt buiten de vraagstelling van het onderhavige onderzoek. Wel worden hierna kort enkele algemene bevindingen en visies uit de literatuur over effecten van intensief toezicht op het relatieve aantal intramurale tenuitvoerleggingen besproken.

Programma's voor intensief toezicht kunnen alleen een direct effect hebben op de benodigde capaciteit voor intramurale sancties, als deze ook daadwerkelijk worden gebruikt voor delinquenten die anders in aanmerking zouden komen voor een intramurale sanctie, of bij wie de intramurale sanctie anders langer zou duren (Petersilia & Turner, 1990; Moore et al., 2006). Het is niet gemakkelijk te onderzoeken of intensief toezicht bijdraagt aan het beperken van het aantal of de duur van intramurale sancties. In de eerste plaats is een veelheid van factoren van invloed op de oplegging en beëindiging van intramurale straffen en maatregelen, en dat geldt ook voor de toewijzing van delinquenten aan intensieve toezichtprogramma's (zie ook hierna). Ook is het niet onomstotelijk te bewijzen dat iemand die aan ISP deelneemt, zonder ISP (langer) intramuraal zou hebben verbleven (Moore et al., 2006). Niettemin zijn er wel voorbeelden van onderzoek waarin kenmerken van gevangenis- en ISP-populaties onderzocht zijn en die concluderen dat inderdaad sprake is van een vermindering van intramurale tenuitvoerleggingen ten gunste van extramuraal toezicht (Erwin & Bennett, 1987; Pearson, 1987; Wagner & Baird, 1993) dat overigens tijdgebonden en beperkt kan zijn door de beperkte capaciteit van toezichtprogramma's (Latessa, Travis & Holsinger, 1997, in Fulton, Latessa, Stichman & Travis, 1997). Moore et al. (2006) zijn echter pessimistisch over de kans dat ISP's een beperkend of vermindereffect hebben op de mate waarin straffen en maatregelen intramuraal ten uitvoer worden gelegd, omdat er ook tegengestelde krachten aan het werk kunnen zijn. Deze komen hier na aan de orde.

In de literatuur worden twee effecten beschreven die een gunstige invloed van ISP's en andere *intermediate sanctions* op de benodigde capaciteit voor intramurale sancties teniet zouden kunnen doen. Dit betreft in de eerste plaats zogeheten *net widening*-effecten. *Net widening* wordt gebruikt in de zin van 'het net wijder uitgooien', maar ook in de zin van 'een fijnmaziger net' (Cohen, 1985, in Moore et al., 2006). Daarmee wordt bedoeld een bijeffect van nieuwe sancties, namelijk dat deze worden toegepast bij bredere groepen delinquenten dan oorspronkelijk de bedoe-

ling was. Zo beschrijft Petersilia (1998) dat rechters en officieren van justitie in de Verenigde Staten de ISP's die waren bedoeld als *prison diversion*-programma's, ook oplegden aan delinquenten die niet in aanmerking kwamen voor een gevangenisstraf maar voor reclasseringstoezicht, maar bij wie het recidiverisico wel relatief hoog werd geschat. Dit hoeft overigens geen onwenselijk effect te zijn. Petersilia (1998) spreekt in dit kader ook van een '*net-repairing*'-effect, omdat er voor deze groep *high-risk probationers* nog geen goede voorzieningen waren. In Engeland zijn verschillende studies verricht die erop wijzen dat rechters geneigd zijn tot een bredere toepassing van de oplegging van intensieve (toezicht)programma's (Mair, Lloyd, Nee & Sibbit, 1994, in Moore et al., 2006; zie ook Tonry, 1990).

Een tweede effect is dat door het intensievere toezicht meer overtredingen zouden kunnen worden opgemerkt. Wanneer het gevolg daarvan terugplaatsing in de gevangenis of andere instelling is, dan wel een nieuwe intramurale sanctie, of wanneer hiervoor speciale tijdelijke opvangplaatsen moeten worden gecreëerd, kan dit een mogelijk gunstig effect op intramurale capaciteit tenietdoen (Petersilia, 1990b). Zo bleek in een onderzoek waarbij delinquenten aselekt werden toegewezen aan regulier reclasseringstoezicht of ISP, dat 30% van degenen in het ISP-programma uiteindelijk in de gevangenis terecht kwam, tegenover 18% van de delinquenten in het reguliere programma. Als verklaring dragen de auteurs aan dat ISP-deelnemers die technische overtredingen begingen tweemaal zo vaak gevangen werden gezet als delinquenten uit het reguliere programma die een overtreding begingen (Turner & Petersilia, 1992). Het effect van het verbreken van voorwaarden op het aantal (terug)plaatsingen in de gevangenis of een andere instelling zal naar verwachting groter zijn naarmate delinquenten met een hoger delictisico in aanmerking komen voor toezichtprogramma's en eveneens naarmate uitgebreidere en strengere voorwaarden worden opgelegd (Petersilia & Turner, 1992). Het is zelfs denkbaar dat ISP's leiden tot een toename van intramurale tenuitvoerleggingen wanneer *net widening*-effecten optreden in combinatie met een toegenomen kans op (terug)plaatsing in een instelling vanwege (technische) overtredingen. Programma's voor intensief toezicht kunnen daarnaast aanzienlijke kosten met zich meebrengen, onder andere aan personeelsinzet (kleinere caseloads, 24-uursbereikbaarheid, multidisciplinaire teams) (Moore et al., 2006).

## 6.5 Reflectie op gevonden materiaal en resultaten

### 6.5.1 Kwaliteit en beschikbaarheid van effectonderzoek

Er is nog vrij weinig bekend over de vraag in hoeverre toezichtprogramma's kunnen bijdragen aan het verminderen van recidive en over welke

toezichtprogramma's voor welke delinquenten het meest geschikt zijn. Het trekken van conclusies over de effectiviteit van toezichtprogramma's in dit onderzoek wordt bemoeilijkt doordat er weinig evaluatiestudies zijn van goede methodologische kwaliteit. In dit onderzoek zijn studies betrokken vanaf SMS-niveau 3.<sup>58</sup> Dit betreft studies die in ieder geval een interventiegroep en een vergelijkingsgroep hanteren. Gerandomiseerd effectonderzoek is onder de gevonden studies relatief dun gezaaid. Het meeste betreft quasi-experimenteel onderzoek. Daarbij is gebruikgemaakt van uiteenlopende soorten vergelijkingsgroepen. Zo wordt de toezichtgroep wel vergeleken met een groep die eveneens aan de selectiecriteria voldeed, maar een ander type sanctie opgelegd kreeg. In andere gevallen wordt vergeleken met delinquenten die werden veroordeeld toen het desbetreffende toezichtprogramma (nog) niet werd aangeboden. Soms bestaat de vergelijkingsgroep ook uit delinquenten die niet kozen voor deelname aan het programma of uit afvallers uit het programma. In veel gevallen is bij gebruik van dit soort vergelijkingsgroepen de interpretatie van de onderzoeksresultaten moeilijker, doordat een eventueel verschil in recidive mogelijk ook kan worden toegeschreven aan a priori verschillen tussen de groepen in voor recidive prognostische factoren. Bijvoorbeeld in strafrechtelijke voorgeschiedenis of in bereidheid om aan het programma mee te werken.

De laatste jaren verschijnen er in toenemende mate systematische overzichtstudies en meta-analyses volgens de methoden van de Campbell Collaboration (o.a. Farrington, 2003). Daarbij wordt een strenge selectie van effectonderzoek gemaakt op basis van de methodologische kwaliteit van de onderzoeksopzet, waarbij veelal uitsluitend gerandomiseerd effectonderzoek wordt opgenomen (SMS-score 5) en soms ook onderzoek waarin de *matching* van de onderzoeksgroepen aan hoge eisen voldoet (SMS-score 4). Bij dergelijke eisen blijft er soms maar weinig over van in eerdere overzichtstudies en meta-analyses gevonden effecten. Dat is bijvoorbeeld het geval met de in paragraaf 6.4 vermelde meta-analyse over psychologische behandeling bij zedendelinquenten (Brooks-Gordon et al., 2006; zie paragraaf 4.3) en bij de in hoofdstuk 2 vermelde overzichtstudie met betrekking tot intramuraal en extramuraal ten uitvoer gelegde straffen (Villettaz et al., 2006; zie paragraaf 2.3). Er is discussie tussen wetenschappers over de vraag welke mate van methodologische onvolkomenheid (die de vergelijking tussen behandelgroep en vergelijkingsgroep kan vertekenen) kan worden toegestaan (Beech, Bourgon, Hanson, Harris, Langton, Marques, Miner, Murphy, Quinsey, Seto, Thornton & Yates, 2007; Harkins & Beech, 2006). Wel is er volgens Beech et al. (2007) zowel consensus over het belang van de vergelijkbaarheid van de interventiegroep en de vergelijkingsgroep in termen van bekende risicofactoren voor recidive.

58 Beperkingen van het onderhavige onderzoek zijn weergegeven in paragraaf 1.9

Dit geldt ook voor het punt dat de meeste designs, behalve pure beschrijving, kennis toevoegen, zolang ook de beperkingen in het oog worden gehouden. Sommige wetenschappers menen dat de druk om gunstige effecten te laten zien buitengewoon hoog is en dat dit soms leidt tot een minder kritische opstelling dan wenselijk zou zijn (Brooks-Gordon et al., 2006).

In het onderhavige onderzoek zijn met betrekking tot de specifieke groepen delinquenten enkele zaken in het gevonden materiaal opgevallen. Zo is er aanzienlijk minder effectonderzoek gevonden over toezichtprogramma's voor zedendelinquenten dan voor de andere groepen delinquenten. Dit blijkt vooral uit het aantal meta-analyses en overzichtstudies. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat er voor zedendelinquenten minder specifieke toezichtprogramma's zijn ontwikkeld, omdat voor zedendelicten eerder een gevangenisstraf wordt opgelegd en minder snel een straf die in de samenleving ten uitvoer wordt gelegd. In de tweede plaats zou het kunnen zijn dat zedendelinquenten eerder in aanmerking komen voor toezichtprogramma's die niet op een specifieke doelgroep zijn gericht, zoals ISP's, terwijl delinquenten met een ernstige psychische stoornis of met verslavingsproblematiek daarbij vanwege hun stoornis minder goed passen.

### **6.5.2 *Programma-integriteit***

Hoe belangrijk een goede onderzoeksopzet ook is, dat is nog niet voldoende om de effectiviteit van een programma te onderzoeken. Het implementeren en uitvoeren van het programma zoals het is bedoeld, is eveneens een cruciale factor. Moore et al. (2006, zie hoofdstuk 2) signaleren dat een aantal grote ISP's die op meer locaties zijn uitgevoerd en onderzocht met behulp van gerandomiseerd effectonderzoek, teleurstellende resultaten laten zien, terwijl sommige intensieve toezichtprogramma's in kleinschalige ontwikkelgerichte projecten wel effectief lijken. Zij dragen daarvoor twee mogelijke verklaringen aan. De eerste is dat in de laatstgenoemde studies inadequate vergelijkingsgroepen en kleine steekproeven voor geflatteerde uitkomsten zorgen. Een tweede mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat in de grotere onderzoeken, door de toepassing op verschillende plaatsen, de programma-integriteit wellicht te wensen over heeft gelaten, of de contexten te veel hebben verschild. Een gemis is in dit verband dat in de meeste van de effectstudies die in het onderhavige rapport worden besproken niet of nauwelijks aandacht wordt besteed aan de programma-integriteit.



### 6.5.3 *Duur van de follow-upperiode*

Het terugdringen van recidive als uitgangspunt voor een toezichtprogramma kan nader worden onderscheiden in het voorkomen van recidive op kortere termijn, tijdens het toezichtprogramma en het effect op recidive op langere termijn, na afloop van het toezichtprogramma. Bij veel van de hier besproken toezichtprogramma's is de follow-upperiode vrij kort, zodat vooral het effect op overtredingen en recidive, tijdens en korte tijd na het toezichtprogramma wordt gemeten. Dit geldt bijvoorbeeld voor de programma's voor intensief reclasseringstoezicht (ISP's) besproken in hoofdstuk 2. Bij de in hoofdstuk 5 besproken drug-court-programma's varieert de follow-up van enkele maanden tot twee jaar. Bij andere programma's zoals de intramurale behandelprogramma's met nazorg en toezicht in de maatschappij voor zedendelinquenten (hoofdstuk 4) is de follow-upperiode na afloop van het programma aanzienlijk langer, variërend van één à twee jaar tot wel twaalf jaar.

### 6.5.4 *Recidive als uitkomstmaat*

Een aantal beperkingen van recidivegegevens als uitkomstmaat zijn genoegzaam bekend, zoals onderrapportage van het werkelijke aantal delicten en gevoeligheid voor veranderingen in de praktijk van registratie bij bijvoorbeeld de politie (Wartna, Blom & Tollenaar, 2004). Verder zijn gegevens over overtredingen van voorwaarden en recidive die verzameld worden tijdens de loop van een toezichtprogramma niet altijd eenvoudig te interpreteren. In de eerste plaats zou het toezichtprogramma doordat het bijvoorbeeld bijdraagt aan re-integratie, of door middel van afschrikking mogelijk kunnen leiden tot vermindering van recidive. In de tweede plaats kunnen mogelijk meer overtredingen en recidive worden gemeten doordat het toezichtprogramma leidt tot een grotere detectiekans. Het meten van meer overtredingen hoeft in dit geval niet te betekenen dat het toezichtprogramma heeft gefaald. Vroege detectie van terugval kan binnen een risicomangementbenadering een functie van het toezicht zijn. Ten derde zouden de opgelegde voorwaarden bij een toezichtprogramma strenger kunnen zijn dan bij regulier reclasseringstoezicht. Dat zou kunnen leiden tot meer overtredingen van de voorwaarden.

Omdat de effecten van het toezicht niet altijd eenvoudig te interpreteren zijn, is het belangrijk om bij de ontwikkeling van een toezichtprogramma de precieze doelstellingen van een programma, de verwachte effecten en de wijze waarop die (in tussenstappen) kunnen worden bereikt, zo veel mogelijk te concretiseren en te nuanceren. Zo is het bijvoorbeeld bij toezichtprogramma's die zich richten op moeilijke populaties delinquenten met een hoog delict risico en frequente delicten in het verleden ('veelplegers') waarschijnlijk niet realistisch te streven naar een laag

totaalaantal veroordelingen en een lage uitval uit het programma als uitkomstmaten. Wel zou een streven naar vermindering van frequentie en ernst van delicten realistisch kunnen zijn (Moore et al., 2006, p. 216). Daar komt bij dat naast recidive andere uitkomstmaten kunnen worden benut om resultaten van het toezichtprogramma in kaart te brengen. Daarbij kan worden gedacht aan 'tussendoelen' van het programma op kortere termijn, zoals het ontwikkelen van een goede relatie tussen de reclasseringsfunctionaris en de delinquent. In sommige benaderingen wordt deze als een cruciale voorwaarde voor het bewerkstelligen van veranderingen in het recidiverisico gezien (zie paragraaf 6.2.1). Zo zijn er meer factoren waarvan het aannemelijk is dat zij mediërende factoren kunnen zijn in het verband tussen het toezicht en vermindering van de kans op recidive. Hiervoor werd al vermeld de mate waarin de delinquent gebruikmaakt van de geboden behandelingen, vooruitgang op het gebied van maatschappelijke re-integratie, bijvoorbeeld in onderwijs, werk en het ontwikkelen van een constructief sociaal netwerk. Hoe de effectiviteit en de waarde van intensieve toezichtprogramma's (en de juridische modaliteiten) beoordeeld moeten worden, hangt daarbij af van de visie op toezichtprogramma's die wordt gehanteerd (zie paragraaf 2.1 en 6.2.1)

### *6.5.5 Typen werkzame mechanismen*

Indien veronderstelde werkzame mechanismen worden beschreven, betreft dit vrijwel altijd sociale en psychologische mechanismen. In een enkel geval komen biologische mechanismen aan bod, zoals in het depo-Provera-programma (Maletzky et al., 2006), waar een chemische ingreep in de activiteit van de geslachtsklieren verondersteld wordt excessieve seksuele behoeften en gedrag te dempen. Voor de behandeling van alcohol- of heroïneverslaving is inmiddels een groot aantal effectieve middelen bekend (zoals naltrexon, acamprosaat en methadon) en voor cocaïne- en cannabisverslaving worden medicijnen ontwikkeld (rimonabant, modafinil) (Van den Brink, 2006). Verder laat onderzoek zien dat de werking van specifieke neuropsychologische en emotionele functies behandel-succes en agressieve incidenten van delinquenten in de gevangenis voorspelt (Fishbein et al., 2006). Er wordt momenteel onderzoek gedaan naar onder meer de rol van gebreken in de executieve functies bij antisociaal en impulsief gedrag en ook bij verslaving. De executieve functies worden gelokaliseerd in de prefrontale hersenen en zijn onder andere betrokken bij het afremmen van gedrag, de mogelijkheid om beslissingen te nemen, doelgericht gedrag, sensitiviteit voor de consequenties van gedrag. Meer inzicht in de achterliggende mechanismen van antisociaal en impulsief gedrag is ook van belang voor de ontwikkeling van effectieve toezichtprogramma's. Biologische mechanismen vormen vergeleken met psychologische en sociale mechanismen daarbij een tot nu toe onbelichte dimensie.

## 6.6 Aanbevelingen

De belangrijkste conclusies over de effectiviteit van toezichtprogramma's uit dit onderzoek zijn:

1. Er is enige wetenschappelijke ondersteuning voor de effectiviteit in termen van recidivevermindering van toezichtprogramma's die naast het monitoren van gedrag en bewegingen en andere controle-elementen, bestaan uit re-integratie- of rehabilitatiecomponenten zoals behandeling, zorg, vaardigheidstrainingen en praktische steun.
2. Er is niet of nauwelijks wetenschappelijke ondersteuning voor de effectiviteit van toezichtprogramma's die uitsluitend of hoofdzakelijk uit het monitoren van gedrag en bewegingen en andere controle-elementen bestaan.
3. Er is te weinig evaluatieonderzoek van methodologisch goede kwaliteit uitgevoerd om bij specifieke toezichtprogramma's voor de onderscheiden groepen delinquenten uitspraken te doen over de effectiviteit. Wel lijken sommige programma's (veel)belovend.

Met dit onderzoek wordt beoogd inzicht te bieden in wat bekend is over de effectiviteit van toezichtprogramma's, van componenten van toezicht en combinaties van componenten.

Dit kan vervolgens worden benut bij het verfijnen en verbeteren van bestaande toezichtprogramma's en het ontwikkelen van nieuwe toezichtprogramma's.

Er zijn in Nederland verschillende initiatieven op het gebied van toezicht op TBS-gestelden en andere groepen delinquenten. De reclassering is bezig met de ontwikkeling van nieuwe modules voor intensief toezicht (Kamerstukken II 2006-2007, 29 270, nr. 4).

Eerder genoemd is het Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT) waarbij TBS-instellingen en de reclassering samenwerken. Sinds 2003 wordt dit type forensisch psychiatrisch toezicht op kleine schaal toegepast en wordt tegelijk een procesevaluatie verricht. De politie van Rotterdam werkt samen met de reclassering bij het houden van toezicht op TBS-gestelden die in de samenleving zijn teruggekeerd nadat de dwangverpleging voorwaardelijk is beëindigd (Brinke & Visser, 2006). Verschillende TBS-instellingen rapporteren over de wijze waarop zij toezicht houden op delinquenten die onder hun vleugels in woonvormen in de samenleving verblijven, onder meer in samenwerking met instellingen voor beschermd wonen (Van Rooijen, 2005; Keune, Van Binsbergen & Van den Broek, 2006). Vermeldenswaard is ook het vrij recente initiatief van de 'Veiligheidshuizen' (onder meer in Utrecht en Tilburg), waarin de verschillende 'ketenpartners', het Openbaar Ministerie, de politie, de reclassering en andere hulpverleners, de aanpak van en het toezicht op hoogrisicodelinquenten zoals veelplegers coördineren. Sinds begin jaren negentig is er overigens

al een Nederlands model voor toezicht op jonge veelplegers waarbij politie en behandelaars samenwerken, dat in Engeland op meer plaatsen is overgenomen (Graham & Newburn, 2003; Moore et al., 2006). In de GGz wordt pilotonderzoek verricht met ACT en FACT (Berkhout, Horsman & Van Veldhuizen, 2006).

Voor alle bij het toezicht betrokken partijen, de maatschappij, beleidsmakers, hulpverleners, toezichthouders, delinquenten, is het van belang dat er inzicht komt in de vragen *of* het toezichtprogramma werkt en *hoe* het toezichtprogramma werkt. Dat kan alleen door de ontwikkeling van toezichtprogramma's te verbinden met wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit.

Op basis van dit onderzoek kunnen wij de volgende aanbevelingen doen:

*Re-integratiecomponenten.* Indien het de bedoeling is om recidive op langere termijn te verminderen, zouden in te voeren toezichtprogramma's naast controle-elementen ook re-integratiecomponenten moeten omvatten. Van de hier onderzochte toezichtprogramma's lijken degenen die controle- en re-integratiecomponenten combineren, het meest kansrijk wat betreft het verminderen van recidive op de langere termijn. Het is dan ook aan te bevelen om voor dergelijke combinaties te kiezen als intensieve toezichtprogramma's in Nederland worden ingezet.

*Veelbelovende toezichtprogramma's.* Uit het onderzoek komen enkele programma's naar voren die op basis van soms meer, maar vaker op basis van een of enkele studies, kansrijk lijken wat betreft het verminderen van recidive op kortere of langere termijn. In deze programma's zijn toezicht (monitoring en controle) en behandeling vaak verweven. Dit betreft bijvoorbeeld FACT en het *Washington's Dangerous Mentally Ill program* voor delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis, de therapeutische gemeenschap met nazorg en de drugsrechtbank met behandeling en toezicht voor verslaafde delinquenten. Voor zedendelinquenten gaat het veelal om intramurale behandelprogramma's met nazorg en toezicht in de samenleving, bijvoorbeeld om het *Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors* (VTPSA), het *Phoenix Program met Step-Out* nazorgprogramma, of het *Oregon depo-Provera*-programma. Verder onderzoek is nodig naar de werkzaamheid van de controle- en re-integratieaspecten van dergelijke programma's. Er zou kunnen worden nagegaan welke programma's of onderdelen zich lenen voor verdere ontwikkeling en onderzoek in Nederland. Daarbij is het aan te raden over het desbetreffende onderzoek aanvullende literatuur en andere informatie, zoals protocollen indien beschikbaar, te verzamelen en wellicht tevens onderzoek naar de kosteneffectiviteit te doen.

*Implementatie en evaluatie.* De benadering van waaruit een toezichtprogramma wordt ontwikkeld, is van grote betekenis voor de veronderstellingen over de wijze waarop het programma effect sorteert. Het is dan ook van belang bij de keuze voor of de ontwikkeling van een toezichtprogramma van tevoren vast te stellen welke doelstellingen precies worden beoogd met het programma en om vervolgens te expliciteren op welke wijzen, via welke sociale, gedrags- of andere mechanismen deze zouden kunnen worden bereikt. Bij de mogelijke werkzame mechanismen kan naast sociale, en psychologische mechanismen ook worden gedacht aan biologische mechanismen. Er kan worden gedacht aan doelstellingen op kortere en langere termijn, zoals het voorkomen van recidive op langere termijn, het vroeg onderkennen van terugval of het verhogen van de detectiekans van (dreigende) terugval. In het kader van de visie(s) van waaruit het toezichtprogramma wordt beschouwd, moet ook de vraag worden gezien hoe met het verbreken van voorwaarden wordt omgegaan. Verder is de duur van het toezicht van belang. In hoeverre is re-integratie en toewerken naar een leven zonder toezicht een doelstelling? Of is het toezicht in principe blijvend nodig?

Veel van de gevonden toezichtprogramma's zijn onderzocht gedurende een relatief korte toepassing, meestal hooguit enkele jaren. Er is daarom nog weinig bekend over de effecten van toezicht gedurende langere tijd (vijf jaar en langer).

Vooraf zou ook moeten worden nagedacht over de eventuele consequenties van de verschillende toezichtmechanismen op praktisch, ethisch, maatschappelijk en juridisch gebied. Wat betekent bijvoorbeeld het inzetten van vrijwilligers om informatie te leveren van informatie over een delinquent?

Bij de implementatie van een programma zou gebruik moeten worden gemaakt van wat bekend is over algemene werkzame principes (zie bijvoorbeeld de hiervoor genoemde criteria van de Erkenningscommissie Interventies Justitie).

Er is een groot gebrek aan effectonderzoek en procesevaluaties van goede kwaliteit, terwijl inzicht in de vragen of een toezichtprogramma werkt en hoe het werkt van cruciaal belang is voor het succesvol gebruik van dergelijke programma's. Het verdient dan ook aanbeveling om de ontwikkeling en invoering van een toezichtprogramma gepaard te laten gaan met een programma-evaluatie, een procesevaluatie en een effectevaluatie van een zo hoog mogelijke methodologische kwaliteit.

Dit onderzoek betreft een inventarisatie van bestaande toezichtprogramma's en van wat bekend is over de effectiviteit en de veronderstelde werkzame mechanismen van deze programma's. De conclusies daarover worden noodzakelijkerwijs beperkt door de mate waarin en de kwaliteit waarmee er tot nu toe aan deze programma's onderzoek is verricht.

De effectiviteit van toekomstige toezichtprogramma's zal in aanzienlijke mate afhangen van de ontwikkelingen op het gebied van behandelinterventies.

Vanuit een breder perspectief bezien, is transmuraal toezicht een van de mogelijke opties binnen het sanctiestelsel. In dit rapport is besproken dat toezicht wordt ingezet voor verschillende strafdoelen, waaronder afschrikking, risicomanagement op kortere termijn en resocialisatie en recidivevermindering op langere termijn. De mate waarin wordt geïnvesteerd in toezicht en andere extramurale sancties en in intramurale sancties, en voor welke strafdoelen toezicht zal worden ingezet, zijn uiteindelijk maatschappelijke keuzes.

# Summary

## **Supervision programmes for offenders and forensic psychiatric patients**

### ***Effectiveness and mechanisms that are assumed to be effective***

#### **Background and study questions**

Since the 1990s, there has been a particular focus on improving the turnaround of offenders under a hospital order following intramural treatment in a Custodial Clinic. Part of this involves the more intense supervision of offenders under a hospital order who return to society. The parliamentary inquiry into hospital orders completed in the spring of 2006 led to the extension of the statutory period for conditional termination of compulsory treatment from a maximum of three to a maximum of nine years. The maximum term of the present conditional hospital order, three or four years, is also to be extended. The updated legislative proposal for the extension of the total conditional termination period has now been debated in Parliament (Parliamentary Papers I, 28 238 2006-2007, A, B, C). The aim of the legislative proposal for the extension of the conditional termination period for compulsory treatment in the context of hospital orders is twofold. On the one hand, there is a focus on reducing recidivism, whereas on the other hand the aim is to increase the turnaround of offenders under a hospital order, as it is presumed that these individuals will become eligible for release on licence at an earlier stage. An important issue with regard to policy is the question as to how supervision, which in the case of offenders under a hospital order will soon be subject to a maximum term of nine years, can be realised to optimum effect. The Research and Documentation Centre [*Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum*, WODC] was therefore asked to investigate current knowledge regarding the effectiveness of supervision programmes. The present report presents an account of this investigation. The research involved a literature study into extramural supervision programmes for offenders and forensic psychiatric patients and in particular for a number of subgroups within these categories, namely: offenders with a severe psychiatric disorder, sex offenders and offenders with substance abuse problems. In consultation with the policy managers, the present study focuses on the aim of reducing the chance of recidivism. The reason for this is that, due to the limited time available, it was necessary to define the research questions used in the study and the way in which the outcomes would be measured.

The aim of the present study is to provide an overview of knowledge gained from academic research into the effectiveness of supervision programmes and mechanisms that are assumed to be effective. The outcome of the study may contribute towards the practical realisation of supervision in the event of conditional termination of compulsory treatment in the context of hospital orders. Furthermore, the results may also be of use in the case of release on licence following a prison sentence, conditional hospital orders and in the context of the release on licence of individuals who are subject to a penal or civil measure providing for admission to a psychiatric hospital (Psychiatric Hospital Act [*wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen, wet BOPZ*]).

The study questions are as follows:

- 1) What effective supervision programmes, in terms of reducing recidivism, exist for (forensic) psychiatric patients and offenders and amongst these groups, specifically for sex offenders, offenders with a severe psychiatric disorder and offenders with substance abuse problems?
- 2) What assumed mechanisms form the basis for effective or promising programmes and under what circumstances are the potentially positive results of effective or promising programmes achieved?

## Definitions

In the present study, *supervision* is understood to refer to the monitoring of (aspects of) the behaviour of the individuals in question, in combination with counselling, treatment and/or care or otherwise, with the aim of preventing these individuals from committing further offences.

The term '*supervision programme*' is considered to refer to a coherent whole, consisting of activities focussed on the extramural supervision of the behaviour of the individuals in question, incorporating an element of monitoring, in combination with counselling, care and/or treatment or otherwise.

Supervision as described above can take place on a voluntary basis, however in practice supervision usually takes place on the basis of a legal judgment (sentence or measure), namely:

1. release on licence within the context of a prison sentence;
2. release on licence within the context of a measure providing for admission to a (forensic) psychiatric hospital ('*parole*');
3. a suspended sentence (for instance a probation and after-care supervision order ('*probation*');
4. a suspended measure (e.g. placement under a conditional hospital order).

Supervision programmes vary significantly with regard to the combination of various substantive components, for example with regard to the



extent to which the emphasis is on care and support or on *monitoring and control*. Programmes for intensive probation and after-care supervision (*Intensive supervision probation/parole programmes, ISPs*) are characterised, among other things, by the fact that they involve more frequent contact between professionals from the supervisory institution and the offender compared to standard probation and after-care supervision. Other features include (electronic) monitoring (the monitoring of the behaviour and movements of the individual in question), placement under house arrest or a curfew, and tests for drug and alcohol use. Some supervision programmes also include rehabilitation components, for example the treatment of mental illnesses, training courses in recidivism prevention and job preparation.

As a means of measuring the outcome of a supervision programme, the present study presents, in principle, the measures of recidivism as stated in the effect studies found.

Various studies often use different measures of recidivism. A number of common measures are as follows:

- *arrest*: for example the number of arrests, the number of recorded encounters with the police, the number of times the individual has been brought before a public prosecutor or judge;
- *new conviction*: for example a prison sentence, the severity of the offence, the judgment handed down;
- *(re)admission to prison or another institution*: for example the type of institution and regime, the term of imprisonment;
- *violation of conditions imposed in the event of release on licence*: for example the number and nature of the violations, the severity of the violation, the number of reports of violations;
- *suspension of release on licence*: whether release on licence has been suspended and the number of times that suspension has taken place;
- *termination of release on licence*: for example the number of successful parole days;
- *offence committed*: the nature and severity of the offence and the number of new offences;
- *evasion of supervision*: report of evasion of supervision.

It is possible to be more specific when talking about the reduction of recidivism as a basic principle for a supervision programme. For instance, recidivism during the supervision programme can be an important outcome measure if the aim of the supervision programme is to reduce recidivism in the short term. In addition, it may be necessary to examine recidivism over a (longer) period following completion of the supervision programme as a way in which to evaluate the outcome of the programme, if the aim of the supervision programme is long-term rehabilitation. A distinction is also made between the more timely and more

frequent detection of (imminent) recidivism as the objective of supervision programmes. In this case, the identification of (imminent) further recidivism during a supervision programme can be a positive effect of the supervisory programme. It is therefore assumed that the supervision programme will lead to the detection of violations and new offences at an earlier stage than is the case with offenders who are subject to a more limited form of supervision, which in turn means that measures can be taken earlier. It is also conceivable that the aim of a supervision programme can in the short term be to (temporarily) readmit forensic psychiatric patients to a psychiatric institution in good time in the event of imminent recidivism. It is possible, therefore, that the supervision programme may score higher than for instance standard probation and after-care supervision in terms of the percentage of individuals who are readmitted to an institution. Readmitting these individuals to institutions in a timely manner may ensure that care and support for the patients is more effectively guaranteed. This may mean that the programme could lead patients to integrate more effectively in the longer term.

A complicating factor is that the initial situations that apply to intensive and standard supervision respectively can vary. This applies to the conditions imposed, amongst other things. For example the so-called *Intensive Supervision Probation/Parole* programmes (ISPs) are subject to more stringent conditions than those that apply in the case of standard supervision. This means that it is presumably more difficult to comply with these, which may lead to more violations of the conditions. A distinction is therefore often made in the literature between recidivism and so-called 'technical violations'. Technical violations are violations of the conditions imposed, which, in themselves, do not constitute an offence. The foregoing illustrates the fact that the effects of supervision programmes on recidivism are not always easy to interpret. It is therefore important when developing a supervision programme to define and qualify as far as possible the precise aim of the programme, the anticipated effect and the manner in which these factors can be measured (in intermediary stages).

## Methods

In order to answer the study questions, a literature study was carried out. The studies used in this research were obtained by means of targeted searches in some seven databases, including Psychinfo and Web of Knowledge, by consulting the websites of ten relevant organisations and by examining volumes of relevant journals and the bibliographies of the publications called up.

Using the titles and abstracts of a total of approximately 1000 articles, a selection was made of the studies to be requested. All studies that

appeared to relate to a supervision programme for forensic psychiatric patients or offenders were requested. The studies requested were then screened using the inclusion and exclusion criteria. On the basis of this, 45 studies were selected for the chapter on intensive supervision programmes, 51 studies for the chapter on supervision programmes for offenders and forensic psychiatric patients with a severe psychiatric disorder, 106 studies for the chapter on supervision programmes for sex offenders and 54 studies for the chapter on supervision programmes for addicts. At the beginning of each chapter, a number of representative supervision programmes for the relevant group of offenders is described in greater detail. This section looks at such aspects as the aims of the programme and its target group, content and duration, the organisations involved and their responsibilities and the exchange of information between these organisations, and the mechanisms of the supervision programme that are assumed to be effective. For each target group, the studies were analysed in two stages. Firstly, the results of the meta-analyses and overview studies were then assessed. Secondly, the effect studies found that were not included in the meta-analyses or the overview studies were examined. The effect studies were also categorised in broad terms according to methodological quality, as per the *Maryland Scientific Methods Scale* (SMS). On the basis of the meta-analyses, overview studies and separate effect studies included, an assessment was carried out into current knowledge regarding the effectiveness of the supervision programmes in question. This involved classifying the programmes into four categories: *what works, what doesn't work, what is promising and what is unknown.*

### **Results: effective mechanisms of supervision programmes**

In the literature, a distinction is made between four approaches or basic principles of intensive supervision programmes. These may be regarded as four views on the aims of supervision programmes and the ways in which supervision programmes achieve their goals. However the various approaches do not necessarily rule one another out.

The first is a *punitive approach*. This approach assumes that the offender will be deterred by the increased risk of discovery as a result of more stringent monitoring and the consequences of discovery and will therefore refrain from committing offences.

Another important perspective is the *rehabilitation approach*. This approach focuses on changing the characteristics of the offender and aspects of or in the environment of the offender that are assumed to have a cause-and-effect relationship with his or her criminal behaviour, such as mental health, attitude, cognitive skills, social relationships, education, employment and skills. The aim of supervision is to reduce the risk that the individual in question will go on to commit an offence in the future.

The objective of the rehabilitation approach is to achieve a longer-term change in the risk of committing an offence.

A third angle is a *risk management approach*. This approach distinguishes itself from the rehabilitation approach in its more limited, pragmatic, 'managerial' aims: the identification and classification of groups based on level of risk, followed by management by means of supervision, prevention and rendering these groups harmless.

The fourth approach identified is a *normative approach*. When imposing an intensive supervision order, in addition to approaches that focus on preventing recidivism in the future, principles such as retribution and proportionality of the sentence should also be taken into account. In this respect, the so-called *intermediate sentences*, including intensive supervision, should fill the 'gap' between prison sentences and standard *community sentences* (such as standard probation and after-care supervision). This should also include the normative view that the government must provide for proper reintegration, whereby the individual involved is provided with useful opportunities for resocialisation.

We have however only succeeded in providing a partial answer to the question as to which mechanisms that are assumed to be effective form the basis for effective or promising supervision programmes, as the meta-analyses, overview studies and effect studies found do not, in general, contain any further details with regard to social, behavioural or other mechanisms, or if so only to a limited extent. A number of mechanisms that are assumed to be effective that occur (in various combinations) in several of the supervision programmes found are presented below.

It is believed that a number of mechanisms lead to the more effective management of criminal behaviour in the shorter term, during the supervision programme. These include *deterrence* for example. The assumption is that the increased risk of being caught as a result of more intensive supervision (with greater frequency and at unexpected times) and the consequences of this (such as the further restriction of freedoms and ultimately placement back in prison or another institution), discourages the offender from violating the conditions imposed and committing offences. Another assumed mechanism is *restriction*. The expectation is that the more intensive supervision and any other activities will restrict the possibilities and opportunities to commit an offence.

Finally, supervision may lead to a *greater chance of detection*. Increased supervision leads to a greater chance of the violation of conditions, the risk of reversion and recidivism being discovered. This should mean that it is possible to prevent reoffending, or to intervene at an earlier stage.

Several supervision programmes feature mechanisms that are expected to be able to contribute towards reintegration and the reduction of recidivism in the longer term.

The assumption is that intensive supervision and the coercion and pressure that this imposes will increase participation in treatment and employment preparation programmes and other schemes. The results of the treatment and employment preparation programmes are assumed to reduce the risk factors in relation to recidivism, which leads to the reduction of recidivism in the longer term. *Social monitoring and ties* have been named as important mechanisms in this respect. Social monitoring and ties may mean that the offender is less inclined to commit offences as he or she does not wish to lose the contacts that he or she has built up. From this point of view, it is important that supervision programmes also focus on promoting social ties, for instance via employment-related support. *A good relationship between the offender and his or her probation and after-care officer* or treating physician was also named as a potential mechanism. The assumption is that this relationship is able to develop as a result of the more frequent contact in the context of the supervision. This type of relationship should encourage the offender to cooperate in treatment programmes.

A number of programmes emphasise the importance of *social support*. In some cases, the supervision programme leads to the development of social networks around an offender. The expectation is that this will mean that offenders will not become socially isolated and will also develop a more positive lifestyle. It is assumed that these two aspects will help the offender to integrate into society more effectively, which should result in a lesser tendency to revert to criminal behaviour.

In the case of sex and violent offenders, *learning recidivism prevention strategies* constitutes an important part of the reintegration process. Many treatment programmes for (sex) offenders make use of cognitive behavioural therapy, in which the offender is taught different ways of thinking and different behaviour. This includes empathy training, correcting cognitive distortions and aggression management. In the supervision of sex offenders (however also in the case of violent offenders), there is a particular focus on the prevention of recidivism. In this context, the individual in question is taught to identify imminent recidivism and to prevent this at an early stage. He or she is also taught behavioural alternatives to this end.

Treatment is also used for the purpose of *influencing specific components of the sequence of events that lead to an offence being committed*. By influencing or controlling a specific component of the criminal behaviour, for instance sexual needs/impulses by means of libido inhibiting medication, it is believed that the risk of committing an offence can be brought under control or reduced at an earlier stage and remotely.

With a view to the reintegration of sex offenders and in order to overcome obstacles in this respect, it is considered important to include '*stakeholders*' who deal with sex offenders on the basis of (partly) conflicting interests in the process of supervision. The act of including these people should help to achieve a more concerted approach, which should in turn lead to more successful reintegration. *Stakeholders* can include the Public Prosecutions Department, the Bench, the police, housing organisations, organisations that protect the interests of victims, local residents, schools and the like.

Many of the supervision programmes found attached importance to a specialised approach towards the offenders. For instance, an *active and assertive approach* is required on the part of probation and after-care officers or care providers in order to retain forensic psychiatric patients with a severe psychiatric disorder in the supervision and care programme. The impediments resulting from their disorder (for instance a limited insight into their illness) may mean that the patients themselves are insufficiently able to keep appointments with care providers. Loss of contact with the care providers could lead to a deterioration in the patient's psychological state, for instance because he or she is no longer taking his or her medication, and may subsequently lead to an increased risk of recidivism. In the case of offenders with specific problems, such as a severe psychological disorder and in the case of sex offenders, *specialised case management* does in fact take place. Professionals are brought in who specialise in providing support to these types of offenders and who are aware of the risk factors associated with the relevant problems. In order to facilitate this, they are also given a smaller caseload. The theory is that the specialist officers will be better equipped to identify and prevent individuals within this group from committing an offence. *The compilation, exchange and sharing of information, which leads to the availability of a greater amount of information of a higher quality to all supervisory and care support organisations and officers*, is considered to be an important mechanism in many supervision programmes. One assumption is that the compilation of information on the part of various officers (police, probation and after-care) and also the public will lead to a clearer insight into the risk factors that affect a specific offender. This in turn facilitates more effective risk management: (imminent) recidivism should be detected at an earlier stage. Some programmes for sex offenders are based on the idea that it is not sufficient simply to combine case management with the teaching of recidivism prevention strategies (*self management*), which the individual in question must apply him or herself. The recidivism prevention model does not take sufficient account of the fact that sex offenders are not usually open with regard to their criminal behaviour. The active compilation and exchange of information regarding offence-related behaviour therefore also forms a central component. The

availability of a central database is also important in this regard. Special techniques are used in order to obtain information and ensure that this is open to discussion, such as the polygraph and the use of informants in the social network surrounding the offender.

A central component of several supervision programmes is *multi-disciplinary cooperation* and cooperation between professionals from different organisations. It is considered important in this respect to coordinate the compilation of information by various professionals and the centralisation of this information in order to obtain as full a picture as possible of the behaviour and of the potential risk factors with regard to the offender. The assumption in this respect is that the better and more complete the information, the higher the quality of the risk management.

### **Results: effectiveness of the supervision programmes**

With a few exceptions, too little academic research of good methodological quality has been carried out for one to be able to make unambiguous statements regarding the effectiveness of supervision programmes for the various programmes and groups of offenders examined in this study. A number of programmes can however be considered to be promising on the basis of the literature included in this study.

There is a degree of academic support for the effectiveness of intensive supervision programmes, which, as well as monitoring an individual's behaviour, movements and other elements of supervision, consist of rehabilitation components such as treatment, skills training and practical support. This is reflected, amongst other things, in the secondary analyses of the results of *Intensive Supervision Probation/Parole programmes* (ISPs), which contain elements of both supervision and rehabilitation, however there is also a degree of direct support in effect studies on ISP. There is also support for this in meta-analyses, overview studies and effect studies on supervision programmes for the three distinct groups of offenders examined in this study. The effective programmes for offenders with substance abuse problems: therapeutic community with aftercare in society, drugs courts and the *Breaking The Cycle* (BTC) programme include elements of both supervision and treatment. The same applies to the programmes identified as promising for offenders with a severe psychiatric disorder or for sex offenders. There is no or limited academic support for the effectiveness of supervision programmes that entirely or mainly consist of monitoring behaviour and movements and other supervisory elements. This is particularly evident from the meta-analyses and overview studies regarding effect studies on *Intensive Supervision Probation/Parole* programmes for offenders where there is a relatively high risk that the individual in question will commit an offence. This is also reflect-

ed in effect studies relating to intensive parole and after-care supervision of sex offenders and offenders with substance abuse problems. There follows a summary of the extent of academic support for the effectiveness of supervision programmes for offenders with a severe psychiatric disorder, sex offenders and offenders with substance abuse problems.

*Supervision programmes for offenders with a severe psychiatric disorder*  
(Forensic) Assertive Community Treatment (FACT and ACT) appears to be a promising supervision programme for offenders with a severe psychiatric disorder. Compared with standard care in the community, the treatment retention rate is higher, individuals are admitted to a psychiatric hospital less frequently and for shorter periods and there is a greater degree of satisfaction among patients. No differences in psychological state, social performance or crime rate were however identified. It should be noted that little is currently known about the effect of (F)ACT on recidivism, although a number of effect studies carried out in the United States and Germany have produced positive results in this regard. There is also a degree of positive support in studies into the effects of measures providing for compulsory outpatient treatment (*Involuntary Outpatient Treatment Order*, IOT) and another outpatient programme for dangerous psychologically disturbed offenders (*Washington's Dangerous Mentally Ill Offender Programme*). IOT also involves ACT or *case management*, and only had a positive effect on violent behaviour and the number of arrests when followed on a long-term basis and in combination with intensive mental healthcare.

#### *Supervision programmes for sex offenders*

With regard to sex offenders it is possible to conclude that supervision programmes consisting of (outpatient) treatment in combination with (intensive) supervision are *potentially* effective in the sense that there is a decrease in the percentage of reoffenders and/or (imminent) recidivism can be identified and prevented at an earlier stage. In the case of a number of programmes, one evaluation study at SMS level 3-5 found that the supervision programmes achieved a reduction of recidivism: the *Vermont Treatment Program for Sexual Abusers* (VPTSA) according to the so-called *containment* approach towards intensive probation and after-care supervision, some cognitive behavioural therapy treatment programmes that take place on an outpatient or intramural basis, followed by aftercare under supervision: the Phoenix Program, CSOGP, a treatment programme offered by the Cordova Counselling Centre in Florida. A promising combination appears to be probation and after-care supervision in combination with libido inhibiting medication (Depo-Provera programme), such as COSA, a programme that offers sex offenders social support and social monitoring upon their release. A methodologically sound study did not detect an effect on recidivism in the case of the *Sex Offender Treatment*



*Evaluation Program (SOTEP) with the Sex Offender Aftercare Program (SOAP).* The same applies to the group of programmes under the heading CSOP, the effectiveness of which has been the subject of research in Canada.

*Supervision programmes for offenders with substance abuse problems*

Academic research provides sufficient evidence for the theory that therapeutic community with aftercare in society has a positive effect on recidivism (e.g. the number of arrests and prison sentences) and drug abuse amongst offenders with substance abuse problems. The effect in terms of recidivism of *drugs courts*, whereby individuals are offered support such as treatment for substance abuse problems in addition to supervision, is largely positive. A promising solution appears to exist in the form of *Breaking the Cycle (BTC)*, a programme that combines a *drugs court*, *case management* and *Treatment Alternatives for Street Crime (TASC)* with drug use tests and medication to counteract drug cravings. There is also some indication that social support has a positive effect on recidivism.

## Conclusions and recommendations

The most important conclusions regarding the effectiveness of supervision programmes reached in this study are:

1. There is a degree of academic support for the effectiveness of supervision programmes, which, as well as monitoring an individual's behaviour, movements and other elements of supervision, consist of rehabilitation components such as treatment, care, skills training and practical support.
2. There is no or limited academic support for the effectiveness of supervision programmes that entirely or mainly consist of monitoring behaviour and movements and other supervisory elements.
3. There is as yet not enough methodologically robust research to make firm conclusions about the effectiveness of supervision programmes for specific groups of offenders. However there are several promising programmes.

On the basis of this research we are able to make the following recommendations:

*Rehabilitation components.* If the aim is to reduce recidivism in the long term, supervision programmes to be introduced should contain elements that focus on both supervision and rehabilitation. Of the supervision programmes examined here, those that offer a combination of supervision and rehabilitation components appear to be the most likely to succeed in terms of reducing recidivism in the long term. It is therefore

also recommended that these types of combinations are selected when introducing intensive supervision programmes in the Netherlands.

*Promising supervision programmes.* The study has identified a number of programmes that, on the basis of sometimes several, but more often one or two, studies, appear likely to succeed in reducing recidivism in the short or long term. This is true for instance of FACT and the *Washington's Dangerous Mentally Ill program* for offenders with a severe psychiatric disorder, therapeutic community with aftercare and the drugs court with treatment and supervision of offenders with a drug addiction. In the case of sex offenders this usually concerns intramural treatment programmes with aftercare and supervision in society, for example the *Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors (VTPSA)*, the *Phoenix Program with Step-Out* aftercare programme, or the *Oregon Depo-Provera programme*. Further research into the effectiveness of the supervision and rehabilitation aspects of these types of programmes is required. An investigation could be carried out into which programmes or components are suitable for further development and research in the Netherlands. In this respect it is recommended that additional literature and other information on the relevant supervision programme, such as protocols where available, is compiled and research into cost-effectiveness is perhaps also carried out.

*Implementation and evaluation.* The approach upon which a supervision programme is based is of key importance in terms of the theory regarding the manner in which the programme achieves effect. When selecting or developing a supervision programme, it is therefore also important to establish in advance exactly what the programme aims to achieve and then to specify how and via which social, behavioural or other mechanisms it may be possible to achieve this.

This may include both short and long term objectives, such as the prevention of recidivism in the long term, the early identification of reversion to criminal conduct, or increasing the chance of detecting (imminent) recidivism. In the context of the point(s) of view from which the supervision programme is regarded, we must also look at how the violation of conditions is dealt with. Potential active mechanisms can, in addition to social and psychological mechanisms, also include biological mechanisms.

The period during which supervision takes place is also important. For instance, to what extent does reintegration and working towards a life without supervision constitute an objective? Or is permanent supervision required in principle? Many of the supervision programmes found were studied during a relatively short implementation period, usually no more than a couple of years. Little is therefore currently known with regard to the effects of long-term supervision (for a period of five or more years).

When implementing a programme, use should be made of existing knowledge regarding general effective principles such as the criteria imposed by

the Accreditation Panel for Behavioural Programmes for Offenders in the Netherlands [*Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie*].

There is a major lack of effect studies and high quality process assessments, whilst insight into the question of whether supervision programmes work and how they work is of crucial importance to the successful use of these types of programmes. It is therefore also advisable to couple the development and implementation of a supervision programme with a programme evaluation, a process assessment and an effect evaluation of the highest possible methodological quality.

This study presents an inventory of existing supervision programmes and knowledge regarding the effectiveness of these programmes and the mechanisms that are assumed to be effective. The conclusions reached in this respect are inevitably limited by the extent to which studies have been carried out and by the quality of these studies.

The effectiveness of future supervision programmes will, to a large extent, depend on developments in the field of treatment interventions. Viewed from a wider perspective, transmural supervision forms one of the possible options within the sanctions system. This report examines the implementation of supervision for various punitive aims, including deterrence, risk management in the short term and resocialisation and the reduction of recidivism in the long term. In the long run, the extent to which investment is made in supervision and other extramural sanctions and in intramural sanctions, and the matter of which punitive aims supervision will be implemented for are decisions that rest with society.



# Literatuur

Bij elke referentie staat aangegeven in welk hoofdstuk deze gebruikt is. Staat het hoofdstuk tussen haakjes, dan is de betreffende referentie gebruikt in de onderzochte meta-analyses en overzichtstudies.

- Åberg-Wistedt, A., Cressell, T., Lindberg, Y., Liljenberg, B. & Ösby, U. (1995).** (H3)  
*Two year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia.* *Psychiatric Services*, 46, 1263-6.
- Abraham, M., Dijk, B van & Zwaan, M. (2007).** H3  
*Inzicht in toezicht: De uitvoering van toezicht door de reclassering.* Den Haag: WODC, ministerie van Justitie.
- Agopian, M.W. (1990).** (H2)  
The impact of intensive supervision probation on gang-drug offenders. *Criminal Justice Policy Review*, 4(3), 214-222.
- Albrecht, H.J. & Kalmthout, A. van (2002).** H4  
*Community sanctions and measures in Europe and North America.* Freiburg: Max Planck Institut.
- Alexander, M.A. (1999).** H4  
Sex offender treatment efficacy revisited. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 101-116.
- Allam, J. (1998).** H4  
*Effective practice in work with sex offenders.* Birmingham: West Midlands Probation Service.
- Allam, J. (1999).** H4, (H4)  
*Sex Offender Re-Conviction – Treated vs. Untreated Offenders.* West Midlands Probation Service Sex Offender Treatment Programme.
- Allam, J., Middleton, D. & Browne, K. (1997).** H4  
Different clients, different needs? Practice issues in community based treatment for sex offenders. *Criminal behaviour and Mental Health*, 7, 69-84.
- American Psychiatric Association (1980).** H5  
*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, third edition (DSM-III). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987).** H5  
*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition-revised (DSM-III-r).* Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994).** H3, H5  
*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition-revised (DSM-IV).* Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (2001).** H3  
Gold award. Helping mentally ill people break the cycle of jail and homelessness. The Thresholds, State, County collaborative Jail Linkage Project, Chicago. *Psychiatric Services*, 52, 1380-1382.

- American University Drug Court Clearinghouse and Bureau of Justice (2005).** H5  
 In: Gonzales, A.R., Schofield, R.B. & Schmitt, G.R. (2006). *Drug courts: The second decade*. Washington: National Institute of Justice ([www.ojp.usdoj.gov/nij](http://www.ojp.usdoj.gov/nij)).
- Andrews, D.A. & Bonta, J. (1994).** H5  
*The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (1998).** H5  
*The psychology of criminal conduct* (2<sup>nd</sup> ed.). Cincinnati, OH: Anderson.
- Andrews, D.A., Bonta, J. & Hoge, R.D. (1990).** H5  
 Classification for effective rehabilitation: rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Andrews, D.A. & Dowden, C. (2006).** H6  
 Risk principle of case classification in correctional treatment. A meta-analytic investigation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(1), 88-100.
- Andrews, D.A. & Keissling, J.J. (1980).** H2  
 Program structure and effective correctional practices: A summary of the CAVIC research. In R. R. Ross & P. Gendreau (eds.), *Effective correctional treatment*. Toronto: Butterworth.
- Anglin, M.D., Longshore, D. & Turner, S. (1999).** (H5)  
 Treatment alternatives to street crime: An evaluation of five programs. *Criminal Justice and Behavior*, 26(2), 168-195.
- Anglin, D., Longshore, D., Turner, S., McBride, D., Inciardi, J. & Prendergast, M. (1996).** (H5)  
*Studies on the functioning and effectiveness of treatment alternatives to street crime: final report*.
- Anspaugh, D.F. & Ferguson, A.S. (ongepubliceerd).** H5  
 Assessing the efficacy of treatment modalities in the context of adult drug courts, final report. In: Gonzales, A.R., Schofield, R.B. & Schmitt, G.R. (2006). *Drug courts: The second decade*. Washington: National Institute of Justice ([www.ojp.usdoj.gov/nij](http://www.ojp.usdoj.gov/nij)).
- Aos, S., Miller, M. & Drake, E. (2006).** H2,  
*Evidence-based public policy options to reduce future prison H3,  
 construction, criminal justice costs, and crime rates*. Olympia: H4,  
 Washington State Institute for Public Policy H5,  
 ([www.wsipp.wa.gov](http://www.wsipp.wa.gov)). (H5)
- Aos, S., Phipps, P. & Barnoski, R. (2004).** (H5)  
*Washington's drug offender sentencing alternative: an evaluation of benefits and costs*, Olympia: Washington State Institute for Public Policy.

- Ashford, J.B., Sales, B.D. & LeCroy, C.W. (2001).** H6  
Aftercare and recidivism prevention. In: Ashford, J.B., Sales, B.D. & Reid, W.H. (red.), *Treating adult and juvenile offenders with special needs*. Washington DC: APA.
- Audini, B., Marks, I.M., Lawrence, R.E., Connolly, J. & Watts, V. (1994).** (H3)  
Home-based versus out-patient/in-patient care for people with serious mental illness. Phase II of a controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 165, 204-10.
- Austin, J. & Hardyman, P. (1991).** (H2)  
*The use of early parole with electronic monitoring to control prison crowding: Evaluation of the Oklahoma Department of Corrections pre-parole supervised release with electronic monitoring*. Unpublished report to the National Institute of Justice.
- Australian drug foundation (2007).** H5  
Drug info: Naltrexon.  
<http://druginfo.adf.org.au/article.asp?ContentID=naltrexone>
- Bagdon, W. & Ryan, J.E. (1993).** (H2)  
Intensive Supervision of Offenders on Prerelease Furlough: An Evaluation of the Vermont Experience, *FORUM on Corrections Research*, 5(2).
- Baird, C., Wagner, D., Decomo, B. & Aleman, T. (1994).** (H2), (H4), (H5)  
*Evaluation of the effectiveness of supervision and community rehabilitation programs in Oregon*. National Council on Crime and Delinquency.
- Bale, R.N. van, Stone, W.W., Kuldau, J.M., Engelsing, T.M.J., Elashoff, R.M. & Zarcone, V.P. (1980).** (H5)  
Therapeutic communities versus methadone maintenance. *Archives of General Psychiatry*, 37, 179-193.
- Banks, D. & Gottfredson, D.C. (2002).** H5  
*The Baltimore City Drug Treatment Court: Effect of the drug court policy on time to rearrest*. College Park, MD: The University of Maryland.
- Banks, D. & Gottfredson, D.C. (2003).** H5  
The effects of drug treatment and supervision on time to rearrest among drug treatment court participants. *Journal of Drug Issues*, 33, 385-412.
- Banks, D. & Gottfredson, D.C. (2004).** H5  
Participation in drug treatment court and time to rearrest. *Justice Quarterly*, 21, 637-658.
- Barbaree, H. (1997).** H4  
Evaluating treatment efficacy with sexual offenders: the insensitivity of recidivism studies to treatment effects. *Sexual Abuse: a Journal of research and Treatment*, 9 (2), 111-128.

- Barnoski R. & Aos S. (2003).** (H5)  
*Washington State's Drug Courts for Adult Defendants: Outcome Evaluation and Cost-Benefit Analysis.* Washington State Institute for Public Policy, 03-03-1201.
- Baumer, T., Maxfield, M. & Mendelsohn, R. (1993).** (H2)  
 A. comparative analysis of three electronically monitored home detention programs. *Justice Quarterly*, 10, 121-142.
- Baumer, T.L. & Mendelsohn, R.I. (1991).** (H2)  
*Comparing methods of monitoring home detention: The results of a field experiment.* Paper presented at the meeting of the American Society of Criminology, San Fransisco.
- Baumer, T.L. & Mendelsohn, R.I. (1992).** (H2)  
 Electronically monitored home confinement: does it work? In: Byrne, J., Lurigio, A. & Petersilia, J. (eds.) *Smart sentencing: The emergence of intermediate sanctions.* Newbury Park, CA: Sage, p. 54-67.
- Bavon, A. (2001).** (H5)  
 The effect of the Tarrant County drug court project on recidivism. *Evaluation and Program Planning*, 24, 13-24.
- Beck, J. & Klein-Saffran, J. (1989).** (H2)  
*Community control project* (Report No. 44). Washington DC: United States Parole Commission.
- Beech, A., Bourgon, G., Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Langton, C., Marques, J., Miner, M., Murphy, W., Quinsey, V., Seto, M., Thornton, D. & Yates, P. (2007).** H4  
*Sexual offender treatment: CODC Guidelines for evaluation. Part 1: Introduction and overview.* Ottawa: Ministry of Public Safety and Emergency Preparedness Canada: Collaborative Outcome Data Committee.
- Beech, A.R. & Mitchell, I.J. (2004).** H4  
 A neurobiological perspective on attachment problems in sexual offenders and the role of selective serotonin re-uptake inhibitors in the treatment of such problems. *Clinical Psychology Reviews*, 25, 153-182.
- Belenko, S. (1998).** (H5)  
 Research on drug courts: a critical review. *National Drug Court Institute Review*, 1, 1-26.
- Belenko, S. (1999).** (H5)  
 Research on drug courts: a critical review 1999 update. *National Drug Court Institute Review*, 2, 1-58.
- Belenko, S. (2001).** (H5)  
*Research on drug courts: A critical review, 2001 update.* New York: The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University.



- Belenko, S. (2006).** (H5)  
Assessing released inmates for substance-abuse-related service needs. *Crime and Delinquency*, 52, 94-113.
- Belenko, S. & Peugh, J. (2005).** H5  
Estimating drug treatment needs among state prison inmates. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 269-281.
- Bell, M.M. (1998).** (H5)  
*King County drug court evaluation: Final report*. Seattle, WA: M. M. Bell, Inc.
- Berkhout, J.J., Horsman & Veldhuizen, R. van (2006).** H6  
Forensisch psychiatrische patiënten en de maatschappij: check, check, double check. *Proces*, 5, 170-179.
- Berliner, L., Schram, D., Miller, L.L. & Milloy, C.D. (1995).** H4,  
(H4)  
A sentencing alternative for sex offenders: a study of decision making and recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 487-502.
- Bilby, C., Brooks-Gordon, B. & Wells, H. (2006).** H4  
A Systematic review of Psychological Interventions for Sexual Offenders: II Quasi-experimental and qualitative data. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 17(3), 467-484.
- Bingham, J.E., Turner, B.W. & Piotrowski, C. (1995).** H4  
Treatment of sexual offenders in an outpatient community-based program. *Psychological Reports*, 76, 1195-1200.
- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T. & Latimer, E. (2001).** H3  
Assertive Community Treatment for people with severe mental illness. Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 141-159.
- Bond, G.R., Miller, L.D., Krumwied, R.D. & Ward, R.S. (1988).** (H3)  
Assertive case management in three CMHCs: a controlled study. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 411-8.
- Bond, G.R., Witheridge, T.F., Dincin, J., Wasmer, D., Webb, J. & DeGraaf-Kaser, R. (1990).** (H3)  
Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: a controlled study. *American Journal of Community Psychology*, 18, 865-91.
- Bonta, J., Deschenes, E. P., Turner, S. & Petersilia, J. (1995).** (H2)  
A Dual Experiment in Intensive Community Supervision: Minnesota's Prison Diversion and Enhanced Supervised Release Programs. *The Prison Journal*, 75(3), 330-357.
- Bonta, J., Wallace-Capretta, S. & Rooney, J. (2000a).** H2,  
(H2)  
Can electronic monitoring make a difference? An evaluation of three Canadian programs. *Crime and Delinquency*, 46 (1), 61-75.

- Bonta, J., Wallace-Capretta, S., Rooney, J. (2000b).** H2,  
A quasi-experimental evaluation of an intensive rehabilitation (H2)  
supervision program. *Criminal Justice and behaviour*, 27 (3),  
312-329.
- Breckenridge, J.F., Winfree Jr., L.T., Maupin, J.R. & Clason, D.L. (2000).** (H5)  
Drunk drivers, DWI 'drug court' treatment, and recidivism:  
Who fails? *Justice Research and Policy*, 2(1), 87.
- Brewster, M.P. (2001).** (H5)  
An evaluation of the Chester County (PA) drug court program.  
*Journal of Drug Issues*, 31(1), 177-206.
- Brink, W. van den (2006).** H6  
Verslaving: een chronische recidiverende hersenziekte. In: de  
Kogel, C.H. de, Leeuw, F. & Scheepmaker, M. (red.) *Biologie en  
criminologie. Justitiële Verkenningen*, 8, 2006. Den Haag: Boom  
Juridische uitgevers.
- Brinke, G.J. & Visser, D. (2006).** H4,  
TBS'ers scherp in beeld. Mogelijkheden voor opsporing en H6  
monitoring van TBS'ers. *Blauw – recherche*, 15/2006, 6-8.
- Britt, J.C., Gottfredson, M.R. & Goldkamp, J.S. (1992).** (H5)  
Drug testing and pretrial misconduct: An experiment on the  
specific deterrent effects of drug monitoring defendants on  
pretrial release. *Journal of Research in Crime and Delinquency*,  
29 (1), 62-78.
- Broner, N., Lattimore, P.K., Cowell, A.J. & Schlenger, W. (2004).** (H3)  
Effects of Diversion on Adults with Mental Illness Co-occurring  
with Substance Use: Outcomes from a National Multi-Site  
Study. *Behavior Sciences and the Law*, 21, 1-23.
- Brooks-Gordon, B., Bilby, C. & Wells, H. (2006).** H4  
A Systematic review of Psychological Interventions for Sexual  
Offenders: I Random Controlled Trials. *Journal of Forensic  
Psychiatry and Psychology*, 17(3), 442-466.
- Brooks-Gordon, B.M. & Bilby, C. (2006).** H4  
Psychological Interventions for Treatment of Sexual Offenders.  
*British Medical Journal*, 333, 5-6.
- Brown, B.S., O'Grady, K.E., Battjes, R.J., Farrell, E.V., Smith, N.P. & Nurco, D.N. (2001).** H5,  
(H5)  
Effectiveness of a stand-alone aftercare program for drug-  
involved offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21,  
185-192.
- Brown, K. (1999).** (H2)  
*Intensive supervision probation: The effects of supervision  
philosophy on intensive probationer recidivism*. Dissertation,  
University of Cincinnati at [www.uc.edu/criminaljustice/  
graduate/Dissertations/KBrown.pdf](http://www.uc.edu/criminaljustice/graduate/Dissertations/KBrown.pdf).

- Brown, M. & Roy, S. (1995).** (H2)  
Manual and electronic house arrest: an evaluation of factors related to failure. In: Smylka, J. & Selke, W. (eds.) *The workings of the indeterminate-sentence law and the parole system in Illinois*. Springfield, IL: State board of Parole.
- Brownlee, I. (1995).** (H2)  
Intensive probation with young adult offenders: a short reconviction study. *British journal of Criminology*, 35, 599-612.
- Brownlee, I.D. & Joanes, D. (1993).** (H2)  
Intensive probation for young adult offenders: evaluating the impact of a non-custodial sentence. *British Journal of Criminology*, 33(2), 216-230.
- Bryan, T. & Doyle, P. (2003).** H4  
Developing Multi-agency Public Protection arrangements. In: Matravers, A. (ed.) *Sex offenders in the community. Managing and reducing the risks*. Uffculme, Cullompton, Devon: Willan Publishing.
- Burns, T., Beadsmoore, A., Bhat, A.V. & Oliver, A.A. (1993).** (H3)  
Controlled trial of home-based acute psychiatric services: I. Clinical and social outcome. *British Journal of Psychiatry*, 163, 49-54.
- Burns, T., Raftery, J., Beadsmoore, A., McGuigan, S. & Dickson, M.A. (1993).** (H3)  
Controlled trial of home-based acute psychiatric services. II: Treatment patterns and costs. *British Journal of Psychiatry*, 163, 55-61.
- Bush, C.T., Langford, M.W., Rosen, P. & Gott, W. (1990).** (H3)  
Operation outreach: intensive case management for severely psychiatrically disabled adults. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 647-9.
- Butzin, C.A., Scarpetti, F.R., Nielsen, A.L., Martin, S.S., Inciardi, J.A. (1999).** (H5)  
Measuring the impact of drug treatment: Beyond relapse and recidivism. *Corrections Management Quarterly*, 3 (4), 1-7.
- Byrne, J.M. (1990).** H6  
The future of intensive probation supervision and the new intermediate sanctions. *Crime and Delinquency*, 36 (1), 6-41.
- Byrne, J.M. & Kelly, L.M. (1989).** (H2)  
*Restructuring probation as an intermediate sanction: An evaluation of the Massachusetts intensive probation supervision program: Final report to the national Institute of Justice*. Lowell, MA: University of Lowell, department of Criminal Justice.
- California Department of Corrections (1996).** (H5)  
*Parolee Partnership Program: A Parole Outcome Evaluation*. Sacramento: California Department of Corrections.

- California Department of Corrections (1997).** (H5)  
*Los Angeles Prison Parole Network: An Evaluation Report.* State of California.
- Calsyn, R.J., Yonker, R.D., Lemming, M.R., Morse, G.A. & Klinkenberg, W.D. (2005).** H3  
 Impact of assertive community treatment and client characteristics on criminal justice outcomes in dual disorder homeless individuals. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15, 236-248.
- Cangas, J.P.C. de (1994).** (H3)  
 Le 'Case management' affirmatif: une evaluation complete d'un programme du genre en milieu hospitalier. *Sante mentale au Quebec*, 19, 75-92.
- Carey, S.M. & Finigan, M.W. (2004).** (H5)  
 A detailed cost-analysis in a mature drug court setting: A cost-benefit evaluation of the Multnomah County drug court. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 20(3), 315-338.
- Carich, M.S. & Stone, M.H. (2001).** H4  
 Aftercare for medium and hardcore sexual offenders. *The Journal of Individual Psychology*, 57(1), 60-66.
- Catty, J., Burns, T. & Comas, A. (2001).** H3  
 Day centres for severe mental illness (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, 2. Art. No.: CD001710.
- Center for Sex Offender Management (2000).** H4  
*Community supervision of the sex offender: an overview of current and promising practices.* Silver Spring MD: CSOM, U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs.
- Center for Sex Offender Management (2002a).** H4  
*The collaborative approach to sex offender management.* Silver Spring MD: CSOM, U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs.
- Center for Sex Offender Management (2002b).** H4  
*Time to work: managing the employment of sex offenders under community supervision.* Silver Spring MD: CSOM, U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs.
- Center for Sex Offender Management (2006).** H4  
*Understanding treatment for adults and juveniles who have committed sex offenses.* Silver Spring MD: CSOM, U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs.
- Center for Sex Offender Management (2007).** H4  
*Managing the challenges of sex offender reentry.* Silver Spring MD: CSOM, U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs.

- Chandler, D., Meisel, J., McGowen, M., Mintz, J. & Madison, K. (1996).** (H3)  
Client outcomes in two model capitated integrated service agencies. *Psychiatric Services*, 47, 175-80.
- Chanhathasilpa, C., MacKenzie, D.L. & Hickman, L.J. (2000).** H5  
The effectiveness of community-based programs for chemically dependent offenders. A review and assessment of the research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 383-393.
- Chilvers, R., Macdonald, G.M. & Hayes, A.A. (2006).** H3  
Supported housing for people with severe mental disorders (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, 1. Art. No.: CD004026.
- Christy, A., Poythress, N.G., Boothroyd, R.A., Petrila, J. & Mehra, S. (2005).** (H3)  
Evaluating the efficiency and community safety goals of the Broward County Mental Health Court. *Behavioral Sciences & the Law*, 23, 227-243.
- Clear, T. & Hardyman, P.L. (1990).** H2  
The new intensive supervision movement. *Crime & Delinquency*, 36(1), 42-60.
- Clelland, S.R., Studer, L.H. & Reddon, J.R. (1998).** H4  
Follow-up of rapists treated in a forensic psychiatric hospital. *Violence and Victims*, 1, 3, 79-86.
- Cohen, L.J. & Galynker, I.I. (2002).** H4  
Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 8 (5), 276-289.
- Cohen, L.J., Test, M.A., Brown, R.L. (1991).** (H3)  
Suicide and schizophrenia: data from a prospective community treatment study. *American Journal of Psychiatry*, 147, 602-7.
- Commissie Beleidsvisie TBS (2000).** H1  
Veilig en wel: een beleidsvisie op de TBS.  
Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële inrichtingen.
- Commissie Visser (2006).** H1  
*TBS, vandaag over gisteren en morgen.*  
Den Haag: Sdu
- Cornish, J.W., Metzger, D., Woody, G.E., Wilson, D., McLellan, A.T., Vandergrift, B. et al. (1997).** (H5)  
Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent probationers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14 (6), 529-534.
- Cosden, M., Ellens, J., Schnell, J. & Yamini-Diouf, J. (2004).** (H3)  
*Evaluation of the Santa Barbara County Mental Health Treatment Court with Intensive Case Management.* University of California, Santa Barbara.

- Cosden, M., Ellens, J.K., Schnell, J.L., Yamini-Diouf, Y. & Wolfe, M.M. (2003).** (H5)  
Evaluation of a mental health treatment court with assertive community treatment. *Behavioral Sciences & the Law*, 21 (4), 415-427.
- Courtright, K.E., Berg, B.L. & Mutchinick, R.J. (1997).** (H2)  
Effects of house arrest with electronic monitoring on DUI offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 24 (3/4), 35-51.
- Couturier, L., Maue, F. & McVey, C. (2005).** H3  
Releasing inmates with mental illness and co-occurring disorders into the community. *Corrections Today*, April, 82-85.
- Craddock, A. (2000).** H2  
*Exploratory analysis of client outcomes, costs, and benefits of Day Reporting Centers – Final Report*. Terre Haute: Indiana State University.
- Craddock, A. (2002).** (H5)  
*North Carolina drug treatment court evaluation: Final report*. Raleigh: North Carolina Court System.
- Craddock, A. & Graham, L.A. (2001).** H2, (H5)  
Recidivism as a function of day reporting center participation. *Journal of Offender Rehabilitation*, 34, 81-97.
- Craig, L.A., Stringer, I. & Moss, T. (2006).** H4  
Treating sex offenders with learning disabilities in the community. A critical review. *International Journal of offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(4), 369-390.
- Craissati, J. (2004).** H4  
*Managing high risk sex offenders in the community: a psychological approach*. Hove: Brunner-Routledge.
- Craissati, J. & Beech, A. (2005).** H4  
Risk prediction and failure in a complete urban sample of sex offenders. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 16(1), 24-40.
- Craissati, J. & Beech, A. (2006).** H4  
The role of key developmental variables in identifying sex offenders likely to fail in the community: an enhanced risk prediction model. *Child Abuse and Neglect*, 30(4), 327-339.
- Craissati, J. & McClurg, G. (1997).** H4  
The Challenge Project: a treatment program evaluation for perpetrators of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 21(7), 637-648.
- Criminal Justice Research Center (1994).** (H2)  
*Evaluation of the Virginia Department of Corrections' intensive supervision programs*. Richmond, VA: Virginia Department of Criminal Justice Services.

- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G. & Huxley, P. (2001).** H3  
 Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, 2. Art. No.: CD003080.
- Crumpton, D., Brekhus, J., Weller, J. & Finigan, M. (2003).** (H5)  
*Cost analysis of Baltimore City, Maryland drug treatment court.* Portland, OR: NPC Research, Inc.
- Cullen, F.T., Wright, J.P. & Applegate, B.K. (1996).** H2  
 Control in the community. The limits of reform? In: Harland, A.T. (ed.) *Choosing correctional options that work.* London: Sage.
- Cumming, G. & McGrath, R. (2000).** H4  
 External supervision. How can it increase the effectiveness of relapse prevention? In: Laws, D.R., Hudson, S.M. & Ward, T. (eds.) *Remaking relapse prevention with sex offenders. A sourcebook.* Newbury Park, CA: Sage, p. 236-253.
- Cumming, G. & McGrath, R. (2005).** H4  
*Supervision of the sex offender. Community management, risk assessment, and treatment.* Brandon VT: The Safer Society Foundation Press.
- Curtis, J.L., Millman, E.J., Struening, E. & D'Ercole, A. (1992).** (H3)  
 Effect of case management on rehospitalization and utilization of ambulatory care services. *Hospital Community Psychiatry*, 43, 895-899.
- Davis, S. (1986a).** (H2)  
*Evaluation of the first year of expanded house arrest: October 1, 1984 through September 30, 1985.* Oklahoma City: Oklahoma Department of Corrections.
- Davis, S. (1986b).** (H2)  
*Previous incarceration and house arrest placement outcome.* Oklahoma City: Oklahoma Department of Corrections.
- Davis, S. (1987).** (H2)  
*Evaluation of the second year of expanded house arrest: October 1, 1985 through September 30, 1986.* Oklahoma City: Oklahoma Department of Corrections.
- DeLeon, G. & Jainchill, N. (1986).** H5  
 Circumstances, motivation, readiness and sustainability as correlates of treatment tenure. *Journal of Proactive Drugs*, 18, 203-208.
- Deschenes, E.P. & Greenwood, P.W. (1994).** (H5)  
 Maricopa-County Drug Court – an innovative program for 1st-time drug offenders on probation. *Justice System Journal*, 17 (1), 99-115.

- Deschenes, E.P., Cresswell, L., Emami, V., Moreno, K., Klein, Z. & Condon, C. (2001).** (H5)  
*Success of Drug Courts: Process and Outcome Evaluations in Orange County, California, Final Report.* Submitted to the Superior Court of Orange County, CA, September 20, 2001.
- Deschenes, E.P., Turner, S. & Petersilia, J. (1995).** (H2)  
 A Dual Experiment in Intensive Community Supervision: Minnesota's Prison Diversion and Enhanced Supervised Release Programs. *The Prison Journal* 75(3), 330-357.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (2002).** H4  
*Zorg voor zeden. Zedendelinquenten in het gevangeniswezen.* Den Haag: DJI.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (2006).** H1  
*Feiten en Cijfers.* Den Haag: DJI.
- Dodgson, K., Goodwin, P., Howard, P., Llewellyn-Thomas, S., Mortimer, E., Russel, N. & Weiner, M. (2001).** (H2)  
*Electronic monitoring of released prisoners: an evaluation of the home detention curfew scheme* (Home Office research Study 222). London: Home Office Research, Development and Directorate.
- Doncker, D. de, Koeck, S., Huys, W. & Winter, J. (2006).** H4  
 Classificatie van extrafamiliale pedoseksuelen Deel I: Het MTC:CM# systeem toegepast binnen een ambulante setting. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 30, 16-26.
- Dowden, C. & Andrews, D.A. (2000).** H2  
 Effective correctional treatment and violent re-offending: a meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology*, 42, 449-467.
- Dowden, C., Antonowicz, D. & Andrews, D.A. (2003).** H4  
 The effectiveness of relapse prevention with offenders: a meta-analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(5), 516-528.
- Dowell, D.A., Klein, C. & Krichmar, C. (1985).** (H2)  
 Evaluation of a halfway house. *Journal of Criminal Justice*, 13, 217-226.
- Dugan, J.R. & Everett, R.S. (1998).** (H5)  
 An Experimental Test of Chemical Dependency Therapy for Jail Inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 42(4), 360-368.
- Dynia, P. & Hung-En S. (2000).** (H5)  
 The safety and effectiveness of diverting felony drug offenders to residential treatment as measured by recidivism. *Criminal Justice Policy Review*, 11, 299-311.



- Eggen, A.Th.J. & Heide, W. van der (red.) (2005).** H3  
*Criminaliteit en rechtshandhaving 2004; ontwikkelingen en samenhangen.* Den Haag: WODC/Boom Juridische uitgevers, Onderzoek en Beleid, 237.
- Eher, R., Lackinger, F., Fruhwald, S. & Frottier, P. (2006).** H4  
 Beziehungorientierte Psychotherapie bei entlassenen Straftätern und einer Gruppe von Sexualstraftätern – Ergebnisse einer 7-Jahreskatamnese. *Recht und Psychiatrie*, 24(2), 83-90.
- Elliott, H. & McConkie, M.L. (2002).** H4  
 Collaborative multidisciplinary teams and polygraphs: one protocol for increasing rehabilitative integrity. *Public Administration and Management: An Interactive Journal*, 344, 348 (July 4, 2002).
- Emmerik, J.L. van & Brouwers, M. (2001).** H4, H5  
*De terbeschikkingstelling in maat en getal: een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000.* Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Ende, A.H. van, Janssen, J.A.A.J., Hensbroek, R., Kunst, P., Dings, R. & Doeleman, H.J. (2007).** H1, H2  
*Inventarisatie mogelijkheden electronic monitoring.* Delft: TNO.
- English, K. (1998).** H4  
 The containment approach: an aggressive strategy for the community management of adult sex offenders. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4 (1/2), 218-235.
- English, K., Jones, L. & Patrick, D. (2003).** H4  
 Community containment of sex offender risk: a promising approach. In: Winick, B.J. & LaFond, J.Q. (eds.) *Protecting society from sexually dangerous offenders.* Washington DC: American Psychological Association.
- Ericson, R., Welter, S. & Johnson, T.L. (1999).** (H5)  
*Evaluation of the Hennepin County drug court.* Minneapolis: Minnesota Citizens Council on Crime and Justice.
- Erwin, B. (1986).** (H2)  
 Turning up the heat on probationers in Georgia. *Federal Probation*, 50, 17-29.
- Erwin, B.S. & Bennett, L.A. (1987).** (H2)  
 New dimensions in probation: Georgia's experience with intensive probation supervision. *Research Brief*, National Institute of Justice, January.
- Essock, S.M. & Kontos, N. (1995).** (H3)  
 Implementing Assertive Community Treatment Teams. *Psychiatric Services*, 46, 679-83.

- Fallen, D.L., Apperson, C.G., Hall-Milligan, J. & Aos, S. (1981).** (H2)  
*Report: intensive parole supervision.* Washington DC: Department of Social and Health Services.
- Farabee, D., Prendergast, M. & Anglin, D. (1998).** (H5)  
 The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders. *Federal Probation*, 62, 3-10.
- Farrell, A. (2000).** (H5)  
 Women, crime and drugs: testing the effect of therapeutic communities. *Women and Criminal Justice*, 11, 21-48.
- Farrington, D.P. (2003).** (H1, H6)  
 Methodological quality standards for evaluation research. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587, 49-68.
- Fekete, D.M., Bond, G.R., McDonel, E.C., Salyers, M.P., Chen, A. & Miller, L. (in press).** (H3)  
 Rural assertive community treatment: A field experiment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.
- Fenton, F.R., Tessier, L., Contandriopoulos, A.P., Nguyen, H. & Struening, E.L. (1982).** (H3)  
 A comparative trial of home and hospital psychiatric treatment financial costs. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, 177-87.
- Fenton, F.R., Tessier, L. & Struening, E.L. (1979).** (H3)  
 A comparative trial of home and hospital psychiatric care: One-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1073-9.
- Fenton, F.R., Tessier, L., Struening, E.L., Smith, F.A., Benoit, C. & Contandriopoulos, A.P. (1982).** (H3)  
 A two-year follow-up of a comparative trial of the cost-effectiveness of home and hospital psychiatric treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29, 205-11.
- Fernandez, G.A. & Nygard, S. (1990).** (H3)  
 Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolian. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1001-1104.
- Field, G. (1989).** (H5)  
 The effects of intensive treatment on reducing criminal recidivism of addicted offenders. *Federal Probation*, 53, 51-56.
- Fielding, J.E., Tye, G., Ogawa, P.L., Imam, I.J. & Long, A.M. (2002).** (H5)  
 Los Angeles County drug court programs: Initial results. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(3), 217-224.
- Finigan, M. (1996).** (H5)  
*Societal outcomes and cost savings of drug and alcohol treatment in the State of Oregon.* Report prepared for Office of Alcohol and Drug Abuse Programs, Oregon Department of Human Resources, and Governor's Council on Alcohol and Drug Abuse Programs.

- Finigan, M.W. (1998).** (H5)  
*An outcome program evaluation of the Multnomah County S.T.O.P. drug diversion program.* Portland, OR: NPC Research, Inc.
- Finn, M.A. & Muirhead-Steves, S. (2002).** (H2)  
 The effectiveness of electronic monitoring with violent male parolees. *Justice Quarterly*, 19(2), 293-312.
- Fishbein, D., Hyde, C., Coe, B. & Paschall, M. (2004).** H6  
 Neurocognitive and physiological prerequisites for prevention of adolescent drug abuse. *The Journal of Primary Prevention*, 24 (4), 471-495.
- Fishbein, D., Scott, M., Hyde, C., Newlin, D., Hubal, R., Serin, R., Chrousos, G. & Alessci, S. (2006).** H6  
*Neuropsychological and emotional deficits predict correctional treatment response.* Baltimore: RTI International.
- Folkard, M.S., Fowles, A.J., McWilliams, B.C., McWilliams, W., Smith, D.D., Smith, D.E. & Walmsley, G.R. (1974).** (H2)  
 IMPACT Intensive Matched Probation and After-Care Treatment: Volume I. The design of the probation experiment and an interim evaluation. *Home Office Research Study 24.* London: Home Office.
- Folkard, M.S., Smith, D.E. & Smith D.D. (1976).** (H2)  
 IMPACT Intensive Matched Probation and After-Care Treatment: Volume II. The Results of the Experiment. *Home Office Research Study 36.* London: Home Office.
- Freese, R. (2004).** H6  
*Ambulante Versorgung psychisch kranke Straftäter.* Lengerich: Pabst Scientific Publishers.
- Freese, R. (onbekend).** H3  
*Assertive community Treatment after Hospital Order Treatment. Structure and assessment of outpatient treatment.* Forensische Fachambulanz Hessen, Germany.
- Friendship, C., Beech, A.R. & Browne, K.D. (2002).** H4  
 Reconviction as an outcome measure in research. A methodological note. *British Journal of Criminology*, 42, 442-444.
- Fulton, B., Latessa, E., Stichman, A. & Travis, L. (1997).** H6  
 The State of ISP: Research and policy implications. *Federal Probation*, 61(4), 65-75.
- Fulton, B., Stichman, A., Latessa, E. & Lawrence, T. (1998).** (H2)  
*Evaluating the prototypical ISP, Iowa correctional services second judicial district. Final Report.* Division of Criminal Justice, University of Cincinnati.

- Furby, L., Weinrott, M.R. & Blackshaw, L (1989).** H4  
Sex offender recidivism: a review. *Psychological Bulletin*, 105(1), 3-30.
- Gallagher, C.A., Wilson, D.B., Hirschfield, P., Coggleshall, M.B. & MacKenzie, D.L. (1999).** H4  
A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual reoffending. *Corrections Management Quarterly*, 3, 19-29.
- Gandhi, N., Tyrer, P., Evans, K., McGee, A., Lamont, A. & Harrison-Read, P. (2001).** H3  
A randomized controlled trial of community-oriented and hospital-oriented care for discharged psychiatric patients: influence of personality disorder on police contacts. *Journal of Personality Disorders*, 15, 94-102.
- Garland, D. (2001).** H2  
*The culture of control: crime and social order and the justice gap.* London: Crime and Society Foundation.
- Gendreau, P. & Andrews, D. (1994).** H2  
*Correctional Program Assessment Inventory (4th ed.).* St John, New Brunswick: University of New Brunswick.
- Gendreau, P., Cullen, F.T. & Bonta, J. (1994).** H2  
Intensive rehabilitation supervision: The next generation in community corrections?. *Federal Probation*, 58, 72-78.
- Gendreau, P., Goggin, C., Cullen, F.T., and Pappozzi, M. (2002).** H6  
The common sense revolution and correctional policy. In: J. Maguire, (ed.) *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce re-offending* (pp. 359-386). Chichester, UK: John Wiley and Sons.
- Gendreau, P., Goggin, C. & Fulton, B. (2000).** H2, (H2)  
Intensive supervision in probation and parole settings. In: Hollin, C. (ed.) *Handbook of offender assessment and treatment.* Chichester UK: Wiley.
- Gendreau, P., Goggin, C. & Smith, P. (1999).** H6  
The forgotten issue in effective correctional treatment: program implementation. *International journal of Offender Therapy and comparative Criminology*, 43(2), 180-187.
- Gestel, B. van, Knaap, L. van der, Hendriks, A., Kogel, C.H. de, Nagtegaal, M.H. & Bogaerts, S. (2006).** H1, H2, H3, H4  
*Toezicht buiten de muren. Een systematische review van extramuraal toezicht op TBS-gestelden en vergelijkbare groepen in het buitenland.* Den Haag: WODC.
- Ghodse, H., Reynolds, M., Baldacchino, A., Dunmore, E., Byrne, S., Oyefeso, A., Clancy, C. & Crawford, V. (2002).** (H5)  
Treating an opiate-dependent inpatient population: a one-year follow-up study of treatment completers and non-completers. *Addictive Behaviors*, 27, 765-778.

- Godley, M.D., Dennis, M.L., Funk, R., Siekmann, M. & Weisheit, R. (1998).** (H5)  
*An evaluation of the Madison County assessment and treatment alternative court.* Chicago: Illinois Criminal Justice Information Authority.
- Godley, S.H., Hoewing-Roberson, R. & Godley, M.D. (1994).** (H3)  
*Final MISA report: Technical Report.* Bloomington, IL: Chestnut Health System, Inc.
- Goldkamp, J.S. & Weiland, D. (1993).** (H5)  
*Assessing the Impact of Dade County's Felony Drug Court. Final Report.* Philadelphia: Crime and Justice Research Institute.
- Goldkamp, J.S., Weiland, D. & Moore, J. (2001).** (H5)  
*The Philadelphia treatment court, its development and impact: The second phase (1998-2000).* Philadelphia: Crime and Justice Research Institute.
- Goldkamp, J.S., White, M.D. & Robinson, J.B. (2001).** H5, (H5)  
 Do drug courts work? Getting inside the drug court black box. *Journal of Drug Issues*, 31(1): 27-72.
- Goldkamp, J.S., White, M.D. & Robinson, J.B. (2002).** H5  
*From whether to how drug courts work: retrospective evaluation of two pioneering drug courts in Clark County (Las Vegas) and Multnomah County (Portland), Phase II report from the National Evaluation of Drug Courts.*  
[www.ncjrs.org/pdffiles1/nij/grants/194124.pdf](http://www.ncjrs.org/pdffiles1/nij/grants/194124.pdf).
- Gonzales, A.R., Schofield, R.B. & Schmitt, G.R. (2006).** H5  
*Drug courts: The second decade.* Washington: National Institute of Justice ([www.ojp.usdoj.gov/nij](http://www.ojp.usdoj.gov/nij)).
- Gordon, A. & Packard, R. (1998).** (H4)  
*The impact of community maintenance treatment of sex offender recidivism.* Paper presented at the 17th Annual Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Vancouver, British Columbia.
- Gordon, J., Moriarty, L. & Grant, P. (2000).** (H5)  
 The impact of a juvenile residential treatment center on minority offenders. *Journal of Criminal Justice*, 16, 194-208.
- Gottfredson, D.C., Coblentz, K. & Harmon, M.A. (1997).** (H5)  
 A short-term outcome evaluation of the Baltimore City drug treatment court program. *Perspectives*, Winter: 33-38.
- Gottfredson, D.C. & Exum, M.L. (2002).** (H5)  
 The Baltimore City drug treatment court: One year results from a randomized study. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 39 (3), 337-356.

- Gottfredson, D.C., Najaka, S.S., Kearley, B. (2002).** (H5)  
*A randomized study of the Baltimore City drug treatment court: Results from the three-year follow-up.* Paper presented at the annual meeting of the American Society of Criminology, Chicago.
- Graham, J. & Newburn, T. (2003).** H6  
 Het vuur aan de schenen van jonge veelplegers in Engeland en Wales – recente ontwikkelingen. *Tijdschrift voor Criminologie*, 45(2), 193-203.
- Granfield, R., Eby, C. & Brewster, T. (1998).** (H5)  
 An examination of the Denver drug court: The impact of a treatment-oriented drug-offender system. *Law & Policy*, 20, 183-202.
- Grubin, D. & Madsen, L. (2006).** H4  
 Accuracy and utility of post-conviction polygraph testing of sex offenders. *British Journal of Psychiatry*, 188, 479-483.
- Grubin, D., Madsen, L., Parsons, S., Sosnowski, D. & Warberg, B. (2004).** H4  
 A prospective study of the impact of polygraphy on high-risk behaviors in adult sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16(3), 209-222.
- Haapanen, R. & Britton, L. (2002).** (H5)  
 Drug testing for youthful offenders on parole: An experimental evaluation. *Criminology and Public Policy*, 1(2), 217-244.
- Hallstrom, D.E., Rodgers, R.G. & Velasquez, D.C. (2001).** H5  
 Drug court, an alternative to incarceration and partnership with community based corrections. *Prison Service Journal*, 133, 26-28.
- Hampton, B., Korr, W., Bond, G., Mayes, J. & Havis, P. (1992).** (H3)  
*Integration services system approach to avert homelessness; CSP homeless prevention project for HMI adults.* State of Illinois NIMH Demonstration Grant-Program, Final Report.
- Hanley, D. (2002).** H2,  
 (H2),  
 H6  
*Risk differentiation and intensive supervision: a meaningful union?* Dissertation University of Cincinnati.
- Hanlon, T.E., Nurco, D.N., Bateman, R.W. & O'Grady, K.E. (1999).** H5,  
 (H5)  
 The relative effects of three approaches to the parole supervision of narcotic addicts and cocaine abusers. *The Prison Journal*, 79(2), 163-181.
- Hanson, R.K. & Bussière, M.T. (1998).** H4  
 Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (2), 348-362.

- Hanson, R.K., Gordon, A., Harris, A.J.R., Marques, J.K., Murphy, W., Quinsey, V.L. & Seto, M.C. (2002).** H4  
 First report of the Collaborative Outcome Data Project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 169-194.
- Hanson, R.K. & Harris, A.J.R. (2000).** H4  
 Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Criminal Justice and behavior*, 27(1), 6-35.
- Hanson, R.K. & Morton-Bourgon, K.E. (2005).** H4  
 The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154-1163.
- Hanson, R.K., Broom, I. & Stephenson, M. (2004).** (H4)  
 Evaluating Community Sex Offender Treatment Programs: A 12-Year Follow-Up of 724 Offenders. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 36(2), 87-96.
- Harkins, L. & Beech, A. (2006).** H4  
 Measurement of the effectiveness of sex offender treatment. *Aggression and Violent behavior*, 12, 36-44.
- Harland, A.T. (1998).** H2  
 Defining a continuum of sanctions: Some research and policy development implications. In: Petersilia, J. (ed.) *Community corrections*. Oxford: Oxford University Press.
- Harrell, A., Mitchell, O., Hirst, A., Marlowe, D. & Merrill, J.C. (2002).** (H2), H5  
 Breaking the Cycle of Drugs and Crime: Findings from the Birmingham BTC Demonstration. *Criminology and Public Policy*, 1(2), 189-216.
- Harrell, A., Mitchell, O., Merrill, J.C. & Marlowe, D.B. (2003).** (H2), H5  
*Evaluation of Breaking the Cycle*. Washington, DC: The Urban Institute.
- Harrell, A., Roman, J. & Sack, E. (2001).** (H5)  
*Drug court services for female offenders, 1996-1999: Evaluation of the Brooklyn treatment court*. Washington, D.C.: The Urban Institute.
- Harris, A.J. (2003).** H4  
 Risk assessment and sex offender community supervision: a context-specific framework. *Federal probation*, 70(2), 36-43.
- Harris, A.J. & Hanson, R.K. (2004).** H4  
*Sex offender recidivism: a simple question*. Ottawa: Ministry of Public Safety and Emergency Preparedness Canada (www.psepc-sppcc.gc.ca).

- Harris, G.T., Rice, M.E. & Quinsey, V.L. (1998).** H4  
Appraisal and management of risk in sexual aggression: implications for criminal justice policy. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4, 73-115.
- Harris, P.M., Gingerich, R. & Whittaker, T.A. (2004).** H2  
The 'effectiveness' of differential supervision. *Crime & Delinquency*, 50 (2), 235-271.
- Hartwell, S.W. & Orr, K. (2000).** H3  
Release planning and the distinctions for mentally ill offenders returning to the community from jails versus prisons. *American Jails*, November/December, 9-12.
- Haynes, R.B., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A. & McDonald, H.P. (2005).** H3  
Interventions for enhancing medication adherence (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, 4. Art. No.: CD000011.
- Heilbrun, K. & Peters, L. (2000).** H3  
Community-based treatment programmes. In: S. Hodgins & Muller-Isberner, R., *Violence, Crime and Mentally Disordered Offenders*, p. 192-215.
- Henggeler, S.W., Pickrel, S.G. & Brondino, M.J. (1999).** (H5)  
Multisystemic treatment of substance-abusing and dependent delinquents: outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research*, 1 (3), 171-184.
- Hepburn, J.R. (2005).** (H5)  
Recidivism Among Drug Offenders Following Exposure to Treatment. *Criminal Justice Policy Review*, 16, 237-259.
- Herinckx, H.A., Kinney, R.F., Clarke, G.N. & Paulson, R.I. (1997).** (H3)  
Assertive Community Treatment versus usual care in engaging and retaining clients with severe mental illness. *Psychiatric Services* 48, 1297-306.
- Hesse, M., Broekaert, E., Fridell, M., Rapp, R.C. & Vanderplasschen, W. (2006).** H5  
Case management for substance use disorders (protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Art. No.: CD006265.
- Hiday, V.A. & Scheid-Cook, T.L. (1987).** (H3)  
The North Carolina experience with outpatient commitment: a critical appraisal. *International Journal of Law and Psychiatry*, 10, 215-232.
- Hildebran, D.D. & Pithers, W.D. (1992).** (H4)  
Relapse prevention: Application and outcome. In: O'Donahue, W. & Geer, J.G. (eds.) *The sexual abuse of children: Clinical issues*, Vol. 2, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, p. 365-393.



- Hildebrand, M. & Ruiter, C. de (2004).** H5  
PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV Axis I and Axis II disorders in a sample of male Dutch forensic psychiatric patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 233-248.
- Hiller, M.L., Knight, K., Devereux, J. & Hatchcoat, M. (1996).** (H5)  
Post-treatment for substance-abusing probationers mandated to residential treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28, 291-296.
- Hiller, M.L., Knight, K. & Simpson, D.D. (1999).** (H5)  
Prison-based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction*, 94 (6), 833-842.
- Holloway, K.R., Bennett, T.H. & Farrington, D.P. (2006).** H5  
The effectiveness of drug treatment programs in reducing criminal behavior: a meta-analysis. *Psicothema*, 18, 620-629.
- Home Office, National Offender Management Strategy** H5  
(retrieved 03 May 2007). <http://noms.homeoffice.gov.uk/managing-offenders/reducing-re-offending/drugs-alcohol>.
- Horn, J. van, Mulder, J. & Scholing, A. (2006).** H4  
Recidive bij subgroepen van zedendelinquenten in de ambulante forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 30(4): 187-194.
- Hout, J. (1983).** (H3)  
Psychiatric hospital versus community treatment: The results of a randomised trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 17, 160-7.
- Hout, J. & Reynolds, I. (1984).** (H3)  
Schizophrenia: A comparative trial of community orientated and hospital orientated psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 359-72.
- Hout, J., Reynolds, I., Charbonneau, C., Powis, M., Coles, P. & Briggs J.A. (1983).** (H3)  
Controlled study of psychiatric hospital versus community treatment – the effect on relatives. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15, 323-8.
- Hout, J., Rosen, A. & Reynolds, I. (1984).** (H3)  
Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Social Science and Medicine*, 18, 1005-10.
- Howells, K., Heseltine, K., Sarre, R., Davey, L. & Day, A. (2004).** H4  
*Correctional Offender Rehabilitation Programs: The national picture in Australia*. University of South Australia.

- Hser, Y.I., Grella, C.E., Hubbard, R.L., Hsieh, S.C., Fletcher, B.W., Brown, B.S. & Anglin, M.D. (2001).** (H5)  
An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of General Psychiatry*, 58, 689-695.
- Inciardi, J., Martin, S.S., Butzin, C.A., Hooper, R.M. & Harrison, L.D. (1997).** (H5)  
An effective model of prison-based treatment for drug-involved offenders. *Journal of Drug Issues*, 27, 262-278.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004).** (H1)  
*Klinische forensische psychiatrie, brugfunctie of zelfstandig circuit?* Den Haag: IGZ.
- Interdepartementale Werkgroep IBO-TBS (1998).** (H1)  
*Overstroming, in-, door- en uitstroom bij de TBS.* Den Haag: Sdu uitgeverij.
- Janssen, M.G.P. & Beuzekom, C.T.W. van (1999).** (H5)  
Behandeling van verslavingsproblematiek bij forensisch psychiatrische patiënten. In: Ruiters, C. de & Hildebrand, M. (red.) *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*, p. 78-90.
- Jerrell, J. & Hu, T.-W. (1989).** (H3)  
Cost-effectiveness of intensive clinical and case management compared with an existing system of care. *Inquiry*, 26, 224-234.
- Jerrell, J.M. (1995).** (H3)  
Toward managed care for persons with severe mental illness: implications from a cost-effectiveness study. *Health Affairs*, 14, 197-207.
- John Howard Society of Alberta (1997).** (H4)  
*Community based sex offender treatment programs.*  
www.johnhoward.ab.ca.
- Johnson, G. & R.M. Hunter (1995).** (H2)  
Evaluation of the Specialized Drug Offender Program. In: Ross, R.R. & Ross, R.D., *Thinking Straight: The Reasoning and Rehabilitation Program for Delinquency Prevention and Offender Rehabilitation.* Ottawa: Air Training and Publications, p. 214-234.
- Johnson, G.D., Formichella, C.M. & Bowers D.J. (1998).** (H5)  
Do drug courts work? An outcome evaluation of a promising program. *Journal of Applied Sociology*, 15(1), 44-62.
- Jolin, A. (1988).** (H2)  
*Electronic Surveillance Program: Clackamas County community corrections,* Oregon evaluation. Oregon City, OR: Clackamas County Community Corrections.
- Jolin, A. & Stipack, B. (1991).** (H2)  
*Clackamas County community Corrections Intensive Drug Program: Program evaluation report.* Portland OR: Portland State University, Department of Administration of Justice.

- Jolin, A. & Stipack, B. (1992).** (H2)  
Drug treatment and electronic monitored home confinement: an evaluation of a community-based sentencing option. *Crime & Delinquency*, 38(2), 158-170.
- Jones, M. & Ross, D.L. (1997).** (H2)  
Electronic house arrest and boot camp in North Carolina: comparing recidivism. *Criminal Justice Policy Review*, 8(4), 383-404.
- Joy, C.B., Adams, C.E. & Rice, K. (2006).** H3  
Crisis interventions for people with severe mental illness (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, 4. Art. No.: CD001087.
- Kenworthy, T., Adams, C.E., Bilby, C., Brooks-Gordon, B., Fenton, M. (2004).** H4  
*Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending*. The Cochrane Library, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Keune, L.H., Binsbergen, M.H. van & Broek, E.W.M. van den (2006).** H6  
*Transmurale behandeling in de Van der Hoevenkliniek*. Utrecht: Forum Educatief.
- Kisely, S., Campbell, L.A. & Preston, N. (2005).** H3  
Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, 3. Art. No.: CD004408.
- Klein Haarhuis, C., Ooyen-Houben, M. van, Kleemans, E. & Leeuw, F. (2005).** H1  
Rechtshandhaving geëvalueerd; een synthese van 31 onderzoeken. *Justitiële Verkenningen*, 8(5), 54-71.
- Klein-Saffran, J. (1992).** (H2)  
*Electronic monitoring versus halfway houses: a study of federal offenders*. Dissertation obtained from UMI Dissertation Services.
- Knaap, L.M., Nijssen, L. & Bogaerts, S. (2006).** H1  
*Geweld verslagen? Een studie naar de preventie van geweld in het publieke en semi-publieke domein*. Den Haag: WODC/Boom Juridische uitgevers, reeks Onderzoek en Beleid nr. 239.
- Knight, K., Simpson, D.D., Chatham, L.R. & Camacho, L.M. (1997).** H5, (H5)  
An assessment of prison-based drug treatment : Texas' in-prison therapeutic community program. *Journal of Offender Rehabilitation*, 24, 75-100.

- Knight, K. Simpson, D.D. & Hiller, M.L. (1999).** (H5)  
Three year incarceration outcomes for in-prison therapeutic community treatment in Texas. *The Prison Journal*, 79 (3), 337-351.
- Knight, K., Simpson, D.D., Hiller, M.L. (2003).** (H5)  
*Outcome Assessment of Correctional Treatment (OACT)*. Internet retrieval.
- Koeck, S., Beek, D. van & Doncker, D. de (2002).** H4  
Classificatie van pedoseksuelen en verkrachters. *Tijdschrift voor seksuologie*, 26, 37-45.
- Koeter, M.W.J. & Bakker, M. (2007).** H5  
*Effectevaluatie van de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV)*. Den Haag: Ministerie van Justitie/WODC.
- Koeter, M.W.J. & Maastricht, A.S. van (2006).** H5  
*De effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader*. Den Haag: ZOnMw, Programma Verslaving.
- Kogel, C.H. de, Nagtegaal, M.H., Neven, E. & Vervaeke, G. (2006).** H3, H4  
*Gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis. Wetgeving en praktijk in Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België*. WODC/Boom serie Onderzoek en Beleid, nummer 240. Den Haag: WODC/Boom.
- Kuhlman, T.L. (1992).** (H3)  
Unavoidable tragedies in Madison, Wisconsin: a third view. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 72-3.
- Laar, M. van, Cruts, A.A.N., Verdurmen, J., Ooyen-Houben, M. van & Meijer, R.F. (2007).** H5  
*Jaarbericht Nationale Drugs Monitor 2006*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- LaLumière, M.L., Harris, G.T., Quinsey, V.L. & Rice, M.E. (2005).** H4  
Clinical assessment and treatment of rapists. In: LaLumière, M.L., Harris, G.T., Quinsey, V.L. & Rice, M.E. (eds.) *The causes of rape: understanding individual differences in male propensity for sexual aggression*. Washington DC: American Psychological association, p. 161-181.
- Lamberti, J.S., Weisman, R. & Faden, D.I. (2004).** H3  
Forensic Assertive Community Treatment: preventing incarceration of adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 1285-1293.
- Lamberti, J.S., Weisman, R.L., Schwarzkopf, S.B., Price, N., Ashton, R.M. & Trompeter, J. (2001).** H3  
The mentally ill in jails and prisons: towards an integrated model of prevention. *Psychiatric Quarterly*, 72, 63-77.

- Lambie, I.D. & Stewart, M.W. (2003).** H4  
*Community solutions for the community's problem: an outcome evaluation of three New Zealand community child sex offender treatment programmes.* Auckland: University of Auckland.
- Lane Council of Governments (2003).** H4  
*Managing sex offenders in the community: a national overview.* Eugen, OR: LCOG.
- LaRose, C. (2005).** H3  
*Correctional Service of Canada: Overview.* Ottawa: Correctional Services Canada.
- Latessa, E.J. & Moon, M.M. (1992).** (H5)  
 The effectiveness of acupuncture in an outpatient drug treatment program. *Journal of Contemporary Justice*, 8, 317-331.
- Latessa, E.J. (1991).** (H2)  
*A preliminary evaluation of the Cuyahoga County adult probation department's intensive supervision groups.* Unpublished manuscript. Cincinnati, OH: University of Cincinnati.
- Latessa, E.J. (1992).** (H2)  
*Intensive supervision and case management classification: an evaluation.* Unpublished manuscript. Cincinnati, OH: University of Cincinnati.
- Latessa, E.J. (1993).** (H2)  
*An evaluation of the Lucas County adult probation department's IDU and high risk groups.* Unpublished manuscript. Cincinnati, OH: University of Cincinnati.
- Latessa, E.J., Shaffer, D.K. & Lowenkamp C. (2002).** (H5)  
*Outcome evaluation of Ohio's drug court efforts: Final report.* Cincinnati: Center for Criminal Justice Research, Division of Criminal Justice, University of Cincinnati.
- Latessa, E.J., Travis, L., Fulton, B. & Stichman, A. (1998).** (H2)  
*Evaluating the prototypical ISP: Final Report.* Cincinnati, OH: University of Cincinnati, Division of Criminal Justice.
- Lattimore, P.K., Krebs, C.P., Koetse, W., Lindquist, C. & Cowell, A.J. (2004).** (H5)  
 Predicting the effect of substance abuse treatment on probationer recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 1(2), 159-189.
- Leeuw, F.L. (2003).** H1  
 Reconstructing program theories: methods available and problems to be solved. *American Journal of Evaluation*, 24(1), 5-20.
- Leeuw, F.L., Knaap, L.M. van der & Bogaerts, S. (2007).** H1  
 Reducing the knowledge practice gap: a new method applied to crime prevention. *Public Money & Management*, June, 245-250.

- Lehman, A.F., Dixon, L.B., Kernan, E., Deforge, B. (1995).** (H3)  
*Assertive treatment for the homeless mentally ill. 148th Annual Meeting of the American Psychiatric Association.* Miami: American Psychiatric Association.
- Lehman, A.F., Dixon, L.B., Kernan, E. & DeForge, B. (1997).** (H3)  
 A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1038-1043.
- Lehman, A.F., Herron, J.D., Schwartz, R.P. & Myers, C.P. (1993).** (H3)  
 Rehabilitation for adults with severe mental illness and substance abuse disorders: A clinical trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 86-90.
- Lichtman, C.M. & Smock, S.M. (1981).** (H2)  
 The Effects of Social Services on Probationer Recidivism: A Field Experiment. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, January, 81-100.
- Lieb, R. (2003).** H4  
 Joined-up worrying: the Multi-Agency Public Protection Panels. In: Matravers, A. (ed.) *Sex offenders in the community. Managing and reducing the risks.* Uffculme, Cullompton, Devon: Willan Publishing.
- Lilly, J., Ball, R., Curry, G. & McMullen, J. (1993).** (H2)  
 Electronic monitoring of the drunk driver: a seven-year study of the home confinement alternative. *Crime & Delinquency*, 39, 462-484.
- Lilly, J., Ball, R. & Wright, J. (1987).** (H2)  
 Home incarceration with electronic monitoring in Kenton County, Kentucky: An evaluation. In: McCarthy, B. (ed.) *Intermediate punishments: intensive supervision, home confinement and electronic surveillance.* New York: Criminal Justice Press, p. 189-203.
- Lindsay, W.R. (2002).** H4  
 Research and literature on sex offenders with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46 (1), 74-85.
- Listwan, S.J. & Latessa, E.J. (2003).** (H5)  
*The Kootenai and Ada County drug courts: Outcome evaluation findings.* Cincinnati, OH: Center for Criminal Justice Research, University of Cincinnati.
- Listwan, S.J., Shaffer, D.K. & Latessa, E.J. (2001).** (H5)  
*The Akron municipal drug court: Outcome evaluation findings.* Cincinnati: Center for Criminal Justice Research, University of Cincinnati.

- Listwan, S.J., Shaffer, D.K. & Latessa, E.J. (2001).** (H5)  
*The Erie County drug court: Outcome evaluation findings.*  
 Cincinnati: Center for Criminal Justice Research, University of Cincinnati.
- Listwan, S.J., Sundt, J.L., Holsinger, A.M. & Latessa, E.J. (2003).** (H5)  
 The effect of drug court programming on recidivism: The Cincinnati experience. *Crime & Delinquency*, 49(3), 389-411.
- Logan, T., Hoyt, W. & Leukefeld, C. (2001).** (H5)  
*Kentucky drug court outcome evaluation: Behaviors, costs, and avoided costs to society.* Lexington: Center on Drug and Alcohol Research, University of Kentucky.
- Longshore, D., Turner, S. & Fain, T. (2005).** (H5)  
 Effects of case management on parolee misconduct. *Criminal Justice and Behavior*, 32(2), 205-222.
- Lösel, F. & Schmucker, M. (2005).** H4  
 The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.
- Loveless, P. (1990).** (H2)  
*The impact of a home incarceration program on the offenders, the community and the system.* Paper presented at the annual meeting of the American Society for Criminology, Baltimore, MD.
- Lovell, D., Gagliardi, G.J. & Phipps, P. (2005)** H3,  
 (H3)  
*Washington's Dangerous Mentally Ill Offender Law: Was Community Safety Increased?* Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Lowenkamp, C.T., Pealer, J., Smith, P. & Latessa, E.J. (2006).** H2,  
 H6  
 Adhering to the risk and need principles: does it matter for supervision-based programs? *Federal Probation*, 70(3), 3-8.
- Lurigio, M.C. & Olson, D.E. (2003).** H2  
 An examination of rearrests and reincarcerations among discharged day reporting center clients. *Federal Probation*, 67(1): 24-30.
- MacKenzie, D.L. (2002).** H2  
 Reducing the criminal activities of known offenders and delinquents. In: Sherman, L.W., Farrington, D.P., Welsh, B.C. & MacKenzie, D.L. (eds.) *Evidence-based crime prevention.* London: Routledge.
- MacKenzie, D.L. (2006a).** H2  
 Intermediate sanctions: intensive supervision programs and electronic monitoring. In: MacKenzie, D.L. (red.) *What works in corrections.* Cambridge: Cambridge University Press.

- MacKenzie, D.L. (2006b).** H4  
Sex offender treatment. In: MacKenzie, D.L. (red.) *What works in corrections*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MacKenzie, D.L. & Brame, R. (2001).** H2, H6  
Community supervision, prosocial activities, and recidivism. *Justice Quarterly*, 18(2), 429-448.
- Magura, S., Rosenblum, A., Lewis, C. & Joseph, H. (1993).** (H5)  
The effectiveness of in-jail methadone maintenance. *Journal of Drug Issues*, 23, 43-59.
- Mair, G., Lloyd, C., Nee, C. & Sibbit, R. (1994).** H6  
*Intensive probation in England and Wales: An evaluation*. Home Office Research Study 133, London: HMSO.
- Maletzky, B.M. & Field, G. (2003).** H4  
The biological treatment of dangerous sexual offenders: a review and preliminary report of the Oregon depo-Provera program. *Aggression & Violent Behavior*, 8, 391-412.
- Maletzky, B.M., Tolan, A. & McFarland, B. (2006).** H4  
The Oregon depo-Provera Program: a five year follow-up. *Sexual Abuse*, 18, 303-316.
- Maltz, M. (1984).** H1  
*Recidivism*. London: Academic Press.
- Mandeville-Norden, R. & Beech, A. (2004).** H4  
Community-based treatment of sex offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 10(2), 193-214.
- Marciniak, L.M. (2000).** H2  
The addition of day reporting to intensive supervision probation: a comparison of recidivism rates. *Crime & Delinquency*, 46(1), 34-40.
- Marks, I.M., Connolly, J., Muijen, M., Audini, B., McNamee, G. & Lawrence, R.E. (1994).** (H3)  
Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 165, 179-194.
- Marques, J.K. (1984).** H4, (H4)  
*An innovative treatment program for sexual offenders. Report to the legislature*. Sacramento: California Department of Mental Health.
- Marques, J.K. (1999).** H4  
How to answer the question: 'Does sex offender treatment work'. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(4), 437-451.
- Marques, J.K. & Day, D.M. (1998).** H4  
*Sex offender treatment and evaluation project: Progress report (May 1998)*. Unpublished report. Sacramento: California Department of Mental Health.



- Marques, J.K., Day, D.M., Nelson, C. & West, M. (1994).** H4,  
Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender (H4)  
recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 21(1), 28-34.
- Marques, J.K., Nelson, C., West, M.A. & Day, D.M. (1994).** H4  
The relationship between treatment goals and recidivism  
among child molesters. *Behaviour Research and Therapy*, 32,  
577-588.
- Marques, J.K., Wiederanders, M., Day, D.M., Nelson, C.  
& Ommeren, A. van (2005).** H4  
Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism:  
Final results from California's Sex Offender Treatment and  
Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research  
and Treatment*, 17, 79-107.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F.,  
Sledge, W., Kluiters, H. et al. (2003).** H3  
Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders.  
*Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, 1. Art. No.:  
CD004026.
- Marshall, W.L., Eccles, A. & Barbaree, H.E. (1991).** (H4)  
The treatment of exhibitionists: A focus on sexual deviance  
versus cognitive and relationship features. *Behaviour Research  
& Therapy*, 29(2), 129-135.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A. & Green, R. (1998).** H3  
Case management for people with severe mental disorders  
(review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1998, 2.  
Art. No.: CD000050.
- Marshall, M. & Lockwood, A. (1998).** H3  
Assertive community treatment for people with severe mental  
disorders (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*,  
1998, 2. Art. No.: CD001089.
- Marshall, W.L., Ward, T., Mann, R.E., Moulden, H.,  
Fernandez, Y.M., Serran, G. & Marshall, L.E. (2005).** H4  
Working positively with sexual offenders. Maximizing the  
effectiveness of treatment. *Journal of Interpersonal Violence*,  
20(9), 1096-1114.
- Martin, C., Olson, D.E. & Lurigio, A.J. (2000).** H2  
*An evaluation of the Cook County Sheriff's Day reporting Center  
Program: rearrest and reincarceration after discharge*. Chicago:  
Illinois Criminal Justice Information Authority.
- Martin, G., Costello, H., Leese, M., Slade, M., Bouras, N.,  
Higgins, S. et al. (2005).** H3  
An exploratory study of assertive community treatment for  
people with intellectual disability and psychiatric disorders:  
conceptual, clinical, and service issues. *Journal of Intellectual  
Disability Research*, 49, 516-524.

- Martin, S.S., Butzin, C.A. & Inciardi, J. (1995).** (H5)  
Assessment of a multistage therapeutic community for drug involved offenders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27, 109-116.
- Martin, S.S., Butzin, C.A., Saum, C.A. & Inciardi, J.A. (1999).** (H5)  
Three-year outcomes of therapeutic community treatment for drug-involved offenders in Delaware: From prison to work release to aftercare. *The Prison Journal*, 79 (3), 294-320.
- Martin, S.S., Lockwood, D., Inciardi, J.A. & Freeman, J. (1992).** (H5)  
*Predicting relapse and recidivism among released drug inmates: the efficacy of treatment alternatives.* Paper presented at the Annual Meeting for the American Sociological Association, Pittsburgh, PA.
- Martin, S.S. & Scarpitti, S.R. (1993).** (H5)  
An intensive case management approach for paroled IV drug users. *Journal of Drug Issues*, 23, 43-59.
- Martin, T.J., Spohn, C.C., Piper, R.K. & Frenzel-Davis, E. (2001).** (H5)  
*Phase III Douglas County drug court evaluation: Final report.* Institute for Social and Economic Development.
- Martinez, A.I. & Eisenberg, M. (2003).** (H5)  
*Initial process and outcome evaluation of drug courts in Texas.* Austin, Texas: Criminal Justice Policy Council.
- Martinson, R. (1974).** H5  
What works? Questions and answers about prison reform. *Public Interest*, 35, 22-54.
- Marx, A., Stein, L. & Test, M. (1973).** (H3)  
Extrohospital management of severe mental illness. Feasibility and effects of social functioning. *Archives of General Psychiatry*, 29, 505-11.
- Matravers, A. (ed.) (2003).** H4  
*Sex offenders in the community: managing and reducing the risks.* Portland, Oregon: William Publishing.
- Maxfield, M. & Baumer, T. (1991).** (H2)  
*Evaluation of pretrial home detention with electronic monitoring: final report.* Bloomington: Indiana University.
- Maxwell, S.R. & Gray, M.K. (2000).** H2,  
H6  
Deterrence: testing the effects of perceived sanction certainty on probation violations. *Sociological Inquiry*, 70(2), 117-136.
- Mayfield, J. (2007).** H3  
*The dangerous mentally ill offender program: Cost effectiveness 2.5 years after participants' prison release.* Washington: Washington State Institute for Public Policy.
- McBride, D.C. & Inciardi, J.A. (1993).** (H5)  
The focused offender disposition program: philosophy, procedures and preliminary findings. *Journal of Drug Issues*, 23, 143-160.

- McCollister, K.E., French, M.T., Inciardi, J.A., Butzin, C.A., Martin, S.S. & Hooper, R.M. (2003).** H5  
 Post-release substance abuse treatment for criminal offenders: a cost effectiveness analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 19 (4), 389-407.
- McCollister, K.E., French, M.T., Prendergast, M., Wexler, H., Sacks, S. & Hall, E. (2003)** H5  
 Is in-prison treatment enough? A cost-benefit analysis of prison-based treatment and aftercare services for substance abusing offenders. *Law and Policy*, 25 (1), 63-82.
- McGrath, R.J., Cumming, G., Livingston, J. A. & Hoke, S.E. (2003).** H4  
 Outcome of a treatment program for adult sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(1), 3-17.
- McGrath, R.J., Hoke, S.E. & Vojtisek, J.E. (1998).** (H4)  
 Cognitive-Behavioral Treatment of Sex Offenders: A Treatment Comparison and Long-Term Follow-Up Study. *Criminal Justice and Behavior*, 25, 203-225.
- McGuire, J. (2002).** H2  
 Integrating findings from research reviews. In: McGuire, J. (ed.) *Offender rehabilitation and treatment. Effective programmes and policies to reduce re-offending*. Chichester: Wiley.
- McGuire, T.J. (2000).** H4  
 Correctional institution based sex offender treatment: a lapse behavior study. *Behavioral Sciences and the Law*, 18(1), 57-71.
- McGuire, J. (red.) (1995).**  
*What works: reducing reoffending: Guidelines from research and practice*. Chichester: Wiley.
- McKay, B. (2002).** H4  
 The state of sex offender probation supervision in Texas. *Federal probation*, 66(1), 16-20.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G. et al. (1992).** H5  
 The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- McNeece, C.A. & Byers, J.B. (1995).** (H5)  
*Hillsborough County drug court: Two-year (1995) follow-up study*. Tallahassee: Institute for Health and Human Services Research, School of Social Work, Florida State University.
- Merckelbach, H.L.G.J. & Boelhouwer, A.J.W. (2002).** H4  
 Leugendetectie. In: Koppen, P.J. van, Hessing, D.J., Merckelbach, H.L.G.J. & Crombach, H.F.M. (red.) *Het recht van binnen*. Deventer: Kluwer.

- Merson, S., Tyrer, P., Onyett, S., Lack, S., Birkett, P., Lynch, S. & Johnson, T. (1992).** (H3)  
*Early intervention in psychiatric emergencies: A controlled clinical trial.* *Lancet*, 339, 1311-4.
- Messina, N., Wish, E. & Nemes, S. (2001).** (H5)  
 Therapeutic community treatment may reduce future incarceration: A research note. *Federal Probation*, 65, 40-45.
- Meyer, W.J., Molet, M., Richards, C.D., Arnold, L. & Lathan, J. (2003).** (H4)  
 Outpatient civil commitment in Texas for management and treatment of sexually violent predators: a preliminary report. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(4), 369-406.
- Miedema, F. & Post, B. (2006).** (H1, H2)  
*Evaluatie pilots elektronische volgsystemen.* Nijmegen: ITS, Radboud Universiteit.
- Miethe, T.D., Lu, H. & Reese, E. (2000).** (H5)  
 Reintegrative shaming and recidivism risks in drug court: Explanations for some unexpected findings. *Crime and Delinquency*, 46(4), 522-541.
- Ministry of Correctional Services (1991).** (H2)  
*An evaluation of the electronic monitoring pilot project.* Ottawa: Ministry of Correctional Services.
- Mitchell, C.J.Z. & Butter, C. (1986).** (H2)  
*Intensive supervision/early release parole.* Utah department of Corrections.
- Molof, M. (1991).** (H2)  
*Study of the intensive probation supervision for multiple DUI offenders in Linn County, Oregon.* Linn County OR: Integrated Research Services.
- Monahan, J., Bonnie, R.J., Appelbaum, P.S., Hyde, P.S., Steadman, H.J. & Swartz, M.S. (2001).** (H3)  
 Mandated community treatment: beyond outpatient commitment. *Psychiatric Services*, 52, 1198-1205.
- Moon, M.M. & Latessa, E.J. (1993).** (H2)  
*The effectiveness of an outpatient drug treatment program on felony probationers.* Paper presented at the annual meeting of the Academy of Criminal Justice Sciences, Kansas city.
- Moore, R., Gray, E., Roberts, C., Taylor, E. & Merrington, S. (2006).** (H1, H2)  
*Managing persistent and serious offenders in the community.* Uffculme, Cullompton, UK: Willan Publishing.

- Morse, G.A., Calsyn, R.J., Allen, G., Tempelhoff, B. & Smith, R. (1992).** (H3)  
 Experimental comparison of the effects of three treatment programs for homeless mentally ill people. *Hospital and Community Psychiatry*, 3, 1005-10.
- Morse, G.A., Calsyn, R.J., Klinkenberg, W.D., Trusty, M.L., Gerber, F., Smith, R., et al. (1997).** (H3)  
 An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons. *Psychiatric Services*, 48, 497-503.
- Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E. & Resnick, S.G. (1998).** H3  
 Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37-74.
- Mulder, R. (1982).** (H3)  
*Evaluation of the Harbinger Program*. Unpublished manuscript, Grand Rapids, MI.
- Müller-Isberner, J.R. (1996).** H6  
 Forensic psychiatric aftercare following hospital order treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19(1), 81-86.
- Muncie, J. (2004).** H2  
*Youth and crime* (2nd edition). London: Sage.
- Munetz, M.R., Grande, T. & Kleist, J. & Peterson, G.A. (1996).** (H3)  
 The effectiveness of outpatient civil commitment. *Psychiatric Services*, 47, 1251-1253.
- Nagayama Hall, G.C. (1995).** H4  
 Sexual offender recidivism revisited: a meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 802-809.
- Nagin, D.S. & Paternoster, R. (1993).** H6  
 Enduring individual differences and rational choice theories of crime. *Law and Society Review*, 27, 467-496.
- Nagin, D.S. & Paternoster, R. (1994).** H6  
 Personal capital and social control: The deterrence implications of a theory of individual differences in criminal offending. *Criminology*, 32, 581-606.
- National Council for Crime Prevention (1999).** (H2)  
*Intensive supervision with electronic monitoring*. Stockholm: National Council for Crime Prevention (Brå).
- National Council on Crime and Delinquency (1991).** (H2)  
*Evaluation of the Florida community control program*. San Francisco, CA, Author.

- Nemes, S., Wish, E. & Messina, N. (1998).** H5  
*The District of Columbia treatment initiative (DCI) final report.*  
 Published by the National Evaluation Data and Technical Assistance Center (NEDTAC), for the center for Substance Abuse Treatment.
- Neville, L. (1989).** (H2)  
*British Columbia electronic monitoring pilot project.* Ministry of Solicitor General, British Columbia.
- Nielsen, A.L., Scarpitti, F.R. & Inciardi, J.A. (1996).** (H5)  
 Integrating the therapeutic community and work release for drug-involved offenders. The CREST program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(4), 349-358.
- Niemantsverdriet, J.R. & Gerrits, J. (2004).** H1  
 Behandelingsmogelijkheden voor terbeschikkinggestelden buiten de kliniek. *Sancties*, 1, 16-34.
- Nieto, M. (2004).** H4  
*Community treatment and supervision of sex offenders: how it's done across the country and in California.* Sacramento CA: California Research Bureau.
- Nieto, M. & Jung, D. (2006).** H4  
*The impact of residency restrictions on sex offenders and correctional management practices: a literature review.* Sacramento: California Research Bureau.
- NWO (1996).** H6  
*Mind the brain. Contours of the national initiative on brain and cognition.* Den Haag: NOW.
- Office of Mental Health, New York State (2006).** H3  
*An explanation of Kendra's Law.* Retrieved from [www.omh.state.ny.us/omhweb/Kendra\\_web/Ksummary.htm](http://www.omh.state.ny.us/omhweb/Kendra_web/Ksummary.htm), 12th June 2007.
- Oliver, P.C., Piachaud, J., Tyrer, P., Regan, A., Dack, M., Alexander, R. et al. (2005).** H3  
 Randomized controlled trial of assertive community treatment in intellectual disability: the TACTILD study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 507-515.
- Oregon Department of Corrections (1994).** (H5)  
*Comparison of outcomes and costs: residential and outpatient treatment programs for inmates – alcohol and drug, mental health, sex offender, and social skills treatment.* Salem, OR: Oregon Department of Corrections, Research and Evaluation Unit.
- Owens, S., Klebe, K., Arens, S., Durham, R., Hughes, J., Moor, C., O'Keefe, M., Phillips, J., Sarno, J. & Stommel, J. (1997).** (H5)  
 The Effectiveness of Colorado's TASC Programs. *Journal of Offender Rehabilitation*, 26, 161-176.

- Paparozzi, M.A. (1994).** (H2)  
*A comparison of the effectiveness of an intensive parole supervision program with traditional parole supervision.*  
 Unpublished doctoral dissertation, Rutgers, The State University of New Jersey.
- Paparozzi, M.A. & Gendreau, P. (2005).** H2  
 An intensive supervision program that worked: service delivery, professional orientation, and organizational supportiveness.  
*The Prison Journal*, 85(4), 445-466.
- Parker, G.F. (2004).** H3  
 Outcomes of Assertive Community Treatment in an NGRI conditional release program. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32, 291-303.
- Pataki, G.E. & Carpinello, S.E. (2005).** H3  
*Kendra's law. Final report on the status of assisted outpatient treatment.* New York: Office of Mental Health.
- Pawson, R. (2002).** H1  
 Evidence based policy: The promise of 'realist synthesis'.  
*Evaluation*, 8(3), 340-358.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G. & Walshe, K. (2005).** H1  
 Realist review. A new method of systematic review, designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(1), 21-34.
- Pawson, R. & Klein Haarhuis, C. (2005).** H1  
 Evaluatie van complexe programma's; een theoriegestuurde aanpak. *Justitiële Verkenningen*, 8(5), 42-53.
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997).** H1  
*Realistic evaluation.* London: Sage.
- Pearson, F.S. (1987).** (H2)  
*Research on New Jersey's intensive supervision program.*  
 Washington DC: Department of Justice, National Institute of Justice.
- Pearson, F.S. (1988).** (H2)  
 Evaluating New Jersey's Intensive Supervision Program. *Crime and Delinquency*, 34(4), 437-448.
- Pekkala, E. & Merinder, L. (2002).** H3  
 Psychoeducation for schizophrenia (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, 2. Art. No.: CD002831.
- Perneger, T.V., Giner, F., Río, M. del & Mino, A. (1998).** (H5)  
 Randomized trial of heroine maintenance program for addicts who fail in conventional drug treatments. *British Medical Journal*, 317, 13-18.

- Perry, A., Coulton, S., Glanville, J., Godfrey, C., Lunn, J., McDougall, C. , et al. (2006).** H5  
Interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-56.
- Peters, R.H., Kearns, W.D., Murrin, M.R., Dolente, A.S. & May, R.L. (1993).** (H5)  
Examining the Effectiveness of In-Jail Substance Abuse Treatment. *Journal of Offender Rehabilitation*, 19, 1-39.
- Peters, R.H. & Murrin, M.R. (2000).** (H5)  
Effectiveness of treatment-based drug courts in reducing criminal recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 27(1), 72-96.
- Petersilia, J. (1990a).** H2  
Conditions that permit intensive supervision programs to survive. *Crime & Delinquency*, 36, 126-145.
- Petersilia, J. (1990b).** H6  
A decade of experimenting with intermediate sanctions: what have we learned? *Federal Probation*, 62(2), 3-9.
- Petersilia, J. (1998).** H2  
A decade of experimenting with intermediate sanctions: what have we learned? *Federal Probation*, 62 (2): 3-9.
- Petersilia, J. (2001).** H2  
Prisoner reentry: public safety and reintegration challenges. *The Prison Journal*, 81 (3), 360-375.
- Petersilia, J. (2004).** H2  
What works in prisoner reentry? Reviewing and questioning the evidence. *Federal probation*, 68 (2).
- Petersilia, J. & Turner, S. (1990).** (H2)  
*Intensive Supervision for High-risk Probationers: Findings from Three California Experiments*. Santa Monica, CA: RAND.
- Petersilia, J. & Turner, S. (1992).** (H2), H6  
An evaluation of intensive probation in California. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 83, 610-658.
- Petersilia, J. & Turner, S. (1993a).**  
Evaluating intensive supervision probation/parole: Results of a nationwide experiment. In: *Research in brief*. Washington DC: National Institute of Justice.
- Petersilia, J. & Turner, S. (1993b).** H6  
Intensive probation and parole. In: Tonry, M. & Morris, N. (red.) *Crime and justice: An annual review of the research* (Vol. 17). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Petersilia, J., Turner, S. & Deschenes, E.P. (1992).** (H2), (H5)  
Intensive supervision programs for drug offenders. In: Byrne, J.M., Lurigio, A.J. & Petersilia, J. (eds.) *Smart sentencing: the emergence of intermediate sanctions*. Newbury Park: Sage Publications, p. 18-37.



- Petrosino, A., Boruch, R.F., Soydan, H., Duggan, L. & Sanchez-Meca, J. (2001).** H1  
Meeting the challenges of evidence-based policy: The Campbell Collaboration. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 578, 14-34.
- Philipse, M.W.G., Koeter, M.W.J., Staak, C.P.F. & Brink, W. van den (2006).** H5  
Static and dynamic patient characteristics as predictors of criminal recidivism. A prospective study in a Dutch forensic psychiatric sample. *Law and Human Behavior*, 30, 309-327.
- Phipps, P. & Gagliardi, G.J. (2002).** H3  
*Implementation of Washington's Dangerous Mentally ill Offender Law: Preliminary findings*. Washington: Washington State Institute for Public Policy.
- Piquero, N.L. (2003).** H2  
A recidivism analysis of Maryland's community probation program. *Journal of Criminal Justice*, 31, 295-307.
- Pithers, W.D. & Cumming, G.F. (1989).** (H4)  
Outcome of the Vermont Treatment Program. In: Laws, D.R. (ed.) *Relapse prevention with sex offenders*, New York: Guildford, p. 313-325.
- Pogarsky, G. (2007).** H2  
Deterrence and individual differences among convicted offenders. *Journal of Quantitative Criminology*, 23, 59-74.
- Polaschek, D.L.L., Collie, R.C. & Walkey, F.H. (2004).** H5  
Criminal attitudes to violence: development and preliminary validation of a scale for male prisoners. *Aggressive Behavior*, 30, 484-503.
- Polaschek, D.L. & King, L.L. (2002).**  
Rehabilitating rapists: reconsidering the issues. *Australian Psychologist*, 37(3), 215-222.
- Polizzi, D.M., MacKenzie, D.L. & Hickman, L.J. (1999).** H4  
What works in adult sex offender treatment? A review of prison- and non-prison based treatment programs. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43, 357-374.
- Prendergast, M.L., Wellisch, J. & Wong, M.M. (1996).** (H5)  
Residential treatment for women parolees following prison-based drug treatment: treatment experiences, needs, and service outcomes. *The Prison Journal*, 76, 253-274.
- Prentky, R.A., Knight, R.A. & Lee, A.F.S. (2006).** H4  
Child sexual molestation: research issues. In: Bartol, C.R., Bartol, A.M. (eds.) *Current perspectives in forensic psychology and criminal justice*. Thousand Oaks: Sage.

- Prentky, R.A., Lee, A.F.S., Knight, R.A. & Cerce, D. (1997).** H4  
Recidivism rates among child molesters and rapists: a methodological analysis. *Law and Human Behavior*, 21(6), 635-659.
- Procter, E. (1996).** (H4)  
A five-year outcome evaluation of a community-based treatment programme for convicted sexual offenders run by the probation service. *The Journal of Sexual Aggression*, 2(1), 3-16.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986).** H6  
Toward a comprehensive model of change. In: Miller, W.R. and Heather, N. (red.) *Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York, Plenum Press: 3-27.
- Putten, R.A. van, Santiago, J.M. & Berren, M.R. (1988).** (H3)  
Involuntary outpatient commitment in Arizona: a retrospective study. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 953-958.
- Quacker Communications (2005).**  
*Circles of Support and Accountability in the Thames Valley. The first three years 2002-2005*. London: Quacker Communications.
- Quinlivan, R., Hough, R., Crowell, A., Beach, C., Hofstetter, R. & Kenworthy, K. (1995).** (H3)  
Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in an intensive case management program. *Psychiatric Services*, 46, 365-71.
- Quinn, J. & Holman, J. (1991).** (H2)  
The efficacy of electronically monitored home confinement as a case management device. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 7, 128-134.
- Quinsey, V., Seto, M., Thornton, D. & Yates, P.M. (2007).** H4  
*Sexual offender treatment outcome research: CODC guidelines for evaluation. Part 1: Introduction and overview*. Collaborative Outcome Data Committee.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2006).** H4  
*Ontsnappen aan medialogica. Tbs in de maatschappelijke beeldvorming*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Raynor, P. (1988).** (H2)  
*Probation as an alternative to custody: a case study*. Aldershot: Avebury.
- Redondo, S., Sanchez-Meca, J. & Garrido, V. (2002).** H2  
Crime treatment in Europe: a review of outcome studies. In: McGuire, J. (ed.) *Offender rehabilitation and treatment. Effective programmes and policies to reduce re-offending*. Chichester: Wiley.

- Rempel, M., Fox-Kralstein, D., Cissner, A., Cohen, R., Labriola, M., Farole, D., Bader, A. & Magnani, M. (2003).** (H5)  
*The New York State adult drug court evaluation: Policies, participants and impacts.* New York, NY: Center for Court Innovation.
- Reynolds, I. & Hout, J.E. (1984).** (H3)  
 The relatives of the mentally ill: A comparative trial of community-oriented and hospital-oriented psychiatric care. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 480-9.
- Rhodes, W. & Gross, M. (1997).** (H5)  
*Case management reduces drug use and criminality among drug-involved arrestees: an experimental study of an HIV prevention intervention.* A final summary report presented to the National Institute of Justice and the National Institute on Drug Abuse.
- Rice, M.E. & Harris, G.T. (2003).** (H4)  
 The size and sign of treatment effects in sex offender therapy. *Annals of the New York academy of Science*, 989, 428-440.
- Rice, M.E., Harris, G.T. & Quinsey, V.L. (1998).** (H4)  
 Appraisal and management of risk in sexual aggressors: implications for criminal justice policy. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4(1/2), 73-115.
- Rice, M.E., Harris, G.T. & Quinsey, V.L. (2001).** (H4)  
 Research on the treatment of adult sex offenders. In: Ashford, J.B., Sales, B.D. & Reid, W. (eds.) *Treating adult and juvenile offenders with special needs.* American Psychological Association Press, p. 291-312.
- Ridgely, M.S., Borum, J. & Petrila, J. (2001).** (H3)  
*The effectiveness of involuntary outpatient treatment: Empirical evidence and the experience of eight states.* Santa Monica, CA: RAND.
- Roberts, C.H. (2006).** (H2)  
*Displaying effectiveness: evaluation report on the IRIS Project.* Oxford: Thames Valley Police and Probation Studies Unit/ Centre for Criminology, University of Oxford.
- Rohland, B.M. (1998).** (H3)  
*The role of outpatient commitment in the management of persons with schizophrenia.* Iowa city: Iowa Consortium for Mental Health, Services, Training and Research.
- Romero, J.J. & Williams, L.M. (1983).** (H4)  
 Group psychotherapy and intensive probation supervision with sex offenders: a comparative study. *Federal Probation*, 47, 36-42.
- Rooijen, M. van (2005).** (H6)  
 Structureren is het toverwoord. *PSY*, 14, 18-20.

- Rosenheck, R.A. & Neale, M.S. (1998).** (H3)  
Cost-effectiveness of intensive psychiatric community care for high users of in-patient services. *Archives of General Psychiatry*, 55, 459-66.
- Rosenheck, R.A., Neale, M. (awaiting publication).** (H3)  
*Inter-site variation in the impact of intensive psychiatric community care on hospital use.*
- Rosenheck, R., Neale, M. & Frisman, M. (1994).** (H3)  
Issues in estimating the cost of innovative mental health programs. *Psychiatric Quarterly*, 66, 1-23.
- Rosenheck, R., Neale, M., Gallup, P. (1993).** (H3)  
Community-oriented mental health care: assessing diversity in clinical practice. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 39-50.
- Rosenheck, R., Neale, M., Leaf, P., Milstein, R. & Frisman, L. (1995).** (H3)  
Multisite experimental cost study of intensive psychiatric community care. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 129-40.
- Roy, S. & Brown, M.P. (1995).** (H2)  
The juvenile electronic monitoring program in Lake County, Indiana: An evaluation. In: Smykla, J.O. & Selke, W.L. (eds.) *Intermediate sanctions; Sentencing in the 1990s*. Cincinnati, OH: Anderson Publishing.
- Ruddijs, F. & Timmerman, H. (2000).** H4  
The Stichting Ambulante Preventie Projecten Method: A comparative study of recidivism in first offenders in a Dutch outpatient setting. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44(6), 725-739.
- Ruiter, C. de & Veen, V. (2006).** H4  
*De effectiviteit van farmacotherapie bij seksuele delinquenten. Een literatuuroverzicht.* Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Ruiter, C. de, Veen, V. & Greeven, P. (2005).** H4  
*De effectiviteit van psychologische behandeling bij verkrachters.* Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Ruiter, C. de & Vogel, V. de (2004).** H4  
Recidive bij behandelde seksuele delinquenten. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 28: 92-102.
- Rush, G. (1988).** (H2)  
Electronic surveillance: an alternative to incarceration: an overview of the San Diego county program. *American journal of Criminal Justice*, 12, 219-241.
- Sacks, S., Sacks, J.Y., McKendrick, K., Banks, S. & Stommel, J. (2004).** (H5)  
Modified TC for MICA inmates in correctional settings: crime outcomes. *Behavioral Sciences and the Law*, 22 (4), 477-501.

- Sampson, R.J. & Laub, J.H. (1993).** H6  
*Crime in the making: Pathways and turning points through life.*  
 Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sandhu, H., Dodder, R. & Mathur, M. (1993).** (H2)  
 House arrest: success and failure rates in residential and non-residential community-based programs. *Journal of Offender Rehabilitation*, 19, 131-144.
- Schoemaker, C. & Zessen, G.J. van (1997).** H3  
*Psychiatrische stoornissen bij gedetineerden. Een verkennend onderzoek in Penitentiair Complex Scheveningen.* Utrecht: Trimbos Instituut.
- Seiter, R.P. (1975).** (H2)  
*Evaluation research as a feedback mechanism for criminal justice policy making: a critical analysis.* Unpublished dissertation  
 Columbus: Ohio State University.
- Seiter, R.P. & Kadela, K.R. (2003).** H2,  
 H5  
 Prisoner reentry: What works, what does not and what is promising. *Crime and Delinquency*, 49, 360-388.
- Seng, M.J., Stalans, L.J., Yarnold, P.R. & Swartz, J. (2000).** H4,  
 (H4)  
*A process and short-term impact evaluation of sex offender probation projects in DuPage, Lake, and Winnebago Counties.*  
 Chicago: Illinois Criminal Justice Information Authority.
- Serin, R., Vuong, B. & Briggs, S. (2003).** (H2)  
*Intensive supervision practices: a preliminary examination.*  
 Ottawa: Correctional Service of Canada.
- Seto, M.C. & Barbaree, H.E. (1999).** H4  
 Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(12), 1235-1248.
- Shanahan, M., Lancsar, E., Haas, M., Lind, B., Weatherburn, D. & Chen, S. (2004).** (H5)  
 Cost-effectiveness analysis of the New South Wales adult drug court program. *Evaluation Review*, 28(1), 3-27.
- Sherman, L.W., Farrington, D.P., Welsh, B.C. & MacKenzie, D.L. (2002).** H1,  
 H2,  
 H3  
*Evidence-based crime prevention.* London: Routledge.
- Sherman, L.W., Gottfredson, D.C., MacKenzie, D.L., Eck, J., Reuter, P. & Bushway, S. (1998).** H1,  
 H3  
*Preventing crime: what works, what doesn't, what's promising.*  
 Washington DC: U.S. National Institute of Justice.
- Shern, D.L., Tsemberis, S., Anthony, W., Lovell, A.M., Richmond, L., Felton, H.C., Winarski, J. & Cohen, M. (1996).** (H3)  
*Serving street dwelling individuals with psychiatric disabilities: Outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial.*  
 Unpublished manuscript, Florida Mental Health Institute, University of South Florida, Tampa, FL.

- Simpson, D., Joe, G.W. & Brown, B.S. (1997).** (H5)  
Treatment retention and follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 294-307.
- Simpson, D.D. & Sells, S.B. (1982).** (H5)  
Effectiveness of treatment for drug abuse: an overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2, 7-29.
- Skipworth, J. & Humberstone, V. (2002).** H3, H6  
Community forensic psychiatry: restoring some sanity to forensic psychiatric rehabilitation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (Suppl. 412), 47-53.
- Smith, L.G. & Akers, R.L. (1993).** (H2)  
A Comparison of Recidivism of Florida's Community Control and Prison: A Five-Year Survival Analysis. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30(3), 267-292.
- Smith, R. (1990).** (H2)  
*A program assessment of Pride, Inc. house arrest program.*  
Unpublished master's thesis, West Virginia University, Morgantown.
- Solomon, P. & Draine, J. (1995a).** H3, (H3)  
One-year outcomes of a randomized trial of case management with seriously mentally ill clients leaving jail. *Evaluation Review*, 19, 256-273.
- Solomon, P. & Draine, J. (1995b).** (H3)  
The efficacy of a consumer case management team: 2-year outcomes of a randomized trial. *Journal of Mental Health Administration*, 22, 135-146.
- Solomon, P., Draine, J. & Meyerson, A. (1994).** (H3)  
Jail recidivism and receipt of community mental health services. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 793-7.
- Song, L. & Lieb, R. (1995).** H4, (H4)  
*Washington State sex offenders: overview of recidivism studies.*  
Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Spohn, C., Piper, R.K., Martin, T. & Frenzel, E.D. (2001).** (H5)  
Drug courts and recidivism: The results of an evaluation using two comparison groups and multiple indicators of recidivism. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 149-176.
- Spokane County drug court (1999).** (H5)  
*Evaluation: Spokane county drug court program.*  
Spokane, WA: Spokane County Drug Court.
- Spreen, M. (2006).** H4  
*Implementatieplan Forensische sociaal netwerk analyse.*  
Groningen: Van Mesdag-kliniek.

- Stageberg, P., Wilson, B. & Moore, R.G. (2001).** (H5)  
*Final Report on the Polk County Adult Drug Court.* Iowa Department of Human Rights, Division of Criminal and Juvenile Justice Planning.
- Stalans, L. (2004).** H4  
 Adult sex offender community supervision. A review of recent assessment and treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 13 (5), 564-608.
- Stalans, L.J., Seng, M. & Yarnold, P.R. (2002).** H4, (H4)  
*Long-term Impact Evaluation of Specialized Sex Offender Probation Programs in Lake, DuPage and Winnebago Counties.* Illinois Criminal Justice Information Authority: Chicago. [www.icjia.state.il.us/public/pdf/ResearchReports/Long-termDuPageWinnebago.pdf](http://www.icjia.state.il.us/public/pdf/ResearchReports/Long-termDuPageWinnebago.pdf).
- Stalans, L.J., Seng, M., Yarnold, P., Lavery, T. & Swartz, J. (2001).** H4, (H4)  
*Process and Initial Evaluation of the Cook County Adult Probation Department's Sex Offender Program: Final and Summary Report for the Period of June, 1997 to June, 2000.* Illinois Criminal Justice Information Authority: Chicago. [www.icjia.state.il.us/public/pdf/researchreports/An%20Implementation\\_Project%20in%20Cook%20County.pdf](http://www.icjia.state.il.us/public/pdf/researchreports/An%20Implementation_Project%20in%20Cook%20County.pdf).
- Steadman, H.J. (1998).** H3, (H3)  
*Research study of the New York city involuntary outpatient commitment pilot program: prepared for New York city Department of Mental Health.* Delmar, NY: Policy Research Associates, Inc.
- Steadman, H.J., Coccozza, J.J., Veysey, B.M. (1999).** H3, (H3)  
 Comparing outcomes for diverted and nondiverted jail detainees with mental illnesses. *Law and Human Behavior*, 23, 615-627.
- Steadman, H.J., Gounis, K., Dennis, D., Hopper, K., Roche, B. & Schwartz, M.S. (in press).** H3, (H3)  
*Outcomes of participants in the New York city Involuntary Outpatient Pilot Program: New York City.*
- Stein, L.I. & Test, M.A. (1976).**  
 Retraining hospital staff for work in a community program in Wisconsin. *Hospital and Community Psychiatry*, 27, 266-268.
- Stein, L.I. & Test, M.A. (1980).** (H3)  
 Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.

**Stein, L.I. & Test, M.A. (1985).**

The chronic mentally ill and the criminal justice system: When to call the police.

*Hospital and Community Psychiatry*, 36, 271-274.

**Stelle, K.R. van, Mauser, E. & Moberg, D.P. (1994).**

(H5)

Recidivism to the criminal justice system of substance-abusing offenders diverted into treatment. *Crime and Delinquency*, 40, 175-196.

**Stichman, A., Fulton, B., Latessa, E. & Lawrence, T. (1998).**

(H2)

*Evaluating the prototypical ISP, Hartford intensive supervision unit Connecticut office of adult probation administrative office of the courts. Final Report.* Division of Criminal Justice, University of Cincinnati.

**Studer, L.H., Aylwin, A.S. & Reddon, J.R. (2005).**

H4

Testosterone, sexual offense recidivism, and treatment effect among adult male sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17 (2), 171-181.

**Studer, L.H., Reddon, J.R., Roper, V., & Estrada, L. (1996).**

H4

Phoenix: An in-hospital treatment program for sexual offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 23, 91-97.

**Sugg, D., Moore, L. & Howard, P. (2001).**

(H2)

*Electronic monitoring and offending behaviour – reconviction results for the second year of trials of curfew orders.* Findings 141. London: Home Office Research, Development and Directorate.

**Swanson, J.W., Borum, R., Swartz, M.S., Hiday, V.A., Wagner, H.R. & Burns, B.J. (2001).**

(H3)

Can involuntary outpatient commitment reduce arrests among persons with severe mental illness? *Criminal Justice and Behavior*, 28, 156-189.

**Swanson, J.W., Swartz, M.S., Wagner, H.R., Burns, B.J., Borum, R. & Hiday, V.A. (2000).**

(H3)

Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 176, 324-331.

**Swartz, M.S., Hiday, V.A., Swanson, J.W., Wagner, H.R., Borum, R. & Burns, B.J. (1999).**

(H3)

Measuring coercion under involuntary outpatient commitment: Initial findings from a randomized controlled trial. In: Morrisey, J.P. & Monahan, J. (eds.) *Research in Community and Mental Health*, 10, p. 57-77. Stamford, Connecticut: JAI Press Inc.

**Swartz, M.S., Swanson, J.W., Hiday, V.A., Wagner, H.R., Burns, B.J., Borum, R. (2001).**

(H3)

A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. *Psychiatric Services*, 52, 325-329.



- Swartz, M.S., Swanson, J.W., Kim, M. & Petrila, J. (2006).** H3  
Use of outpatient commitment or related civil court treatment orders in five U.S. communities. *Psychiatric Services*, 57, 343-349.
- Swartz, M.S., Swanson, J.W., Wagner, H.R., Burns, B.J., Hiday, V.A. & Borum, R. (1999).** (H3)  
Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1968-1975.
- Taxman, F.S. (2002).** H2  
Supervision: exploring the dimensions of effectiveness. *Federal Probation*, 66(2), 14-17.
- Taxman, Faye S. & Spinner, D.L. (1997).** (H5)  
*Jail Addiction Services (JAS) Demonstration Project in Montgomery County, Maryland: Jail and Community Based Substance Abuse Treatment Program Model*. University of Maryland, College Park.
- Taxman, F.S. & Thanner, M. (2006).** H5, H6  
Risk, need, and responsivity (RNR): it all depends. *Crime and Delinquency*, 52, 28-51.
- Telson, H., Glickstein, R., Trujillo, M. (1999).** (H3)  
*Report of the Bellevue Hospital Center Outpatient Commitment Pilot Program*. New York: Bellevue Department of Psychiatry.
- Test, M.A. (1992).** (H3)  
Training in community living. In: Liberman, R.P. (ed.) *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. New York, NY: Macmillan Press, p. 153-170.
- Test, M.A., Knodler, W.H., Allness, D.J., Burke, S.S., Brown, R.L. & Wallisch, L.S. (1989).** (H3)  
*Community care of schizophrenia: two year findings*. 142nd Annual meeting of the American Psychiatric Association, May 6-11; San Francisco, California.
- Test, M.A., Knodler, W.H., Allness, D.J., Burke, S.S., Brown, R.L. & Wallisch, L.S. (1991).** (H3)  
Long term community care through an assertive continuous treatment team. In: Tamminga, C.A., Schulz, S.C. (eds.) *Advances in neuropsychiatry and psychopharmacology*. Vol. 1: Schizophrenia Research. New York: Raven Press.
- Test, M.A. & Stein, L.I. (1980).** (H3)  
Alternative to mental hospital treatment: III. Social cost. *Archives of General Psychiatry*, 37, 409-412.

- Tjaden, C.D., Diana, A., Feldman, D., Dietrich, W. & Jackson, K. (2002).** (H5)  
*Denver drug court: Second year report, outcome evaluation.* Vail, CO: Toucan Research and Computer Solutions.
- Tonry, M. (1990).** H2,  
 Overt and latent functions of Intensive Supervision probation. H6  
*Crime and delinquency*, 36, 174-191.
- Tonry, M. (1998).** H2  
 Intermediate sanctions. In: Tonry, M. (ed.) *The handbook of crime and punishment.* Oxford: Oxford University Press.
- Tonry, M. & Will, R. (1988).** H2  
*Intermediate sanctions: Preliminary report.* Washington, DC: National Institute of Justice.
- Torrey, E.F. & Zdanowicz, M. (2001).** H3  
 Outpatient commitment: What, why, and for whom. *Psychiatric Services*, 52, 337-341.
- Truitt, L., Rhodes, W.M., Seeherman, A.M., Carrigan, K. & Finn, P. (2000).** (H5)  
*Phase I: Case studies and impact evaluations of Escambia County, Florida and Jackson County, Missouri drug courts.* Cambridge, MA: Abt Associates.
- Tunis, S., Austin, J., Morris, M., Hardyman, P. & Bolyard, M. (1996).** (H5)  
*Evaluation of Drug Treatment in Local Corrections.* Washington DC: National Institute of Justice (May).
- Turner, B.W., Bingham, J.E. & Andrasik, F. (2000).** H4,  
 Short-term community based treatment for sexual offenders: H6  
 enhancing effectiveness. *Sexual addiction & Compulsivity*, 7, 211-223.
- Turner, S., Greenwood, P., Fain, T. & Deschenes, E. (1999).** (H5)  
 Perceptions of drug court: How offenders view ease of program completion, strengths and weaknesses, and the impact on their lives. *National Drug Court Institute Review*, 2(1), 61-86.
- Turner, S. & Petersilia, J. (1992).** H1,  
 Focusing on high risk parolees: An experiment to reduce (H2),  
 commitments to the Texas Department of Corrections. *Journal H6  
 of Research in Crime and Delinquency*, 29, 34-61.
- Tuthill, J. (1986).** (H2)  
*An evaluation of electronic home detention as a deterrent for offenders convicted of driving under the influence of intoxicants.* Oregon City: Oregon Corrections Division.
- Tyrer, P., Coid, J., Simmonds, S., Joseph, P. & Marriott, S. (1998).** H3  
 Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1998, 4. Art. No.: CD000270.

- Tyrer, P., Evans, K., Gandhi, N., Lamont, A., Harrison-Read, P. & Johnson, T. (1998).** H3, (H3)  
 Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *British Medical Journal*, 316, 106-109.
- Tyrer, P., Merson, S., Onyett, S. & Johnson, T. (1994).** (H3)  
 The effect of personality disorder on clinical outcome, social networks and adjustment: a controlled clinical trial of psychiatric emergencies. *Psychological Medicine*, 24, 731-40.
- Utah Substance Abuse and Anti-Violence Coordinating Council (2001).** (H5)  
*Salt Lake County drug court outcome evaluation*. Salt Lake City: Utah Substance Abuse and Anti-Violence Coordinating Council.
- Vegter, P. & Schuyt, P.M. (2006).** H1  
 Straffen. In: Cleiren, C.P.M. & Nijboer, J.F. (red.) *Tekst en commentaar strafrecht*. Zesde druk. Deventer: Kluwer.
- Veldhuizen, J.R. van (2007).** H3  
 FACT: A Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal*, 43, 421-433.
- Veldhuizen, J.R. van, Berkhout, J.J. & Horsman, L.Th. (2006).** H3  
 Forensisch psychiatrische patiënten en de maatschappij: check, check, double check. *Proces*, 5, 170-179.
- Verburg, H. & Boerema, I. (2004a).** H1  
*Aanzet tot een basisprogramma voor daders van seksuele delicten*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Verburg, H. & Boerema, I. (2004b).** H1  
*Aanzet tot een basisprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Verburg, H. & Boerema, I. (2004c).** H1  
*Aanzet tot een basisprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en agressief gedrag*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Villettaz, P., Killias, M. & Zoder, I. (2006).** H2  
*The effects of custodial vs non-custodial sentences on re-offending. A systematic review of the state of knowledge. Report to the Swiss National Science Foundation and the Campbell Collaboration Crime and Justice Group*. Lausanne: University of Lausanne.
- Vito, G.F. & Tewksbury, R.A. (1998).** (H5)  
 The impact of treatment: The Jefferson County (Kentucky) drug court program. *Federal Probation*, 62(2), 46-51.

- Vito, G.F., Wilson, D.G. & Holmes, S.T. (1993).** (H5)  
Drug testing in community corrections: results from a four-year program. *The Prison Journal*, 73, 343-354.
- Voorhis, P. van & Brown, K. (1996).** H5  
*Risk classification in the 1990s*. Washington, DC: National Institute of Corrections.
- Wagner, D. & Baird, C. (1993).** (H2)  
*Evaluation of the Florida community control program*. Washington, DC: U.S. department of Justice, National Institute of Justice.
- Ward, T. & Beech, A. (2005).** H4  
An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 44-63.
- Ward, T. & Stewart, C.A. (2003).** H4  
The treatment of sex offenders: Risk management and Good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 353-360.
- Wartna, B.S.J., Baas, N.J. & Beenackers, E.M.T. (2004).** H5  
*Beter, anders en goedkoper: een literatuurverkenning ten behoeve van het traject Modernisering Sanctietoepassing*. Den Haag: Ministerie van Justitie/ WODC.
- Wartna, B.S.J., Blom, M. & Tollenaar, N. (2004).**  
*WODC-Recidivemonitor (brochure)*. Den Haag: WODC
- Watson, A., Hanrahan, P., Luchins, D. & Lurigio, A. (2001).** H3  
Mental health courts and the complex issue of mentally ill offenders. *Psychiatric Services*, 52, 477-481.
- Weisburd, D. (2003).** H1  
Ethical practice and evaluation of interventions in crime and justice: the moral imperative for randomized trials. *Evaluation Review*, 27 (3), 336-354.
- Weisman, R.L., Lamberti, J.S. & Price, N. (2004).** H3  
Integrating criminal justice, community healthcare, and support services for adults with severe mental disorders. *Psychiatric Quarterly*, 75, 71-85.
- Werkgroep Doelmatig behandelen (1996).** H1  
*Doelmatig behandelen: interdepartementaal beleidsonderzoek financieringssysteem van de forensisch psychiatrische hulpverlening*. Den Haag: Ministerie van Financiën – Bureau Heroverweging.
- Werkgroep Intensief Reclasseringtoezicht (2002).** H1  
*Samen werken aan intensief reclasseringtoezicht. Eindrapport mei 2002*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- West, M., Hromas, C.S. & Wenger, P. (2000).** H4  
*State sex offender treatment programs. 50-State Survey*. Colorado Department of Corrections.

- Wexler, H.K., De Leon, G., Thomas, G., Kressel, D. & Peters, J. (1999).** H5  
The Amity prison TC evaluation: reincarceration outcome. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 147-167.
- Wexler, H.K., Falkin, G.P. & Lipton, D.S. (1990).** (H5)  
Outcome evaluation of a prison therapeutic community for substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 71-92.
- Wexler, H.K., Melnick, G., Lowe, L. & Peters, J. (1999).** H5  
Three-year reincarceration outcomes for Amity in prison therapeutic community and aftercare in California. *Prison Journal*, 79, 321-336.
- Whicher, E., Morrison, M. & Douglas-Hall, P. (2002).** H3  
'As required' medication regimens for seriously mentally ill people in hospital (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1998, 4. Art. No.: CD000270.
- Wijk, A. van, Mali, S.R.F., Bullens, R.A.R., Prins, L., Klerks, P.P.H.M. (2006).** H4  
*Zedencriminaliteit in Nederland: delicten en delinquenten nader in beeld gebracht*. Apeldoorn: Politieacademie Onderzoeksgroep.
- Wilcox, D.T. (2004).**  
Treatment of intellectually disabled individuals who have committed sexual offence: a review of the literature. *Journal of Sexual Aggression*, 10(1), 89
- Wilson, D.B., Gallagher, C.A. & MacKenzie, D.L. (2000).** H2  
A meta-analysis of corrections based education, vocation and work programs for adult offenders. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 37, 568-581.
- Wilson, R.J., McWhinnie, A., Picheca, J.E., Prinzo, M. & Cortoni, F. (2007).**  
Circles of Support and Accountability: Engaging Community Volunteers in the Management of High-Risk Sexual Offenders. *Howard Journal of Criminal Justice*, 46(1): 1-15.
- Wilson, R.J., Picheca, J.E. & Prinzo, M. (2005).** (H4)  
*Circles of Support & Accountability: An evaluation of the Pilot Project in South Central Ontario, Draft report to Correctional Service of Canada, R-168*, e-mailed to M. Miller Oct 20, 2005.
- Wilson, R.J., Stewart, L., Stirpe, T., Barrett, M. & Cripps, J.E. (2000).** H4  
Community-based sex offender management: combining parole supervision and treatment to reduce recidivism. *Canadian Journal of Criminology*, April, 177-188.

- Wolfe E., Guydish J. & Termondt J. (2002).** (H5)  
 A drug court outcome evaluation comparing arrests in a two year follow-up period. *Journal of Drug Issues*, 32(4): 1155-1171.
- Wolff, N., Helminiak, T.W., Morse, G.A., Calsyn, R.J., Klinkenberg, W.D. & Trusty, M.L. (1997).** (H3)  
 Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients. *American Journal of Psychiatry*, 154, 341-8.
- Wooten, H.B., Hoelter, H.J. (1998).**  
 Operation Spotlight: The community probation-community police team process. *Federal Probation*, 62(2), 30-35.
- Worrall, A. & Walton, D. (2000).** (H2)  
 Prolific Offender Projects, and the reduction of volume property crime: targeted police and case management. *Vista*, 7, 34.
- Zanni, G. & Veau, L. de (1986).** (H3)  
 Inpatient stays before and after outpatient commitment. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 941.
- Zedner, L. (2004).**  
*Criminal Justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Zhang, (2004).** (H5)  
*Drug and alcohol use and related matters among arrestees, 2003*. Washington, D.C.: Department of Justice, National Institute of Justice.

# Bijlage 1

## Samenstelling Begeleidingscommissie

### Voorzitter

prof.mr. P.A.M. Mevis  
hoogleraar Strafrecht en  
Strafprocesrecht, Erasmus Universiteit  
Rotterdam

### Leden

drs. J.J. Berkhout  
beleidsadviseur gezondheidszorg en  
maatschappelijke dienstverlening,  
JJ Berkhout Beleidsadvies, Amsterdam

prof.mr. B.F. Keulen  
hoogleraar straf- en strafprocesrecht,  
Rijksuniversiteit Groningen

mw. drs. J. Kuyvenhoven  
(tot 15 mei 2007) beleidsadviseur TBS,  
Dienst Justitiële Inrichtingen

prof.dr. H.J.C. van Marle  
hoogleraar forensische psychiatrie,  
Erasmus Medisch Centrum en  
Faculteit Rechtsgeleerdheid,  
Erasmus Universiteit Rotterdam

mr.dr. P. Osinga  
senior beleidsadviseur/  
Teamcoördinator Forensische Zorg,  
Directie Sanctie- en Preventiebeleid,  
Ministerie van Justitie

dr. M.W.G. Philipse  
wetenschappelijk onderzoeker en  
senior beleidsadviseur,  
Pompestichting, Nijmegen

drs. L. Schoenmaker  
(vanaf 15 mei 2007)  
beleidsmedewerker, Sectordirectie tbs,  
Dienst Justitiële Inrichtingen

mr. W.E. Zandbergen  
senior beleidsmedewerker,  
Directie Sanctie- en Preventiebeleid,  
Ministerie van Justitie.





# Bijlage 2

## Tabellen

### Tabellen bij hoofdstuk 2

**Tabel 1 Kenmerken 'Prototypisch' Intensive Supervision Program (ISP)**

Programma	Kenmerken
Studies (auteur, jaar)	Latessa, Travis, Fulton & Stichman, 1998.
Doelgroep	De doelgroep van het programma zijn volwassen delinquenten met een hoog recidiverisico die voorwaardelijk in vrijheid zijn gesteld na een gevangenisstraf ( <i>parole</i> ).
Doelstellingen programma	Het door middel van intensief toezicht, dat zowel controle als behandeling en op re-integratie gerichte voorzieningen omvat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- terugdringen van crimineel gedrag op kortere termijn gedurende deelname aan het programma en</li> <li>- bereiken van gedragsverandering op langere termijn en daardoor verminderen van recidiverisico op langere termijn.</li> </ul>
Onderdelen/modules/elementen programma	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Monitoring van het gedrag</i> van de delinquenten en van hun sociale omgeving ter signalering van (dreigende) terugval (bijvoorbeeld drugscontroles, elektronisch toezicht, regelmatige contacten met de reclasseringsfunctionaris).</li> <li>- <i>Frequent en inhoudelijk contact</i> van de reclasseringsfunctionaris met betrokkene, gericht op het oplossen van eventuele problemen, bijvoorbeeld met betrekking tot werk, huisvesting, sociale contacten. Er wordt daarbij een <i>positief beloningssysteem</i> gehanteerd om gedragsverandering te bewerkstelligen. De reclasseringsfunctionarissen stellen zich op als rolmodel om pro sociaal gedrag van de delinquent te bevorderen.</li> <li>- <i>De reclasseringsfunctionarissen treden op als belangenbehartigers</i> van de delinquent, door in de gemeenschap voorzieningen en hulpbronnen aan te boren om de re-integratie te bevorderen.</li> <li>- <i>Selectie van delinquenten met een hoog recidiverisico</i>, de doelgroep van het programma.</li> <li>- Er is een range van (geaccrediteerde) gedragsinterventies beschikbaar waaruit wordt geput om de meest geschikte <i>behandelingen</i> te zoeken ten aanzien van de <i>criminogenic needs</i> van betrokkene.</li> <li>- Bij het prototypisch ISP-model hoort een toets of het ISP voldoet aan de basisprincipes voor een effectieve justitiële behandelinterventie volgens de <i>What Works</i>-benadering.</li> <li>- Verder dient een programma-evaluatie plaats te vinden bestaand uit een proces- en effectevaluatie.</li> </ul>
Juridisch kader/titel betrokkene	Voorwaardelijke invrijheidstelling na een gevangenisstraf.
Rol overheid	Het National Bureau of Justice verleende subsidie voor de ontwikkeling van het ISP.
Betrokken organisaties	Reclassering coördineert en kan andere instanties erbij betrekken.
Verdeling verantwoordelijkheid en taken organisaties	De regie van ISP ligt bij reclasseringsfunctionarissen, die daartoe kleinere <i>caseloads</i> krijgen, van 25 in plaats van 100-200 in het geval van regulier toezicht. Zij coördineren het toezicht en de toeleiding tot behandeling en andere voorzieningen. Ook betrekken zij de gemeenschap bij de re-integratie van betrokkene.

**Tabel 1 (Vervolg)**

Programma	Kenmerken
Duur programma	De duur van het programma hangt mede af van de duur van de voorwaardelijke invrijheidstelling van betrokkene. In de praktijk namen delinquenten gemiddeld 6,77 maanden aan ISP deel.
Kosten	Niet vermeld.
Verhouding staf patiënt/delinquent	25 delinquenten per reclasseringsfunctionaris.
Functionarissen en frequentie contact met betrokkene	In de praktijk waren er 2,7 contacten per maand tussen reclasseringsfunctionaris en delinquent en 0,68 drugscontroles per maand (Latessa et al., 1998).
Consequenties en procedure schending voorwaarden	Er wordt een gradueel systeem van sancties gehanteerd bij overtreding van voorwaarden. Indien nodig wordt de voorwaardelijke invrijheidstelling herroepen en wordt betrokkene in de gevangenis teruggeplaatst.

**Tabel 2 Kenmerken HotSpot Community Probation Program Maryland, VS**

Programma	Kenmerken
Studies (auteur, jaar)	Piquero, 2003; Wooten & Hoelter, 1998.
Doelgroep	Volwassen en jeugdige delinquenten ('veelplegers') die zijn veroordeeld tot reclasseringstoezicht.
Doelstellingen programma	Gehele programma: <ul style="list-style-type: none"> <li>- het verminderen van criminaliteit en overlast in buurten;</li> </ul> <i>community probation</i> -gedeelte: <ul style="list-style-type: none"> <li>- het verminderen van recidive cliënten;</li> <li>- betere uitwisseling tussen reclassering en politie van informatie over het gedrag en delict risico van delinquenten;</li> <li>- bevordering van de veiligheid van reclasseringsfunctionarissen beoogd door middel van een nauwere samenwerking met politie.</li> </ul>
Onderdelen/modules/elementen programma	Het HotSpot-programma houdt onder meer een aantal maatregelen in, gericht op het veiliger maken van buurten, die ingevoerd moeten worden in buurten die aan het programma meedoen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bewoners moeten bereid zijn criminaliteit in hun buurt actief te bestrijden, daartoe moet er een bepaalde mate van organisatie van bewoners zijn.</li> <li>2. De wijkpolitie draagt door middel van traditionele politieactiviteiten (surveillance, wijkagenten) bij aan de bestrijding van criminaliteit.</li> <li>3. De reclassering plaatst reclasseringsfunctionarissen in wijkkantoren om van daaruit toezicht te houden op de reclasseringscliënten in de wijk.</li> <li>4. Buurt, politie en reclassering moeten samenwerken in het bestrijden van overlast.</li> <li>5. Preventieactiviteiten voor de jeugd. Betrokkenheid van de plaatselijke scholen is nodig in de vorm van naschoolse activiteiten en het tegengaan van spijbelen.</li> <li>6. Er is een lokale projectcoördinator (een <i>senior officer</i>).</li> </ol> <i>community probation</i> -component van het programma: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lokale HotSpot-teams houden toezicht op de delinquent.</li> <li>- De teams bestaan uit reclasseringsfunctionarissen, jeugdwerkers en politiefunctionarissen.</li> </ul>

**Tabel 2 (Vervolg)**

Programma	Kenmerken
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het team wisselt informatie uit, legt huisbezoeken af, observeert en controleert of de delinquent zich aan opgelegde voorwaarden zoals huisarrest en avondklok houdt.</li> <li>- Het team zorgt ervoor dat de delinquent aan behandeling en/of werktoeleiding deelneemt, praktische hulp krijgt en dergelijke.</li> </ul>
Juridisch kader/titel betrokkene	Veroordeling tot reclasseringstoezicht.
Rol overheid	De federale overheid en de staat Maryland bieden samen \$3,5 miljoen dollar subsidie voor de verschillende componenten van het HotSpot-initiatief. De reclassering-politieteams vormen daarbij een van de gesubsidieerde onderdelen.
Betrokken organisaties	Reclassering, politie.
Verdeling verantwoordelijkheid en taken organisaties	De organisatie van het <i>community probation</i> -gedeelte gebeurt door het HotSpot-team vanuit kantoren in de wijk. Het team heeft een relatief kleine <i>caseload</i> van uitsluitend <i>at risk</i> -delinquenten. De reclasserings- en politiefunctionarissen wisselen informatie uit over de delinquenten en werken samen in het toezicht. De reclasseringsfunctionarissen voorzien de politie van informatie over statische risicofactoren van de betreffende delinquenten (delictgeschiedenis, drugsgebruik en dergelijke). Ook zijn buurtbewoners betrokken bij het oplossen van problemen rond delinquenten in de buurt. Zij leren het HotSpot-team kennen en worden aangemoedigd mogelijk illegale activiteiten te melden.
Duur programma	De duur van het reclasseringstoezicht hangt af van de duur waarvoor deze is opgelegd door de rechtbank.
Kosten	Zie rol overheid.
Verhouding staf patiënt/delinquent	Het team heeft een relatief kleine <i>caseload</i> van uitsluitend <i>at risk</i> -delinquenten.
Functionarissen en frequentie contact met betrokkene	Contactfrequentie is niet vermeld.
Consequenties en procedure schending voorwaarden	Een systeem van sancties die ter plaatse kunnen worden uitgevoerd en die de vrijheden van betrokkene in meer of mindere mate beperken.

**Tabel 3 Kenmerken en onderzoeksdesign effectstudies programma's voor intensief toezicht**

Programma	Studies	Methode	Groepsindeling	Deelnemers	Duur follow-up	Bron recidivegegevens
<i>Toezichtprogramma's met behandeling of andere re-integratiecomponent</i>						
Intensive Supervision Surveillance Program (ISSP)	Paparozzi & Gendreau, 2005	Matching op 10 kenmerken (leeftijd, geslacht, opleiding, alcohol- en druggebruik, beslisdatum en aanvangsdatum parole, uitkomst risicotaxatie, huisvesting bij familie, woongebied). Toch a priori verschillen: ISSP-groep hoger delictrisico, minder opleiding, meer eerder drugsgebruik.	ISSP-groep (n=240) - ISSP-groep (n=240) - Vergelijkingsgroep: TPS (traditional parole supervision) regulier reclasserings-toezicht (n=240)	man: 82,1%; 82,5% gewelddelict: 47,9%; 43,8% vermogensdelict: 13,3%; 14,1% drugsdelict: 36,3%; 32,1% ander delict: 2,5%; 10%	12 maanden vanaf voorwaardelijke invrijheidstelling	Technische overtreding van de voorwaarden, herroepen parole vanwege overtreding voorwaarden, veroordeling wegens nieuw delict. Niet vermeld hoe de gegevens worden verkregen.
<i>Toezichtprogramma met mogelijk behandeling of andere re-integratiecomponent</i>						
Intensive Supervision Practices (ISP), Canada	Serin, Vuong & Briggs, 2003	ISP-groep werd vergeleken met een groep high-risk delinquenten die 12 maanden eerder voorwaardelijk vrij kwam. Daarnaast was er een vergelijkingsgroep van delinquenten die aan de ISP-criteria voldeden maar om verschillende redenen (bijv. geografische) van deelname werden uitgesloten.	ISP-groep (n=210) - Vergelijkingsgroep 1 (historisch) (n=244) - Vergelijkingsgroep 2 (van deelname uitgesloten) (n=45)	Geen gegevens vermeld.	3 maanden vanaf voorwaardelijke invrijheidstelling (het betreft een eerste verkenning)	duur tot opschorting voorwaardelijke invrijheidstelling, of herroepen van voorwaardelijke invrijheidstelling wegens een delict. Niet vermeld is hoe de gegevens verkregen worden.

**Tabel 3 (Vervolg)**

Programma	Studies	Methode	Groepsindeling	Deelnemers	Duur follow-up	Bron recidivegegevens
Day Reporting Center (DRC), Wisconsin, VS	Craddock, 2000; Craddock & Graham, 2001	Quasi-experimenteel design zonder matching. In sommige analyses werd een subset high-risk high-need deelnemers van de vergelijkingsgroep gebruikt. Uitvallers werden niet bij de DRC-groep gerekend.	Rurale programma: DRC-groep (n=137) Volledige vergelijkingsgroep (n=175) High-risk/need vergelijkingsgroep (n=74)	Rurale programma bijna 100% mannen, stedelijke programma ruim 80%.  Afhankelijk van subgroep: openbareorde- of geweldsdelict: 37-64,2% vermogensdelict: 11,6-48% drugs/alcoholdelict: 9,5-19%	Tot 12 maanden na uitstroom uit het programma	Arrestaties. Niet vermeld hoe de gegevens zijn verkregen.
		A priori verschil: DRC-groepen vaker een vermogensdelict en minder vaak een openbareorde- of geweldsdelict dan vergelijkingsgroepen.	Stedelijke programma: DRC-groep (n=94) Volledige vergelijkingsgroep (n=137) High-risk/need vergelijkingsgroep (n=61)	rijden onder invloed: 0-2,8% ander delict 2,1-19,7%		

Tabel 3 (Vervolg)

Programma	Studies	Methode	Groepsindeling	Deelnemers	Duur follow-up	Bron recidivegegevens
Intensive Supervision Probation (ISP) en Day Reporting Center (DRC), North Carolina, VS	Marciniak, 2000	Quasi-experimenteel design zonder matching.  Groepen vergelijkbaar op geslacht, leeftijd, opleiding, werk, relatie, huidskleur, echter geen statistische toetsing vermeld.	- ISP+DRC (n=151) - ISP (n=875)	ISP+DRC; ISP man: 80,8%; 82,3%  Geen informatie over delicten	Er is gecorrigeerd voor de duur dat betrokkene is gevolgd. Betrokkenen werden tot ISP of ISP+DRC veroordeeld tussen 1-10-95 en 1-5-98. Niet duidelijk hoe lang ze precies zijn gevolgd.	Arrestatie wegens een nieuw (niet-verkeers)delict. Niet vermeld hoe de gegevens werden verkregen.
<i>Toezichtprogramma behandeling of andere re-integratiecomponent</i>						
Maryland HotSpot Initiative, VS	Piquero, 2003	Quasi-experimenteel design met matching op geslacht, leeftijd, ras, toezichtmaatregel (parole, probation enz.) en type delict. Willekeurig getrokken HotSpot-casus werden vergeleken met gematchte casus van voordat het programma liep.	- HotSpot-groep (n=500) - Vergelijkingsgroep regulier reclasserings-toezicht (n=500)	Totale groep: voornamelijk mannen. geweldsdelict: ca. 30% vermogensdelict: ca. 15% drugsdelict: ca. 35% ander delict: ca 20%	12 maanden vanaf het begin van het programma	Technische overtredingen van voorwaarden, nieuwe arrestaties en tijd tot de eerste arrestatie. Gegevens uit Offender Based Supervision of Criminal Information System en Criminal Justice Information System Maryland.

## Tabellen bij hoofdstuk 3

**Tabel 4 Kenmerken Forensic Assertive Community Treatment**

Programma	Kenmerken
Studies (auteur, jaar)	<p><i>Reviews:</i> Marshall &amp; Lockwood, 1998; Mueser et al., 1998.</p> <p><i>Overige studies:</i> Lamberti, Weisman &amp; Faden, 2004, Wilson, Tien &amp; Eaves, 1995, Lamberti, Weisman, Schwarzkopf, Price, Ashton &amp; Trompeter, 2001, Weisman, Lamberti &amp; Price, 2004, APA, 2001.</p>
Doelgroep	<p>Psychisch gestoorde mensen die hoge kans lopen op nieuwe ziekenhuisopname en het verliezen van hun huis (Lamberti, Weisman &amp; Faden, 2004).</p> <p>Daarnaast hebben deelnemers aan FACT een crimineel verleden en vaak ook een geschiedenis van middelenmisbruik en/of -afhankelijkheid.</p> <p>Velen zijn dakloos of lopen een hoog risico dakloos te geraken.</p> <p>Een voorbeeld van FACT is <i>Project Link</i>, welke hier omschreven staat.</p>
Doelstellingen programma	<p>Marshall &amp; Lockwood (1998):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contact blijven houden met psychisch zieke mensen;</li> <li>- Reduceren van het aantal ziekenhuisopnames;</li> <li>- Verbeteren van sociaal functioneren;</li> <li>- Verbeteren kwaliteit van leven.</li> </ul> <p>Wilson, Tien &amp; Eaves (1995):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een actieve, assertieve benadering: hulpverleners zoeken de patiënten in hun eigen omgeving op.</li> </ul> <p>Lamberti et al. (2001):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- preventie van terugval in delictgedrag en voorkomen van nieuwe opname in het ziekenhuis;</li> <li>- integratie van de verschillende systemen die betrokken zijn bij de zorg voor psychisch gestoorde die 'fietsen' tussen gevangenis, psychiatrisch ziekenhuis en de straat.</li> </ul>
Onderdelen/modules/elementen programma <sup>59</sup>	<p>Bond et al. (2001) identificeren 13 kernprincipes van ACT:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Multidisciplinaire staf.</li> <li>2. Integratie van verschillende services.</li> <li>3. Teamaanpak: het team ontmoet elkaar dagelijks en overlegt over de patiënten, er is gedeelde verantwoordelijkheid voor een patiënt en alle teamleden hebben regelmatig contact met elke cliënt die tot de caseload behoort.</li> <li>4. Lage patiënt-stafratio: gemiddelde patiënt-stafverhouding van 10:1, bij patiënten die intensievere zorg nodig hebben kan dit ratio nog lager zijn, voor redelijk stabiele patiënten is een ratio van 20:1 genoeg.</li> <li>5. Plaats van contact is in de gemeenschap: staf gaat bij patiënt op bezoek en niet andersom. Dit maakt ook behandeling <i>in vivo</i> mogelijk (waarbij de behandelaar het gedrag van de patiënt in de praktijk kan bekijken), wat belangrijk wordt geacht.</li> <li>6. Management van medicatie.</li> <li>7. Focus op problemen van alledag.</li> <li>8. Snelle respons van het behandelteam op noodsituaties.</li> <li>9. Assertive outreach: patiënten worden op een intensieve manier betrokken bij het programma.</li> <li>10. Geïndividualiseerde services.</li> <li>11. Deelname aan het project is <i>levenslang</i>.</li> </ol>

<sup>59</sup> Er bestaan maar liefst drie zogenoemde '*fidelity scales*' die de mate van programma-integriteit van ACT meten. De meest gebruikte is de Dartmouth ACT Scale (DACTS), die bestaat uit 28 items en waarmee de mate van overeenkomst tussen een individueel programma en de standaard bepaald kan worden.

**Tabel 4 (Vervolg)**

Programma	Kenmerken
	De volgende twee elementen zijn niet standaard bij ACT, maar wel belangrijk: 12. Samenwerken met de familie. 13. Hulp bij het vinden en behouden van werk.
Juridisch kader/titel betrokkene (wetsartikel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deelnemers dienen een delictgeschiedenis (van arrestaties en gevangenisstraf) te hebben.</li> <li>- Zowel pre als post booking jail diversion programma. Deelnemers kunnen deelname aan het project opgelegd krijgen als voorwaarde bij invrijheidstelling, maar ook als alternatief in plaats van gevangenisstraf.</li> </ul>
Rol overheid (ministeries en hun invloeden)	Niet gerapporteerd.
Betrokken organisaties (probation service, vrijwilligers enz.)	Forensische ACT (FACT; Lamberti et al., 2004): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hulpverleners van medische zorg.</li> <li>- Hulpverleners van verslavingszorg.</li> <li>- Financiële hulpverleners.</li> <li>- Medewerkers van begeleid woonprojecten.</li> <li>- Probation officers in 69%.</li> </ul>
Verdeling verantwoordelijkheid en taken organisaties	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Een groep van vijf verschillende agentschappen in de gemeenschap, die gezondheidszorg, sociale dienst en het justitiedomein beslaat.</li> <li>- 100 patiënten totaal zijn opgenomen.</li> <li>- Project Link's Collaborative Management Team: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Overleg tussen de vijf verschillende organisaties, dat regelmatig plaatsvindt.</li> <li>- Invloedrijke vertegenwoordigers uit de vijf verschillende organisaties nemen hieraan deel.</li> <li>- Belangrijke beslissingen over het project worden hierin genomen.</li> </ul> </li> <li>- Zaakwaarnemers (case advocates): stafleden die verantwoordelijk zijn voor het betrekken van de patiënten in de zorg en het linken van de patiënt met de relevante betrokken organisaties (geestelijke gezondheidszorg, eerstelijnsgezondheidszorg, residentiële en social services).</li> <li>- Er zijn 5 zulke zaakwaarnemers in Project Link, met een caseload van 20 patiënten.</li> <li>- Stafleden onderhouden contact met diverse personen in het justitiële systeem: rechters, aanklagers, advocaten, probation en parole officers,</li> <li>- Een dagbehandeling kan eveneens gevolgd worden, van maximaal 5 dagen in de week, waar behandeling voor zowel de verslaving als de psychiatrische stoornis centraal staat.</li> <li>- Een mobiel behandelteam (mobile treatment team) maakt onderdeel uit van het project: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ondersteunt patiënten die met zorg van zaakwaarnemer alleen niet genoeg gestimuleerd worden om bij het project betrokken te blijven en behandeling te accepteren.</li> <li>- 24 uur per dag beschikbaar.</li> <li>- In vivo behandeling.</li> <li>- Naast zaakwaarnemers maken een forensisch psychiater en een verpleegster onderdeel van de staf uit.</li> <li>- Duur deelname aan dit team wordt geschat op 2 jaar, daarna minder intensieve zorg.</li> <li>- Patiënten die onder het mobiele team vallen, hebben toegang tot een residentiële faciliteit waar 24 uur toezicht wordt gehouden en waar psychiatrische symptomen en middelenmisbruik behandeld kunnen worden.</li> </ul> </li> </ul>



**Tabel 4 (Vervolg)**

Programma	Kenmerken
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In de residentiële faciliteit wordt gewerkt met 4 niveaus van zorg, waarbij de patiënten meer privileges krijgen zodra zij vooruitgang boeken in de behandeling.</li> <li>- De behandeling bestaat o.a. uit voorlichting over psychiatrische stoornissen en verslaving, steungroepen, AA en NA (narcotics anonymous)-groepen buiten de deur kunnen worden bezocht, een training in vaardigheden met betrekking tot algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) wordt gegeven.</li> </ul>
Duur programma	2 jaar mobiel behandelteam, minder intensievere vormen kunnen levenslang voortbestaan.
Kosten	\$ 34.360 per jaar per cliënt; de gemiddelde kosten per jaar per cliënt voor deelname aan Project Link waren \$ 73.878.
Verhouding staf patiënt/delinquent	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Staf-cliëntverhouding van 1:10.</li> <li>- Psychiater-cliëntverhouding van 1:100.</li> </ul>
Functionarissen en frequentie contact met betrokkene	Frequent (niet nader gerapporteerd).
Consequenties schending voorwaarden	Niet gerapporteerd.
Procedure schending voorwaarden	Niet gerapporteerd.

**Tabel 5 Kenmerken Involuntary outpatient commitment**

Programma	Kenmerken
Studies (auteur, jaar)	Ridgely, Borum & Petrila, 2001; Monahan, Bonnie, Appelbaum, Hyde, Steadman & Swartz, 2001; Pataki & Carpinello, 2005; Office of Mental Health, New York State, 2006; Torrey & Zdanowicz, 2001; Swartz, Swanson, Kim & Petrila, 2006.
Doelgroep	Psychisch gestoorde patiënten die aan het eind van hun intramurale traject zijn gekomen.
Doelstellingen programma	Voorkomen van escalatie van psychische problemen door bieden nazorg.
Onderdelen/modules/elementen programma	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vooral medisch van aard.</li> <li>- Indien nodig: medicatie.</li> <li>- Ondersteuning bij vinden werk, woning, financiële zekerheid.</li> </ul>
Juridisch kader/titel betrokkene (wetsartikel)	IOT is de wettelijke maatregel.
Rol overheid (ministeries en hun invloeden)	In de Verenigde Staten is een <i>director of community services</i> van het ministerie van Volksgezondheid aangesteld. Ook de <i>Commissioner of Health</i> heeft bepaalde taken.
Betrokken organisaties (probation service, vrijwilligers enz.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arts.</li> <li>- <i>Director of Community Services</i>.</li> <li>- Programmacoördinator.</li> <li>- Directeur gezondheidszorginstelling.</li> <li>- Behandelaren.</li> </ul>
Verdeling verantwoordelijkheid en taken organisaties	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arts: bezoekt betrokkene en schrijft behandelplan.</li> <li>- Director of Community Services: tenuitvoerlegging IOT.</li> <li>- Programmacoördinator: controle tenuitvoerlegging IOT.</li> <li>- Directeuren gezondheidszorginstellingen: uitvoeren programma en rapportage aan programmacoördinatoren over voortgang patiënt.</li> <li>- Behandelaren: bieden van zorg aan patiënten.</li> </ul>
Duur programma	In eerste aanleg voor 6 maanden, met mogelijke verlenging tot maximaal 1 jaar.
Kosten	Niet gerapporteerd.
Verhouding staf patiënt/delinquent	Niet gerapporteerd.
Functionarissen en frequentie contact met betrokkene	Niet gerapporteerd.
Consequenties schending voorwaarden	Plaatsing psychiatrisch ziekenhuis voor maximaal 72 uur. Eventueel dwangopname.
Procedure schending voorwaarden	Arts dient schending vast te stellen.

**Tabel 6 Kenmerken en onderzoeksdesign effectstudies toezichtprogramma's delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis**

Programma	Studies (auteur, jaar)	Methode	Groepsindeling	Deelnemers	Duur follow-up	Bron gegevens
FACT	Calsyn, Yonker, Lemming, Morse & Klinkenberg (2005)	Aselecte toewijzing 1 van de 3 groepen.	Totale groep: n = 144 (er worden geen aantallen per groep gegeven): 1. geïntegreerde ACT 2. alleen ACT 3. standaard-behandeling (controlegroep)	Totale groep (er worden geen aantallen per groep gegeven): - dakloos - ernstige psychische stoornis (51% schizofrenie) - 100% DSM-IV stoornis in middelennisbruik - 79% man - 74% Afrikaans-Amerikaans - 43% ernstig misdrijf <sup>a</sup> - 49% mild misdrijf	2 jaar	Zelfrapportage (arrestaties, misdrijven, tijd in gevangenis) en officiële cijfers (arrestaties en oproepen rechtbank). <sup>b</sup>
FACT	Lamberti, Weisman, Schwarzkopf, Price, Ashton & Trompeter (2001)	Pre-post design.	41 deelnemers aan FACT werden onderzocht op baseline en 1 jaar later.	- totale groep 18 jaar en ouder - ernstige psychische stoornis - tenminste 1 eerdere arrestatie - geschiedenis van niet-meewerken aan behandeling - ernstige psychische stoornis (51% schizofrenie) - 78% man - 71% Afrikaans-Amerikaans - 95% stoornis in middelennisbruik	1 jaar	Officiële cijfers (ziekenhuis-rapportages, gevangenisgegevens, informatie van probation en parole services) en zelfrapportage (interviews met de patiënten).
Community care versus hospital-based care	Gandhi, Tyrer, Evans, McGee, Lamont & Harrison-Read (2001)	Aselecte toewijzing.	Community multidisciplinaire teams (n = 82) or hospital-based care (n = 73), bij follow-up 138 patiënten met analyseerbare data (niet gerapporteerd hoeveel per groep).	- ernstige psychische stoornis (psychose of ernstige niet-psychootische stemmingsstoornis) met een eerdere ziekenhuisopname binnen de afgelopen 2 jaar. - 16-65 jaar oud. - 65 van de 138 follow-up patiënten (53%) had bovendien een persoonlijkheidsstoornis.	1 jaar	Versillende bronnen: patiënten, ziekenhuisgegevens, interviews met informanten (professionals en leken) en een contactpersoon bij de politie. Uiteindelijk maat is aantal politiecontacten, verdeeld over 6 categorieën.

Tabel 6 (Vervolg)

Programma	Studies (auteur, jaar)	Methode	Groepsindeling	Deelnemers	Duur follow-up	Bron gegevens
Dangerous Mentally Ill Offender Program	Mayfield (2007)	Quasi-experimenteel design	DMIO programma (n = 100), pre-DMIO programma (n = 287). Significante groepsverschillen. <sup>c</sup>	DMIO (deze gegevens worden niet over de controlegroep gegeven <sup>d</sup> ): <ul style="list-style-type: none"> <li>- 9% vrouw</li> <li>- 19% Afrikaans-Amerikaans</li> <li>- 73% Caucasian</li> <li>- 4% Aziatisch</li> <li>- 4% native American</li> <li>- 30% schizofreen</li> <li>- 18% bipolaire stoornis</li> <li>- 7% depressie</li> <li>- 30% andere 'thought disorder'</li> <li>- 15% andere stoornis</li> </ul> Indexdelict. <sup>e</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 52% overval als indexmisdrijf</li> <li>- 23% drugs of 'property'</li> <li>- 21% seksueel delict</li> </ul>	2,5 jaar	Officiële cijfers (veroordelingen in een rechtbank in Washington).

a Ernstig misdrijf: misdrijven met betrekking tot wapens, overvallen, aanranding, brandstichting, verkrachting, moord/doodslag. Minder ernstig misdrijf: winkeldiefstal, vandalisme, schending van voorwaarden van vervroegde of voorwaardelijke invrijheidstelling, vervalsingen, prostitutie en minachting van de rechtbank.

b De zelfrapportage wat betreft tijd in gevangenis was vollediger dan de officiële cijfers (26 respondenten rapporteerden tijd in de gevangenis terwijl er van hen geen officiële tijd in de gevangenis geregistreerd werd). De verklaring hiervoor van de auteurs is dat tijd in lokale gevangenis niet altijd in het registratiesysteem wordt opgenomen.

c Deelnemers in de controlegroep waren vaker vrouw, vaker 25 jaar of jonger ten tijde van vrijlating, hadden meer eerdere ernstige misdrijven gepleegd, hadden vaker een ernstig drugsgerelateerd misdrijf gepleegd en hadden een hogere kans om een nieuw ernstig misdrijf te plegen. Daarnaast waren zij korter gedetineerd geweest, hadden ze minder eerdere ernstig gewelddadige misdrijven gepleegd, hadden ze minder eerdere seksuele misdrijven gepleegd, hadden ze minder 'misdemeanor assaults' gepleegd, hadden ze minder 'misdemeanor' misdrijven gepleegd en hadden ze minder vaak als indexmisdrijf een gewelddadig misdrijf gepleegd.

d Wel is bekend dat de deelnemers niet verschillen op etniciteit en leeftijd ten tijde van het plegen van het delict.

e Een indexdelict is gedefinieerd als het misdrijf waarvoor de persoon in kwestie is gedetineerd.

## Tabellen bij hoofdstuk 4

**Tabel 7 Kenmerken California Sex Offender Treatment and Evaluation Program (SOTEP) met Sex Offender Aftercare Program (SOAP)**

Programma	Kenmerken
Studies (auteur, jaar)	Marques, Wiederanders, Day, Nelson & Van Ommeren, 2005; Marques, 1999; Marques, Day, Nelson & West, 1994; Marques & Day, 1989; Marques, 1984.
Doelgroep	Zedendelinquenten met een gevangenisstraf vanwege verkrachting of vanwege seksueel misbruik van kinderen. Inclusiecriteria voor deelname waren verder: <ul style="list-style-type: none"> <li>- De tijdsduur tot vrijlating moest tussen de 18-30 maanden liggen.</li> <li>- Leeftijd tussen de 18 en 60 jaar.</li> <li>- Niet meer dan tweemaal eerder veroordeeld voor een misdrijf voorafgaand aan het huidige.</li> <li>- Heeft toegegeven een seksueel delict te hebben gepleegd.</li> <li>- Geen lopende immigratieaanvraag of opsporingsbevel.</li> <li>- IQ groter dan 80.</li> <li>- Niet psychotisch, geen mentale problemen door hersenbeschadiging.</li> <li>- Niet zo gehandicapt dat gespecialiseerde verpleegzorg nodig is.</li> <li>- Heeft geen ernstige beheersproblemen veroorzaakt in de gevangenis.</li> </ul>
Doelstellingen programm	SOTEP en SOAP: het voorkomen van seksuele recidive. SOAP: het in stand houden van de in de SOTEP-behandeling bereikte resultaten.
Onderdelen/modules/elementen programma	SOTEP: cognitief-gedragstherapeutisch behandelprogramma voor terugvalpreventie bij zedendelinquenten tijdens de laatste twee jaar van verblijf in de gevangenis, bestaand uit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoofdonderdeel: gestructureerde Terugvalpreventiegroep (drie 90 minuten-sessies per week).</li> <li>- Daarnaast: seksuele voorlichting/educatie, ontspanningstraining, omgaan met stress en woede, sociale vaardigheden.</li> <li>- Voorafgaand aan voorwaardelijke vrijlating: voorbereidende training voor 'life on the streets'.</li> <li>- Individuele therapiesessies.</li> </ul> SOAP: Een nazorgprogramma gedurende een jaar bij voorwaardelijke invrijheidstelling bestaand uit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Standaard parole supervision.</li> <li>- Twee keer per week een groeps- of individuele sessie.</li> </ul>
Juridisch kader/titel betrokkene	Deelname aan SOAP werd als voorwaarde opgelegd bij Parole.
Rol overheid	California Departments of Mental Health en Corrections hebben de ontwikkeling en uitvoering financieel gesteund.
Betrokken organisaties	Gevangeniswezen, Atascadero State hospital, aanbieders nazorg, probation service.

**Tabel 7 (Vervolg)**

Programma	Kenmerken
Verdeling verantwoordelijkheid en taken organisaties	De zedendelinquenten uit alledrie de groepen kregen na vrijlating toezicht door een parole officer. Het SOAP-programma werd aangeboden in de samenleving door gecontracteerde behandelaars. Deze werden door SOTEP-behandelaars (uit het ziekenhuis) getraind in terugvalpreventie. Contact tussen aanbieders van de nazorg en parole officers werd aangemoedigd, maar was alleen verplicht als betrokkene niet naar de behandelbijeenkomsten kwam.
Duur programma	SOTEP: 2 jaar. SOAP: 1 jaar.
Kosten	Niet vermeld.
Verhouding staf-patiënt/delinquent	Niet vermeld.
Functionarissen en frequentie contact met betrokkene	Tijdens SOAP tweemaal per week contact met behandelaars, in de vorm van groeps- en individuele therapie sessies. Daarnaast 'standaard' parole supervision.
Consequenties en procedure schending voorwaarden	Eventueel terugplaatsing naar de gevangenis als betrokkene de behandel sessies niet volgt.

**Tabel 8 Kenmerken Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors (VTPSA)**

Programma	Kenmerken
Studies (auteur, jaar)	Cumming & McGrath, 2005; McGrath, Cumming, Livingston & Hoke, 2003; Cumming & McGrath, 2000; McGrath, Cumming, Livingston & Hoke, 2000; McGrath, Hoke & Vojtisek 1998; Hildebran & Pithers, 1992; Pithers, Martin & Cumming, 1989.
Doelgroep	Het ambulante deel van het programma biedt verschillende intensiteitsniveaus voor: <ul style="list-style-type: none"> <li>- zedendelinquenten met een gevangenisstraf die na het interne deel van het behandelprogramma in het ambulante programma komen;</li> <li>- zedendelinquenten met een lager delict risico die een probation sentence krijgen.</li> </ul>
Doelstellingen programma	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het voorkomen van recidive.</li> <li>- Delinquenten terugvalpreventiestrategieën aanleren,</li> <li>- Door extern toezicht effectiever dreigende terugval onderkennen.</li> </ul>
Onderdelen/modules/elementen programma	VTPSA in gevangenis: Cognitief-gedragstherapeutisch terugvalpreventieprogramma. VPTSA nazorgprogramma met extern toezicht: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. terugvalpreventieprincipes worden in het toezicht gebruikt;</li> <li>2. opbouwen sociaal netwerk delinquent;</li> <li>3. cognitief-gedragstherapeutisch terugvalpreventieprogramma;</li> <li>4. polygraafonderzoek.</li> </ol>

**Tabel 8 (Vervolg)**

Programma	Kenmerken
Juridisch kader/titel betrokkene (wetsartikel)	Voorwaardelijke invrijheidstelling na gevangenisstraf (parole) Veroordeling tot reclasseringtoezicht (probation).
Rol overheid (ministeries en hun invloeden)	De wetgever van Vermont heeft geld beschikbaar gesteld om het VTPSA te ontwikkelen, het overkoepelende behandelprogramma waar ook het relapse prevention toezichtmodel deel van uitmaakt.
Betrokken organisaties (probation service, vrijwilligers enz.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aanbieders van behandeling (zowel privaat als publiek).</li> <li>- (Probation, parole) supervision officers.</li> <li>- Vermont Department of Corrections (DOC).</li> <li>- Polygrafisten.</li> <li>- Vrijwilligers.</li> </ul>
Verdeling verantwoordelijkheid en taken organisaties	<p>De drie centrale teamleden (probation officer, behandelaar, polygrafist) houden wekelijks contact op instigatie van de probation officer om voortgang patiënt en zorgpunten te bespreken. Probation officers verwijzen delinquenten naar behandelaars. Deze sluiten een contract met DOC. Behandelaars gaan akkoord met de behandelrichtlijnen VTPSA-programma. Om programma-integriteit te waarborgen, krijgen zij maandelijkse supervisie door VTPSA-deskundigen.</p> <p>Jaarlijks een tweedaagse gezamenlijke training behandelaars en officers.</p> <p>DOC betaalt een minimaal bedrag voor elke deelname aan een behandelgroep.</p> <p>De delinquent betaalt een deel van zijn behandeling.</p>
Duur programma	<p>VPTSA binnen de gevangenis duurt ruim een jaar.</p> <p>Externe programma is variabel van duur, afhankelijk van het recidiverisico. Zedendelinquenten met een hoog risico blijven minimaal 12 maanden in het toezichtprogramma.</p>
Kosten	Niet vermeld.
Verhouding staf-patiënt/delinquent	Niet vermeld.
Functionarissen en frequentie contact met betrokkene	<p>Probation/parole officer (frequentie afhankelijk van recidiverisico).</p> <p>Behandelaar(s) (wekelijks).</p> <p>Polygrafist (elke 6 maanden).</p> <p>(Vrijwilligers) sociaal netwerk (variabel).</p>
Consequenties en procedure schending voorwaarden	<p>Gradueel sanctiesysteem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Minder ernstige overtredingen of dreigende terugval: gedrag corrigeren en toezicht of behandeling intensiveren.</li> <li>- Ernstiger terugval of overtreding: terugplaatsing in de gevangenis.</li> </ul>

**Tabel 9 Kenmerken Community Sex Offender Groupwork Program (CSOGP)**

Programma	Kenmerken
Studies	Allam, 2000ab; 1999; 1998; Mandeville-Norden & Beech, 2004.
Doelgroep	Mannelijke plegers van zedendelicten tegen kinderen of volwassenen. Van TVSOGP (verwant programma) worden de volgende daders uitgesloten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Daders die de rechtmatigheid van hun veroordeling volledig ontkennen.</li> <li>- Daders met alcohol- of drugsproblemen.</li> <li>- Zeer lichtgeraakte daders (volatiel).</li> <li>- Daders met duidelijke leerstoornissen (IQ &lt; 80).</li> </ul> In hoeverre deze exclusiecriteria ook voor de andere programma's gelden, is niet duidelijk.
Doelstellingen programma	Recidive verminderen door middel van een cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling.
Onderdelen programma	Het programma bestaat uit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Een introductiemodule van 50 uur waarin daders moeten leren hun delicten niet goed te praten of te ontkennen en waarin ze verantwoordelijkheid moeten leren nemen voor hun gedrag.</li> <li>- Een assessment: er wordt onderscheid gemaakt in low risk/low deviance daders en daders met higher risk/deviance.</li> <li>- Low risk/low deviance daders volgen een programma van 50 uur gericht op terugvalpreventiestrategieën.</li> <li>- Higher risk/deviance daders volgen een programma van 190 uur dat zich op een breder scala aan delictgerelateerde factoren richt: denkfouten, delictpatronen, relaties, hechting, 'self management' en interpersoonlijke vaardigheden, het belang van fantasie bij het delictgedrag, empathie met slachtoffers, terugvalpreventie en leefstijltraining.</li> </ul>
Juridisch kader/titel betrokkene	Er moet sprake zijn van een justitieel kader (een Order of een Licence) van minstens 3 jaar.
Rol overheid	Niet vermeld.
Betrokken organisaties	Probation Service.
Verdeling verantwoordelijkheid en taken organisaties	Niet vermeld.



**Tabel 9 (Vervolg)**

Programma	Kenmerken
Duur programma	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Een justitieel kader van minstens 3 jaar is nodig om het totale programma, inclusief voorwerk en nazorg, af te ronden.</li> <li>- De eerste module van het programma beslaat een volledige week gevolgd door 10 sessies van een halve dag of 5 sessies van een dag.</li> <li>- Het vervolg voor low risk/low deviance daders beslaat 50 uur.</li> <li>- Het vervolg voor higher risk/deviance daders bestaat uit 190 uur.</li> </ul>
Kosten	
Verhouding staf-patiënt/delinquent	Groeps grootte varieert van 8 tot 12.
Functionarissen en frequentie contact met betrokkene	Zie eerder voor frequentie van de sessies.
Consequenties en procedure schending voorwaarden	Daders zijn verplicht alle sessies bij te wonen. Als een dader een sessie mist, moet hij een 'catch up' sessie bijwonen voordat hij weer mag deelnemen aan het programma. Als een dader meer dan 2 sessies binnen een module mist, moet hij de hele module opnieuw volgen. Als een dader een sessie mist zonder een goede reden, wordt de <i>probation officer</i> ingeschakeld die vervolgens actie onderneemt volgens de nationale richtlijnen van toezicht op daders.

**Tabel 10 Kenmerken Oregon depo-Provera Program**

Programma	Kenmerken
Studies	Maletzky, Tolan & McFarland, 2006.
Doelgroep	<p>Delinquenten die:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zijn veroordeeld voor een seksueel delict, en</li> <li>- binnen 6 maanden (voorwaardelijk) vrijkomen</li> </ul> <p>en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een straf uitzitten voor een tweede seksueel delict, of door gebrekkige verstandelijke vermogens hun seksuele behoeften/impulsen onvoldoende kunnen beheersen;</li> <li>- blij hebben gegeven van excessieve seksuele behoeften/impulsen.</li> </ul> <p>Als screeningsinstrument werd gebruikt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- speciaal ontworpen depo-Proveraschaal;</li> <li>- Static-99.</li> </ul> <p>Score 7 op de depo-Proveraschaal en 4 op de Static-99 vergrootte de kans op een medicatieadvies.</p> <p>Een klinische beoordeling gaf echter de doorslag.</p>

**Tabel 10 (Vervolg)**

Programma	Kenmerken
Doelstellingen programma	Het op kortere termijn terugbrengen van het risico van een seksueel delict bij delinquenten die (voorwaardelijk) in vrijheid worden gesteld, voordat een psychologisch (nazorg)behandelprogramma in de maatschappij effect heeft kunnen hebben op het recidiverisico.
Onderdelen programma	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wekelijkse intramusculaire injecties met 200-400 mg MPA.</li> <li>- Reclasseringstoezicht.</li> </ul>
Juridisch kader	<p>De wetgever van de staat Oregon heeft House Bill 2500 uitgevaardigd die luidt dat gedetineerde seksuele delinquenten voorafgaand aan invrijheidstelling moeten worden onderzocht op geschiktheid voor libidoremmende medicatie (medroxyprogesterone acetate, ook wel MPA of depo-Provera genaamd). Daartoe kreeg het Department of Corrections de opdracht een methode te ontwikkelen om mannen met een door medicatie te verlagen verhoogd risico op een seksueel delict te detecteren.</p> <p>Bij geschikt bevonden delinquenten kan de Parole Board, een rechter of de toezichthoudende parole officer medicatiegebruik als voorwaarde bij toezicht gedurende voorwaardelijke invrijheidstelling opleggen.</p>
Rol overheid	Niet vermeld.
Betrokken organisaties	<p>Het gevangeniswezen (Department of Corrections) regelt de screening op geschiktheid voor medicatie.</p> <p>Parole Board, rechtbank of Probation Service legt medicatiegebruik als voorwaarde op.</p> <p>Probation Service regelt de uitvoering.</p>
Verdeling verantwoordelijkheid en taken organisaties	Zie bij betrokken organisaties.
Duur programma	Onduidelijk en wisselend per patiënt, waarschijnlijk minimaal enkele maanden.
Kosten	Niet vermeld.
Verhouding staf-patiënt/delinquent	Niet vermeld.
Functionarissen en frequentie contact met betrokkene	Reclasseringsfunctionaris, frequentie contact niet vermeld.
Consequenties en procedure schending voorwaarden	Niet nakomen van medicatie-afspraken werd automatisch als schending voorwaarden genoteerd.

**Tabel 11 Kenmerken Specialized Sex Offender Probation Programs Lake, DuPage en Winnebago Counties Illinois**

Programma	Kenmerken
Studies (auteur, jaar)	Stalans, 2004; Stalans et al., 2002; Stalans et al., 2001; Seng, Stalans, Yarnold & Schwartz. 2000.
Doelgroep	Zedendelinquenten met kinderen als slachtoffers die zijn veroordeeld tot probation. Het kan zowel om hands-on als hands-off delicten gaan. Het gaat om delinquenten met een laag of matig recidiverisico (Static-99).
Doelstellingen programma	Het voorkomen van recidive door gespecialiseerd toezicht, waarbij in vergelijking tot standaardtoezicht, frequenter toezicht en meer eenheid in benadering van probation officers en behandelaars van belang wordt geacht.
Onderdelen programma	In principe omvat het programma de volgende elementen: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Intensief toezicht op zedendelinquenten, waaronder frequente bezoeken van de delinquent aan het reclasseringsbureau, polygrafisch onderzoek en (onverwachte) huisbezoeken en huiszoekingen bij de delinquent en het verifiëren van informatie die door de delinquent wordt verstrekt.</li> <li>b. Behandeling met nadruk op cognitief-gedragstherapeutische aanpak en terugvalpreventie.</li> <li>c. Partnerschap van probation officers en aanbieders van behandeling, het creëren van eenheid in benadering door frequente communicatie en het delen van informatie over specifieke delinquenten.</li> </ul> Door de 3 regio's zijn op onderdelen verschillende accenten gelegd. De behandeling was binnen het standaardprogramma en het gespecialiseerde programma dezelfde: verplichte deelname aan groepsgewijze cognitieve gedragstherapie.
Juridisch kader/titel betrokkene	Veroordeling tot reclasseringstoezicht (probation) wegens een zedendelict.
Rol overheid	Niet vermeld.
Betrokken organisaties	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Probation Service.</li> <li>- Aanbieders van cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling.</li> <li>- Polygrafist.</li> </ul>
Verdeling verantwoordelijkheid en taken organisaties	De Probation Service is integraal verantwoordelijk voor het toezichtprogramma en gaat op organisatieniveau en op het niveau van professionals samenwerkingsverbanden aan met behandelorganisaties.
Duur programma	De delinquenten in alle groepen kregen gemiddeld 2 jaar probation.
Kosten	Onbekend.

**Tabel 11 (Vervolg)**

Programma	Kenmerken
Verhouding staf-patiënt/delinquent	<p>Lake: In het gespecialiseerde programma was de caseload per probation officer gemiddeld 43 zedendelinquenten, tegen een gemengde caseload van 120 bij het standaardreclasseringstoezicht.</p> <p>DuPage: In het gespecialiseerde programma was de caseload per probation officer gemiddeld 43 zedendelinquenten, tegen een gemengde caseload van 100 bij het standaardreclasseringstoezicht.</p> <p>Winnebago: In het gespecialiseerde programma was de caseload per probation officer gemiddeld 43 zedendelinquenten, tegen een gemengde caseload van 202 bij het standaardreclasseringstoezicht.</p>
Functionarissen en frequentie contact met betrokkene	<p>Lake en DuPage: Het standaardprogramma in Lake omvatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 face to face-contacten van de delinquent met de probation officer op het reclasseringsbureau per maand;</li> <li>- een 2-maandelijks huisbezoek van de probation officer aan de offender.</li> </ul> <p>Het gespecialiseerde programma in Lake omvatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- volledige beschikbaarheid van 2 probation officers voor toezicht op zedendelinquenten;</li> <li>- gemiddeld 4 face to face-contacten per maand van de probation officer per zedendelinquent, waarvan 2 huisbezoeken.</li> </ul> <p>Het standaardprogramma in DuPage omvatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 face to face-contacten van de delinquent met de probation officer op het reclasseringsbureau per maand;</li> <li>- een 2-maandelijks huisbezoek van de probation officer aan de offender.</li> </ul> <p>Het gespecialiseerde programma in DuPage omvatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 gespecialiseerde probation officers voor zedendelinquenten;</li> <li>- toezicht volgens 3 niveau van intensiteit;</li> <li>- voor delinquenten van niveau I en II gemiddeld 3 contacten van de delinquent met het reclasseringsbureau per maand, het streven van 4 per maand bij niveau I waaronder 2 huis- of veldbezoeken werd in de praktijk niet gerealiseerd;</li> <li>- huisbezoek bij hoogrisicogevallen.</li> </ul> <p>Het standaardprogramma in Winnebago omvatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 face to face-contacten van de delinquent met de probation officer op het reclasseringsbureau per maand;</li> <li>- een 2-maandelijks huisbezoek van de probation officer aan de offender.</li> </ul> <p>Het gespecialiseerde programma in Winnebago omvatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 probation officers beschikbaar voor gespecialiseerd toezicht op zedendelinquenten;</li> <li>- toezicht volgens 3 niveaus van intensiteit;</li> <li>- voor delinquenten van niveau I gemiddeld 3 contacten van de delinquent met het reclasseringsbureau per maand, het streven van 4 per maand waaronder 2 huis- of veldbezoeken werd in de praktijk niet gerealiseerd;</li> </ul>

**Tabel 11 (Vervolg)**

Programma	Kenmerken
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- voor delinquenten van niveau II gemiddeld 2 contacten in plaats van 3;</li> <li>- voor delinquenten van niveau III 1 contact per maand.</li> <li>- de probation officer als co-begeleider bij de groepstherapie;</li> <li>- de delinquenten werd duidelijk gemaakt dat behandelaars en probation officer informatie uitwisselen.</li> </ul>
Consequenties en procedure schending voorwaarden	Een gradueel systeem van informele en formele sancties. De zwaarste is het aanvragen van terugplaatsing in de gevangenis.

**Tabel 12 Kenmerken Circles of Support and Accountability (COSA)**

Programma	Kenmerken
Studies	Wilson & Prinzo, 2001; CSC, 2003; Wilson, Picheca & Prinzo, 2005; Quaker Communications, 2005; Wilson, McWhinnie, Picheca, Prinzo & Cortoni, 2007.
Doelgroep	Canada: zedendelinquenten die niet in aanmerking komen voor voorwaardelijke invrijheidstelling en die daardoor na ommekomst van hun gevangenisstraf zonder formele nazorg worden vrijgelaten.
Doelstellingen programma	Succesvolle terugkeer van zedendelinquenten in de samenleving te bewerkstelligen . Uiteindelijk hierdoor de veiligheid voor de samenleving vergroten.
Onderdelen programma	Rond een dader – het kernlid – wordt een cirkel van vrijwilligers gevormd die hem ondersteunen bij zijn terugkeer in de samenleving. In Canada wordt deze cirkel ondersteund door professionals, in het Verenigd Koninkrijk wordt de binnenste cirkel gevormd door professionals (reclassering) en vormen de vrijwilligers een buitenste cirkel. Hun werk blijft echter grotendeels hetzelfde (zie bij mechanismen).
Juridisch kader/titel betrokkene	In Canada is er geen sprake van een juridisch kader, in het Verenigd Koninkrijk is wel sprake van een juridisch kader, maar onduidelijk is welke vormen voor kunnen komen.
Rol overheid	Geen.
Betrokken organisaties	<p>Canada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- COSA draait op vrijwilligers, zowel leken als professionals die op vrijwillige basis deelnemen.</li> <li>- De lokale groepen worden doorgaans aangestuurd door een 'advisory panel' of een stuurgroep en/of een regionale coördinator. In de meeste gevallen is een lokale religieuze organisatie bij COSA betrokken die voor de administratieve ondersteuning zorgt.</li> <li>- Het grootste deel van de kosten wordt gedragen door de Correctional Service Canada die daartoe contracten met COSA-projecten afsluit.</li> </ul> <p>Engeland:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vrijwilligers.</li> <li>- Politie en reclassering.</li> <li>- Quakers en de Church of England's Board of Social Responsibility.</li> </ul>

**Tabel 12 (Vervolg)**

Programma	Kenmerken
Verdeling verantwoordelijkheid en taken organisaties	Canada: onduidelijk bij wie de eindverantwoordelijkheid ligt, alle activiteiten vinden plaats op vrijwillige basis. CSC neemt nadrukkelijk geen verantwoordelijkheid. Engeland: eindverantwoordelijkheid bij politie en reclassering.
Duur programma	In eerste aanleg blijft een cirkel een jaar lang in stand, maar langer kan ook.
Kosten	Onduidelijk is hoeveel kosten met COSA zijn gemoeid.
Verhouding staf-patiënt/delinquent	In Canada bestaat elke cirkel uit 1 kernlid – de delinquent – en 5 tot 7 vrijwilligers, aangevuld met een ondersteunende groep van professionals en administratieve krachten.
Functionarissen en frequentie contact met betrokkene	Vrijwilligers moeten aan een aantal eisen voldoen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– stabiele leden van de samenleving;</li> <li>– bekend zijn in de samenleving;</li> <li>– moeten hebben aangetoond dat ze volwassen genoeg zijn om dit werk te doen;</li> <li>– moeten hun eigen grenzen kunnen bewaken;</li> <li>– beschikbaar zijn.</li> </ul> Vrijwilligers krijgen een training waarin zij leren hoe de dynamiek van het gedrag van zedendelinquenten werkt, zodat zij hun werk goed kunnen doen. Frequentie: <ul style="list-style-type: none"> <li>– In het begin wekelijkse bijeenkomsten van de hele cirkel en wekelijks tot dagelijks contact tussen kernlid en andere leden.</li> <li>– Na enige tijd worden de groepsbijeenkomsten in frequentie verminderd (tot ongeveer 2 keer per maand) en meer individuele afspraken tussen vrijwilligers en het kernlid.</li> </ul>
Consequenties en procedure schending voorwaarden	In Engeland zijn leden van een cirkel verplicht (vermoedens van) overtredingen of mogelijke/dreigende terugval te melden. In de beschrijvingen van de Canadese Circles is niet terug te vinden of deze verplichting ook voor Canadese vrijwilligers geldt.

**Tabel 13 Kenmerken en onderzoeksdesign effectstudies toezichtprogramma's zedendelinquenten**

Programma	Studies	Methode	Groepsindeling	Deelnemers	Duur follow-up	Bron recidivegegevens
<i>Behandeling in gevangenis of ziekenhuis met nazorg en toezicht in de maatschappij</i>						
California Sex Offender Treatment and Evaluation Program (SOTEP en SOAP), VS	Marques, Wiederanders, Day, Nelson & Van Ommeren, 2005	Prospectief gerandomiseerd design inclusief matching op een aantal prognostische variabelen. Uitvallers verschilden niet van rest behandelgroep op allerlei geregistreerde kenmerken.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandelgroep (n=259; 167 maakten behandeling af, 37 vielen uit)</li> <li>- Controlegroep vrijwilligers (n=225; geen uitval)</li> <li>- Controlegroep niet-deelnemers (n=220; geen uitval)</li> </ul>	Gemengde groep seksuele delinquenten <ul style="list-style-type: none"> <li>- Index offences in elke groep circa 22% verkrachting volwassene; 78% seksuele delicten met kinderen waarvan 50% met vrouwelijke slachtoffers, 20% met mannelijke slachtoffers en 8% beiden.</li> </ul>	Minimaal 5 jaar	Recidivegegevens uit officiële registratiesystemen (Department of Corrections California, en FBI).
Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors (VTPSA), VS	McGrath, Cumming, Livingston & Hoke, 2003	Retrospectief quasi-experimenteel design. Geen matching. Geen a priori verschil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- risiconiveau;</li> <li>- eerdere veroordelingen gewelds- of zedendelicten.</li> </ul> Wel a priori verschil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de vergelijkingsgroep met enige behandeling was vaker dan de andere groep eerder veroordeeld voor niet-seksuele delicten;</li> <li>- behandelgroep gemiddeld langere straffen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandelgroep (n=65)</li> <li>- Onbehandelde vergelijkingsgroep (n=90)</li> <li>- Vergelijkingsgroep met volwassene of enige behandeling (n=49)</li> </ul>	Gemengde groep seksuele delinquenten Indexdelicten totale steekproef: 30% verkrachting slachtoffer (26% incest, 14% extrafamiliale jongens, 28% extrafamiliale meisjes)	Gemiddeld 6 jaar, minimaal 3 jaar	Recidivegegevens uit officiële registratiesystemen.
The Phoenix Program met Step-Out nazorg-programma, Alberta Hospital Edmonton, Canada	Studer, Reddon, Roper & Estrada, 1996 Clelland, Studer & Reddon, 1998	Behandelgroep werd vergeleken met uitvallers uit de behandeling. A priori verschil: Clelland et al. (1998): Vergelijkingsgroep had lager IQ en lager opleidingsniveau.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandelgroep (n=120)</li> <li>- Vergelijkingsgroep (n=100)</li> <li>- Behandelgroep (n=36)</li> <li>- Vergelijkingsgroep (n=38)</li> </ul>	Studer et al. (1996): Gemengde groep zedendelinquenten (zedendelicten met kinderen, verkrachting volwassene, exhibitionisme) Clelland et al. (1998): Verkrachters van volwassene vrouwelijke slachtoffers	Studer et al. (1996): M=38,8 maanden Clelland et al. (1996): Behandelgroep: M=52,1 maanden Vergelijkingsgroep: M=59,7 maanden	Justitiecontacten (arrestaties, tenlasteleggingen, veroordelingen) uit Royal Canadian Mounted Police Records.

Tabel 13 (Vervolg)

Programma	Studies	Methode	Groepsindeling	Deelnemers	Duur follow-up	Bron recidivegegevens
<i>Gespecialiseerde behandelprogramma's in het kader van voorwaardelijke invrijheidstelling of veroordeling tot reclasseringstoezicht</i>						
Sex Offender Treatment Program (CSOP) Pacific Region Canada	Hanson, Broom & Stephenson, 2004	Quasi-experimenteel design met historische vergelijkingsgroep. A priori verschillen: Behandelgroep hoger risiconiveau (meer eerdere zedendelicten) en een kortere gemiddelde follow-up. Hiervoor werd statistisch gecontroleerd.	Behandelgroep (n=403) - Vergelijkingsgroep (n=321)	Gemengde groep seksuele delinquenten, niet nader gespecificeerd.	Gem. 12 jaar	Gegevens veroordelingen uit Canadian Police Information System (CPIIC).
Community Sex Offender Program (CSOGP) West Midlands Probation Service, Engeland	Allam, 1998; 1999	Quasi-experimenteel design. Behandelgroep: 155 zedendelinquenten bij wie behandeling was geadviseerd en die deze kregen opgelegd. Vergelijkingsgroep: 74 zedendelinquenten bij wie behandeling was geadviseerd maar die een andere sanctie kregen opgelegd (o.a. boete, alternatieve straf zonder behandeling, korte gevangenisstraf). Geen informatie over eventuele matching.	Behandelgroep (n=155) - Vergelijkingsgroep (n=74)	Gemengde groep zedendelinquenten Behandelgroep: vergelijkingsgroep: Zedendelicten met kinderen als slachtoffer (n=126, n=47) Verkrachting volwassene (n=13, n=19) Exhibitionist (n=16, n=8)	1-4 jaar	Recidivegegevens Home Office Offender Index.
Sexual Offenders Treatment Program, Cordova Counseling Center Pensacola, Florida, VS	Turner, Bingham & Andrasik, 2000	Quasi-experimenteel design. Behandelgroep: zedendelinquenten aan wie verplichte behandeling was opgelegd. Vergelijkingsgroep: zedendelinquenten aan wie verplichte behandeling was opgelegd, maar die deze later in hun probation-periode volgden. Gematcht op leeftijd, burgerlijke staat, het hebben van werk of niet, type seksueel delict en duur van de follow-upperiode.	Behandelgroep (n=100) - Uitvallers (n=52) - Vergelijkingsgroep (n=100)	Gemengde groep seksuele delinquenten o.a. verkrachting met volwassene als slachtoffer, zedendelicten met minderjarigen als slachtoffer, exhibitionisme, aanranding.	1-5 jaar	Recidivegegevens werden verkregen van het Florida Crime Information Center.



Tabel 13 (Vervolg)

Programma	Studies	Methode	Groepsindeling	Deelnemers	Duur follow-up	Bron recidivegegevens
Special Sex Offender Sentencing Alternative (SSOSA) Washington State, VS	Song & Lieb, 1995; Berliner, Schram, Miller & Milloy, 1995	Quasi-experimenteel design. Behandelgroep: delinquenten die in aanmerking kwamen voor SSOSA en aan wie SSOSA ook werd opgelegd. Vergelijkingsgroep 1: delinquenten die in aanmerking kwamen voor SSOSA, maar aan wie een gevangenisstraf werd opgelegd. Vergelijkingsgroep 2: delinquenten die niet in aanmerking kwamen voor SSOSA (verkrachters en plegers van verscheidene zedendelicten met een kind als slachtoffer). A priori verschil: Vergelijkingsgroep 2 had zwaardere strafrechtelijke voorgeschiedenis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SSOSA-groep (n=321)</li> <li>- Vergelijkingsgroep 1 (n=306)</li> <li>- Vergelijkingsgroep 2 (n=160)</li> </ul>	Gemengde groep zedendelinquenten die voor het eerst worden veroordeeld voor een felony sex offence in de periode 1985-1986.	Gem. 5,7 jaar, max. 7 jaar	Gegevens over arrestatie wegens felony offence van Washington State Department of Corrections, Patrol, en National Crime Information Center.
SAFE Programme Auckland, STOP Programme Wellington, STOP Programme Christchurch, Nieuw-Zeeland	Lambie & Stewart, 2003	Quasi-experimenteel design. 175 zedendelinquenten namen deel aan STOP, een vergelijkingsgroep van 28 werd alleen gediagnosticeerd. Een tweede vergelijkingsgroep bestond voor 80% uit zedendelinquenten met een community sentence en 20% met gevangenisstraf en allen reclasseringsstoezicht. A priori verschil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- vergelijkbaar op o.a. leeftijd, etniciteit;</li> <li>- diagnostiekgroep had zwaardere en reclasseringsgroep lichtere strafrechtelijke voorgeschiedenis dan behandelgroep.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandelgroep (n=175) Auckland (n=73) Wellington (n=64) Christchurch (n=38)</li> <li>- Vergelijkingsgroep alleen diagnostiek (n=28)</li> <li>- Vergelijkingsgroep gevangenis/reclasserings (n=186)</li> </ul>	Voornamelijk zedendelinquenten met minderjarige slachtoffers. Behandelgroep met als slachtoffers: 74% (ook) meisjes 32% (ook) jongens 13% (ook) volwassenen 28% voornamelijk gerelateerde kinderen 54% voornamelijk ongerelateerde kinderen 17% beide typen kinderen	Gemiddeld 4 jaar	Gegevens over nieuwe veroordelingen wegens seksueel delict. Vermoedelijke bron: registratie gevangeniswezen.

Tabel 13 (Vervolg)

Programma	Studies	Methode	Groepsindeling	Deelnemers	Duur follow-up	Bron recidivegegevens
Psychodynamisch behandelprogramma, Oostenrijk	Eher, Lackinger, Frühwald & Frottier, 2006	Quasi-experimenteel design. Behandelgroep: delinquenten die minimaal 30 uur therapie hadden gevolgd. Onbehandelde vergelijkingsgroep: delinquenten die geen of minder uren therapie hadden gevolgd. Er werden slechts delinquenten in het onderzoek betrokken die op zijn vroegst 1,5 jaar na invrijheidstelling weer werden gearresteerd (left truncation). A priori verschil: - geen verschil in indexdelicten (type delict en slachtoffer) - geen verschil in aantal eerdere gewelds- en zedendelicten - behandelgroep in totaal meer eerdere delicten.	- Behandelgroep (n=122) - Onbehandelde vergelijkingsgroep (n=152)	Gemengde groep zedendelinquenten: seksuele delicten met kinderen als slachtoffer, verkrachting, seksueel gemotiveerde dodingsdelicten	Gemiddeld 71 jaar	Niet vermeld, vermoedelijk Centrale Dokumentations- und Koordinationsstelle für Sexualstrafäter.
Stichting Ambulante Preventie Projecten (STAPP)	Ruddijs & Timmerman, 2000	Quasi-experimenteel design. 99 personen kwamen in 1989-1995 naar STAPP. Behandelgroep bestond uit alle door justitiële instanties verwezen zedendelinquenten. Uitgesloten werden niet of elders behandelde (n=2) en drop-outs (n=19) en door niet-justitiële instanties verwezen (n=16), personen voor wie geen match gevonden werd (n=6). Onbehandelde vergelijkingsgroep: zedendelinquenten uit dezelfde regio's.	- Behandelgroep (n=56) - Onbehandelde vergelijkingsgroep (n=56)	Gemengde groep zedendelinquenten. Van de 99: - was 83% niet bekend met een eerder zeden- of geweldsdelict - had 68% een slachtoffer jonger dan 16 jaar - had 80% een vrouwelijk slachtoffer - had 16% een mannelijk slachtoffer - had 6% slachtoffers van beide seksen.	Minimaal 2 jaar	Recidivegegevens van de Centrale Justitiële Documentatie.

Tabel 13 (Vervolg)

Programma	Studies	Methode	Groepsindeling	Deelnemers	Duur follow-up	Bron recidivegegevens
		Matching op: Leeftijd Jaar pro justitia rapportage Aantal eerdere zedendelicten Type delict Opgelegde sanctie Leeftijd en sekse slachtoffers				
Oregon depo-Provera Program, VS	Maletzky, Tolan & McFarland, 2006	Quasi-experimenteel design. Uit voor depo-Provera-advies geselecteerden (n=275) werden retrospectief de groepen bepaald. Behandelgroep: kreeg daadwerkelijk d-P Vergelijkingsgroep 1: ook d-P aangewezen maar niet gekregen Vergelijkingsgroep 2: geen d-P aangewezen. A priori verschil: In behandelgroep meer verkrachters en plegers van zedendelicten met extrafamiliale jongens als slachtoffer.	- Behandelgroep (n=75) - Vergelijkingsgroep 1 (n=55) - Vergelijkingsgroep 2 (n=141)	Gemengde groep impulsieve zedendelinquenten (n=275) Seksuele delicten met minderjarige vrouwelijk slachtoffer: 37,1% Seksuele delicten met minderjarige mannelijk slachtoffer: 33,1% Verkrachting volwassen slachtoffer: 20% Overig: 9,8%	1-5 jaar	Recidivegegevens uit vragenlijst aan parole officier
Gespecialiseerde toezichtprogramma's in het kader van voorwaardelijke invrijheidstelling of veroordeling tot reclasseringstoezicht Adult Sex Offenders Probation Project (ASOP) Cook County Illinois, VS	Stalans, Seng, Yarnold, Lavery & Swartz, 2001	Quasi-experimenteel design. Historische Behandelgroep: zedendelinquenten die door de rechtbank waren veroordeeld tot ASOP. Vergelijkingsgroep: zedendelinquenten met vergelijkbare delicten, maar veroordeeld tot standaard probation. Vergelijkbaar op 20 demografische kenmerken zoals leeftijd en burgerlijke staat, SES en opleidingsniveau.	- Behandelgroep (n=78) - Vergelijkingsgroep (n=208)	Delinquenten die tot 1-4 jaar probation zijn veroordeeld wegens zedendelicten met kinderen als slachtoffer.	Meting tijdens eerste 2 jaar probationperiode	Gegevens over overtreedingen van voorwaarden vastgelegd door probation officers. Gegevens over arrestatiebevelen en arrestaties uit registratiesysteem Reclassering.

Tabel 13 (Vervolg)

Programma	Studies	Methode	Groepsindeling	Deelnemers	Duur follow-up	Bron recidivegegevens
Specialized Sex Offender Probation Programs Lake, Winnebago Counties Illinois, VS	Seng, Stalans, Yarnold & Schwartz, 2000; Stalans, Seng & Yarnold, 2002	A priori verschillen: Behandelgroep in meer gevallen een familiedid als slachtoffer, vaker een kind tussen de 2-8 jaar, minder vaak eerder veroordeeld.	Quasi-experimenteel design. Historische vergelijkingsgroep. Zo mogelijk gematcht wat betreft demografische variabelen, strafrechtelijke voorgeschiedenis en recidiverisico. In alle regio's waren de groepen op het merendeel van de variabelen vergelijkbaar, ook a priori verschillen: Lake: Delinquenten in de gespecialiseerde-toezichtgroep hadden in meer gevallen een eerdere veroordeling, delinquenten in de vergelijkingsgroep hadden een lagere sociaal-economische status, vaker eerder contact met de geestelijke gezondheidszorg en een voorgeschiedenis van drugsgebruik. DuPage: Delinquenten in de gespecialiseerde-toezichtgroep hadden in meer gevallen een parafilie en/of psychische problemen, pleegden in meer gevallen eerder een seksueel delict en hadden een hoger recidiverisico. Winnebago: Geen a priori verschillen in de onderzochte variabelen.	Delinquenten die tot 1 tot 4 jaar probation zijn veroordeeld, meestal wegens zedendelicten met kinderen als slachtoffer. Lake: Zedendelicten met kinderen als slachtoffer Gespecialiseerdtoezichtgroep: 76,1% Vergelijkingsgroep (n=104) DuPage: Gespecialiseerd toezicht (n=105) Vergelijkingsgroep (n=110) Winnebago: Gespecialiseerd toezicht (n=105) Vergelijkingsgroep (n=103)	Toezichtgroep en vergelijkingsgroep Lake: M=34,5 en M=57,6 maanden DuPage: M=32,8 en M=78,1 maanden Winnebago: M=37,6 en M=83,8 maanden	Recidivegegevens uit de registratiesystemen van de Illinois State Police en de FBI. Daarnaast zelfrapportage van recidive.

Tabel 13 (Vervolg)

Programma	Studies	Methode	Groepsindeling	Deelnemers	Duur follow-up	Bron recidivegegevens
<i>Overige programma's</i>						
Circles of Support and Accountability (COSA) Canada	Wilson, Picheca & Prinzo, 2005	Quasi-experimenteel design. Zedendelinquenten die aan het einde van strafijd zonder voorwaardelijke periode vrijkwamen. Groepen gematcht op eerdere behandeling, duur follow-up. A priori verschil: COSA-groep had hogere gemiddelde RRASOR-score en hoger aantal slachtoffers en minder vaak alleen vrouwelijke slachtoffers.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- COSA-deelnemers (n=60)</li> <li>- Niet COSA-deelnemers (n=60)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gemengde groep zedendelinquenten</li> <li>COSA-groep, vergelijkingsgroep: alleen vrouwelijke slachtoffers (43%, 77%)</li> <li>alleen familiale slachtoffers (15%, 15%)</li> <li>alleen minderjarige slachtoffers (58%, 53%)</li> </ul>	Gemiddeld 4,5 jaar	Gegevens veroordeelden uit Canadian Police Information System (CPIIC).

## Tabellen bij hoofdstuk 5

### Tabel 14 Kenmerken drugsrechtbank

Programma	Kenmerken
Studies (auteur, jaar)	<i>Reviews:</i> Aos et al., 2006; Holloway et al., 2006; Koeter & Van Maastricht, 2006; Perry et al., 2006. <i>Losse studies:</i> Banks & Gottfredson (2003); Banks & Gottfredson, 2004; Peters & Murrin, 2000; Taxman & Bouffard, 2003; Goldkamp et al., 2001; Saum et al., 2001; Gonzales et al., 2006; Hallstrom, Rodgers & Velasquez, 2001.
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Verdachten die qua verslavingsproblematiek en delinquentie vergelijkbaar zijn met gemiddelde justitiabele verslaafde.</li> <li>– Voornamelijk mannen.</li> <li>– Problematische achtergrond wat school, werk en crimineel gedrag betreft.</li> <li>– Eerdere mislukte behandeling tegen verslaving.</li> <li>– Het risico van recidive ligt gemiddeld lager dan bij verdachten die het gewone juridische circuit doorlopen, maar hoger dan bij verdachten die een standaard 'diversion'-programma doorlopen (Koeter &amp; Van Maastricht, 2006).</li> </ul>
Doelstellingen programma	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reduceren drugsgebruik.</li> <li>– Reduceren criminaliteit.</li> </ul>
Onderdelen/modules/elementen programma	<p>10 belangrijkste componenten<sup>a</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Integratie van behandeling en juridische processen.</li> <li>– Aanklager en verdediger trekken één lijn (non-adversarial approach): richten zich op beschermen publiek, terwijl zij opkomen voor de rechten van de aangeklaagde.</li> <li>– Vroege identificatie en plaatsing van kandidaten.</li> <li>– Toegang tot een continuüm van behandeling, rehabilitatie en gerelateerde services.</li> <li>– Frequent testen op drugs- en alcoholgebruik.</li> <li>– Gecoördineerde strategie tussen rechter, aanklager, verdediger en aanbieders van behandeling om deelnemer zo goed mogelijk te laten meewerken.</li> <li>– Doorlopende interactie tussen het rechtssysteem en de deelnemer.</li> <li>– Monitoren en evaluatie van de voortgang van de deelnemer (individuele doelstellingen en effectiviteit programma).</li> <li>– Doorlopend interdisciplinair overleg om het effectief plannen, de implementatie van het programma en werkzaamheden van het programma te bevorderen.</li> <li>– Samenwerkingsverbanden met instellingen en organisaties in de gemeenschap om lokale steun te krijgen en om de effectiviteit van de drugsrechtbank te vergroten.</li> </ul>
Juridisch kader/titel betrokkene	<p>Meer modaliteiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– diversion programma<sup>b</sup></li> <li>– na veroordeling ('postadjudication')</li> <li>– terugvalpreventiestrategie bij voorwaardelijke invrijheidstelling</li> </ul>
Rol overheid (ministeries en hun invloeden)	Niet gerapporteerd.
Betrokken organisaties (probation service, vrijwilligers enz.)	Rechter, behandelinstelling, reclasseringsmedewerker, gezondheidszorgbeambten, behandelcoördinatoren, politie.

**Tabel 11 (Vervolg)**

Programma	Kenmerken
Verdeling verantwoordelijkheid en taken organisaties	<p>Rechter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leiden van frequente hoorzittingen (2 per maand).</li> </ul> <p>Behandelinstelling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandeling tegen verslaving.</li> </ul> <p>Reclasseringsmedewerker is de casemanager:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ervoor zorgen dat deelnemer aan alle voorwaarden voldoet.</li> <li>- Drugstests verzorgen.</li> <li>- Doorverwijzen naar andere voorzieningen als sociale dienst.</li> <li>- Verwachte en onverwachte bezoeken afleggen aan deelnemer.</li> <li>- Samenwerken met politie.</li> </ul> <p>Gezondheidszorgbeambten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Onderzoek naar behandelbehoeften verslaving, medische zorg.</li> <li>- Indiceren aanvullende diensten als huisvesting, scholing in ouderschap, familie therapie.</li> </ul> <p>Politie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regelmatig controleren van deelnemer.</li> <li>- Wijzen arrestanten op bestaan programma.</li> <li>- Beschikbaar stellen politiecellen bij overtreding voorwaarden.</li> </ul>
Duur programma	<p>Deelname van tenminste 1 jaar behandeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1e fase (30-90 dagen): diagnostiek, ontwikkelen behandelplan, klaarmaken voor feitelijke behandeling.</li> <li>- 2e fase (6 mnd.): behandeling (ambulant of klinisch, afhankelijk van ernst verslavingsproblematiek).</li> <li>- 3e fase (2-4 mnd.): terugvalpreventie, beroepstraining en scholing.</li> </ul>
Kosten	<p>Kosten min baten: \$ 4.767 (Aos et al., 2006). Besparing meer dan \$ 5.000 bij vergelijking drugsrechtbank versus vergelykingsgroep (Carey &amp; Finigan, 2004 in: Gonzales et al., 2006).</p>
Verhouding staf-patiënt/delinquent	Niet gerapporteerd.
Functionarissen en frequentie contact met betrokkene	Niet gerapporteerd.
Consequenties schending voorwaarden	<p>Bij terugval (bijv. positieve urinetest, niet verschijnen afspraak): procedure van graduele sancties:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eerst: lichte straf, bijv. extra urinetest, enkele dagen cel.</li> <li>- Later: strengere straf, uiteindelijk schorsing uit programma.</li> <li>- Na schorsing: normale juridische procedure, meestal resulterend in relatief lange gevangenisstraf.</li> </ul>
Procedure schending voorwaarden	Rechter legt direct consequentie op.

a Deze zijn opgesteld door de National Association of Drug court Professionals and the U.S. Department of Justice's Office of Justice Programs, in 1997. Hoewel er verschillen zijn in de drug courts onderling, houden de meeste drug courts zich aan deze principes. Helaas zijn deze principes niet gebaseerd op een theoretisch model, noch zijn ze 'evidence-based'.

b De juridische context bij 'diversion' is zodanig dat personen dit alternatieve programma volgen in plaats van een intramurale gevangenisstraf. Mocht de persoon in kwestie zich niet aan de voorwaarden houden, dan komt hij alsnog in het normale juridische traject terecht.

**Tabel 15 Kenmerken therapeutische gemeenschap**

Programma	Kenmerken
Studies (auteur, jaar)	<i>Reviews:</i> Aos et al. (2006); Chanhatisilpa et al. (2000); Holloway et al. (2006); Seiter & Kadela (2003). <i>Losse studies:</i> McCollister, French, Inciardi, Butzin, Martin & Hooper (2003); Wexler, DeLeon, Thomas, Kressel & Peters (1999); Wexler, Melnick, Lowe & Peters (1999).
Doelgroep	Verslaafde delinquenten, maar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- geen psychose of stemmingsstoornis;</li> <li>- geen seksueel delict;</li> <li>- binnen 9 en 14 maanden kans op vervroegde invrijheidstelling (voor deelnemers die nog intramuraal verblijven).</li> </ul>
Doelstellingen programma	Algehele verandering in de levensstijl (McCollister et al., 2003): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abstinentie van drugs.</li> <li>- Einde criminele activiteiten.</li> <li>- Ontwikkeling van vaardigheden om betaalde baan te krijgen.</li> <li>- Ontwikkeling prosociale normen en waarden.</li> </ul>
Onderdelen/modules/elementen programma	3 fasen (Wexler, Melnick et al., 1999): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2-3 mnd. oriëntatie, klinische assessment van behoeften en probleemgebieden.</li> <li>2. 5-6 mnd. mogelijkheid tot verhoogde verantwoordelijkheid: groepsgesprekken met zelfdiscipline, zelfwaarde, respect voor autoriteit, acceptatie voor hulp bij probleemgebieden.</li> <li>3. 1-3 mnd. voorbereiding terugkeer in de maatschappij: aanleren probleemoplossende vaardigheden en planning.</li> </ol> Enkele unieke elementen (Wexler, DeLeon et al., 1999): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formeel curriculum: werkboeken e.d., videobanden; onder andere over '<i>Understanding violence both inside and outside of you</i>'.</li> <li>- Psychodramagroepen: rollenspellen om leren omgaan met moeilijke situaties.</li> <li>- Video-opnames eigen gedrag en deze bespreken.</li> <li>- Levenslang gestraften als voorbeeldgevers.</li> </ul>
Juridisch kader/titel betrokkene	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vrijwillig.</li> <li>- Onderdeel voorwaardelijke invrijheidstelling of vervroegde invrijheidstelling.</li> </ul>
Betrokken organisaties ( <i>probation service</i> , vrijwilligers enz.)	Ex-verslaafden: <ul style="list-style-type: none"> <li>- bieden van ondersteuning en voorbeeldfunctie.</li> </ul>
Verdeling verantwoordelijkheid en taken organisaties	Niet gerapporteerd.
Duur programma	Verschillend, maar meestal minstens één jaar.
Kosten	CREST: \$1.937 per gemiddelde deelnemer. Aftercare na CREST: \$935 per gemiddelde deelnemer (McCollister et al., 2003).



**Tabel 15 (Vervolg)**

Programma	Kenmerken
Verhouding staf-patiënt/delinquent	Niet gerapporteerd.
Functionarissen en frequentie contact met betrokkene	Niet gerapporteerd.
Consequenties schending voorwaarden	Niet gerapporteerd.
Procedure schending voorwaarden	Niet gerapporteerd.

**Tabel 16 Kenmerken Breaking the Cycle**

Programma	Kenmerken
Studies (auteur, jaar)	Harrell, Mitchell, Hirst, Marlowe & Merrill, 2002; Harrell, Mitchell, Merrill & Marlowe, 2004.
Doelgroep	Verslaafde gedetineerden.
Doelstellingen programma	Het aanbieden van interventies van arrestatie tot en met de toezichtperiode na afloop van detentie aan drugsverslaafde delinquenten. Programma wordt op 3 locaties gegeven: Birmingham, Tacoma, en Jacksonville.
Onderdelen/modules/elementen programma	4 kernelementen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vroegtijdige screening (meteen na arrestatie) van alle arrestanten zodat drugsgebruikers naar de juiste interventies gaan zodra zij in het gevangenisstelsel terechtkomen.</li> <li>2. Nauwe samenwerking tussen justitiële instanties en behandelinstellingen.</li> <li>3. Gebruik van hiërarchisch geordende sancties in respons op overtredingen ('graduated sanctions').</li> <li>4. Uitgebreide juridische controle van naleving van de voorwaarden van het programma.</li> </ol>
Juridisch kader/titel betrokkene	In Birmingham: alleen pre-trial released offenders, deze wachten nog op afstraffing. Maar in principe bedoeld voor elke juridische context.
Rol overheid (ministeries en hun invloeden)	Het programma wordt op meerdere plaatsen aangeboden en wordt betaald door de 'Office of National Drug Control Policy' en het 'National Institute of Justice'; het onderzoekscentrum van het ministerie van Justitie.
Betrokken organisaties (probation service, vrijwilligers etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gevangenis.</li> <li>- Aanklagers.</li> <li>- Rechters.</li> <li>- Treatment Alternatives to Street Crime (TASC)-taakgroep.</li> <li>- Behandelaren.</li> <li>- Reclasseringsinstanties.</li> </ul>
Verdeling verantwoordelijkheid en taken organisaties	<p>In Birmingham en Tacoma nam een bestaande organisatie, te weten Treatment Alternatives to Street Crime, veel verantwoordelijkheden op zich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verantwoordelijk voor screening, assessment, planning van de behandeling, casemanagement, drugstest en monitoren van medewerking van de deelnemer.</li> </ul> <p>Casemanager:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoren van deelnemers verplichtingen met betrekking tot testen op drugs en het behandelplan.</li> <li>- Voorbereiden van rapportages voor elke hoorzitting (met name over manier waarop cliënt deelneemt).</li> <li>- Toedienen van de graduele sancties (waarschuwingsbrieven, extra afspraken, extra drugtests, meer intensieve behandeling).</li> <li>- Aanvragen van hoorzitting bij de rechter indien de cliënt niet meewerkt.</li> </ul> <p>In Jacksonville werd een nieuwe unit opgericht en werden de verantwoordelijkheden meer verdeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pre-Trial Services Unit (PTSU): nieuw opgerichte unit (betaald door Florida Department of Corrections) die drug tests, monitoren van de medewerking en rapportage van overtreding van de voorwaarden aan de rechtbank op zich nam.</li> <li>- Gevangenis: screening op drugsgebruik en bepalen BTC deelnemers.</li> </ul>

**Tabel 16 (Vervolg)**

Programma	Kenmerken
Duur programma	Variabel.
Kosten	Voor elke geïnvesteerde dollar kreeg men in Birmingham \$2.3 terug, in Jacksonville \$2.6 en in Tacoma \$5.3. Dit betreft alleen kosten extra gemaakt voor BTC, routinekosten voor de rechtbank enzovoort zijn niet meegerekend. Ook zijn de langetermijneffecten niet meegerekend: gaat over periode van 1 jaar.
Verhouding staf-patiënt/ delinquent	Niet gerapporteerd.
Functionarissen en frequentie contact met betrokkene	Niet gerapporteerd.
Consequenties schending voorwaarden	Graduele sancties: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij eerste overtreding: bijvoorbeeld verhoogde supervisie of een waarschuwingsbrief.</li> <li>- Bij latere overtreding: aanmaning van de rechtbank of verblijf van enkele dagen in de gevangenis.</li> <li>- Onduidelijk is nog wanneer een persoon zijn voorwaarden zodanig geschonden heeft dat hij naar <i>pretrial detention</i> moet.</li> </ul>
Procedure schending voorwaarden	- Casemanager: als de cliënt niet meewerkt, vraagt hij een hoorzitting aan bij de rechter.

**Tabel 17 Kenmerken en onderzoeksdesign effectstudies toezichtprogramma's verslaafde delinquenten**

Programma	Studies (auteur, jaar)	Methode	Groepsindeling	Deelnemers	Duur follow-up	Bron gegevens
Combinatie-programma Breaking the Cycle: drug court, therapeutische gemeenschap en aftercare.	Harrell, Mitchell, Hirst, Marlowe & Merrill, 2002	Quasi-experimenteel design. Controlegroep: personen die aan inclusiecriteria BTC voldoen, maar 1 jaar voor implementatie programma gearresteerd werden. Geen aselechte toewijzing. Significante verschillen <sup>a</sup> BTC-groep versus pre-BTC-groep.	BTC-groep (n = 245), pre-BTC groep (n = 137).	Beide groepen verscheidene drugs (BTC, pre-BTC): - 31%, 32% cocaine - 6%, 7% opiaten - 54%, 30% marihuana (S) - 11%, 7% anders (barbituraten, kalmeringsmiddelen, amfetaminen, hallucinogenen) - 78%, 82% man - 66%, 69% Afrikaans-Amerikaans	M = 290 dagen.	Zelfrapportage en officiële arrestatiecijfers.
Combinatieprogramma Harrell, Mitchell, Merrill & Marlowe, 2004		Pre-post design. Controlegroep: personen die aan inclusiecriteria BTC voldoen, maar 1 jaar voor implementatie programma gearresteerd werden. Geen aselechte toewijzing. Significante verschillen BTC-groep versus pre-BTC-groep.	<i>Follow-up data:</i> <i>Birmingham</i> (n = 213 BTC-groep; n = 137 pre-BTC) <i>Jacksonville</i> (n = 215 BTC groep; n = 297 pre-BTC) <i>Jacksonville</i> (n = 260 BTC groep; n = 247 pre-BTC).	BTC, pre-BTC-groep: <i>Sekse en etnische afkomst:</i> <i>Birmingham:</i> - niet gerapporteerd <i>Jacksonville:</i> - 85% man, 67% Afrikaans-Amerikaan <i>Tacoma:</i> - 78% man, 24% Afrikaans-Amerikaans <i>Ernstig drugsgebruik<sup>b</sup>:</i> <i>Birmingham:</i> - 14%, 32% (S) <i>Jacksonville:</i> - 46%, 54% (S) <i>Tacoma:</i> - 72% vs 40% (S)	9 maanden, waarbij de zelfrapportage over drugsgebruik de 30 dagen voorafgaand aan de follow-up betrof.	Zelfrapportage en officiële arrestatiecijfers.
Drug court	Banks & Gottfredson, 2003	Aselechte toewijzing (met enkele uitzonderingen). Significante groepsverschillen. <sup>c</sup>	Drugsrechtbank groep (n = 138); controlegroep aanwezig, maar niet besproken in dit artikel.	Drugsrechtbankgroep: - 74% man - type drugsgebruik niet gerapporteerd - 90% Afrikaans-Amerikaans	2 jaar	Officiële cijfers.

Tabel 17 (Vervolg)

Programma	Studies (auteur, jaar)	Methode	Groepsindeling	Deelnemers	Duur follow-up	Bron gegevens
Drug court	Banks & Gottfredson, 2004	Aselecte toewijzing (met enkele uitzonderingen).	Drug court (n = 139) versus controlegroep (n = 96)	Drugsrechtbank, controlegroep: - 74%, 74% man - 89%, 90% Afrikaans-Amerikaans - Type drugsgebruik niet gerapporteerd.	2 jaar	Officiële cijfers.
Intensieve supervisie	Taxman & Thanner, 2006	Aselecte toewijzing, met blokkade op risiconiveau <sup>d</sup> : geen verschillen in demografische kenmerken.	Site 1 (ISP (n = 52), controle (n = 56)) Site 2 (ISP (n = 49), controle (n = 54))	Site 1 (hoog risico, gematigd risico) <sup>b</sup> : - 92%, 95% Afrikaans-Amerikaans - 87%, 77% man - ASI score: 0,04, 0,06 Site 2 (hoog risico, gemiddeld risico): - 86%, 80% Afrikaans-Amerikaans - 77%, 85% man - ASI score: .02, .03	12 maanden	Zelfrapportage en officiële cijfers.
Social support	Hanlon, Nurco, Bateman & O'Grady, 1999	Aselecte toewijzing. In sommige statistische analyses wordt gecontroleerd voor demografische variabelen (seks, etnische afkomst, leeftijd, eerder delictgedrag, eerder drugsgebruik).	Social support (n = 270), alleen wekelijkse urinecontrole (n = 99), routine parole (n = 135).	Primaire drug gehele groep <sup>b</sup> : - Heroïne 78% - Cocaine: 22% Gedetineerden voor het eerst voorwaardelijk vrij ( <i>parole</i> ).	1 jaar	Zelfrapportage (werk, drugsgebruik, criminele activiteiten en andere ervaringen). Officiële cijfers (dossiers reclasserings-beambten).
Therapeutische gemeenschap. Amity	Wexler, Melnick, Lowe & Peters, 1999	Deels aselect (aselect TC in gevangenis, vrijwillige deelname nazorg): geen significante verschillen achtergrond.	Dropouts (n = 73), alleen in-prison TC (n = 154), in-prison TC en aftercare (n = 62), controles (n = 189)	- Gedetineerden algemene gevangenispopulatie - 14-43% African-American - 100% man	36 maanden	Officiële data met betrekking tot nieuwe arrestaties.

**Tabel 17 (Vervolg)**

- a Personen die aan BTC-criteria voldoen, maar die 1 jaar voor de implementatie van BTC gearresteerd zijn: jonger, minder maanden in gevangenis gedurende levensloop, minder eerdere arrestaties, minder zelfrapportage criminaliteit, minder vaak met vervroegde invrijheidstelling/voorwaardelijk vrij ten tijde van start van het onderzoek, minder vaak 'serious offender', minder vaak last van hun werkloosheid, meer dagen betaalde baan, meer zelfrapportage marihuana.
- b 16 of meer dagen illegaal drugsgebruik, waarbij verschillende soorten drugsgebruik bij elkaar opgeteld worden.
- c Toezicht deelnemers waren vaker Afrikaans-Amerikaans van origine. Behandelingdeelnemers waren vaker gearresteerd voor een drugsmisdrijf.
- d Met behulp van de Wisconsin Tool (van Voorhis & Brown, 1996). Dit instrument is anders van opzet dan de meeste risicotaxatie-instrumenten: het indiceert de behoeften aan controle in de gemeenschap in plaats van dat het een voorspelling van recidive geeft (voor meer info: zie Taxman & Thanner, 2006, p. 30 en 31). Op deze manier kwamen evenveel personen met een hoog versus gematigd risico op recidive in alle groepen voor.
- e Er werden geen verschillen in demografische kenmerken van de groepen gevonden. Daarom worden hier gemiddelde cijfers over behandel- en controlegroep gepresenteerd.
- f De *Addiction Severity Index (ASI)* is een maat voor het bepalen van de ernst van het drugsprobleem. De range van scores is: 0,00 tot 0,10. Het type drugs wordt niet vermeld, alleen over de ernst van de verslaving wordt een uitspraak gedaan. Het is eveneens geen instrument waarmee een officiële diagnose 'verslaving' kan worden gesteld.
- g Geen cijfers gerapporteerd per subgroep.

# WODC-rapporten

Om zo veel mogelijk belanghebbenden te informeren over de onderzoeksresultaten van het WODC wordt een beperkte oplage van de rapporten kosteloos verspreid onder functionarissen, werkgroepen en instellingen binnen en buiten het Ministerie van Justitie. Dit gebeurt aan de hand van een verzendlijst die afhankelijk van het onderwerp van het rapport opgesteld wordt. De rapporten in de reeks Onderzoek en beleid (O&B) worden uitgegeven door Boom Juridische uitgevers en zijn voor belangstellenden die niet voor een kosteloos rapport in aanmerking komen, te bestellen bij Boom distributiecentrum, postbus 400, 7940 AK Meppel, tel.: 0522-23 75 55, via e-mail: [bdc@bdc.boom.nl](mailto:bdc@bdc.boom.nl).

Een complete lijst van de WODC-rapporten is te vinden op de WODC-site ([www.wodc.nl](http://www.wodc.nl)). Daar zijn ook de uitgebreide samenvattingen te vinden van alle vanaf 1997 verschenen WODC-rapporten. Volledige teksten van de rapporten (vanaf 1999) zullen met terugwerkende kracht op de WODC-site beschikbaar komen. Hieronder volgen de titelbeschrijvingen van de vanaf 2002 verschenen rapporten.

## **Kamphorst, P.A., G.J. Terlouw**

*Van vast naar mobiel; Een evaluatie van het experiment met elektronisch huisarrest voor minderjarigen als modaliteit voor de voorlopige hechtenis*  
2002, O&B 195

## **Moolenaar, D.E.G., F.P. van Tulder, G.L.A.M. Huijbregts, W. van der Heide**

*Prognose van de sanctiecapaciteit tot en met 2006*  
2002, O&B 196

## **Bokhorst, R.J., C.H. de Kogel, C.F.M. van der Meij**

*Evaluatie van de Wet BOB; Fase 1: de eerste praktijkervaringen met de Wet bijzondere opsporingsbevoegdheden*  
2002, O&B 197

## **Kleemans, E.R., M.E.I. Brienens, H.G. van de Bunt, m.m.v.**

## **R.F. Kouwenberg, G. Paulides, J. Barendsen**

*Georganiseerde criminaliteit in Nederland; Tweede rapportage op basis van de WODC-monitor*  
2002, O&B 198

## **Voert, M. ter, J. Kuppens**

*Schijn van partijdigheid rechters*  
2002, O&B 199

## **Daalder, A.L.**

*Het bordeelverbod opgeheven; Prostitutie in 2000-2001*  
2002, O&B 200

## **Klijn, A.**

*Naamrecht*  
2002, O&B 201

## **Kruissink, M., C. Verwers**

*Jeugdreclassering in de praktijk*  
2002, O&B 202

**Eshuis, R.J.J.**

*Van rechtbank naar kanton; Evaluatie van de competentiegrensverhoging voor civiele handelszaken in 1999*

2002, O&B 203

**Meijer, R.F., M. Grapendaal, M.M.J. van Ooyen, B.S.J. Wartna, M. Brouwers, A.A.M. Essers**

*Geregistreeerde drugcriminaliteit in cijfers; Achtergrondstudie bij het Justitieonderdeel van de Nationale Drugmonitor: Jaarbericht 2002*

2003, O&B 204

**Tak, P.J.J.**

*The Dutch criminal justice system; Organization and operation – second revised edition*

2003, O&B 205

**Kromhout, M., M. van San**

*Schimmige werelden; Nieuwe etnische groepen en jeugdcriminaliteit*

2003, O&B 206

**Kogel, C.H. de, C. Verwers**

*De longstay afdeling van Veldzicht; Een evaluatie*

2003, O&B 207

**Moolenaar, D.E.G., G.L.A.M. Huijbregts**

*Sanctiecapaciteit 2007; Een beleidsneutrale prognose*

2003, O&B 208

**Eshuis, R.J.J.**

*Claims bij de rechtbank*

2003, O&B 209

**Combrink-Kuiters, L., E. Niemeyer, M. ter Voert, m.m.v. N. Dijkhoff, M. van Gammeren-Zoetewij, J. Kuppens**

*Ruimte voor Mediation*

2003, O&B 210

**Heide, W. van der, A.Th.J. Eggen (red.)**

*Criminaliteit en rechtshandhaving 2001; Ontwikkelingen en samenhangen*

2003, O&B 211

**European Sourcebook**

*European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics – 2003*

2003, O&B 212

**Smit, P.R., F.P. van Tulder, R.F. Meijer, P.P.J. Groen**

*Het ophelderingspercentage nader beschouwd*

2003, O&B 213

**Dijksterhuis, B.M., M.J.G. Jacobs, W.M. de Jongste**

*De competentiegrens van enkelvoudige kamers in strafzaken*

2003, O&B 214

**Bunt, H.G. van de, C.R.A. van der Schoot**

*Prevention of Organised Crime; A situational approach*

2003, O&B 215



**Wartna, B.S.J., N. Tollenaar***Bekenden van Justitie*

2004, O&amp;B 216

**Moolenaar, D.E.G., P.P.J. Groen, A.G. Mein, B.S.J. Wartna, M. Blom***Wegenverkeerswet 1994*

2004, O&amp;B 217

**Faber, W., A.A.A. van Nunen***Uit onverdachte bron*

2004, O&amp;B 218

**Velthoven, B.C.J. van, M.J. ter Voert m.m.v. M. van Gammeren-Zoetewij***Geschilbeslechtingdelta 2003; Over verloop en afloop van (potentieel) juridische problemen van burgers*

2004, O&amp;B 219

**Leuw E., R.V. Bijl, A. Daalder***Pedoseksuele delinquentie; Een onderzoek naar prevalentie, toedracht en strafrechtelijke interventies*

2004, O&amp;B 220

**Leertouwer, E.C., G.L.A.M. Huijbregts***Sanctiecapaciteit 2008*

2004, O&amp;B 221

**Beijer, A., R.J. Bokhorst, M. Boone, C.H. Brants, J.M.W. Lindeman***De wet bijzondere opsporingsbevoegdheden – eindevaluatie*

2004, O&amp;B 222

**Moors, J.A., M.Y.W. von Bergh, S. Bogaerts, J.W.M.W. van Poppel,****A.M. van Kalmthout***Kiezen voor delen?*

2004, O&amp;B 223

**Adriaanse, J.A.A., N.J.H. Huls, J.G. Kuijl, P. Vos***Informele reorganisatie in het perspectief van surseance van betaling, WSNP en faillissement*

2004, O&amp;B 224

**Jong, P.O. de, M. Herweijer***Alle regels tellen*

2004, O&amp;B 225

**Kogel, C.H. de, C. Verwers, V.E. den Hartogh***'Blijvend delictgevaarlijk' – empirische schattingen en conceptuele verheldering*

2004, O&amp;B 226

**Wartna, B.S.J., N. Tollenaar, M. Blom***Recidive 1997; Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van volwassen en jeugdige daders*

2005, O&amp;B 227

**Wartna, B.S.J., N. Tollenaar, A.A.M. Essers***Door na de gevangenis; Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive onder ex-gedetineerden*

2005, O&amp;B 228

**Wartna, B.S.J., S. el Harbachi, A.M. van der Laan**

*Jong vast; Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-pupillen van justitiële jeugdinrichtingen*

2005, O&B 229

**Wartna, B.S.J., S. el Harbachi, L.M. van der Knaap**

*Buiten behandeling; Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*

2005, O&B 230

**Lünnemann, K.D., M.Y. Bruinsma**

*Geweld binnen en buiten; Aard, omvang en daders van huiselijk en publiek geweld in Nederland*

2005, O&B 231

**Erp, J.G. van, M.D. van Ewijk**

*Werklast bestuurlijke boete; Determinanten van de werkbelasting in de bestuursrechtspiegeling*

2005, O&B 232

**Broeksteeg, J.L.W., E.M.J. Hardy, S. Klosse, M.G.W.M. Peeters,**

**L.F.M. Verhey**

*Zicht op wetgevingskwaliteit; Onderzoek naar de wetgevingsadvisering van de Raad van State*

2005, O&B 233

**Gritter, E., G. Knigge, N.J.M. Kwakman**

*De WED op de helling; Een onderzoek naar de wenselijkheid de Wet op de economische delicten te herzien*

2005, O&B 234

**Rovers, G.B., E. de Vries Robbé**

*Interne criminaliteit in de logistieke sector*

2005, O&B 235

**Kogel, G.H. de, V.E. den Hartogh**

*Contraire beëindiging van de TBS-maatregel; Aantal, aard en verband met recidive*

2005, O&B 236

**Eggen, A.Th.J., W. van der Heide (red.)**

*Criminaliteit en rechtshandhaving 2004; Ontwikkelingen en samenhangen*

2006, O&B 237

**Bruin, D.E. de, C.J.M. Meijerman, F.R.J. Leenders, R.V. Braam**

*Verslingerd aan meer dan een spel; Een onderzoek naar de aard en omvang van kansspelproblematiek in Nederland*

2006, O&B 238

**Knaap, L.M. van der, L.T.J. Nijssen, S. Bogaerts**

*Geweld verslagen? Een studie naar de preventie van geweld in het publieke en semi-publieke domein*

2006, O&B 239 (239a, Violence Defied?)

**Kogel, C.H. de, M.H. Nagtegaal, E. Neven, G. Vervaeke**

*Gewelddadige delinquenten met een psychische stoornis*  
2006, O&B 240

**Martin Killias, Marcelo Fernando Aebi, Kauko Aromaa, Bruno Aubusson de Cavarlay, Gordon Barclay, Beata Gruszczyńska, Hanns von Hofer, Vasilika Hysi, Jörg - Martin Jehle, Paul Smit, Cynthia Tavares**

*European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics*  
2006, O&B 241

**Faure, M.M.G., C.A.R. Moerland**

*Griffierechten; Een vergelijkende beschrijving van griffierechten- en vergelijkbare stelsels in een aantal landen van de Europese Unie*  
2006, O&B 242

**Sikkel, D., P.G.M. van der Heijden, G. van Gils**

*Methoden voor omvangschattingen van verborgen populaties, met name illegalen*  
2006, O&B 243

**Ferwerda, H.B., I.M.G.G. van Leiden, N.A.M. Arts, A.R. Hauber**

*Halt: Het Alternatief? De effecten van Halt beschreven*  
2006, O&B 244

**Laan, A.M. van der, M. Blom**

*Jeugd delinquentie: risico's en bescherming; Bevindingen uit de WODC Monitor Zelfgerapporteerde Jeugdcriminaliteit 2005*  
2006, O&B 245

**Poot, C.J. de, E.W. Kruisbergen**

*Kringen rond de dader; Grootschalig DNA-onderzoek als instrument in de opsporing*  
2006, O&B 246

**Ewijk, M.D. van, M.J. ter Voert**

*Trendrapportage Gerechtsdeurwaarders 2006; Toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van de ambtelijke dienstverlening*  
2006, O&B 247

**Sackers, H.J.B., B.A.M. van Stokkom, J.-P. Wils**

*Godslastering, discriminerende uitingen wegens godsdienst en haatuitingen; Een inventariserende studie*  
2007, O&B 248

**Daalder, A.L.**

*Prostitutie in Nederland na opheffing van het bordeelverbod*  
2007, O&B 249

**Jennissen, R.P.W. (red.), J. Oudhof (red.)**

*Ontwikkelingen in de maatschappelijke participatie van allochtonen*  
2007, O&B 250

**Mheen, D. van de (red.), P. Gruter (red.)**

*Helingspraktijken onder de loep; Impressies van helingcircuits in Nederland*  
2007, O&B 251

**Bunt, H.G. van de, E.R. Kleemans**

*Georganiseerde criminaliteit in Nederland; Derde rapportage op basis van de Monitor Georganiseerde Criminaliteit*

2007, O&B 252

**Struiksmā, N., J. de Ridder, H.B. Winter**

*De effectiviteit van bestuurlijke en strafrechtelijke milieuhandhaving*

2007, O&B 253

**Eshuis, R.J.J.**

*Het recht in betere tijden; Over de werking van interventies ter versnelling van civiele procedures*

2007, O&B 254

**Heide, W. van der, A.Th.J. Eggen (red.)**

*Criminaliteit en rechtshandhaving 2006; Ontwikkelingen en samenhangen*

2007, O&B 255

**Tollenaar, N., R.F. Meijer, G.L.A.M. Huijbrechts, M. Blom, S. el Harbachi**

*Monitor Veelplegers; Jeugdige en zeer actieve veelplegers in kaart gebracht*

2007, O&B 256

**Dijk, J. van, J. van Kesteren, P. Smit**

*Criminal Victimization in International Perspective; Key findings from the 2004-2005 ICVS en EU ICS*

2007, O&B 257

**Spapens, A.C.M., H.G. van de Bunt, L. Rastovac**

*De wereld achter de wietteelt*

2007, O&B 258

**Koeter, M.W.J., M. Bakker**

*Effectevaluatie van de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV)*

2007, O&B 259

**Kunst, M.J.J., S. Schweizer, S. Bogaerts, L.M. van der Knaap**

*Onderlinge agressie en geweld, posttraumatische stress en arbeidsverzuim in penitentiaire inrichtingen*

2008, O&B 260 (260a, *Aggression and violence, posttraumatic stress, and absenteeism among employees in penitentiaries*)

**Voert, M.J. ter, S.L. Peters**

*Trendrapportage advocatuur 2006; Toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van de dienstverlening*

2008, O&B 261

**Boom, A. ten, K.F. Kuijpers, m.m.v. M.H. Moene**

*Behoeften van slachtoffers van delicten; Een systematische literatuurstudie naar behoeften zoals door slachtoffers zelf geuit*

2008, O&B 262

**Kogel, C.H. de, M.H. Nagtegaal**

*Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten; Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen*

2008, O&B 263