



Cahier 2024-8

# Langdurig toezicht bij ernstige gewelds- en zedendelinquenten

*Een meta-review naar effectieve (elementen  
van) toezicht/behandelprogramma's en  
veronderstelde werkzame mechanismen*

Cahier 2024-8

# Langdurig toezicht bij ernstige gewelds- en zedendelinquenten

*Een meta-review naar effectieve (elementen van) toezicht/behandelprogramma's en veronderstelde werkzame mechanismen*

T. van den Broek  
J.K. Kool  
M.H. Nagtegaal

**Cahier**

De reeks Cahier omvat de rapporten van onderzoek dat door en in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum is verricht. Opname in de reeks betekent niet dat de inhoud van de rapporten het standpunt van de Minister van Justitie en Veiligheid weergeeft.

Alle rapporten van het WODC zijn gratis te downloaden van [WODC Repository](#).

# Inhoud

	<b>Afkortingen</b>	<b>7</b>
	<b>Samenvatting</b>	<b>9</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding en methoden</b>	<b>19</b>
1.1	Aanleiding onderzoek	19
1.2	Doelstellingen onderzoek	23
1.3	De Wet langdurig toezicht	24
1.3.1	Ongemaximeerde duur van de VB	24
1.3.2	Veranderingen in de proeftijd bij v.i.	26
1.3.3	De GVM	29
1.4	Onderzoeksvragen	33
1.5	Methoden	35
1.5.1	Operationalisatie belangrijke begrippen	35
1.5.2	Meta-review	36
1.5.3	Literatuur, focusgroepen of interviews	43
1.6	Toezicht in Nederland	43
1.6.1	Achtergrond	43
1.6.2	Theorieën	45
1.6.3	Kwaliteitsstandaarden, output en uitkomsten van reclasseringstoezicht	47
1.6.4	Wetenschappelijk onderzoek naar korter durend effectief reclasseringstoezicht	48
1.7	Leeswijzer	52
<b>2</b>	<b>Effectiviteit van toezicht/behandelprogramma's</b>	<b>54</b>
2.1	Overzicht toezicht/behandelprogramma's	54
2.2	Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen (algemeen)	64
2.2.1	Intensief reclasseringstoezicht	64
2.2.2	Cognitieve Gedragstherapie (CGT)	65
2.2.3	Behandeling van zedendelinquenten	67
2.3	Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een psychische stoornis	69
2.3.1	Intensive Supervision Program (ISP) met toezicht en behandeling / Intensive Community Supervision (ICS)	69
2.3.2	Risk, Need, Responsivity (RNR) supervision	70
2.3.3	Community Treatment Order (CTO) / Compulsory Community Treatment	71
2.3.4	Zorg in samenwerkingsverband/ Community Mental Health Teams (CMHT)	74
2.3.5	Intensive case management (ICM)	77
2.3.6	Groeps-cognitieve gedragstherapie (G-CGT)	80
2.3.7	Cognitieve gedrags-analysesysteem van psychotherapie (CBASP)	81
2.3.8	Ondersteunende therapie (supportive therapy)	82
2.3.9	Sociale vaardigheidstraining	83
2.3.10	Zelfzorginterventies	84
2.3.11	Training voor signaleren terugkerende symptomen schizofrenie	86
2.3.12	Familie-interventies voor schizofrenie	89
2.3.13	Videogames voor schizofrenie	91
2.3.14	Inzet van ervaringsdeskundigen voor schizofrenie	92

2.4	Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een verslaving	93
2.4.1	Intensive Community Supervision	93
2.4.2	Gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag	93
2.4.3	Disulfiram	95
2.4.4	Naltrexone	96
2.4.5	Methadon	97
2.4.6	Therapeutische gemeenschap	98
2.4.7	Drugsbehandeling (algemeen)	98
2.4.8	Langdurige behandeling voor verslaving	99
2.5	Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden	101
2.5.1	Permanent ondersteunende huisvesting	101
2.5.2	Halfway houses	103
2.5.3	Supported employment	104
2.5.4	Augmented supported employment	106
2.5.5	Prevocational training	107
2.6	Overzichtstabel resultaten	109
<b>3</b>	<b>Effectieve toezicht- en behandelprogramma's op lange termijn en de werkzame mechanismen</b>	<b>135</b>
3.1	Inleiding	135
3.2	Effectieve toezicht/behandelprogramma's op lange tot zeer lange termijn	135
3.3	Veronderstelde werkzame mechanismen van effectieve toezicht/behandelprogramma's	137
3.3.1	Resultaten geaggregeerde studies	140
3.3.2	Resultaten individuele studies	141
3.4	Modererende factoren per toezicht/behandelprogramma	142
3.4.1	Resultaten geaggregeerde studies	142
3.4.2	Resultaten individuele studies	143
3.5	Uitkomstmaten van toezicht/behandelprogramma's effectief op lange tot zeer lange termijn	143
3.5.1	Resultaten geaggregeerde studies	147
3.5.2	Resultaten individuele studies	148
3.6	Overige effectieve toezicht/behandelprogramma's	150
3.7	Vergelijking met eerder onderzoek naar korter durend effectief reclasseringstoezicht	150
<b>4</b>	<b>Conclusie</b>	<b>152</b>
4.1	Inleiding	152
4.2	Beantwoording onderzoeksvragen	154
4.3	Conclusies en aanbevelingen	158
4.4	Discussie	161
4.4.1	Terugkoppeling zorgen en kwaliteitseisen Tweede Kamer en adviserende instanties	161
4.4.2	Bruikbaarheid	161
4.4.3	Beperkingen van het onderzoek	163
4.4.4	Suggesties voor vervolgonderzoek	164
	<b>Summary</b>	<b>166</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>176</b>

<b>Bijlage 1</b>	<b>Begeleidingscommissie</b>	<b>182</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>AMSTAR</b>	<b>183</b>
<b>Bijlage 3</b>	<b>Overzicht resultaten</b>	<b>188</b>
<b>Bijlage 4</b>	<b>Kenmerken reviews en meta-analyses</b>	<b>228</b>
<b>Bijlage 5</b>	<b>Overzicht niet-significante programma's</b>	<b>244</b>
<b>Bijlage 6</b>	<b>Indeling categorieën uitkomstmaten</b>	<b>245</b>

## Afkortingen

3RO	De drie reclasseringsorganisaties: Reclassering Nederland (RN), Stichting Verslavingsreclassering Geestelijke gezondheidszorg (SVG) en Stichting Leger des Heils Jeugdbescherming en Reclassering (LJ&R)
BPRS	<i>Brief Psychiatric Rating Scale</i>
BSI	<i>Brief Symptom Inventory</i>
CBASP	<i>Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy</i>
CCT	<i>Compulsory Community Treatment</i>
CGT	Cognitieve Gedragstherapie
CJIB	Centraal Justitieel Incassobureau
CMHT	<i>Community Mental Health Team</i>
COSA	<i>Circles of Support and Accountability</i>
CTO	<i>Community Treatment Order</i>
DGSenB	Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
fpc	forensisch psychiatrisch centrum
fpt	forensisch psychiatrisch toezicht
FUP	follow-up periode
GAF	<i>Global Assessment of Functioning</i>
GLM	<i>Good Lives Model</i>
GVM	Gedragsbeïnvloedende en Vrijheidsbeperkende Maatregel
Ggz-NL	Geestelijke gezondheidszorg Nederland
ICM	<i>Intensive Case Management</i>
ICS	<i>Intensive Community Supervision</i>
ISP	<i>Intensive Supervision Program</i>
JenV	ministerie van Justitie en Veiligheid
LJ&R	Stichting Leger des Heils Jeugdbescherming en Reclassering
MCCB	<i>Matrics Consensus Cognitive Battery</i>
MvT	memorie van toelichting
NovA	Nederlandse Orde van Advocaten
NP	Nationale Politie
NSCR	Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving
NVvR	Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak
OM	Openbaar Ministerie
OvJ	officier van justitie
PaG	College van procureurs-generaal van het Openbaar Ministerie
PANNS	<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>
PP	Penitentiair programma
QLI	<i>Quality of Life Index</i>
RISc	Recidive Inschattings Schalen
RN	Reclassering Nederland
RNR	Risk, Need, Responsivity
RSJ	Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
RvdR	Raad voor de rechtspraak
RKC	Raad van Korpschefs
SDSS	<i>Substance Dependence Severity Scale</i>
SFHS	<i>Short-Form Health Survey</i>
Sr	Wetboek van strafrecht
Sv	Wetboek van strafvordering

SVG	Stichting Verslavingsreclassering Geestelijke gezondheidszorg
SCL-90	<i>Symptom Checklist-90</i>
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VK	Verenigd Koninkrijk
VS	Verenigde Staten
TAU	Treatment As Usual
tbs	terbeschikkingstelling
tbs-vw	tbs-maatregel met voorwaarden
VB	Voorwaardelijke Beëindiging
v.i.	voorwaardelijke invrijheidstelling
Wlt	Wet langdurig toezicht
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum
Wsenb	Wet straffen en beschermen
ZM	zittende magistratuur



# Samenvatting

## Achtergrond

In 2018 is de Wet langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding en vrijheidsbeperking (Wlt) in werking getreden, een wet waarmee langdurig toezicht, behandeling en monitoring van ex-gedetineerden en (ex-)terbeschikkinggestelden (tbs) is geregeld. Onder bepaalde omstandigheden zijn voor hen toezichtmogelijkheden gecreëerd, na afloop van de straf en/of maatregel. Dit toezicht is telkens te verlengen en daarmee van tevoren van onbekende totale duur. Het doel van de Wlt is het voorkomen van herhaling van zeden- en zware geweldsdelicten. Vanuit de Tweede Kamer zijn in het wetgevingstraject over de Wlt zorgen geuit over de toepassing en de uitvoerbaarheid van toezicht op de langere termijn. Toezicht wordt in Nederland gehouden door de drie reclasseringsorganisaties: Reclassering Nederland (RN), Stichting Verslavingsreclassering Geestelijke gezondheidszorg Ggz (SVG), en Stichting Leger des Heils Jeugdbescherming en Reclassering (LJ&R), samen 3RO. Daarnaast zijn er verschillende organisaties met wie de reclassering samenwerkt in de vormgeving van het toezicht, zoals zorgverleners (bijvoorbeeld [forensisch] psychologen, psychiaters), gemeenten, instellingen voor beschermd wonen, et cetera. Het is niet duidelijk of langer durend toezicht in de praktijk anders moet worden vormgegeven dan korter durend toezicht en hoe dat dient te gebeuren.

## Doelstelling en onderzoeksvragen

De onderzoekspopulatie bestaat uit volwassen onder toezicht gestelden die in de doelgroep van de Wlt vallen, te weten (ex-)justitiabelen die een gevangenisstraf van één jaar of meer en/of een tbs-maatregel hebben gehad en/of een psychische stoornis hebben; in het kort: de Wlt-populatie. Het doel van het huidige onderzoek is onderzoeken of voor de genoemde Wlt-populatie toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan bekend zijn die kunnen helpen in het houden van langdurig(er) toezicht. Naast het in kaart brengen van effectieve toezicht/behandelprogramma's voor langdurig toezicht zijn de veronderstelde werkzame mechanismen van de programma's, de overeenkomsten en verschillen tussen de gevonden programma's en elementen en eerder onderzoek naar effectief toezicht, en de manier waarop langdurig toezicht gemonitord kan worden in kaart gebracht. Onder toezicht wordt het gehele traject van re-integratie van een justitiabele verstaan: het toezicht dat door de reclassering wordt gehouden, maar ook behandelprogramma's, trainingen, interventies of cursussen die tijdens het toezicht plaatsvinden. Het betreft alleen toezicht 'aan de achterdeur', als sluitstuk van een gevangenisstraf en/of tbs-maatregel. Het ziet daarmee op de extramurale fase, inclusief het voorwaardelijk kader (voorwaardelijke invrijheidstelling, voorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel met verpleging en vergelijkbaar).

## Methode

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is een systematische meta-review naar langdurig toezicht verricht. In een meta-review worden de resultaten uit systematische reviews en meta-analyses samengevat. In systematische reviews en

meta-analyses zijn al de resultaten van verschillende individuele onderzoeken gebundeld. Een individueel onderzoek is één onderzoek waarin de relatie tussen A en B is onderzocht. Door de systematische reviews en meta-analyses samen te vatten in huidige meta-review, is het mogelijk relatief snel van vele onderliggende individuele studies de resultaten te bezien en te analyseren. Het oorspronkelijke idee was om alleen studies te selecteren die expliciet zagen op een lange toezichtduur (twee jaar of meer) voor de Wlt-populatie. Dit bleek echter te resulteren in een zodanig klein aantal reviews en meta-analyses dat ook toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan die zien op een kortere termijn zijn meegenomen. Verder zijn ook toezicht/behandelprogramma's geïnccludeerd die zien op een deel van de Wlt-populatie: justitiabelen in het algemeen, met een psychische stoornis, met een verslaving en met problematiek op verschillende leefgebieden (bijvoorbeeld huisvesting, inkomen of werk). Aangezien uit eerder onderzoek is gebleken dat effectief korter durend toezicht bestaat uit elementen van zowel controle (monitoren van gedrag en bewegingen) als begeleiding (behandeling, zorg, vaardigheidstrainingen, praktische steun en begeleiding, et cetera), zijn dergelijke programma's en interventies en elementen daarvan ook expliciet meegenomen in de meta-review. Om die reden wordt in het rapport telkens gesproken van toezicht/behandelprogramma.

In totaal zijn er 273 searches geweest in verschillende wetenschappelijke databases (onder andere Scopus, Wiley, Pubmed) in twee zoektochten. Zoektermen in de eerste zoektocht zijn bijvoorbeeld *long-term post-release supervision, long-term parole, long-term intensive supervision, of long-term community care*. Deze zoektermen zijn telkens gecombineerd met het woord 'review'. In de tweede zoektocht zijn zoektermen gebruikt zoals *back-door supervision, conditional release, casemanagement of post release monitoring*. Ook deze zoekopdrachten zijn telkens gecombineerd met 'review' en vervolgens met (*length OR duration OR long-term*) en met (*efficien\* OR quality OR effect\**). De laatste zoektocht heeft plaatsgevonden op 7 februari 2022.

Er zijn 9.473 artikelen gescreend. Alle artikelen zijn door twee onderzoekers gescreend in vier rondes. Er zijn alleen systematisch verrichtte reviews en meta-analyses meegenomen. Een review of meta-analyse is als systematisch beschouwd als 1) tenminste twee voor de onderzoeksvraag relevante databases zijn onderzocht; 2) de zoektermen, zoekstrategie, het onderzoeksdesign en de in- en exclusiecriteria in het artikel zijn beschreven en deze bovendien als relevant worden beschouwd voor de onderzoeksvraag, ten slotte 3) de review of meta-analyse aandacht besteed aan de kwaliteit van individuele studies. Deze criteria zijn gebaseerd op onderdelen van AMSTAR II, een tool waarmee de kwaliteit van een review of meta-analyse kan worden bepaald. Daarnaast moet er ten minste één meta-analytische vergelijking zijn gemaakt tussen toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan en de controle/vergelijkingsgroep, die resulteert in een significant verschil. Vanwege de schaarste van de gevonden literatuur over langdurig toezicht is daarop één uitzondering gemaakt. Als in een review of meta-analyse die aan de in- en exclusiecriteria voldeed ook niet-geaggregeerde resultaten van één of meer individuele studies naar specifiek langdurig toezicht (langer dan twee jaar) werden besproken, zijn deze in de resultaten van de meta-review meegenomen.

De duur van het toezicht/behandelprogramma is als volgt gedefinieerd: een zeer korte duur (tot en met 2 maanden), korte duur (3 t/m 5 maanden), medium duur (6 t/m 11 maanden), enigszins lange duur (12 t/m 23 maanden), lange duur (24 t/m 36 maanden), en zeer lange duur (36+ maanden). Er is onderscheid gemaakt tussen de

interventieduur en de follow-up periode (FUP). De follow-up periode is de periode ná het eindigen van de interventie. In deze periode kan het effect van de interventie voortduren terwijl de interventie al is geëindigd.

## Resultaten

Er zijn 28 verschillende effectieve toezicht/behandelprogramma's gevonden in 28 reviews en meta-analyses. Hiervan zien 15 programma's in 15 reviews en meta-analyses op een toezichtperiode van twee jaar of meer. De programma's zijn door de onderzoekers onderverdeeld naar de vier genoemde deelpopulaties van delinquenten die onder de Wlt vallen: programma's onderzocht bij justitiabelen in het algemeen, bij justitiabelen met een psychische stoornis, bij justitiabelen met een verslaving en bij justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden (bijvoorbeeld huisvesting, inkomen of werk). Dertien van de 28 gevonden toezicht/behandelprogramma's zijn onderzocht op de kortere termijn, dat wil zeggen, korter dan twee jaar.

### *Effectieve toezicht/behandelprogramma's voor langdurig toezicht*

Vijftien van de 28 gevonden toezicht/behandelprogramma's zijn dus effectief op lange tot zeer lange termijn (interventieduur) of hebben een voortdurend effect op lange tot zeer lange termijn (FUP). Vier toezicht/behandelprogramma's zijn effectief bij een lange *interventieduur* (waarvan één – de *Community Treatment Order (CTO)/ Compulsory Community Treatment (CCT; verplichte behandeling in de gemeenschap)* - enkel gebaseerd op individuele resultaten):

- 1 Behandeling van zedendelinquenten: Uiteenlopende behandelingen voor zedendelinquenten, waaronder cognitieve gedragstherapie, therapeutische gemeenschap, (multi-)systeembehandeling, en gericht op inzicht verkrijgen in de problematiek.
- 2 *Community Treatment Orders (CTO; Rechterlijk bevel voor behandeling in de gemeenschap)* of *Compulsory Community Treatment (CCT; Gedwongen behandeling in de gemeenschap)*: Gedwongen extramurale behandeling van een psychische stoornis. De behandeling kan uiteenlopende vormen aannemen zoals contact houden met hulpverlening, medicatiegebruik, middelenverbod, of een behandeling.
- 3 Familie-interventies voor schizofrenie: Psychosociale interventies met familieleden van patiënten met schizofrenie. Bijvoorbeeld door middel van het verminderen van problemen en stress in het gezin, het verbeteren van de band tussen familieleden en gedrags- en geloofssystemen veranderen.
- 4 Langdurige behandeling voor verslaving: Een periode van minder intensieve behandeling volgend op een intensieve behandeling. Behandeling kan uiteenlopende vormen aannemen zoals cognitieve gedragstherapie of counseling.

Twaalf toezicht/behandelprogramma's zijn effectief bij een lange *follow-up periode* (waarvan vijf – alle interventies voor huisvesting – enkel gebaseerd zijn op individuele resultaten). Dat wil zeggen dat het programma zelf niet langdurig hoeft te zijn, maar dat de effectiviteit van het programma langdurig voortduurt. Dit zijn:

- 1 Intensief reclasseringtoezicht: uiteenlopende vormen van toezicht tijdens voorwaardelijke invrijheidstelling (v.i.) zoals meldplicht en re-integratieprogramma's.

- 2 *Intensive Supervision Program (ISP)* met toezicht en behandeling: combinatie van extramuraal toezicht en behandeling, waarbij cognitieve-gedragsinterventies worden ingezet.
- 3 *Risk, Need, Responsivity (RNR) supervision* (Risico-, behoefte-, responsiviteit supervisie): extramuraal toezicht en behandeling. Behandeling sluit aan bij de grootte van het risico (*risk*), aanwezige criminogene factoren (*need*) en motivatie en slagingskansen (*responsivity*).
- 4 *Community Treatment Orders (CTO; rechterlijk bevel voor behandeling in de gemeenschap)* of *Compulsory Community Treatment (CCT; gedwongen behandeling in de gemeenschap)*. De behandeling van de psychische stoornis kan uiteenlopende vormen aannemen zoals contact houden met hulpverlening, medicatiegebruik, middelenverbod, of bijvoorbeeld CGT.
- 5 Zorg in samenwerkingsverband: extramuraal behandeling van een psychische stoornis door een multidisciplinair team.
- 6 *Intensive casemanagement (ICM)*: extramuraal behandeling van een ernstige psychische stoornis door een multidisciplinair team met een kleine caseload (<20) en intensieve zorg met korte-termijn doelen.
- 7 Training voor signaleren terugkeer schizofrenie symptomen: training voor de justitiabele en eventueel naasten. Bijvoorbeeld door middel van analyse van de symptoomgeschiedenis, bijhouden van een dagboek, invullen van vragenlijsten, en opstellen van een actieplan.
- 8 Permanent ondersteunende huisvesting: toewijzing van een huis aan personen met middelenproblematiek zonder dat eerst abstinentie van de middelen vereist is. Ook (psychologische) zorg ná huisvesting.
- 9 *Halfway houses* (begeleid wonen): tijdelijke huisvesting met voorwaarden (zoals meewerken aan het vinden van werk, en abtinent blijven van drugs) in een accommodatie binnen de gemeenschap om de overgang van gevangenis naar gemeenschap makkelijker te maken.
- 10 *Supported employment* (ondersteuning bij werken): programma's die justitiabelen met een psychische stoornis helpen om snel werk te vinden en werk te behouden. Bijvoorbeeld door individuele plaatsing bij een bedrijf en steun.
- 11 *Prevocational training* (training aanleren vaardigheden voor werk): training voorafgaand aan sollicitaties en het verkrijgen van werk om algemene vaardigheden die nodig zijn voor het verkrijgen of behouden van werk te verbeteren. Bijvoorbeeld sociale vaardigheidstraining of cognitieve training.
- 12 *Augmented supported employment* (extra ondersteuning bij werken): hetzelfde als *supported employment*, maar met toevoeging van een extra component. Bijvoorbeeld cognitieve vaardigheidstraining.

### *Veronderstelde werkzame mechanismen van de toezicht/behandelprogramma's*

De veronderstelde werkzame mechanismen van de toezicht/behandelprogramma's en onderzochte modererende factoren kunnen worden gezien als de veronderstelde werkzame mechanismen van de programma's: het werkzame mechanisme maakt het programma effectief, en toevoeging van bepaalde factoren (de modererende factoren) maakt het programma nóg effectiever. De veronderstelde werkzame mechanismen van de toezicht/behandelprogramma's op lange termijn zijn door de onderzoekers onderverdeeld in zeven categorieën: verminderen van risicofactoren en verbeteren van beschermende factoren, hoge intensiteit van het toezicht<sup>1</sup>, toezicht sluit aan op de

<sup>1</sup> Wat intensief toezicht is, is afhankelijk van het land waarin het toezicht wordt gehouden. In Nederland ligt de caseload van een reclasseringsmedewerker tussen de 20 en 25 cliënten, maar in andere landen ligt de caseload veel hoger en bestaat intensief toezicht alsnog uit meer cases dan in Nederland.

cliënt (RNR-principes), directe consequenties of steun, juiste informatie bij de cliënt, de juiste vaardigheden van de toezichthouder en een combinatie van toezicht en behandeling. De zeven gevonden categorieën van veronderstelde werkzame mechanismen zijn alle gebaseerd op reviews en meta-analyses met geaggregeerde resultaten op langere termijn. Geen van de veronderstelde werkzame mechanismen is dus gebaseerd op enkel individuele resultaten.

Het verminderen van risicofactoren en verbeteren van beschermende factoren is in 12 van de 15 effectieve programma's op langere termijn door de auteurs van reviews en meta-analyses genoemd als een effectief element. Dit betreft bijvoorbeeld het aanpakken van symptomen van een psychische stoornis, het stimuleren van autonomie, of het vinden van huisvesting en werk. Directe consequenties of steun is als een effectief element genoemd in vier programma's. Dit betreft bijvoorbeeld het direct volgen van maatregelen als niet aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan, of het direct geven van steun wanneer een cliënt dreigt zijn of haar werk te verliezen. Een hoge intensiteit van toezicht, het toezicht sluit aan op de cliënt en de juiste informatie bij de cliënt zijn genoemd als veronderstelde werkzame mechanismen in twee programma's. Een hoge intensiteit van toezicht is bijvoorbeeld een lagere *caseload*. Het toezicht sluit aan op de cliënt betreft bijvoorbeeld dat het toezicht aansluit op het risiconiveau of de problematiek van de justitiabele (RNR-principes). De juiste informatie bij de cliënt is bijvoorbeeld informatie over beschikbare diensten en services. Tot slot zijn de juiste vaardigheden van de toezichthouder en een combinatie van toezicht en behandelen beide genoemd als veronderstelde werkzame mechanismen in telkens één programma. Juiste vaardigheden van de toezichthouder zijn bijvoorbeeld pro-sociaal modelleren, probleem-oplossend vermogen, of cognitieve technieken.

#### *Modererende factoren*

Bij zeven effectieve toezicht/behandelprogramma's op langere termijn zijn modererende factoren onderzocht en effectief gebleken. De modererende factoren kunnen worden gezien als elementen die het toezicht/behandeling nóg effectiever maken. Omdat niet in elke geïnccludeerde studie modererende factoren zijn onderzocht en omdat niet bij elke studie waarbij wel modererende factoren zijn onderzocht, dezelfde modererende factoren zijn onderzocht, kan niet de conclusie worden getrokken dat deze modererende factoren voor elke behandeling, training of interventie voor huisvesting geldt.

Vier van de zeven effectieve modererende factoren zijn gevonden bij behandelprogramma's: behandeling van zedendelinquenten, CTO/CCT, ICM en langdurige behandeling van verslaving. De resterende drie modererende factoren zijn gevonden bij een training: training voor het signaleren van de terugkeer van schizofrenie symptomen, en bij twee interventies voor huisvesting: permanent ondersteunende huisvesting/*housing first* en *halfway houses*. De modererende factoren bij CTO/CCT en permanent ondersteunende huisvesting zijn enkel gebaseerd op individuele resultaten. Er is een verscheidenheid aan modererende factoren effectief gebleken: modererende factoren over de duur van het toezicht, aansluiting van het toezicht op de cliënt (RNR), de specifieke inhoud van de behandeling, setting, behandelintegriteit, doelgroep, en methodologische modererende factoren.

### *Overeenkomsten en verschillen tussen de effectieve toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan voor langer durend toezicht en korter durend toezicht*

In Nederland is nog niet veel ervaring met toezicht op de langere termijn. Enkele zaken van langdurig toezicht in geval van een langdurige v.i. zijn er wel. Het was de bedoeling reclasseringswerkers met dergelijke ervaring te interviewen, maar dit kon binnen de reikwijdte van het huidige onderzoek niet worden uitgevoerd. Een vergelijking zoals bedoeld in onderzoeksvraag 3 kon om die reden niet plaatsvinden. Wel is in paragraaf 1.6 een kort overzicht geschetst van effectief korter durend toezicht en zijn de huidige bevindingen daarmee vergeleken. De interviews met reclasseringswerkers over langer durend toezicht komen in een later rapport aan de orde.

Op basis van eerder onderzoek komen zes effectieve werkwijzen van korter durend toezicht naar voren: 1) continuïteit in contact, 2) positieve werkalliantie, 3) toezicht gebaseerd op de RNR-principes, 4) combinatie van monitoren en begeleiding, 5) langere duur/hoge intensiteit van toezicht, en 6) kunnen veranderen van gedrag en omstandigheden (bijv. pro-sociaal modelleren, probleemoplossend vermogen). Vier van de zes effectieve elementen uit eerder onderzoek zijn ook gevonden in de huidige meta-review naar langer durend toezicht. Continuïteit in contact en een positieve werkalliantie zijn in de meta-review niet gevonden als veronderstelde werkzame mechanismen voor langer durend toezicht. Daarnaast zijn in de meta-review twee extra effectieve elementen gevonden die niet vanuit korter durend toezicht bekend zijn: de juiste informatie bij de cliënt en directe consequenties of steun. Het is mogelijk dat deze verschillen komen door manier waarop het huidige onderzoek is opgezet. Een belangrijk verschil is dat er specifiek is gezocht naar toezicht op de lange termijn. Reviews naar korter durend toezicht zijn daarmee alleen gevonden als die ook voldeden aan deze inclusiecriteria en kwalitatief onderzoek of studies zonder controle-/vergelijkingsgroep zijn daarmee niet opgenomen. Ook kunnen bepaalde aspecten van toezicht niet worden onderzocht met een controlegroep, vanwege ethische aspecten. Die aspecten zijn daarom ook niet gevonden. Op basis van de gevonden verschillen kan niet worden geconcludeerd dat langer durend toezicht van korter durend verschilt op genoemde elementen, daarvoor is nader onderzoek nodig.

### *Het monitoren van langdurig toezicht voor de verschillende betrokken partijen*

Op basis van de resultaten van de meta-review kan iets worden gezegd over uitkomstmaten die eventueel gebruikt kunnen worden om het toezicht te monitoren. Er kan geen antwoord worden gegeven op de vraag *hoe* langdurig toezicht door verschillende betrokken actoren gemonitord kunnen worden.

De meeste onderzoeken naar toezicht/behandelprogramma's hebben verschillende uitkomstmaten meegenomen. Deze uitkomstmaten zijn te zien als verschillende beoogde doelen of gewenste effecten van de toezicht/behandelprogramma's en daarmee als criteria die gemonitord kunnen worden om de effectiviteit van langdurig toezicht in kaart te brengen. De diverse uitkomstmaten zijn door de onderzoekers zo veel mogelijk gecategoriseerd, in negen overkoepelende categorieën, waarvan 7 van de 9 zijn gebaseerd op (deels) geaggregeerde resultaten: crimineel gedrag (recidive en criminaliteit), servicegebruik (onder andere ziekenhuisopname, crisisdienst, risico op contactverlies met psychiatrische dienstverlening), functioneren (onder andere mentale toestand, gevoel van hoop, zelfbeoordeling van herstel), kwaliteit van leven (fysiek en mentaal), symptomen van psychische stoornissen (onder andere depressie,

angst, terugval), middelengebruik (onder andere alcohol-, drugs-, en middelengebruik, geld uitgegeven aan verslaving), en vroegtijdig verlaten van het onderzoek. Twee van de negen categorieën van uitkomstmaten zijn gebaseerd op enkel individuele resultaten: huisvesting en werk (onder andere aantal dagenstabiele huisvesting, kans op werk, inkomen) en tevredenheid (onder andere algemeen, over gezondheid, familie).

Per deelpopulatie zijn er verschillende factoren om te monitoren. Voor justitiabelen in het algemeen is dit het verminderen van crimineel gedrag. Voor justitiabelen met een psychische stoornis zijn dit het verminderen van crimineel gedrag, het veranderen van servicegebruik, het verminderen van symptomen van psychische stoornissen, het verbeteren van functioneren en kwaliteit van leven, het verkrijgen van werk, het verminderen van middelengebruik, het verhogen van de tevredenheid en het verkleinen van de kans op vroegtijdig verlaten van het onderzoek. Voor justitiabelen met een verslaving is dit het verminderen van middelengebruik. Voor justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden zijn dit het verminderen van crimineel gedrag, het veranderen van servicegebruik, het verminderen van symptomen van psychische stoornissen en middelengebruik, het verbeteren van de kwaliteit van leven, en het vinden van huisvesting en werk.

## Conclusies

- 1 Er zijn geen toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan gevonden voor de gehele Wlt-populatie. Er zijn wel 28 toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan gevonden die effectief zijn bij ofwel langdurig toezicht bij een van de vier subgroepen van de Wlt-populatie (15 programma's), ofwel effectief zijn bij korter durend toezicht bij een van de vier subgroepen van de Wlt-populatie (13 programma's).
- 2 De 15 effectieve toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan op de langere termijn zijn ofwel effectief op lange tot zeer lange termijn van twee jaar of meer (interventieduur, 4 programma's), ofwel hebben een voortdurend effect op lange tot zeer lange termijn (FUP, 12 programma's). 1 van deze programma's is zowel onderzocht met een lange interventieduur als met een lange FUP. De effectieve toezichtprogramma's met een lange interventieduur zijn voornamelijk onderzocht bij justitiabelen met een psychische stoornis of verslaving en niet zozeer bij de andere deelpopulaties, en bestaan dus voornamelijk uit behandelprogramma's. De effectieve toezicht/behandelprogramma's met een lange follow-up zijn voornamelijk de programma's gericht op het verkrijgen van huisvesting en werk, onderzocht bij justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden.
- 3 Er zijn 2 effectieve toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan op de langere termijn voor justitiabelen in het algemeen. Dit zijn: 1) intensief reclasseringstoezicht en 2) behandeling van zedendelinquenten.
- 4 Er zijn 7 effectieve toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan op de langere termijn voor justitiabelen met een psychische stoornis. Dit zijn: 1) *Intensive Supervision Programs* met toezicht en behandeling, 2) *Risk, Need, Responsivity supervision*, 3) *Community Treatment Order/Compulsory Community Treatment* (deels individuele resultaten), 4) zorg in samenwerkingsverband, 5) *Intensive casemanagement* (alleen individuele resultaten), 6) training voor het signaleren van de terugkeer van schizofrenie symptomen, en 7) familie-interventies voor schizofrenie (deels individuele resultaten).

- 5 Er is 1 effectief toezicht/behandelprogramma bij justitiabelen met een verslaving. Dit is langdurige behandeling voor verslaving.
- 6 Er zijn 5 effectieve toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan bij justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden. Dit zijn:
  - 1) Permanent ondersteunende huisvesting (alleen individuele resultaten),
  - 2) *Halfway houses*, 3) *Supported employment* (alleen individuele resultaten),
  - 4) *Prevocational training* (alleen individuele resultaten), 5) *Augmented Supported employment* (alleen individuele resultaten).
- 7 De 13 effectieve toezicht/behandelprogramma's die alleen op de kortere termijn (minder dan twee jaar) zijn onderzocht, kunnen mogelijk ook worden ingezet bij toezicht op de lange termijn en dan eveneens effect sorteren. Daarover kan op dit moment geen definitieve conclusie worden getrokken, dit moet eerst worden onderzocht. Deze programma's zijn: 1) groeps-cognitieve gedragstherapie, 2) cognitief gedrags-analyse systeem van psychotherapie, 3) sociale vaardigheidstraining, 4) zelfzorginterventies, 5) videogames voor schizofrenie, 6) inzet van ervaringsdeskundigen voor schizofrenie, 7) *Intensive Community Supervision* (bij verslaving), 8) gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag, 9) disulfiram, 10) naltrexone, 11) methadon, 12) verschillende gecombineerde drugsbehandelingen, en 13) therapeutische gemeenschap.
- 8 Er zijn verschillende veronderstelde werkzame mechanismen gevonden voor toezicht op de langere termijn, die door de onderzoekers zijn verdeeld in zeven categorieën: verminderen van risicofactoren en verbeteren van beschermende factoren, hoge intensiteit van het toezicht, toezicht sluit aan op de cliënt (RNR-principes), directe consequenties of steun, juiste informatie bij de cliënt, de juiste vaardigheden van de toezichthouder en een combinatie van toezicht en behandeling. Alle zeven veronderstelde werkzame mechanismen zijn gebaseerd op geaggregeerde resultaten. Het verminderen van risicofactoren en het verbeteren van beschermende factoren is in bijna alle toezicht/behandelprogramma's een verondersteld werkzaam mechanisme. De meeste gevonden veronderstelde werkzame mechanismen zijn vergelijkbaar met de veronderstelde werkzame mechanismen die bekend zijn uit onderzoek naar korter durend toezicht. Dit suggereert dat toezicht op de langere termijn op vergelijkbare wijze kan worden ingestoken als toezicht op de kortere termijn. Daarnaast zijn in de huidige meta-review twee extra veronderstelde werkzame mechanismen gevonden: de juiste informatie bij de cliënt en directe consequenties of steun. Een positieve werkalliantie en continuïteit in contact zijn daarentegen niet gevonden in de huidige meta-review.
- 9 De uitkomstmaten waar de onderzoeken zich op richten zijn factoren die als belangrijk worden geacht bij toezicht en nazorg, ook wel te zien als doelen van de toezicht/behandelprogramma's. Verschillende van deze doelen kunnen worden gebruikt als criteria om toezicht en nazorg te monitoren: crimineel gedrag, functioneren, huisvesting en werk, symptomen van psychische stoornissen, middelengebruik, en tevredenheid. Huisvesting en werk en tevredenheid komen voort uit enkel individuele resultaten. Er is niet onderzocht hoe of door welke partijen de effectiviteit van langdurig toezicht gemonitord kan worden.

## Aanbevelingen

- 1 Aanbevolen wordt om de gevonden effectieve toezicht/behandelprogramma's op de langere termijn in te zetten bij (subgroepen van) de Wlt-populatie als er sprake is



van een (potentieel) langdurig toezicht en daarbij vervolgonderzoek te doen naar de effectiviteit ervan.

- 2 Richt langdurig toezicht zodanig in dat het toezicht/behandelprogramma of element daarvan zoveel mogelijk aansluit bij de kernproblematiek van de onder toezicht gestelde, te weten delictgedrag in het algemeen, psychische stoornissen, verslavingsproblematiek, of leefgebieden.
- 3 Laat langdurig toezicht aansluiten bij de gevonden veronderstelde werkzame mechanismen: verminderen van risicofactoren en verbeteren van beschermende factoren, hoge intensiteit van het toezicht, toezicht sluit aan op de cliënt (RNR-principes), directe consequenties of steun, juiste informatie bij de cliënt, de juiste vaardigheden van de toezichthouder en een combinatie van toezicht en behandeling.
- 4 Monitor de volgende criteria om te bepalen of langdurig toezicht effectief is: crimineel gedrag, functioneren, huisvesting en werk, symptomen van psychische stoornissen, middelengebruik, en tevredenheid.

### **Beperkingen van het onderzoek**

De meta-review kent een aantal beperkingen. Ook kunnen de resultaten van het onderzoek niet een-op-een in de Nederlandse praktijk gebruikt worden. Dit komt bijvoorbeeld doordat toezicht in het buitenland op een andere manier wordt vormgegeven dan in Nederland.

Tegelijkertijd blijkt uit dit onderzoek dat er zowel in de internationale als in de Nederlandse literatuur nog weinig bekend is over echt langdurig toezicht bij de gehele Wlt-populatie. In de Nederlandse praktijk is sowieso nog erg weinig onderzoek gedaan naar langdurig toezicht, op een enkel onderzoek na. Langdurig toezicht komt ook niet veel voor, behalve bijvoorbeeld als de v.i. lang duurt bij een zeer lange gevangenisstraf, maar onderzoek hiernaar is de onderzoekers niet bekend geworden. Hoewel deze programma's dus informatief kunnen zijn voor de doelgroep met betrekking tot korter durend toezicht 'aan de achterkant', kunnen ze niet worden gebruikt om conclusies te trekken over langdurig toezicht. Wel bieden deze programma's aanknopingspunten om vervolgonderzoek op in te zetten, om te bepalen of deze programma's ook effectief zijn op de langere termijn.

Een andere beperking heeft te maken met de gehanteerde onderzoeksmethode, waarin alleen reviews en meta-analyses zijn betrokken. Hierdoor zijn in principe geen individuele studies met niet-geaggregeerde uitkomsten betrokken die op de langere termijn zien, behalve als deze onderdeel uitmaakten van de geselecteerde reviews en meta-analyses. Deze zijn telkens besproken in de resultaten. Het is mogelijk dat er in de literatuur meer individuele studies zijn naar langdurig toezicht, die andere toezichtprogramma's op de langere termijn hebben onderzocht. Deze zijn in de huidige meta-review niet naar voren gekomen. Aan resultaten van individuele studies is echter op haar beurt de beperking verbonden dat deze wel mogelijk aanwijzingen geven over de effectiviteit van een programma, maar dat deze tegelijkertijd gebaseerd zijn op een lager aantal deelnemers en daarmee minder robuust dan de resultaten van geaggregeerde studies.

Een ander inclusie criterium van de huidige meta-review was dat er een geaggregeerde uitkomstmaat moest zijn, terwijl er ook reviews zijn waarin de resultaten niet zijn geaggregeerd. Het is mogelijk dat ook in de reviews die geen geaggregeerde

resultaten hebben aanvullende evidentie over langdurig toezicht te vinden is. Verder zijn de keuzes van de onderzoekers van de reviews en meta-analyses bepalend voor de door hen gevonden resultaten en zijn de huidige onderzoekers op hun beurt afhankelijk van die keuzes: wat zij niet hebben geïncludeerd, kon hier niet worden weergegeven. Desondanks voldeden 28 reviews en meta-analyses aan de inclusiecriteria, wat laat zien dat het toezicht- en nazorgpallet voor deze populatie breed is.

Verder zijn binnen de reikwijdte van het onderzoek geen interviews gehouden met reclasseringswerkers en cliënten om de Nederlandse praktijk in kaart te brengen en een vergelijking te maken met de gevonden resultaten. De interviews zullen ten behoeve van het eindrapport over de Wlt worden gehouden.

Tot slot is het zo dat er geen toezichtprogramma's zijn gevonden voor de gehele Wlt-populatie - onder toezicht gestelden met een gevangenisstraf van één jaar of meer en/of een tbs-maatregel en/of een psychische stoornis. Gezien de breedte van deze doelgroep, zowel justitiabelen met alleen een gevangenisstraf, als justitiabelen met daarnaast een tbs-maatregel, als justitiabelen met al dan niet een psychische stoornis, is dit niet heel verwonderlijk. De tbs-maatregel is bovendien vrij uniek in de wereld, hoewel veel landen ook te maken hebben met justitiabelen met psychische stoornissen en daarvoor een eigen systeem hebben opgezet. Onderzoek hiernaar is gezien de inclusiecriteria ook meegenomen indien deze groep zich in een ander systeem, bijvoorbeeld de gezondheidszorg, bevond. Om deze reden zijn de resultaten verdeeld naar subgroepen van deelnemers, zoals psychische problematiek en verslavingszorg. Deze resultaten per subgroep leveren daarmee waardevolle aanwijzingen op voor beleidsmakers, onderzoekers, reclassering en overige betrokken ketenpartners, die op zoek zijn naar effectieve toezicht/behandelprogramma's voor specifiek die problematiek, zoals behandeling van psychische problematiek en verslavingszorg aan justitiabelen. Door de totale Wlt-populatie te verdelen in vier subgroepen zijn bovendien wel verschillende effectieve toezicht/behandelprogramma's voor de langere termijn naar voren gekomen, die kunnen worden ingezet bij de justitiabelen in die subgroep.

# 1 Inleiding en methoden

## 1.1 Aanleiding onderzoek

In 2018 is de Wet langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding en vrijheidsbeperking (Wlt) in werking getreden, een wet waarmee langdurig toezicht, behandeling en monitoring van ex-gedetineerden en (ex-)terbeschikkinggestelden (tbs)<sup>2</sup> is geregeld (*Staatsblad*, 2015). Onder bepaalde omstandigheden zijn voor hen toezichtmogelijkheden gecreëerd die telkens te verlengen zijn en daarmee van tevoren van onbekende totale duur zijn. Het doel van de Wlt is het voorkomen van herhaling van zeden- en zware geweldsdelicten (*Kamerstukken II 2013/14*, 33 816, nr. 3). Onder 'toezicht' wordt in het huidige onderzoek toezicht 'aan de achterdeur' verstaan, als sluitstuk van een gevangenisstraf en/of tbs-maatregel. Andere vormen van toezicht, bijvoorbeeld in het kader van een voorwaardelijke straf, vallen buiten de reikwijdte van dit onderzoek, net als andersoortig toezicht, bijvoorbeeld bestuursrechtelijk toezicht.

De Wlt moet, zoals gebruikelijk voor wetten, na vijf jaar worden geëvalueerd. Voor de wetsevaluatie heeft het Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen (DGSenB) van het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV), het Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum (WODC) gevraagd een onderzoeksprogramma op te stellen. Uit het onderzoeksprogramma naar de Wlt (Nagtegaal, 2020a) volgen verschillende deelonderzoeken. Eén van de deelonderzoeken is het huidige onderzoek naar langdurig toezicht bij zeden- en ernstige geweldsdelinquenten. Het onderzoek betreft alleen onder toezicht gestelden die in de doelgroep van de Wlt vallen, te weten (ex-)justitiabelen die een gevangenisstraf van één jaar of meer en/of een tbs-maatregel hebben gehad en/of een psychische stoornis hebben. Daarnaast ziet de Wlt zoals gezegd op de toezichtssituatie en niet op andere fasen in de rechtsgang, zoals de fase van voorlopige hechtenis of de executiefase van het intramurale deel van de straf of maatregel. De onder toezicht gestelden die in het huidige onderzoek centraal staan, vallen daarmee veelal onder het justitiële kader van een voorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel (VB) ofwel een voorwaardelijke invrijheidstelling (v.i.) na een gevangenisstraf of een vergelijkbaar justitieel kader.

Toezicht wordt in Nederland gehouden door de drie reclasseringsorganisaties: Reclassering Nederland (RN), Stichting Verslavingsreclassering Ggz (SVG) en Stichting Leger des Heils Jeugdbescherming en Reclassering (LJ&R), samen 3RO. Daarnaast zijn er verschillende organisaties met wie de reclassering samenwerkt in de vormgeving van het toezicht, zoals zorgverleners (zoals [forensisch] psychologen, psychiaters), gemeenten, instellingen voor beschermd wonen, et cetera. Het grootste deel van de cliënten die in Nederland onder toezicht staan van de reclassering hebben een voorwaardelijke veroordeling opgelegd gekregen (45% in 2022), of staan onder toezicht in het kader van een schorsing van de voorlopige hechtenis (30%) en vallen dus *niet* onder de reikwijdte van dit onderzoek. Een aanzienlijk kleiner deel valt er wel onder: 7% in 2022 kwam onder toezicht van de reclassering te staan na v.i. en 3% na tbs ([Reclassering Nederland | Cijfers en feiten - Reclassering Nederland](#); geraadpleegd

<sup>2</sup> Tbs staat voor terbeschikkingstelling. Tbs is een maatregel die kan worden opgelegd indien de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen dat eist (art. 37a lid 1 Wetboek van Strafrecht [Sr]). Tevens moet bij de verdachte sprake zijn van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens tijdens het begaan van het feit (art. 37a lid 1.1 Sr) en moet het een strafbaar feit betreffen met een strafdreiging van minstens vier jaar gevangenisstraf (uitzonderingen daargelaten, art. 37a lid 1 sub 2 Sr).

10 januari 2024). De algemene werkwijzen en methoden van de reclassering zijn daarmee niet zonder meer te generaliseren naar deze specifieke doelgroep. Ook zijn bij het toezicht zoals in dit onderzoek bedoeld veelal ook andere partijen betrokken, zoals de Ggz en gemeenten.

De hoofdvraag van het huidige onderzoek is of er voor genoemde Wlt-populatie toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan bekend zijn die kunnen helpen in het houden van langdurig(er) toezicht. Alle programma's of elementen daarvan die zien op de veilige re-integratie van ex-justitiabelen, worden in dit onderzoek betrokken, zo ook behandelprogramma's die zien op de re-integratie (zie ook paragraaf 1.6.1). Om die reden wordt telkens van toezicht/behandelprogramma gesproken. Vanuit de Tweede Kamer zijn in het wetgevingstraject over de Wlt zorgen geuit over de toepassing van toezicht op de langere termijn en over de uitvoerbaarheid van het reclasseringstoezicht. Zo diende Schouw een motie in over de noodzaak tot het waarborgen van de kwaliteit van het geboden toezicht: 'constaterende dat de regering langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding en vrijheidsbeperking wil invoeren voor zeden- en geweldsdelinquenten aan het einde van hun straf of terbeschikkingstelling; overwegende dat de kwaliteit van toezicht onder druk komt te staan door reeds olopende werkvoorraden bij de uitvoerende instanties en door het terugbrengen van het aantal beschikbare uren voor reclasseringsadvies en -toezicht; verzoekt de regering, de Kamer te informeren over de wijze waarop de kwaliteit van het toezicht wordt gemeten, gemonitord en gewaarborgd' (*Kamerstukken II 2013/14, 33 816, nr. 15*).

Vanwege bezuinigen op de reclassering werd in het Wlt-debat door verschillende Tweede Kamerleden ook getwijfeld aan de beschikbaarheid van voldoende middelen en daarmee toezichtmogelijkheden voor de reclassering. Kooiman zei hierover 'Wat heb je aan een auto zonder brandstof? Wat heb je aan een ziekenhuis zonder doktoren? Wat heb je aan een wet als je niet de mensen hebt om die wet uit te voeren?' (*Kamerstukken II 2013/14, 33 816, 105-9, p. 2*). Een sentiment waar Van der Steur zich bij aansloot: 'Het gaat om de vraag of de reclasseringsorganisaties, die zullen worden belast met de uitvoering van deze wet, wel voldoende geëquipeerd zijn. Zijn ze wel voldoende toegerust om dit extra werk aan te kunnen?' (*Kamerstukken II 2013/14, 33 816, 105-9, p. 5*). Het succes van deze wet hangt volgens de Kamerleden vooral af van de reclassering, als uitvoeringsinstantie van het toezicht. In hetzelfde Tweede Kamerdebat toonde Teeven, destijds Staatssecretaris van het ministerie van Veiligheid en Justitie, zich bereid om extra middelen voor de uitvoering van het toezicht beschikbaar te stellen: 'Ik zie dat de wet ook is terechtgekomen in het actieplan van de minister tegen het jihadisme. Dat betekent dat er misschien ook andere budgetmogelijkheden zijn. (...) Een auto zonder benzine is niets en een wet zonder het geld voor uitvoeringsorganisaties is ook niets. Daarover zijn wij het dus volstrekt met elkaar eens. (...) Voor de verslaglegging specificeer ik even de toezegging die ik heb gedaan met betrekking tot de uitvoering van deze wet. Ik heb een kostenkader geschetst van 2 miljoen à 3 miljoen in 2016, olopend tot 10 miljoen in 2027. Ik heb toegezegd dat ik ervoor zal zorgen dat dit geld beschikbaar is, zodat de wet daadwerkelijk kan worden uitgevoerd als het wetsvoorstel kracht van wet zou krijgen' (*Kamerstukken II 2013/14, 33 816, 105-9, p. 13-14*).

Dit punt werd in de Eerste Kamer nogmaals herhaald door de opvolger van staatssecretaris Teeven, staatssecretaris Dijkhoff. Staatssecretaris Dijkhoff schreef naar de Eerste Kamer in zijn memorie van antwoord (*Kamerstukken I 2015/16, 33 816, D, p. 36*): 'In deze periode van bezuinigingen

vormen de taken in het kader van langdurig toezicht een uitbreiding van al bestaande werkzaamheden. Het betreft hier met name de verlengde looptijd van toezichten op bepaalde personen en het uitbrengen van (tussentijdse) adviezen. Uit de impactanalyse blijkt dat de kosten voor deze uitbreiding oplopen van 2 miljoen in 2016, tot ten hoogste 10 miljoen in 2027. Aangezien het van het grootste belang is dat de wet daadwerkelijk kan worden uitgevoerd, heeft mijn ambtsvoorganger tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer de toezegging gedaan dat er een financiële oplossing voor de uitvoering van dit wetsvoorstel zou komen. Ervan uitgaande dat dit wetsvoorstel door Uw kamer wordt aanvaard en de wet per 1 juli 2016 in werking treedt, zullen de kosten voor dat jaar zeer beperkt zijn’.

In de memorie van toelichting (MvT) over de Wlt werd door toenmalig staatssecretaris Teeven niet geëxpliceerd hoe de kwaliteit van het toezicht gewaarborgd kan worden, wel werd besproken: ‘Bij het toezicht speelt de reclassering een essentiële rol en de afgelopen jaren is dan ook aanzienlijk geïnvesteerd in de professionalisering van de reclasseringstaken en het vergroten van de effectiviteit van het reclasseringstoezicht. Onder de naam «redesign toezicht» hebben de drie reclasseringsorganisaties nieuwe kaders en een nieuwe werkwijze voor het reclasseringstoezicht ontwikkeld. Deze nieuwe opzet is in 2009 gestart en beoogt een toename van de effectiviteit, transparantie en betrouwbaarheid van de uitvoering van het toezicht. Daarnaast dient het toezicht te voldoen aan algemene kwaliteitseisen voor strafrechtelijke interventies: snelheid, zekerheid, strengheid en rechtsgehalte’ (*Kamerstukken II 2013/14, 33 816, nr. 3, p. 13*). Verder schrijft toenmalig staatssecretaris Teeven in dezelfde memorie van toelichting dat het toezicht op delinquenten bij de overgang van verschillende toezichtkaders (bijvoorbeeld na afloop van v.i. naar de Gedragsbeïnvloedende en Vrijheidsbeperkende Maatregel [GVM]) zo veel mogelijk moet worden voortgezet door dezelfde reclasseringsinstelling en waar mogelijk zelfs door dezelfde reclasseringsmedewerker. Indien dit laatste niet mogelijk is, zal ten behoeve van de continuïteit van het toezicht zorg worden gedragen voor een goede overdracht. Verder werd in de MvT aangegeven dat de landelijke invoering van COSA (*Circles of Support and Accountability*) een belangrijk onderdeel zou kunnen zijn bij langdurig toezicht op zedendelinquenten die terugkeren naar de samenleving. COSA is een toezicht/behandelprogramma voor zedendelinquenten waarbij getrainde deskundigen en vrijwilligers de betrokkene figuurlijk omringen en getraind zijn in het herkennen van mogelijke terugvalsignalen en in het omgaan met zedendelinquenten. Landelijke invoering van COSA betekent niet dat COSA voor alle zedendelinquenten een standaard onderdeel wordt. Tijdens de adviesfase heeft RN gepleit voor maatwerk, omdat de zorgbehoefte voor iedere zedendelinquent anders is en COSA niet voor iedere zedendelinquent aangewezen zou zijn (Reclassering Nederland, 2012). De staatssecretaris sloot zich bij dit standpunt aan (*Kamerstukken II 2013/14, 33 816, nr. 3, p. 46*).

In de consultatiefase voorafgaand aan de behandeling van het Wlt-wetsvoorstel in het parlement, hebben verschillende organisaties<sup>3</sup> advies uitgebracht over de Wlt (zie Nagtegaal, 2020a voor een uitgebreide bespreking daarvan). De kwaliteit van het (langdurig) toezicht is niet door iedere adviserende instantie besproken. De adviserende organisaties die zich op dit terrein impliciet dan wel expliciet hebben uitgesproken zijn het College van procureurs-generaal van het Openbaar Ministerie

<sup>3</sup> De adviserende instanties waren: de afdeling Advisering van de Raad van State, de Nederlandse Orde van Advocaten (NOvA), het College van procureurs-generaal van het Openbaar Ministerie (PaG), de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ), Reclassering Nederland (RN), de Raad voor de rechtspraak (Rvdr), de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak (NVvR), Ggz Nederland (Ggz-NL) en de toenmalige Raad van Korpschefs (RKC), nu Nationale Politie (NP).

(PaG), Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (Ggz-NL), de Raad van Korpschefs (RKC), Reclassering Nederland en de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ). Het PaG (2012) kon zich niet vinden in de inschatting van de wetgever dat met de Wlt geen grote veranderingen in het werkproces zouden optreden en dat de consequenties opgevangen zouden kunnen worden binnen de huidige taakuitoefeningen van het OM en ging van het tegenovergestelde uit. Over de GVM zei het PaG (2012): 'Voor de nieuwe toezichtmaatregel geldt dat een heel nieuw proces moet worden uitgedacht en gefaciliteerd in verband met het houden van toezicht en het bewaken van termijnen. Langdurig en levenslang toezicht, alsmede het handhaven van de maatregel, is gecompliceerd en vergt uitbreiding van de capaciteit bij toezichthoudende instanties zoals de reclassering en de politie' (p. 6/7). Daarnaast gaf het PaG (2012) aan dat de wetgever eerder, bij de bespreking van een eerdere wetwijziging waarbij de maximale duur van de VB is verlengd van maximaal drie naar maximaal negen jaar (zie *Staatsblad*, 2007), een toezichttermijn langer dan negen jaar juist onwenselijk vond. Dit werd destijds als onwenselijk beschouwd vanwege de psychische belasting op de justitiabelen en een ongemaximeerde VB zou mogelijk ten gevolge hebben dat de bereidheid tot naleven van de gestelde voorwaarden door de ter beschikking gestelde 'aanzienlijk' zou afnemen (PaG, 2012, p. 8). Het PaG meende dat over de ongemaximeerde duur van de VB nadere toelichting nodig was, nu het eerder ingenomen standpunt van de wetgever met de Wlt werd verlaten. Ggz-NL (2012) gaf aan zorgen te hebben bij het ontbreken van toekomstperspectief bij de Wlt, omdat verwacht werd dat hierdoor de motivatie om mee te werken aan een behandeling sterk zou afnemen. Daarnaast voorzag de organisatie andere negatieve bij-effecten bij de invoering van langdurig en mogelijk levenslang toezicht: de invoering zou het bestaande probleem van de weigerende observandi vergroten, waardoor minder plegers de behandeling zouden krijgen die ze nodig hebben<sup>4</sup>; beschermende factoren zouden worden ondermijnd vanwege de mogelijke voorwaarden die opgelegd kunnen worden (zoals woon- en [vrijwilligers]werkverboden) waardoor het recidiverisico toeneemt; en het wetsvoorstel zou erg kostbaar zou zijn.

Tevens werden er zorgen geuit over mogelijke problemen bij de uitvoering van het toezicht door de reclassering en de politie. De toenmalige RKC (in 2012), thans de Nationale Politie (NP), gaf aan dat de doelen en samenwerkingsvormen tussen de politie en Reclassering Nederland bij het toezicht op zedendelinquenten en tbs-gestelden onvoldoende op elkaar waren afgestemd. Ook diende de automatisering verbeterd te worden, omdat de toenmalige politiestructuren niet geschikt zouden zijn om adequaat toezicht te houden op zedendelinquenten. De RKC heeft daarom voorgesteld dat voorafgaand aan de invoering van het wetsvoorstel een landelijk registratiesysteem ontwikkeld zou worden dat toegankelijk zou zijn voor 3RO, het OM en de politie. Ook Reclassering Nederland (2012) merkte mogelijke problemen op met de uitvoerbaarheid van het toezicht. De voorwaarde om bepaald vrijwilligerswerk niet uit te oefenen zou bijzonder lastig te controleren zijn, net als het contactverbod, indien deze niet verbonden zouden zijn aan een locatieverbod. Tot slot hebben twee organisaties zich in de consultatiefase specifiek uitgesproken over de (landelijke) invoering van COSA. Volgens Reclassering Nederland is COSA in het buitenland aantoonbaar nuttig gebleken in het terugbrengen van recidive van zedendelinquenten, maar kan niet zonder meer worden aangenomen dat dit ook zou gelden voor de

<sup>4</sup> Weigerende observandi zijn personen die in het Pieter Baan Centrum weigeren mee te werken aan het pro Justitia-onderzoek dat nodig is om eventuele stoornissen vast te stellen ten tijde van het plegen van het delict. In sommige gevallen leidt dit ertoe dat er geen verplichte behandeling, zoals een tbs-maatregel, kan worden opgelegd aan verdachten die dit wel nodig hebben. Dit wordt het probleem van de weigerende verdachten genoemd (zie verder paragraaf 1.4.3).

Nederlandse toepassing van het model. Ook kan niet zomaar worden aangenomen dat COSA toepassing zou vinden bij langdurig toezicht of bij iedere zedendelinquent. Daarnaast, zoals al eerder kort aangestipt, pleitte RN voor maatwerk. COSA zou volgens de reclassering geen standaard onderdeel van langdurig toezicht op zedendelinquenten moeten worden. De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ, 2012) gaf aan dat een coherent geheel van zorg en controle belangrijk is bij toezicht en wees binnen dat kader op onder meer de MAPPA-aanpak<sup>5</sup> die is gebaseerd op de 'what works' benadering<sup>6</sup> en dat COSA bij deze benaderingen een belangrijke rol kan spelen.

## 1.2 Doelstellingen onderzoek

Met de Wlt zijn de mogelijkheden tot (langduriger) toezicht vergroot en wordt (mogelijk) een groter beroep gedaan op de reclassering, die verantwoordelijk is voor de uitvoering van het toezicht. Het is niet duidelijk of langdurig toezicht in de praktijk anders moet worden vormgegeven dan korter durend toezicht en hoe dat dient te gebeuren. Voorts is niet duidelijk of de reclassering de mogelijkheden en de middelen (onder andere de tijd, de financiering en de reclasseringswerkers) heeft om dit toezicht te houden en of andere bij het toezicht betrokken partijen daartoe zijn uitgerust. Bovenstaande geeft aanleiding tot het vaststellen van drie onderzoeksdoelen:

- 1 Bepalen van effectieve toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan voor het houden van langdurig(er) toezicht op ernstige zeden- en geweldsdelinquenten en (ex-)tbs-gestelden.
- 2 Bepalen van de overeenkomsten en verschillen tussen de kenmerken van effectief langdurig toezicht en de manier waarop de reclassering en de ketenpartners toezicht houden in de praktijk.
- 3 Bepalen van de manier waarop langdurig(er) toezicht gemonitord kan worden.

Hiermee wordt beoogd effectieve toezicht- en/of behandelprogramma's gerelateerd aan de re-integratie van justitiabelen voor langdurig toezicht aan het licht te brengen, die zowel door de reclassering, als ook door andere bij toezicht en nazorg betrokken partijen kunnen worden uitgevoerd. Deze keuze is gemaakt omdat effectief toezicht en een veilige re-integratie van ex-justitiabelen veelal het resultaat is van de combinatie van inspanningen en interventies door verschillende partijen. Dit is nog meer van toepassing bij delinquenten met een psychische stoornis en mogelijk ook voor toezicht op de langere termijn.

Voordat verder wordt ingegaan op de onderzoeksvragen en -methoden in paragraaf 1.4 en 1.5, worden eerst de drie onderdelen van de Wlt besproken, zodat helder is welke veranderingen daarmee teweeg zijn gebracht (paragraaf 1.3).

---

<sup>5</sup> MAPPA staat voor 'Multi Agency Public Protection Arrangements'. MAPPA is een brits model. Bij de MAPPA-aanpak werken verschillende organisaties verplicht samen om daders van seksuele en gewelddelicten in de maatschappij te managen. Hierbij kan gedacht worden aan de politie, het gevangeniswezen, de reclassering maar ook zorgverleners, de kindbescherming, woningbouwcorporaties en de Britse variant van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV; zie [www.mappa.justice.gov.uk](http://www.mappa.justice.gov.uk) voor meer informatie).

<sup>6</sup> Kort gezegd, de *what works*-benadering stelt dat interventies moeten voldoen aan een strenge wetenschappelijke kwaliteitstoetsing. Daarnaast stelt deze benadering dat behandelprogramma's ter voorkoming van terugval in delictgedrag moeten aansluiten bij de risico's, behoeften en responsiviteit van de betrokkene. Dit worden ook wel de Risk, Need en Responsivity (RNR) principes genoemd (Andrews, Bonta & Hoge, 1990; Bonta & Andrews, 2007). Zie verder paragraaf 1.6.

### 1.3 De Wet langdurig toezicht

De Wlt bestaat uit drie onderdelen. Per onderdeel zijn de aangebrachte wijzigingen, de verwachte (extra) duur van het toezicht en het aantal te verwachten justitiabelen beschreven. Hiermee kan worden geschat welke extra werklast de Wlt voor de reclassering met zich meebrengt. Twee andere wetten hebben hier mogelijk ook impact op. De eerste is dat de Minister voor Rechtsbescherming bezig is met een wetsvoorstel waarin het schenden van justitieel toezicht en het onttrekken aan vrijheidsbeneming strafbaar gaat worden (*Kamerstukken II, 2019-2020, 29 279, nr. 546*). De tweede is de Wet Straffen en Beschermen, de nieuwe wet v.i., die inmiddels in werking is getreden (*Wsenb; Staatsblad, 2020*). De Wsenb regelt onder meer dat v.i. is gemaximeerd tot twee jaar. Het verlengen van de proeftijd bij v.i. zoals door de Wlt mogelijk is geworden, blijft daarbij onverminderd van kracht (*Kamerstukken II 2018/19, 35 122, nr. 3, p. 32*).

De Wlt omvat drie onderdelen:

- 1 Ongemaximeerde duur van de VB van de tbs-maatregel met bevel tot verpleging van overheidswege (art. 38j wetboek van strafrecht [Sr])<sup>7</sup>
- 2 Twee veranderingen in de proeftijd bij de v.i. (art. 6:1:18 lid 2 wetboek van strafvordering [Sv]):
  - a De minimumduur van de proeftijd van de bijzondere voorwaarden is gelijkgetrokken met de minimumduur van de proeftijd bij de algemene voorwaarden en is daarmee altijd ten minste één jaar;
  - b Verlengmogelijkheden van de proeftijd bij de voorwaardelijke invrijheidstelling
- 3 De introductie van een zelfstandige toezichtmaatregel, de GVM (art. 38z Sr)

Hieronder wordt elk onderdeel kort nader toegelicht.<sup>8</sup>

#### 1.3.1 Ongemaximeerde duur van de VB

De tbs-maatregel heeft tot doel het beschermen van de maatschappij, door daders met een psychische stoornis eerst te behandelen voordat zij terugkeren in de maatschappij. De maatregel wordt opgelegd indien de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen dat eist (art. 37a lid 1 Sr). Er zijn twee typen tbs-maatregel: de tbs-maatregel met voorwaarden (tbs-vw) en de tbs-maatregel met verpleging. De tbs-maatregel (art. 37a lid 1 Sr) met verpleging (art. 37b lid 1 Sr) houdt een gedwongen opname in een forensisch psychiatrisch centrum (fpc) in. De tbs-maatregel (art. 37a lid 1 Sr) met voorwaarden (art. 38 lid 1 Sr) omvat geen gedwongen opname in een fpc, wel worden voorwaarden verbonden aan het gedrag, zoals behandeling door een deskundige en een verplichting tot het innemen van medicijnen (art. 38a lid 1 Sr). De tbs-maatregel met verpleging kan ongemaximeerd en gemaximeerd van duur zijn, afhankelijk van het gepleegde delict.<sup>9</sup>

<sup>7</sup> Hierna wordt voor 'maatregel terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege' de term 'tbs-maatregel met verpleging' of tbs-verpleging gebruikt.

<sup>8</sup> Voor meer informatie over de beleidstheorie achter de Wlt, zie Nagtegaal (2020b).

<sup>9</sup> De duur van de tbs-maatregel gaat een periode van vier jaar niet te boven, tenzij er een geweldsdelict is gepleegd. De gemaximeerde tbs met verpleging duurt maximaal vier jaar en kan worden opgelegd in geval van delicten die niet gericht zijn tegen of gevaar veroorzaken voor de onaantastbaarheid van het lichaam van een of meer personen, kortom geen geweldsmisdrijf zijn (art. 38e lid 1 Sr). Wanneer het delict wel een geweldsmisdrijf betreft, is de tbs met verpleging niet gemaximeerd. De eerste termijn van de tbs-maatregel is altijd twee jaar (art. 38d lid 1 Sr). Op vordering van de OvJ kan de tbs-maatregel telkens met 1 of 2 jaar worden verlengd door de rechter, indien er nog gevaar van de tbs-gestelde uitgaat (art. 38d lid 2).



Aan het einde van het intramurale behandeltraject in een fpc kan de verpleging bij de tbs-maatregel voorwaardelijk worden beëindigd (art. 6:6:10 lid 1c jo. 6:6:10 lid 2 Sv). Dit houdt in dat de tbs-gestelde niet langer in het gesloten fpc verblijft, maar buiten de kliniek woont en zich aan bepaalde voorwaarden dient te houden. De tbs-maatregel (art. 37a lid 1 Sr) is nog van kracht, alleen het bevel tot verpleging (art. 37b lid 1 Sr) is voorwaardelijk beëindigd. De reclassering houdt toezicht op deze voorwaarden. Voorbeelden van veelvoorkomende voorwaarden zijn het verplicht meewerken aan reclasseringstoezicht, het volgen van ambulante behandeling en het beperken of verbieden van het gebruik van alcohol en/of drugs (Nagtegaal et al., 2017). Een gemaximeerde tbs-maatregel kan ook voorwaardelijk worden beëindigd. Echter, de maximale duur van de gemaximeerde tbs van vier jaar is volgens recente jurisprudentie van de Hoge Raad inclusief eventuele perioden van VB en hervatting van de verpleging (ECLI:NL:HR:2020:282). Daarmee kan de VB van een tbs-gestelde met een gemaximeerde tbs *niet* onbeperkt worden verlengd.<sup>10</sup>

In het eerste onderdeel van de Wlt is de maximumduur van de VB komen te vervallen. De maximumduur van de VB was negen jaar, maar de VB kan nu telkens worden verlengd (oud art. 38j lid 2 en 3 Sr zijn vervallen). Dit onderdeel van de Wlt is in werking getreden op 1 januari 2017 en geldt voor alle tbs-gestelden die op of na deze datum met VB starten.<sup>11</sup> De VB volgt na uitspraak van de rechter, die ambtshalve, op vordering van de officier van justitie (OvJ) of op verzoek van de raadsman (art. 38g lid 1 Sr) tot VB kan beslissen. Tevens kan de rechter de verpleging van overheidswege voorwaardelijk beëindigen na een onafgebroken periode van twaalf maanden proefverlof (art. 6:6:10 lid 3 Sv). De initiële duur van de VB is één of twee jaar. Op vordering van het OM kan de VB sinds de inwerkingtreding van de Wlt telkens met één dan wel met twee jaar worden verlengd (art. 38j Sr). De OvJ wint voorafgaand aan een verlengingszitting advies in bij de kliniek over de voortgang van de behandeling. Er is geen VB mogelijk als er geen gevaar meer is (zie bijvoorbeeld de uitspraak van het Hof Arnhem-Leeuwarden, waarin volgens de rechters door een te laag risico op geweld niet wordt voldaan aan het vereiste voor verlenging van de tbs-maatregel [ECLI:NL:GHARL:2014:1669]). De tbs-maatregel kan immers alleen worden verlengd als er nog wordt voldaan aan het gevaarscriterium: indien de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen die verlenging eist (art. 38d lid 2 Sr). Aangezien de tbs-maatregel doorloopt of wordt verlengd bij de VB, is het gevaarscriterium ook bij de verlenging van de VB van belang. Door de periodieke rechterlijke toets van de tbs-gestelde met VB, elk jaar of elke twee jaar (op vordering van de OvJ), is er volgens de wetgever voldoende waarborg dat de VB met de komst van de Wlt niet langer duurt dan nodig en tevens proportioneel is (*Kamerstukken II* 2013/14, 33 816, nr. 3).

<sup>10</sup> Deze uitspraak van de HR was op 18 februari 2020. Het Hof Arnhem-Leeuwarden had in de betreffende zaak geoordeeld dat de maximale termijn van de gemaximeerde tbs-maatregel wordt berekend zonder perioden van VB en hervatting van de verpleging (ECLI:NL:GHARL:2019:4219), maar de Hoge Raad heeft geoordeeld dat deze uitleg blijk gaf van een onjuiste rechtsopvatting. Een hervatting van de verpleging kan plaatsvinden na een ernstige schending van de voorwaarden van de VB en betekent dat de tbs-gestelde, meestal in een ander fpc, opnieuw wordt verpleegd (art. 6:6:10 lid 1e Sv). In de Wlt is niet beschreven hoe met de VB in geval van een gemaximeerde tbs moet worden omgegaan.

<sup>11</sup> Daarmee is voldaan aan het rechtsbeginsel van rechtszekerheid, tbs-gestelden die op 1 januari 2017 al met VB waren, zijn uitgezonderd. Dit betekent niet dat het per definitie om tbs-gestelden moet gaan die op of na 1 januari 2017 voor de eerste keer met VB gaan. Het kan voorkomen dat een tbs-gestelde voor de tweede keer of soms nog vaker met VB gaat, na een eerdere hervatting van de verpleging bijvoorbeeld. Als hij na een nieuwe behandel poging opnieuw met VB gaat en deze VB start op of na 1 januari 2017, dan komt deze persoon eveneens in aanmerking voor de ongemaximeerde VB. Verder geldt dat ook tbs-gestelden die oorspronkelijk een tbs-maatregel met voorwaarden (tbs-vw) hebben gekregen een ongemaximeerde VB kunnen krijgen. Dit kan zich voordoen als de betrokkene zich niet aan de voorwaarden houdt en een omzetting van de tbs-vw in een tbs-maatregel met verpleging volgt (art. 6:6:10 lid 1e Sv). Indien na een periode van verpleging en na 1 januari 2017 een VB wordt uitgesproken, komt deze tbs-gestelde eveneens in aanmerking voor de ongemaximeerde VB.

### **Duur, verwachte aantal en termijn van de verwachte effecten**

Zowel Drost et al. (2016) als Nagtegaal (2020b) hebben bekeken voor hoeveel tbs-gestelden langdurig toezicht via de ongemaximeerde VB naar verwachting van toepassing gaat zijn (zie ook tabel 1.1 onderaan paragraaf 1.2.3). Volgens Drost et al. (2016) is dit percentage 'nihil' (p. 13). De onderzoekers kwamen tot deze conclusie, omdat de respondenten in hun onderzoek aangaven in de praktijk maar weinig tbs-gestelden te zien die langer dan vier jaar met VB zijn.<sup>12</sup> Ook Nagtegaal (2020b) verwacht dat de ongemaximeerde VB voor maar weinig tbs-gestelden van toepassing zal zijn, gezien de beperkte gemiddelde duur van de VB tot dan toe (gemiddeld 771 dagen in 2019; de range van de duur is niet bekend).<sup>13</sup> Ondanks dat zij concludeerde dat drie groepen tbs-gestelden (met een ongemaximeerde tbs-maatregel, met meerdere VB's en met tbs met voorwaarden die wordt omgezet in een tbs-verpleging) met een totale omvang van (destijds) 2.718 personen potentieel in aanmerking komt voor de ongemaximeerde VB, zal een aanzienlijk aantal van hen rekenend met een gemiddelde behandelduur van acht jaar inmiddels zijn uitgestroomd. Hoeveel van deze potentiële doelgroep daadwerkelijk langdurig met VB zal zijn, is niet bekend. Nu er geen of nauwelijks tbs-gestelden worden verwacht voor wie de VB langer dan negen jaar zal duren, wordt er tevens verwacht dat deze wetswijziging geen of nauwelijks extra inzet van de toezichthouders zal vergen. Ten slotte is van belang hier op te merken dat de eerste tbs-gestelde die mogelijk in aanmerking komt voor een verlenging van de VB van langer dan negen jaar, niet voor 1 januari 2027 kan worden verwacht, namelijk negen jaar na de eerste mogelijke toepassing van deze nieuwe bepaling.

#### **1.3.2 Veranderingen in de proeftijd bij v.i.**

De v.i. houdt in dat een veroordeelde na het uitzitten van een gedeelte van zijn gevangenisstraf onder bepaalde voorwaarden kan vrijkomen en kan deelnemen aan de maatschappij. De v.i. is alleen voor veroordeelden tot een geheel onvoorwaardelijke gevangenisstraf van één jaar of meer (art. 6:2:10 lid 1 Sv). Veroordeelden die naast een onvoorwaardelijke gevangenisstraf een deels voorwaardelijke straf opgelegd hebben gekregen, komen niet in aanmerking voor v.i.. Veroordeelden tot een één tot twee jaar durende vrijheidsbenemende straf komen in aanmerking voor v.i. nadat een jaar en een derde van het strafrestant is ondergaan (art. 6:2:10 lid 1a Sv). Veroordeelden tot een gevangenisstraf van meer dan twee jaar, komen in aanmerking voor v.i. nadat twee derde van de vrijheidsstraf is ondergaan; echter de periode van v.i. duurt niet langer dan twee jaar (art. 6:2:10 lid 1b Sv). Deze laatste bepaling geldt sinds de invoering van de Wsenb (*Staatsblad*, 2020, 2021). Dit heeft tot onder meer gevolg dat gedetineerden aan wie een gevangenisstraf van zes jaar of meer is opgelegd later met v.i. gaan, zij moeten immers een groter deel van de gevangenisstraf in de gevangenis uitzitten dan voorafgaand aan de Wsenb. De Wsenb heeft ook impact op het startmoment van de tbs-maatregel in geval van een combinatiestraf, want deze is gekoppeld aan het moment van v.i. en geldt daarmee ook voor tbs-gestelden.<sup>14</sup>

<sup>12</sup> In de expertmeeting zaten de reclasseringsorganisaties (3RO), het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB), het Openbaar Ministerie (OM), de zittende magistratuur (ZM), de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI, inclusief vertegenwoordiging van Directie Forensische Zorg) en de Politie.

<sup>13</sup> In een ander WODC-onderzoek wordt deze range momenteel onderzocht. De resultaten worden half 2024 verwacht.

<sup>14</sup> Dit gebeurt op basis van artikel 6.4 Besluit forensische zorg (dat art. 42 Penitentiaire maatregel heeft vervangen): 'De plaatsing in een instelling aangewezen voor de verpleging van ter beschikking gestelden van een veroordeelde tot gevangenisstraf, die tevens de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege is opgelegd, geschiedt indien het ten uitvoer te leggen gedeelte van de

De Wsenb geldt alleen voor onherroepelijke veroordelingen vanaf 1 juli 2021, wat betekent dat personen die voor 1 juli 2021 een onherroepelijke gevangenisstraf van langer dan één jaar opgelegd hebben gekregen, nog met v.i. gaan onder de oude regeling. Deze kan daarmee nog lang van kracht zijn.<sup>15</sup> Tijdens de v.i. loopt de proeftijd, die duurt zolang er nog strafrestant is. Bijvoorbeeld, in geval van een onvoorwaardelijke gevangenisstraf van drie jaar, start de v.i. na twee jaar en is het strafrestant en de proeftijd daarmee één jaar (3 min 2=1). Gedurende de proeftijd geldt altijd de algemene voorwaarde dat er geen strafbare feiten mogen worden gepleegd (art. 6:2:11 lid 1 Sv), daarnaast kunnen bijzondere voorwaarden gelden (art. 6:2:11 lid 3 Sv). Indien er bijzondere voorwaarden zijn verbonden aan de v.i., dan gelden van rechtswege bovendien twee andere voorwaarden: de betrokkene moet meewerken aan het vaststellen van zijn identiteit (art. 6:2:11 lid 2a Sv) en de betrokkene moet meewerken aan het reclasseringstoezicht, waaronder huisbezoeken (art. 6:2:11 lid 2b Sv). Voorbeelden van veelvoorkomende bijzondere voorwaarden tijdens v.i. zijn de meldplicht bij de reclassering, behandeling door een deskundige of zorginstelling, een middelenverbod gecombineerd met een onderzoeksplicht (controle daarop) en voorwaarden over begeleid wonen of maatschappelijke opvang (Uit Beijerse et al., 2018).

Er zijn met de Wlt twee wijzigingen in de proeftijd bij de v.i. van kracht geworden. In de eerste nieuwe bepaling bij de v.i. onder de Wlt is de minimumduur van de proeftijd voor de bijzondere voorwaarden gelijkgetrokken met die van de algemene voorwaarde (art. 6:1:18 lid 2 Sv). De proeftijd voor de algemene voorwaarde was al minimaal een jaar en deze minimumduur geldt daarmee met de inwerkingtreding van de Wlt ook voor de bijzondere voorwaarden. Deze bepaling geldt voor alle v.i.-gestelden.

De tweede nieuwe bepaling in de proeftijd van de v.i. die met de Wlt in werking is getreden, betreft de introductie van verlengmogelijkheden van de proeftijd. Bij alle veroordeelden die met v.i. gaan, kan de proeftijd *eenmalig* met maximaal twee jaar worden verlengd en bij zeden- en zware geweldsdelinquenten zoals omschreven in artikel 38z lid 1 Sr kan de proeftijd *telkens* met maximaal twee jaar worden verlengd (art. 6:1:18 lid 2 Sv).<sup>16</sup> De wetgever heeft zich daarnaast nog expliciet uitgesproken over de toepasbaarheid van het telkens verlengen van de proeftijd bij twee specifieke groepen van daders, namelijk terroristen en uitreizende zedendelinquenten (*Handelingen Tweede Kamer* 2013/14, 33 816, nr. 105-9, *Kamerstukken II* 2019/20, 31 015, nr. 162; zie ook paragraaf 1.4.3). Met uitreizende zedendelinquenten worden zedendelinquenten bedoeld die zijn veroordeeld voor zedendelicten tegen minderjarigen en mogelijk in het buitenland opnieuw slachtoffers kunnen maken (zie *Kamerstukken II* 2019/20, 31 015, nr. 162, p. 1-2). Beide groepen daders vallen gezien de reikwijdte van de Wlt al onder de wet, maar de wetgever hechtte eraan deze subgroepen expliciet te benoemen.

---

gevangenisstraf is ondergaan'. In de MvT bij de Wsenb is toegelicht dat met het 'ten uitvoer te leggen gedeelte van de gevangenisstraf' de datum v.i. wordt bedoeld (*Kamerstukken II* 2009/10, 32 319, nr. 3, p. 32-33).

<sup>15</sup> Een veroordeelde tot de maximale tijdelijke (niet levenslange) gevangenisstraf van 30 jaar op 30 juni 2021 valt daarmee nog onder de oude v.i.-regeling en komt na 20 jaar in aanmerking voor v.i., in 2041.

<sup>16</sup> In artikel 38z lid 1c Sr is uiteengezet om welke delicten het gaat. Naast veroordelingen tot een gevangenisstraf of een gevangenisstraf waarvan een gedeelte niet zal worden ten uitvoer gelegd, gaat het ook om veroordelingen wegens een terroristisch misdrijf of een misdrijf ter voorbereiding of vergemakkelijking van een terroristisch misdrijf (sinds 1 januari 2023), dan wel om enige betrokkenheid bij kindporno (bezit, verspreiding, et cetera; art. 240b Sr), ontucht met een minderjarige (art. 248c Sr), iemand onder de 16 jaar met ontuchtig oogmerk getuige laten zijn van seksuele handelingen (art. 248d Sr), online *grooming* met persoon onder de 16 jaar (art. 248e Sr), opzettelijk bevorderen of teweegbrengen van ontucht tussen een kind met een derde (art. 250 Sr), mensenhandel (art. 273f Sr), en afpersing (art. 317 Sr).

Het criterium op basis waarvan de eenmalige verlenging van de proeftijd kan plaatsvinden is in de wet niet gespecificeerd (zie ook Nagtegaal, 2020b). Voor het *telkens* verlengen van de proeftijd is wel een wettelijk criterium opgenomen, dat bestaat uit twee gronden (art. 6:1:18 lid 2 Sv):

- 1 indien er ernstig rekening mee moet worden gehouden dat de veroordeelde zeden- of zware geweldsdelinquent, zoals omschreven in de bepalingen bij de GVM (art. 38z aanhef en onder b en c Sr), wederom een misdrijf zal begaan dat gericht is tegen of gevaar veroorzaakt voor de onaantastbaarheid van het lichaam van een of meer personen of
- 2 indien dit ter voorkoming van ernstig belastend gedrag jegens slachtoffers of getuigen noodzakelijk is, kan de rechter, op vordering van het OM, de proeftijd telkens met ten hoogste twee jaren verlengen.

Hiermee is de proeftijd bij v.i. voor deze groep veroordeelden te verlengen zonder dat daar een maximumduur aan is verbonden. Hoewel wettelijk gezien telkens verlenging mogelijk is, moet er wel sprake zijn van een strafresistant om tot verlenging over te kunnen gaan. Als het strafresistant is uitgezeten, kan de v.i. niet meer worden verlengd. De rechter is degene die, op vordering van de OvJ, de v.i. kan verlengen, zowel eenmalig als telkenmale.

Ten aanzien van de eerste verlengingsgrond gaat het om een *actueel* recidiverisico op een misdrijf dat gevaar veroorzaakt voor de onaantastbaarheid van het lichaam van één of meer personen. Dit recidiverisico moet blijken uit een reclasseringsadvies dat een risicotaxatie omvat (*Kamerstukken I* 2015/16, 33 816 D). Ten aanzien van de tweede verlengingsgrond heeft de wetgever aangegeven dat het aan de rechter is om te bepalen wat gekwalificeerd kan worden als 'ernstig belastend' (*Kamerstukken I* 2015/16, 33 816 D, p. 28). Verder zegt de wetgever daarover: 'Factoren die de rechter daarbij onder meer zal betrekken, zijn de frequentie van gedragingen en de indringendheid ervan, de aard van gedane uitlatingen en de omstandigheden waaronder deze zijn gedaan, maar ook objectieve hoedanigheden van het slachtoffer als leeftijd of handicap kunnen hierbij een rol spelen' (*Kamerstukken I* 2015/16, 33 816 D, p. 29).

### **Duur, verwachte aantal en termijn van de verwachte effecten**

Ten aanzien van het gecombineerde effect van de verlengmogelijkheden van de v.i. en het gelijktrekken van de duur van de bijzondere voorwaarden met de duur van de algemene voorwaarden, gingen Drost et al. (2016) uit van een gemiddelde extra toezichtduur van 2,5 jaar per v.i.-gestelde. Hierbij namen zij aan dat de v.i. eenmaal zal worden verlengd (zie ook tabel 1.1 onderaan paragraaf 1.3.3).<sup>17</sup> Uit Beijerse et al. (2018) verwachtten eveneens dat de gemiddelde duur van de v.i.'s aanzienlijk zou gaan toenemen met deze bepaling in de Wlt. Uit hun onderzoek bleek dat de gemiddelde duur van de bijzondere voorwaarden in 2012-2016 gemiddeld 561 dagen was (Uit Beijerse et al., 2018). Nagtegaal (2020b) vond een iets lagere gemiddelde duur van de v.i.'s met bijzondere voorwaarden in 2018 en 2019, van 423 dagen (SD=110), maar dit betrof destijds 53% van de v.i.'s, de relatief snel beëindigde v.i.'s, waarmee dit aantal als tussentijds moet worden beschouwd. In de impactanalyse van Drost et al. (2016) is geen uitspraak gedaan over de verwachte omvang van de doelgroep voor wie het gelijktrekken van de minimale duur van de proeftijd van de bijzondere voorwaarden met de minimale duur van de proeftijd van de algemene

<sup>17</sup> De impactanalyse van Drost et al. (2016) vond plaats voor de implementatie van de Wsenb, waarmee er in hun berekeningen geen rekening is gehouden met een eventuele impact van die wijzigingen in de proeftijd.

voorwaarden zou kunnen gaan gelden. Wel stelden zij te verwachten dat de verlenging van de v.i. én de oplegging van de GVM samen tachtig personen per jaar zou betreffen (range 70-90). Ook zouden volgens hen maximaal 20 GVM's worden opgelegd per jaar, waarmee de range van personen die in aanmerking zou komen voor verlenging van de v.i. 50-70 personen is. Daarnaast schatten zij dat van 30% van de zedendelinquenten en van 10% van de geweldsdelinquenten met een gevangenisstraf van één jaar of meer de v.i. verlengd zou worden. Nagtegaal (2020b) verrichtte een aanvullende analyse op de C&R-data waaruit bleek dat in 535 zaken een onvoorwaardelijke gevangenisstraf van een jaar of meer was opgelegd. Dit zou betekenen dat bij maximaal 214 van deze personen sprake zal zijn van verlenging van de v.i. dan wel van oplegging van de GVM (40% van 535). Dit onderdeel van de Wlt is op 1 januari 2018 in werking getreden, waarmee de eerste gelijktrekking en verlenging van de v.i. theoretisch gezien één jaar later kon plaatsvinden: 1 januari 2019.

### 1.3.3 De GVM

De GVM is een nieuwe, zelfstandige toezichtmaatregel die met de Wlt is geïntroduceerd (art. 38z Sr jo. 6:6:23a tot en met 6:6:23f Sv). De GVM is bedoeld voor zeden- of zware geweldsdelinquenten en dient ter bescherming van de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen (art. 38z lid 1 Sr; *Kamerstukken II 2013/14*, 33 816, nr. 3). De GVM kan ambtshalve of op vordering van de OvJ worden opgelegd en alleen aan veroordeelden tot een tbs-maatregel of een (deels) onvoorwaardelijke gevangenisstraf, op het moment dat de rechter deze gecombineerde staf en/of maatregel ook oplegt. Kenmerkend voor de GVM is verder dat er sprake is van een voor het strafrecht unieke tweetrapsraket: de oplegging van de GVM betekent niet noodzakelijkerwijs de tenuitvoerlegging van de GVM (*Handelingen Tweede Kamer*, 2013/14, 33 816, nr. 105-9, p. 10). Eerst wordt de gecombineerde gevangenisstraf en/of tbs-maatregel tenuitvoergelegd, vervolgens wordt tegen het einde van die sancties bekeken of tenuitvoerlegging van de GVM nog noodzakelijk is. Indien de rechter, op vordering van de OvJ, hiertoe besluit, bepaalt hij gelijktijdig de duur van de maatregel en de voorwaarden die hij eraan verbindt. Deze wijziging van de wet is op 1 januari 2018 van kracht geworden en kan daarmee worden opgelegd in geval van delicten gepleegd op of na die datum. Hieronder volgen kort nog wat meer details over de twee fasen van de tweetrapsraket en over de mogelijkheid tot verlenging.

#### Oplegging GVM

De eerste trap betreft de oplegging van de GVM. Zoals gezegd kan de GVM alleen worden opgelegd aan veroordeelden tot een tbs-maatregel of tot een (deels) onvoorwaardelijke gevangenisstraf wegens een zeden- of zwaar geweldsdelict (art. 38z lid 1a-c Sr). Bij tbs-gestelden kan het gaan om een tbs met voorwaarden (art. 38z lid 1a Sr) of een tbs-maatregel met verpleging, al dan niet gemaximeerd; hoewel die laatste combinatie gezien de al potentieel ongemaximeerde duur daarvan minder voor de hand ligt. De GVM kan niet in combinatie met een geheel voorwaardelijke gevangenisstraf worden opgelegd, wel met een (deels) voorwaardelijke gevangenisstraf.<sup>18</sup> Als een GVM wordt gecombineerd met een (deels voorwaardelijke) gevangenisstraf, dient het misdrijf een strafdreiging van vier jaar of meer met zich

<sup>18</sup> Het verduidelijken van de toepassing van de GVM bij een deels voorwaardelijke gevangenisstraf wordt meegenomen in het nieuwe wetboek van strafvordering. Eind 2023 heeft de consultatiefase plaatsgevonden, hierna volgen verdere voorbereidingen tot herziening voordat dit naar de Raad van State en Tweede Kamer wordt gestuurd.

mee te brengen (art. 38z lid 1b Sr). De GVM is ook mogelijk in geval van een kortere strafdreiging, te weten bij vijf typen zedendelicten (zie voetnoot 15), bij mensenhandel en afpersing (art. 38z lid 1c Sr) en, sinds 1 januari 2023, in geval van een terroristisch misdrijf of een misdrijf ter voorbereiding of vergemakkelijking van een terroristisch misdrijf (middels een wijziging in art. 38z lid 1c Sr; *Staatsblad*, 2022a en 2022b).<sup>19</sup>

Ondanks dat de GVM kan worden opgelegd aan alle veroordeelden tot een tbs-maatregel of een gevangenisstraf wegens een zeden- of zwaar geweldsdelict, acht de wetgever de GVM in het bijzonder van toepassing voor vijf groepen delinquenten (Nagtegaal, 2020a; *Kamerstukken II* 2013/14, 33 816, nr. 3; *Kamerstukken II* 2019/20, 31 015, nr. 162):

- 1 Delinquenten die een tbs-vw opgelegd krijgen;
- 2 Delinquenten die een gemaximeerde tbs opgelegd krijgen;
- 3 Bij weigerende verdachten aan wie een gevangenisstraf is opgelegd;
- 4 Bij terroristen;
- 5 Bij uitreizende zedendelinquenten.

De eerste twee kaders zijn bij wet van gemaximeerde duur, waardoor de mogelijkheid bestaat dat er nog toezicht of behandeling nodig is, terwijl het justitiële kader is afgelopen. De wetgever achtte deze situatie onwenselijk (*Kamerstukken II* 2013/14, 33 816, nr. 3). De gemaximeerde tbs duurt maximaal vier jaar en de tbs-vw is gemaximeerd tot negen jaar (zie eerder). Een GVM in combinatie met een tbs-vw kan er volgens de wetgever voor zorgen dat alsnog behandeling en toezicht mogelijk is na ommekomst van deze vier dan wel negen jaar (*Kamerstukken II* 2013/14, 33 816, nr. 3, p. 10). Volgens de wetgever kan de GVM ook de effectiviteit van de tbs-vw versterken, omdat een justitiabele die naast tbs-vw ook een GVM opgelegd heeft gekregen, extra wordt gemotiveerd mee te werken aan de tbs-vw om daarmee langer toezicht in de vorm van de GVM te voorkomen.

Weigerende verdachten zijn verdachten van een strafbaar feit die niet willen meewerken aan een gedragskundig onderzoek. Een gedragskundig onderzoek kan nodig zijn om te bepalen of al dan niet sprake was van een psychische stoornis ten tijde van het plegen van het delict. Door weigeren kan de situatie ontstaan dat er geen behandeling kan worden opgelegd, zoals een tbs-maatregel, maar enkel een gevangenisstraf. Dit is onwenselijk bij het deel van de weigerende verdachten dat wel behandeling nodig heeft (Nagtegaal, 2018a, 2018b, 2019). De GVM maakt behandeling in dergelijke gevallen alsnog mogelijk, als aan het einde van de gecombineerde sanctie hiertoe een noodzaak blijkt. Het weigeren van gedragskundig onderzoek leidt niet altijd tot het ontlopen van behandeling of een tbs-maatregel, omdat in een deel van de zaken genoeg andere informatie voorhanden is om vast te stellen of een dader behandeling nodig heeft of niet. Zo wordt in eerste aanleg aan 24% van de weigerende verdachten uit 2012-2016 alsnog een tbs-maatregel opgelegd (Nagtegaal, 2018b). In een ander WODC-onderzoek wordt momenteel bekeken hoeveel tbs-maatregelen er aan weigerende observandi uit 2017-2021 zijn opgelegd. De resultaten daarvan worden midden 2024 verwacht (Nagtegaal & Van den Broek, 2024).

Daders van een terroristisch misdrijf zijn, zoals gezegd, onlangs toegevoegd aan de lijst van delicten waarvoor een GVM kan worden opgelegd. Ook voor die tijd vielen

<sup>19</sup> Hoewel de GVM ook voor die tijd gezien de reikwijdte van de wet al aan plegers van een terroristisch misdrijf kon worden opgelegd, hechtte de wetgever eraan dit in de wet te expliciteren.



deze delicten al binnen het bereik van de GVM en is de GVM opgelegd aan verschillende veroordeelden voor een terroristisch misdrijf: zes in 2020 (Nagtegaal, 2022) en acht in 2021 (Nagtegaal & Van den Broek, 2023). En ook voorafgaand aan januari 2023 is voor deze groep daders door de wetgever de potentiële meerwaarde van de GVM aangeduid. Deze zou liggen in de mogelijkheid om enerzijds gedragsbeïnvloedende en anderzijds vrijheidsbeperkende voorwaarden op te leggen. De gedragsbeïnvloedende voorwaarden zouden de weerbaarheid tegen radicalisering versterken alsmede de verspreiding van die radicalisering inperken. De vrijheidsbeperkende maatregelen zouden de kans dat opnieuw terroristische misdrijven worden gepleegd verminderen, doordat bijvoorbeeld middels een uitreisverbod een (poging tot) een (tweede) uitreis sneller gesignaleerd wordt (*Handelingen II* 2013/14, 33 816, nr. 105-9; *Kamerstukken II* 2018/19, 29 754, nr. 523). Voor de uitreizende zedendelinquenten subgroep zou de GVM kunnen werken door de uitreis mogelijkheden naar het buitenland te beperken, aldus de wetgever (zie *Kamerstukken II* 2019/20, 31 015, nr. 162, p. 1-2).

De GVM kan ambtshalve door de rechter of op vordering van de OvJ worden opgelegd (art. 38z lid 1 Sr). Indien de OvJ de GVM vordert, dient hij een reclasseringsadvies over te leggen (art. 38z lid 2 Sr), dat overigens geen *positief* advies tot een GVM hoeft te zijn (het mag ook negatief zijn), als er maar een reclasseringsrapport is (*Kamerstukken I* 2015/2016, 33 816, nr. D, Hof Den Haag [ECLI:NL:GHDHA:2019:3205], bevestiging door de Hoge Raad op 1 juni 2021 [ECLI:NL:HR:2021:770]).

### **Tenuitvoerlegging en verlenging GVM**

In de tweede trap van de 'tweetrapsraket' dient de OvJ, als zij daartoe aanleiding ziet, een vordering tot tenuitvoerlegging van de GVM in. Deze vordering moet uiterlijk dertig dagen voor de beëindiging van de tbs-maatregel, dan wel de (verlengde) proeftijd, dan wel de tenuitvoerlegging van de vrijheidsstraf (als er geen sprake is van v.i.) zijn ingediend (art. 6:6:23a lid 1 Sv).<sup>20</sup> Anders dan bij de oplegging van de GVM, kan de rechter de tenuitvoerlegging van de GVM niet ambtshalve gelasten. Als de OvJ de tenuitvoerlegging van de GVM niet vordert, vervalt deze dan ook van rechtswege (art. 6:6:23a lid 4 Sv). In de wet zijn twee gronden voor het bevel tot de tenuitvoerlegging van de GVM gespecificeerd:

- 1 indien er ernstig rekening mee moet worden gehouden dat de veroordeelde wederom een misdrijf zal begaan waarvoor de rechter een GVM kan opleggen (art. 6:6:23b lid 1a Sv); of
- 2 indien dit noodzakelijk is ter voorkoming van ernstig belastend gedrag jegens slachtoffers of getuigen (art. 6:6:23b lid 1b Sv).

Bij de beslissing tot tenuitvoerlegging van de GVM zijn de actuele omstandigheden van de betrokkene en in het bijzonder het actuele recidiverisico doorslaggevend (*Kamerstukken II* 2013/14, 33 816, nr. 3). Na afgifte van de last tot tenuitvoerlegging van de GVM door de rechter, stelt de rechter tevens de voorwaarden vast (art. 6:6:23b lid 2 Sv) en bepaalt hij de initiële duur van de GVM, die twee, drie, vier of vijf

<sup>20</sup> Het OM is in een later ingediende vordering niettemin ontvankelijk indien het aannemelijk maakt dat dit noodzakelijk is ter voorkoming van ernstig belastend gedrag jegens slachtoffers of getuigen (art. 6:6:23a lid 2 Sv). Het moment waarop een vordering tot tenuitvoerlegging van de GVM moet worden ingediend in geval van een deels voorwaardelijke gevangenisstraf wordt eveneens verduidelijkt in de wet (op het moment van schrijven is nog niet helemaal helder hoe, mogelijk wordt dit ook meegenomen in de Innovatiewet Strafvordering).

jaar kan zijn (art. 6:6:23b lid 5 Sv).<sup>21</sup> Overigens zijn met de GVM tevens vier nieuwe niet eerder wettelijk gespecificeerde voorwaarden in de wet opgenomen: het verbod op vrijwilligerswerk van een bepaalde aard, de beperking van het recht om Nederland te verlaten, een vestigingsverbod in een bepaald gebied en een verhuisplicht. Deze voorwaarden zijn inmiddels ook opgenomen in de opsomming van voorwaarden die aan de v.i. kunnen worden verbonden (art. 6:2:11 Sv).

De eventuele verlenging van de GVM verloopt op vergelijkbare wijze als het proces tot tenuitvoerlegging. Op vordering van de OvJ (art. 6:6:23c lid 1 Sv), met overlegging van een reclasseringsadvies door de OvJ (art. 6:6:23c lid 3 Sv) en na een rechterlijke toets kan de GVM telkens worden verlengd met twee, drie, vier of vijf jaar (art. 6:6:23c Sv). De gronden voor verlenging zijn hetzelfde als die voor de tenuitvoerlegging van de GVM:

- 1 indien er ernstig rekening mee moet worden gehouden dat de veroordeelde wederom een misdrijf zal begaan waarvoor de rechter een GVM kan opleggen; of
- 2 indien dit noodzakelijk is ter voorkoming van ernstig belastend gedrag jegens slachtoffers of getuigen (art. 6:6:23c lid 1a en b Sv).

De GVM kan telkens verlengd worden en is niet gebonden aan een maximumduur.<sup>22</sup> Indien de voorwaarden van de GVM door de betrokkene niet worden nageleefd kan de rechter vervangende hechtenis bevelen (art. 6:6:23b lid 6 Sv juncto art. 38w Sr). De rechter bepaalt in het vonnis de duur van de vervangende hechtenis voor iedere keer dat niet aan de maatregel wordt voldaan. De vervangende hechtenis bedraagt ten minste drie dagen en ten hoogste zes maanden (art. 38w lid 3 Sr) en de GVM loopt niet gedurende de tijd dat de veroordeelde rechtens zijn vrijheid is ontnomen en gedurende de tijd dat hij uit zodanige vrijheidsontneming ongeoorloofd afwezig was (art. 6:6:23c lid 4 Sv jo. art. 38w lid 4 Sr). De GVM of de voorwaarden daarbij kunnen door de rechter ambtshalve, op verzoek van de veroordeelde of op vordering van het OM worden gewijzigd of opgeheven (art. 6:6:23d Sv). De betrokkene kan hoger beroep instellen bij de beslissing tot tenuitvoerlegging van de GVM, de verlenging van de GVM en de beslissing tot opheffing of wijziging van de maatregel of de daarbij gestelde voorwaarden (art. 6:6:23f Sv).

### **Duur, verwachte aantal en termijn van de verwachte effecten**

De extra periode onder toezicht met een GVM werd gemiddeld op vier jaar geschat (Drost et al., 2016). Drost et al. (2016) baseerden zich op de antwoorden van respondenten tijdens een expertmeeting en gingen daarbij uit van de aanname dat een GVM eenmalig zou worden verlengd. Naar verwachting krijgt volgens Drost et al. (2016) maximaal twintig personen per jaar een GVM opgelegd. Nagtegaal (2020b) berekende dat bij maximaal 214 personen sprake zal zijn van verlenging van de v.i.

<sup>21</sup> Voorwaarden van de GVM kunnen zijn (art. 6:6:23b lid 2a tot en met 2n Sv): (a) een verbod op het gebruik van verdovende middelen of alcohol en de verplichting ten behoeve van de naleving van dit verbod mee te werken aan bloedonderzoek of urineonderzoek; (b) opneming van de veroordeelde in een zorginstelling; (c) een verplichting zich onder behandeling te stellen van een deskundige of zorginstelling; (d) het verblijven in een instelling voor begeleid wonen of maatschappelijke opvang; (e) het deelnemen aan een gedragsinterventie; (f) een verbod vrijwilligerswerk van een bepaalde aard te verrichten; (g) andere voorwaarden, het gedrag van de veroordeelde betreffende; (h) een verbod zich op of in de directe omgeving van een bepaalde locatie te bevinden; (i) een verbod contact te leggen of te laten leggen met bepaalde personen of instellingen; (j) een verplichting op bepaalde tijdstippen of gedurende een bepaalde periode op een bepaalde locatie aanwezig te zijn; (k) een verplichting zich op bepaalde tijdstippen te melden bij een bepaalde instantie; (l) een beperking van het recht om Nederland te verlaten; (m) een verbod zich te vestigen in een bepaald gebied; (n) de plicht te verhuizen uit een bepaald gebied.

<sup>22</sup> Volgens de wetgever is de proportionaliteit van de maatregel en het niet onnodig langer voortduren ervan gewaarborgd in de periodieke rechterlijke toets (*Kamerstukken II* 2013/14, 33 816, nr. 3).



dan wel van oplegging van de GVM. Schattingen van het aantal tenuitvoerleggingen van de GVM zijn door beiden niet gegeven.

**Tabel 1.1 Wlt-modaliteiten, verwachte aantallen, extra duur onder toezicht en de termijn van de verwachte effecten**

Modaliteit	Verwachte aantal	Verwachte extra duur toezicht	Termijn van de verwachte effecten <sup>a</sup>
Ongemaximeerde VB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nihil (Drost et al., 2016),</li> <li>Nauwelijks tot geen (Nagtegaal, 2020b)</li> </ul>	Geen (Drost et al., 2016), geen tot nauwelijks (Nagtegaal, 2020b)	Vanaf 1-1-2026
Gelijktrekken v.i.	Gemiddeld 1.101 v.i.-gestelden gestart in 2016 t/m 2020 ( <a href="https://www.om.nl/org/ansatie/ressortsparket/centrale-voorziening-voorwaardelijke-invrijheidstelling-cvv.i">https://www.om.nl/org/ansatie/ressortsparket/centrale-voorziening-voorwaardelijke-invrijheidstelling-cvv.i</a> ; geraadpleegd 14 juni 2023)	Gemiddeld 2,5 jaar, samen met verlengen v.i. (Drost et al., 2016)	Vanaf 1-1-2018
Verlengen v.i.& GVM	<ul style="list-style-type: none"> <li>70-90, samen met de GVM en maximaal 50-70 (communicerende vaten, Drost et al., 2016)</li> <li>maximaal 214 personen, samen met de GVM (Nagtegaal, 2020b)</li> </ul>	Gemiddeld 4 jaar (Drost et al., 2016)	Gemiddeld na 4 jaar (i.c.m. gevangenisstraf of gemaximeerde tbs), 5,2 jaar (i.c.m. tbs-vw), of 13 jaar (i.c.m. ongemaximeerde tbs)

a Zie Nagtegaal (2020b), tabel 5

## 1.4 Onderzoeksvragen

Zoals vermeld in paragraaf 1.2 kent het onderzoek drie doelen:

- 1 Bepalen van effectieve toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan voor het houden van langdurig(er) toezicht op ernstige zeden- en geweldsdelinquenten en (ex-)tbs-gestelden.
- 2 Bepalen van de overeenkomsten en verschillen tussen de kenmerken van effectief langdurig toezicht en de manier waarop de reclassering en de ketenpartners toezicht houden in de praktijk.
- 3 Bepalen van de manier waarop langdurig(er) toezicht gemonitord kan worden.

Hiervoor zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

- 1 Welke effectieve toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan zijn er voor het houden van langdurig toezicht op ernstige zeden- en geweldsdelinquenten en (ex-) tbs-gestelden?

- 2 Wat zijn de veronderstelde werkzame mechanismen van de toezicht/behandelprogramma's?
  - a Welke veronderstelde werkzame mechanismen zijn daarbij uniek voor langdurig toezicht?
- 3 Welke overeenkomsten en verschillen zijn er tussen de effectieve toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan zoals gebleken uit onderzoeksvraag 1 voor toezicht op de langere termijn en de manier waarop toezicht op de langere termijn in de praktijk van bij toezicht betrokken partijen wordt vormgegeven?
  - a Welke aanbevelingen kunnen daarbij worden opgesteld voor de reclasseringswerkers?
  - b Welke aanbevelingen kunnen daarbij worden opgesteld voor de overige betrokken partijen?
- 4 Hoe kan langdurig toezicht bij de verschillende betrokken partijen gemonitord worden?

Uit de beantwoording van onderzoeksvraag 1 zal blijken welke toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan effectief zijn voor langdurig toezicht. Ook zal verkend worden wat de veronderstelde werkzame mechanismen achter de toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan zijn (vraag 2). Hierbij gaat het zowel om programma's of elementen daarvan die lang duren, als ook om programma's of elementen daarvan waarvan de effectiviteit op de lange duur is onderzocht, dus met een lange follow-up termijn (zie ook paragraaf 1.6.1). Er wordt in ieder geval gedacht deze te vinden vanuit verschillende perspectieven:

- Het maatschappelijk perspectief: de hoogte van de recidive (het aantal keer dat gerecidiveerd wordt) en de ernst van de recidive;
- Vanuit theoretisch perspectief: de kwaliteitsindicatoren die blijken uit onderzoek naar theorieën over toezicht, zoals de *what works* principes<sup>23</sup>;
- Vanuit organisatorisch perspectief: medewerkerstevredenheid, impact van het langdurig toezicht op de *caseload* van toezichthouders, documentatie van contact bij langdurig toezicht, voldoende en voldoende opgeleide medewerkers, de kwaliteitsnormering die door de reclassering zelf wordt gehanteerd, voldoende tijd en geld om (kern)taken uit te voeren;
- Vanuit het perspectief van de justitiabelen: kans op wisselingen van toezichthouders, heldere communicatie, voortvarendheid, beleving van het toezicht<sup>24</sup>;
- Wetgeversperspectief: kwaliteitseisen voor strafrechtelijke interventies zoals snelheid, zekerheid, strengheid en rechtsgehalte (*Kamerstukken II 2013/14*, 33 816, nr. 3).

In vraag 3 wordt bekeken welke effectief gebleken toezicht-/behandelprogramma's op de langere termijn in Nederland al worden toegepast en welke nog niet. Tot slot wordt bekeken welke mogelijkheden voor monitoring er zijn (vraag 4). In een later stadium wordt in overleg met het beleidsdepartement nader bepaald of en zo ja hoe en met welke frequentie langdurig toezicht in de toekomst wordt gemonitord.

<sup>23</sup> Theorieën die mogelijk een rol spelen in dit onderzoek zijn uitgelegd in paragraaf 1.6.2.

<sup>24</sup> Boone (2019) spreekt binnen dit kader over een paradoxaal aspect van toezicht. Toezicht zou de schijn hebben van een gunst dat in de plaats komt van een echte straf, terwijl het voor de betrokkene wel degelijk kan worden ervaren als leedtoevoeging, omdat toezicht in de praktijk een steeds punitiever karakter heeft gekregen.

## 1.5 Methoden

### 1.5.1 Operationalisatie belangrijke begrippen

#### **Toezicht**

Onder toezicht wordt het gehele traject van re-integratie van een justitiabele verstaan: het toezicht dat door de reclassering wordt gehouden, maar ook behandelprogramma's, trainingen, interventies of cursussen die tijdens het toezicht plaatsvinden. Het betreft alleen toezicht 'aan de achterdeur', als sluitstuk van een gevangenisstraf en/of tbs-maatregel. Het ziet daarmee op de extramurale fase, inclusief het voorwaardelijk kader (voorwaardelijke invrijheidstelling, voorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel met verpleging en vergelijkbaar).

#### **Duur toezicht**

Voor het huidige onderzoek is eerst bepaald wat als langdurig toezicht kan worden beschouwd. De onderzoekers zijn uitgegaan van de gemiddelde cijfers van de toezichtkaders die in het huidige onderzoek centraal staan en aan het begin van het onderzoek bekend waren. Dit zijn gemiddeld 595 dagen VB in 2016 (DJI, 2021) en gemiddeld 561 dagen v.i. met bijzondere voorwaarden in 2012-2016 (Uit Beijerse et al., 2018), beide zo'n 1,5 jaar.<sup>25</sup> Tevens heeft overleg met de begeleidingscommissie plaatsgevonden. Hieruit zijn de volgende definities naar voren gekomen om de duur van toezicht te classificeren: een zeer korte duur (tot en met 2 maanden), korte duur (3 t/m 5 maanden), medium duur (6 t/m 11 maanden), enigszins lange duur (12 t/m 23 maanden), lange duur (24 t/m 36 maanden), en zeer lange duur (36+ maanden). Deze classificaties van de duur van het toezicht gelden ook voor de duur van de follow-up periode (FUP; zie hieronder). Onder de FUP verstaan we de periode na afloop van de interventie waarin het effect van de interventie mogelijk voortduurt.

#### **Toezicht en follow-up periode**

Om een duidelijk onderscheid te maken tussen de duur van het toezicht/de interventie en de duur van de follow-up periode na het toezicht/de interventie, is telkens expliciet vermeld om welke duur het gaat.

#### **Gebruikte statistische begrippen en hun betekenis**

Bij het registreren van de resultaten uit de meta-reviews zijn de resultaten significant beschouwd bij een  $p$ -waarde ( $p$ = 'probability' of kans), kleiner dan 0,05. Dit betekent dat de kans dat het gevonden resultaat niet waar is, kleiner dan 5% is. Daarbij wordt de effectgrootte met bijbehorend significantieniveau gerapporteerd alsook het betrouwbaarheidsinterval, uitkomsten van de heterogeniteitstoets en het bijbehorend significantieniveau. Deze begrippen houden het volgende in:

- Significant effect: een effect waarbij met een bepaald percentage van zekerheid, meestal 95%, kan worden gezegd dat dit effect juist is.
- Betrouwbaarheidsinterval (*confidence interval* [CI]): de gevonden resultaten liggen tussen een bepaalde minimale en maximale waarde, niet op 1 getal.
- Heterogeniteitstoets: de mate waarin de resultaten van de individuele studies onderling overeenkomen. Bij een hoge mate van heterogeniteit, zit er veel verschil in de resultaten tussen de individuele studies.  $I^2$  en  $Q$  zijn veelvoorkomende statistische aanduidingen hiervoor. De mate van overeenkomst tussen de

<sup>25</sup> Inmiddels is bekend dat de gemiddelde duur van de VB is toegenomen naar 827 dagen in 2020 (DJI, 2021).

resultaten van de individuele studies is te toetsen. Als deze toets significant is, betekent dat dat de resultaten van de individuele studies onderling verschillen.

- *Odds ratio (OR)*: de verhouding tussen de kans dat een bepaalde gebeurtenis zich voordoet in een bepaalde groep, vergeleken met de kans dat deze gebeurtenis zich voordoet in een andere groep. Als de *OR* groter is dan 1, dan is de kans groter dat de gebeurtenis zich in die bepaalde groep voordoet t.o.v. dat de gebeurtenis zich in een andere groep voordoet. Als de *OR* kleiner is dan 1, dan is de kans niet groter dat de gebeurtenis zich voordoet in een bepaalde groep t.o.v. een andere groep.
- *Relative Risk/rate ratio (RR)*: de verhouding tussen twee absolute risico's (de verhouding tussen het aantal keer dat iets voorvalt in een groep en het totale aantal van de groep).
- *Mean Difference (MD)*: het absolute verschil tussen de gemiddelden van twee groepen.
- *Standardized Mean Difference (SMD)*: het absolute verschil tussen de gemiddelden van twee groepen gedeeld door de standaarddeviatie van alle metingen. Op deze manier kunnen mean differences worden vergeleken.
- *Adjusted Standardized Mean Difference (ASMD)*: het gecorrigeerde absolute verschil tussen de gemiddelden van twee groepen gedeeld door de standaarddeviatie van alle metingen.

### 1.5.2 *Meta-review*

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is een meta-review naar langdurig toezicht verricht. In een meta-review worden de resultaten uit systematische reviews en meta-analyses samengevat. In systematische reviews en meta-analyses zijn al de resultaten van verschillende individuele onderzoeken gebundeld. Een individueel onderzoek is één onderzoek waarin de relatie tussen A en B is onderzocht. Door de systematische reviews en meta-analyses samen te vatten in huidige meta-review, is het mogelijk relatief snel van vele onderliggende individuele studies de resultaten te bezien en te analyseren. Bijvoorbeeld, de eerste review heeft 10 onderliggende individuele studies beschreven en de tweede review heeft er 15 beschreven. In de meta-review is het mogelijk direct het geaggregeerde resultaat van de 25 onderliggende individuele studies te geven.

Er is zoals gezegd gekeken naar toezicht/behandelprogramma's die aan de achterkant plaatsvinden, dat wil zeggen, na afloop van een straf en/of maatregel. Het oorspronkelijke idee was om alleen studies te selecteren die expliciet zagen op een lange toezichtduur (twee jaar of meer). Dit bleek echter te resulteren in een zodanig klein aantal reviews en meta-analyses dat ook toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan die zien op een kortere termijn zijn meegenomen.

De significante en niet-significante resultaten van alle toezicht/behandelprogramma's zijn overzichtelijk gemaakt, waardoor er inzicht is gekomen in de toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan die effectief zijn in de zin van recidivereductie<sup>26</sup> of die een ander positief effect hebben. De reviews en meta-analyses die wel aan de in- en exclusiecriteria voldeden, maar alleen niet-significante resultaten hadden, zijn opgenomen in bijlage 5. Er is nadrukkelijk ook gekeken naar de overige mogelijke positieve effecten van toezicht, zoals het verminderen of stabiel houden van symptomen van psychische stoornissen, de kwaliteit van leven, het hebben van werk en/of inkomen, het aantal opgenomen dagen in het ziekenhuis, et

<sup>26</sup> Meestal gaat het in de gerapporteerde resultaten om het aantal recidives (de frequentie), niet om de ernst daarvan.

cetera. Vanuit de toezicht/behandelprogramma's die werkzaam blijken te zijn, is vervolgens gekeken naar de veronderstelde werking van deze programma's of elementen daarvan. Dit kunnen werkzame mechanismen zijn op organisatieniveau, in de interactie tussen professionals en cliënten en in de mate waarin de programmaprincipes door de toezichthouders in de praktijk worden toegepast. Hieronder zijn de in- en exclusiecriteria en de gebruikte methoden nader omschreven.

### **In- en exclusiecriteria**

Er is voor dit rapport alleen literatuur meegenomen die bestaat uit:

- Toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan, behandelprogramma's of elementen daarvan die intramuraal beginnen en extramuraal doorlopen, en volledig extramuraal behandelprogramma's na afloop van een eerder intramuraal traject; waarbij het gaat om toezicht en/of behandeling 'aan de achterkant', te weten na afloop van de straf of maatregel, inclusief het voorwaardelijk kader (voorwaardelijke invrijheidstelling, voorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel met verpleging en vergelijkbaar).
- Hierbij zijn expliciet ook programma's meegenomen die zien op voor de resocialisatie belangrijk geachte leefgebieden (bijvoorbeeld huisvesting, inkomen, arbeid). Programma's of elementen daarvan die dienen als alternatieven voor een straf en/of maatregel (*diversion*) zijn uitgesloten van het onderzoek. Studies naar alleen elektronische monitoring zijn eveneens niet meegenomen, als EM onderdeel was van een groter programma is dit wel meegenomen.

De onderzoekspopulatie bestaat uit volwassen onder toezicht gestelden die in de doelgroep van de Wlt vallen, te weten (ex-)justitiabelen die een gevangenisstraf van één jaar of meer en/of een tbs-maatregel hebben gehad en/of een psychische stoornis hebben; in het kort: de Wlt-populatie. Onder volwassen wordt 18 jaar en ouder en jonger dan 75 jaar verstaan.<sup>27</sup>

De toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan gericht op de volgende stoornissen in, of symptomen van stoornissen zijn meegenomen, welke zijn gebaseerd op de meest voorkomende stoornissen in de Wlt-populatie (Appelman et al., 2021; Nagtegaal et al., 2017):

- Middelengebruik/-misbruik;
- Psychotische stoornissen;
- Persoonlijkheidsstoornissen;
- Seksuele stoornissen (zoals pedofiele stoornis);
- Ontwikkelingsstoornissen die mogelijk verband houden met delictgedrag:
  - verstandelijke beperking;
  - pervasieve ontwikkelingsstoornissen (bijvoorbeeld autismespectrumstoornissen);
  - aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitstoornis (ADHD);
- Depressie;
- Agressie(regulatie)problematiek;
- Gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis, sociale angststoornis.

Psychiatrische stoornissen die zijn onderzocht als comorbide stoornis of symptoom bij een fysieke aandoening zijn uitgesloten, zoals depressie bij patiënten met diabetes of met epilepsie. Studies over de behandeling van bacteriën en virussen bij personen die

<sup>27</sup> Onderzoeken die alleen zien op expliciet de oudere populatie (> 75 jaar), zijn niet meegenomen.

drugs gebruiken zijn eveneens uitgesloten, zoals de behandeling van het humaan immunodeficiëntievirus (HIV) en hepatitis A. Interventies die toezien op de behandeling van psychiatrische problematiek middels voeding zijn ook uitgesloten, net als de behandeling (ter voorkoming van) van bijwerkingen van psychotropica. De seizoensgebonden depressie (*Seasonal Affective Disorder*) en de bipolaire stoornis zijn eveneens uitgesloten. Tot slot zijn studies naar medicijnen tegen de bijwerkingen van medicijnen om drugsgebruik te verminderen eveneens uitgesloten van deze meta-review.

De review of meta-analyse is ook meegenomen als er een mix van bovengenoemde inclusiecriteria van leeftijden, populaties en/of stoornissen is onderzocht in de onderliggende individuele studies, maar alleen als ten minste 50% van de totale populatie van de review en/of meta-analyse aan de eisen voldeed. Als dit niet duidelijk was uit de review of meta-analyse, zijn de onderliggende studies op deze kenmerken onderzocht. Dit gebeurde eerst afzonderlijk door twee onderzoekers en vervolgens in consensus.

### **Systematisch onderzochte reviews en meta-analyses**

Er zijn alleen systematisch verrichtte reviews en meta-analyses meegenomen. Een review of meta-analyse is als systematisch beschouwd als 1) tenminste twee voor de onderzoeksvraag relevante databases zijn onderzocht; 2) de zoektermen, zoekstrategie, het onderzoeksdesign en de in- en exclusiecriteria in het artikel zijn beschreven en deze bovendien als relevant worden beschouwd voor de onderzoeksvraag, ten slotte 3) de review of meta-analyse aandacht besteed aan de kwaliteit van individuele studies. Deze criteria zijn gebaseerd op onderdelen van AMSTAR II (bijlage 2; Shea et al., 2017), een tool waarmee de kwaliteit van een review of meta-analyse kan worden bepaald (zie hieronder bij kwaliteit van de reviews en meta-analyses). Verder zijn alleen reviews en meta-analyses meegenomen die gepubliceerd zijn tussen 1 januari 2000 en 7 februari 2022, waarbij er gebruik is gemaakt van een controlegroep, en die is geschreven in het Engels of Nederlands. Tevens zijn er geen boekhoofdstukken meegenomen. Sommige reviews en meta-analyses geven enkel een omschrijving in woorden en niet in statistiek of aggregeren de resultaten niet in een overkoepelende uitkomstmaat, deze zijn daarmee uitgesloten. Vanwege de schaarste van de gevonden literatuur over langdurig toezicht is daarop één uitzondering gemaakt en zijn tevens de niet-geaggregeerde resultaten van individuele studies uit de reviews en meta-analyses meegenomen indien deze betrekking hebben op individuele studies naar specifiek langdurig toezicht (langer dan twee jaar).

### **Kwaliteit van de reviews en meta-analyses**

AMSTAR II is een instrument dat kan worden gebruikt bij het lezen van een review of meta-analyse (Shea et al., 2017). Het instrument beoogt in kaart te brengen of een review of meta-analyse systematisch is verricht. Daartoe zijn 16 items opgesteld, die met ja, nee, of gedeeltelijk ja kunnen worden beantwoord. Sommige items hebben meer antwoordcategorieën en sommige items bestaan uit meerdere onderdelen. Volgens de auteurs van het instrument is het nadrukkelijk niet de bedoeling om met de 16 items tot een eindcijfer te komen. In plaats daarvan raden zij andere wetenschappers aan zelf tot een beoordeling te komen van de voor hen relevante items. In het huidige onderzoek is er om die reden voor gekozen sommige items als cruciaal te beschouwen in de selectie van de reviews en meta-analyses. Deze items zijn noodzakelijk om voldoende methodologische kwaliteit te garanderen en gelden daarmee als inclusie criterium. Andere items zijn minder cruciaal en worden alleen

beschouwd als beschrijvende items. De items die als inclusiecriteria zijn gebruikt, gaan over de onderzoeksvraag en inclusiecriteria (1), het verrichten van een volledige literatuurzoektocht (4), het dubbel en in consensus uitvoeren van de selectie van individuele studies (5), het dubbel en in consensus verrichten van de data-extractie (6), het beschrijven van de geïnccludeerde individuele studies (8), en het meten van de potentiële impact van het risico van bias in de individuele studies (12). Deze items zijn verwerkt in de inclusiecriteria dan wel selectieronden van de reviews en meta-analyses (zie hieronder). Ook zijn van alle reviews en meta-analyses alle AMSTAR-items gescoord (zie bijlage 2).

### **Zoektermen en databases**

De relevante zoektermen voor de huidige meta-review zijn bepaald aan de hand van de zoektermen die werden gebruikt door de auteurs van eerdere WODC-rapporten naar toezicht (De Kogel & Nagtegaal, 2008; Van der Horst et al., 2012; Schönberger & De Kogel, 2012). Ook zijn deze besproken met de begeleidingscommissie bij het onderzoek. Er zijn twee zoektochten verricht.

In de eerste zoektocht zijn de volgende zoektermen gebruikt: *long-term case-management; long-term post-release supervision; long-term aftercare; long-term monitoring; long-term post-release monitoring; long-term community care; long-term community treatment; long-term probation; long-term parole, long-term post-detention; long-term post-incarceration; long-term post-prison; long-term post-release; long-term out-patient commitment; long-term re-entry; long-term intensive supervision*. Deze zoektermen zijn telkens gecombineerd met het woord 'review'.

In de tweede zoektocht zijn de volgende zoekopdrachten gebruikt: *back-door supervision, back-door intensive supervision, post-release supervision, aftercare, back-door monitoring, post release monitoring, back-door community care, back-door community treatment, probation, parole, post-detention, post-incarceration, post-prison, post-release, re-entry, conditional release, supervised discharge, back-door supervision, back-door intensive supervision, post-release supervision, aftercare, back-door monitoring, post release monitoring, back-door community care, back-door community treatment, case management, out-patient commitment*. Ook deze zoekopdrachten zijn telkens gecombineerd met 'review' en vervolgens met (*length OR duration OR long-term*) en met (*efficien\* OR quality OR effect\**). Door het op verschillende manieren combineren van dubbele aanhalingstekens in beide zoektochten zijn verschillende zoekopdrachten gemaakt. Zo leverde de zoekterm 'long-term intensive supervision' bijvoorbeeld drie zoekopdrachten op: (*long-term intensive supervision AND review*), (*long-term'intensive supervision' AND review*) en (*'long-term intensive supervision' AND review*). In totaal zijn er 273 *searches* geweest en zijn 9.473 artikelen gescreend. De zoektochten zijn verricht op de volgende databases, waarbij is gekeken naar het voorkomen van deze zoektermen in de titel, *abstract* en trefwoorden van artikelen:

- Scopus ([www.scopus.com](http://www.scopus.com))
- Wiley ([www.onlinelibrary.wiley.com](http://www.onlinelibrary.wiley.com))
- Pubmed ([www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov))
- Web of Science ([www.webofknowledge.com](http://www.webofknowledge.com))

Daarnaast zijn de catalogi van de Campbell Collaboration ([www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org)) en van Cochrane ([www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)) geraadpleegd. Beide zijn netwerken van wetenschappers die bevorderen dat

wetenschappelijke publicaties op systematische wijze worden verzameld en worden gebundeld tot systematische (meta-)reviews en publiceren deze studies op hun websites. Vanuit de website van de Campbell Collaboration zijn alle publicaties tussen 1 januari 2000 tot en met 7 februari 2022 verzameld. Uit de Cochrane catalogus zijn omwille van de efficiëntie eerst de relevante (sub)topics geselecteerd, omdat veel van de gepubliceerde artikelen zien op enkel het medische (en niet het justitiële) domein. De relevantie (sub)topics zijn door twee auteurs (JK en MN) in overeenstemming geselecteerd. De geselecteerde (sub)topics zijn: *Mental health, Developmental, psychosocial and learning problems, Tobacco, drugs and alcohol, General health, well-being, Effective practice/health system, Schizophrenia, Depression, Anxiety, Effective practice, Mental health in general, Bipolar, Mood, Delirium, Self-harm, Obsessive-compulsive, Impulse control, Delusional disorder, Sexual, gender, Adjustment disorders, Sexual dysfunction, Psychosocial problems, General sexual health, Development, Psychosocial, Learning, Tobacco, drugs, alcohol, Public health, Professional education, other, en Learning*. De verzamelde publicaties uit de Cochrane catalogus zijn gepubliceerd tussen 1 januari 2000 en 7 februari 2022. Vervolgens zijn alle titels gescreend.

Tevens is gebruik gemaakt van de referentielijsten van publicaties om nieuwe artikelen te vinden (sneeuwbalmethode). Nadat de verzameling van artikelen was afgerond, zijn de artikelen aan de hand van in- en exclusiecriteria in vier selectierondes beoordeeld. De beoordeling van alle artikelen is door twee onafhankelijke onderzoekers verricht (combinaties van de auteurs), waarna in een consensusbespreking werd besloten welke artikelen werden meegenomen. Dit gebeurde aan de hand van de toepassing van bovenstaande in- en exclusiecriteria van het onderzoek in verschillende selectierondes, die hieronder nader aan de orde komen.

### Selectierondes

Er zijn vier selectierondes geweest (zie figuur 1.1). In de eerste selectieronde zijn de gevonden artikelen beoordeeld op relevantie aan de hand van een *quickscan* van de titel en de samenvatting. Studies die niet binnen de range van het onderzoek vielen, vielen af. Studies waarvan de titel en de samenvatting niet genoeg informatie bevatten om een oordeel te vellen over de relevantie ervan, zijn doorgeslagen naar de tweede screeningsronde. In de tweede selectieronde zijn de reviews en meta-analyses beoordeeld middels een *quickscan* van de *full-text*. Als toegang tot de *full-text* niet mogelijk was, zijn de auteurs van het desbetreffende artikel benaderd via Researchgate.<sup>28</sup> Van elk artikel is vastgelegd of:

- Het type toezicht relevant is, op basis van AMSTAR II, items 1 en 8;
- De populatie relevant is;
- De review/meta-analyse systematisch is verricht;
- De duur van het toezicht is genoemd;
- Er 1 of meerdere controlegroepen zijn, op basis van AMSTAR II, items 1 en 8;
- Er een uitkomstmaat is genoemd; en
- Er ten minste 1 meta-analytische uitkomstmaat is.

Studies die hieraan voldeden gingen mee naar de derde selectieronde. In deze selectieronde is nogmaals bekeken of de studies systematisch waren verricht, door vast te leggen of de volgende aspecten zijn gespecificeerd:

<sup>28</sup> Researchgate is een online platform waarop wetenschappers een persoonlijk profiel kunnen aanmaken. Ook kunnen publicaties worden gedeeld.



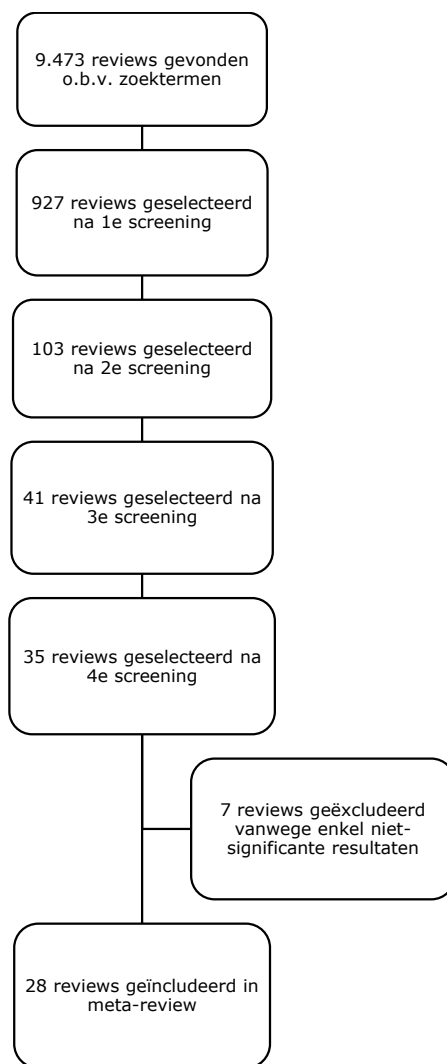
- De zoektermen;
- De onderzochte databases;
- De in- en exclusiecriteria;
- De beschrijving van het onderzoeksdesign; en
- De kwaliteit van de primaire studies.

In de vierde selectieronde zijn de individuele studies geraadpleegd indien de auteurs van de review of meta-analyse het type toezicht en de populatie niet voldoende beschrijven. Van elke individuele studie werd vastgelegd of:

- De gemiddelde leeftijd van de populatie tussen de 18 en 65 jaar was;
- En zo ja, welke psychiatrische problematiek de populatie had en of deze relevant was voor het huidige onderzoek;
- Het toezicht plaatsvond aan de achterkant;
- De populatie een specifieke herkomst had (bijvoorbeeld veteranen, mensen zonder vaste woon- of verblijfplaats);
- De duur van het toezicht/de behandeling werd beschreven.

Uiteindelijk zijn 28 reviews en meta-analyses geselecteerd in deze meta-review, met daarin 28 toezicht/behandelprogramma's.

**Figuur 1.1 Selectie van relevante reviews en meta-analyses**



### **Vastleggen kenmerken en resultaten van de reviews**

Het vastleggen van de kenmerken en resultaten van geïncludeerde studies is in wisselende samenstellingen van onderzoekers gedaan waarbij meestal één onderzoeker de resultaten vastlegde en een andere onderzoeker de resultaten controleerde. Bij een significant effect is tevens beschreven wat het veronderstelde werkzame mechanisme is. Op programmaniveau is gerapporteerd wat volgens de auteurs indicatoren voor het succes dan wel falen zijn en welke aanbevelingen er zijn gedaan.

Aangezien er geen programma's zijn gevonden die zagen op de gehele Wlt-populatie, maar wel programma's die op delen van de Wlt-populatie zien, zijn ook die reviews en meta-analyses meegenomen. De onderzoekers hebben daarbij vier deelpopulaties betrokken: toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen zonder aanvullende problematiek, toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een psychische stoornis, toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij

justitiabelen met verslavingsproblematiek, en toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij verschillende leefgebieden, zoals huisvesting en werk. De resultaten zijn ook op die manier gecategoriseerd, programma's die onderzocht zijn bij een algemene groep justitiabelen, staan onder die subparagraaf en zo verder.

### 1.5.3 *Literatuur, focusgroepen of interviews*

Om onderzoeksvragen 3 en 4 te beantwoorden, is literatuur over toezicht in Nederland gezocht. Daarnaast was het de bedoeling om verschillende focusgroepen of interviews te houden met reclasseringsmedewerkers, uit verschillende delen van het land, die ervaring hebben met houden van langdurig(er) toezicht. Hierbij zou de vraag centraal staan of zij de resultaten van de meta-review herkennen en of en zo ja welke (niet) programma's of elementen daarvan zij al toepassen in de praktijk en of zij daar nog aanvullingen op hebben. Daarnaast zouden focusgroepen of interviews gehouden worden met onder toezicht gestelden die langer (in ieder geval meer dan zes maanden) onder toezicht hebben gestaan. Tevens was het plan om (interne) organisatiestukken van de reclassering in te zien om te bepalen wat het beleid is ten aanzien van lange(r) lopende toezichten. Het is niet mogelijk gebleken de focusgroepen of interviews binnen de termijn van dit onderzoek te houden. De interviews zullen ten behoeve van het eindrapport over de Wlt worden gehouden.

## 1.6 **Toezicht in Nederland**

### 1.6.1 *Achtergrond*

Deze paragraaf dient ertoe kort enkele achtergrondinformatie te schetsen over toezicht in Nederland, zonder daarbij een uitputtende review te schrijven over al het onderzoek dat hiernaar is gedaan. De informatie is gebaseerd op zowel (enig) Nederlands als (enig) buitenlands onderzoek, waarbij zoveel mogelijk is gekeken naar onderzoek dat voor Nederland ook van toepassing is. Dat betekent niet dat de resultaten uit het buitenland zonder meer te generaliseren zijn naar de Nederlandse situatie. Dit betreft bijvoorbeeld de intensiteit van toezicht, dat in de Verenigde Staten sneller als intensief wordt beschouwd dan in Nederland, omdat de standaard *caseload* in de VS hoger ligt dan in Nederland. Naar de populatie die centraal staat in het huidige onderzoek, ernstige zeden- en geweldsdelinquenten al dan niet met psychische problematiek, is echter weinig specifiek onderzoek beschikbaar. Deze paragraaf moet om bovengenoemde redenen als een korte en niet volledige achtergrondschets worden beschouwd.

Zoals eerder vermeld is de reclassering in Nederland de belangrijkste toezichthoudende partij op (ex-)justitiabelen. De reclassering adviseert rechters, OvJ's en gevangenisdirecteuren over justitiabelen, houdt toezicht op onder toezicht gestelden, geeft gedragstrainingen en begeleidt de uitvoering van werkstraffen. Bij toezicht moet een justitiabele zich onder meer aan bepaalde voorwaarden houden, welke worden gemonitord door de reclassering. De reclassering houdt toezicht in verschillende fasen van de rechtsgang en onder verschillende justitiële titels: 1) toezicht als onderdeel van een (gedeeltelijk) voorwaardelijke gevangenisstraf, 2) toezicht als laatste onderdeel van het Penitentiair Programma (PP), 3) toezicht tijdens de voorwaardelijke invrijheidsstelling, 4) toezicht tijdens de schorsing van voorlopige hechtenis, 5) toezicht bij tbs met voorwaarden, en 6) toezicht tijdens de

voorwaardelijke beëindiging van tbs met dwangverpleging (Reclassering Nederland, 2023a).

Ook langdurig toezicht is niet nieuw voor de reclassering. Zo was het voor 2000 zo dat de reclassering al voorafgaand aan de oplegging van de tbs-maatregel contact maakte met de tbs-gestelde (vanaf de in verzekeringstelling), contact dat vaak nog tot geruime tijd na beëindiging van de tbs-maatregel duurde (op basis van de Reclasseringsregeling 1986 [*Staatsblad*, 1986,] en het Reglement tenuitvoerlegging terbeschikkingstelling [*Staatsblad*, 1988]).<sup>29</sup> In een onderzoek naar 'het proces van recidiveren' omschreef Leuw (1999) enkele casussen van recidivisten die door de reclassering waren begeleid. De eerste casus illustreert dit langdurige contact, dat ook zonder een justitieel kader nog voortduurde: 'De reclasseringsmedewerker had de begeleiding van B. van een collega overgenomen, omdat hij dezelfde taal sprak. Hij leerde B. kennen tijdens diens verblijf in de kliniek. Hij werd daar beschouwd als een ideale patiënt, want hij gedroeg zich positief en coöperatief. In werkelijkheid was hij een 'wandelande tijdbom'. Na ontslag was er een wankel evenwicht. De reclasseringsmedewerker ging in het begin, na het ontslag, bijna iedere week bij B. op bezoek en verzorgde de administratie. De reclassering stelde zich ten doel alles wat stress kon veroorzaken bij B. over te nemen. Toch bleek het onmogelijk om de emoties die de familie bij B. opriep te beheersen. De begeleiding werd door de medewerker omschreven als 'vliegeren', daarmee bedoelde hij dat hij continu moest bekijken wat B. wel of niet zelfstandig kon doen en hoe hij daarop reageerde. Hij hield ook na ontslag, dus zonder juridisch kader, contact met B. en bleef hem één keer per maand bezoeken. Ook de plaatselijke politie was op de hoogte van de spanningen tussen B. en zijn familie. Na drie jaar liep een familiebezoek zodanig uit de hand dat hij het slachtoffer te lijf ging en hem zwaar mishandelde. Deze medewerker keek ondanks het recidivedelict met een zekere tevredenheid op de begeleiding terug omdat hij de indruk had dat hij B. er gedurende langere tijd voor kon behoeden om opnieuw een misdrijf te plegen. Ook na de detentie voor het recidivedelict heeft B. nog op eigen verzoek incidenteel contact met de reclassering' (p. 80-81).

Tussen 2000-2004 heeft het programma Terugdringen recidive gedraaid, dat heel bepalend is geweest voor de invulling van het reclasseringstoezicht. Zo zijn in het kader van dat programma onder meer de Recidive Inschattings Schalen (RISc, zie ook verder), gedragsinterventies, nazorg door gemeenten en een beschrijving van het methodisch handelen van reclasseringswerkers ontwikkeld. Ook daarna, vanaf 2009, zijn veranderingen doorgevoerd in het reclasseringstoezicht.<sup>30</sup> Een van die veranderingen is het volgen van het risico van de justitiabele: hoe hoger het risico is dat de justitiabele vormt, hoe intensiever het toezicht moet zijn (het zogenoemde '*resources follow the risk*' principe). Hiertoe zijn drie risiconiveaus bepaald: level 1 is het minst intensieve niveau met 30 uur begeleiding en wordt omschreven als 'adviseren en motiveren'. Level 2 kent 60 uren begeleiding en wordt beschreven als 'ondersteunen en gedragsverandering'. Level 3 wordt omschreven als 'regisseren' en is het meest intensieve niveau met 120 uur begeleiding. Level 1 tot en met 3 komen overeen met de risiconiveaus van de RISc met respectievelijk een laag risico, gemiddeld risico en hoog risico op recidive. De RISc is een risicotaxatie- en adviesinstrument dat de reclassering gebruikt om risico- en beschermende factoren en daarmee de kans op recidive vast te stellen. De RISc wordt in verschillende fases van

<sup>29</sup> In 1997 vervangen door het Reglement verpleging ter beschikking gestelden.

<sup>30</sup> Dit gebeurde in het programma 'redesign toezicht'. Ook hierna zijn verschillende programma's geïmplementeerd, zoals 'Ruim baan' en de 'Professional centraal'. Het voert echter te ver om hier alle ontwikkeling weer te geven. De geïnteresseerde lezer wordt verwezen naar genoemde programma's en naar de reclasseringsacademie. En ook na 2009 heeft de tijd niet stil gestaan en zijn er ontwikkelingen geweest.

het strafproces gebruikt: bij de voorgeleiding aan de rechter-commissaris, tijdens de rechtszitting, tijdens het penitentiair programma, en tijdens een tbs-maatregel of v.i. (Reclassering Nederland, 2023b). In principe is de gedachte bij *resources follow the risk* dat hoe hoger het risico is, hoe meer toezicht er nodig is. In de praktijk spelen ook andere factoren mee, worden de risiconiveaus niet zo strak meegenomen en zien de meeste toezichten op niveau 2 (zie ook Bosker et al., 2022).

Verder wordt er binnen toezicht onderscheid gemaakt tussen monitoren en begeleiding: bij monitoren moet worden gedacht aan het controleren op de naleving van bijzondere voorwaarden en het monitoren van risicosignalen. Begeleiding is gericht op het reduceren van het recidiverisico, het verminderen van de criminogene factoren die bijdragen aan crimineel gedrag van de cliënt en het vergroten van de responsiviteit van de cliënt (Plaisir & Pennekamp, 2009). Veel monitoring betekent niet altijd ook veel begeleiding en vice versa. Daarnaast is de effectiviteit van toezicht ook afhankelijk van andere factoren, zoals de (positieve of negatieve) voltooiing van het toezicht, en van de behandelrelatie tussen cliënt en reclasseringswerker, zelfs bij een laag risico (Plaisir & Pennekamp, 2009). Deze en enkele andere kenmerken van effectief reclasseringstoezicht worden in paragraaf 1.6.4 uiteengezet.

Ook van belang om hier te noemen is de opkomst van het forensisch psychiatrisch toezicht (fpt), een nieuwe vorm van toezicht bij tbs-gestelden die in 2008 landelijk werd ingevoerd. Kenmerkend voor deze vorm van toezicht is dat de reclassering eerder en het fpc langer betrokken zijn bij de uitstroomfase van de tbs-gestelde, zodat beide partijen langer gezamenlijk optrekken (Andreas et al., 2008). Aanleiding voor de implementatie van fpt was het parlementaire onderzoek naar de tbs-maatregel, waarin werd geconcludeerd dat de expertise van de reclassering en de intensiteit van het toezicht tijdens de proefverloffase en de voorwaardelijke beëindiging (VB) van de tbs-maatregel niet toereikend waren (Commissie-Visser, *Kamerstukken II*, 2005/06, 30 250, nr. 4-5). In de meest recente evaluatie van het fpt is onder meer geconcludeerd dat het huidige beleidskader uit 2011 (ministerie van veiligheid en justitie, 2011) verouderd is en er ruimte is voor verbetering rondom fpt, met name tijdens de VB (Pattje, 2021). Zo heeft het huidige personeelsverloop en -tekort in de forensische zorgsector ertoe geleid dat eerder gemaakte afspraken rondom fpt niet meer over de hele linie leidend zijn bij de samenwerking tussen de fpc's en de reclassering. Verder wordt de reclassering veelal tijdig betrokken bij het toezicht, vooral als dit in de eigen regio zal plaatsvinden, maar daarbuiten is dit soms lastig gebleken. Ook concluderen de onderzoekers dat er verschillen zijn in het resocialisatieproces per regio, die mogelijk in de weg staan van verdere optimalisatie van het resocialisatieproces (Pattje, 2021). Om deze conclusies en de bijbehorende aanbevelingen op te volgen heeft de minister aangekondigd een nieuw beleidskader fpt te laten ontwikkelen (*Kamerstukken II*, 2020/21, 33 628, nr. 81). Het nieuwe beleidskader is op het moment van schrijven nog niet ontwikkeld en het is niet bekend wanneer dit wel zal worden geschreven (persoonlijke communicatie 20 maart 2024).

### 1.6.2 Theorieën

Er zijn verschillende theorieën die een rol kunnen spelen in het onderzoek. Het voert te ver om hier een uitputtend overzicht te schetsen, enkele theorieën worden kort genoemd. Het *correctionele continuüm* stelt dat reclasseringsmedewerkers die betrokken zijn bij zedendelinquenten zich bewegen langs een continuüm van rehabilitatie enerzijds en monitoring anderzijds. Op dit continuüm worden vijf ijkpunten onderscheiden: sociale re-integratie, opnieuw begeven in de maatschappij,

het nakomen van de toezichtvoorwaarden, het opvolgen van de wet en het managen van risico's. De vijf ijkpunten hebben ieder een eigen invloed op de uitkomst van het toezicht (Schaefer, 2019). Daarnaast spelen mogelijk andere (internationale) theorieën over reclasseringstoezicht een rol.

Hoewel geen theorie in traditionele zin, zijn de principes die voortkomen uit de *What Works-benadering* wel relevant om hier te noemen. De *what works*-benadering is overgevoegen uit Canada en de Verenigde Staten en stelt onder meer dat interventies moeten voldoen aan een strenge wetenschappelijke kwaliteitstoetsing. Daarnaast stelt deze benadering dat behandelprogramma's ter voorkoming van terugval in delictgedrag in ieder geval moeten aansluiten bij de risico's, behoeften en responsiviteit van de betrokkene. Dit worden ook wel de *Risk, Need en Responsivity* (RNR) principes genoemd (Andrews et al., 1990; Bonta & Andrews, 2007).<sup>31</sup> Het *risk* principe houdt in dat de behandelwijze en -intensiviteit overeenkomt met het recidiverisico dat vanuit de dader gaat. Voor een dader met een hoog recidiverisico is een intensiever en mogelijk andere behandeling nodig dan voor daders met een lager risico. Volgens het *need* principe moet geïntervenieerd worden op de criminogene dynamische risicofactoren die geassocieerd worden met recidive. Het *responsivity* principe houdt in dat de behandeling moet matchen met de (cognitieve) vaardigheden en capaciteiten van de dader.

Volgens Ward et al. (2007) is het toepassen van de RNR-principes bij interventies noodzakelijk maar niet afdoende. In aanvulling pleiten zij voor een holistische benadering dat het *good-lives-model* wordt genoemd (GLM; Ward & Gannon, 2006; kwaliteit van leven). Het *good-lives-model* stelt dat het plegen van criminaliteit een manier is om persoonlijke voldoening te bereiken en dat delinquenten geen of te weinig mogelijkheden hebben om dit op legale en sociaalgeaccepteerde wijze te bereiken. Behandeling zou daarom niet alleen gericht moeten zijn op het reduceren van criminogene risicofactoren, maar ook op het bijbrengen van voldoende vaardigheden, kennis en middelen om persoonlijke voldoening te bereiken. Uit Nederlands onderzoek naar het *kwaliteit van leven-model* blijkt dat meer welbevinden van forensische patiënten gerelateerd is aan een afname van het recidiverisico (Bouman, 2009). Kwaliteit van leven wordt ook wel omschreven als 'het gevoel van welzijn en tevredenheid dat een individu ervaart onder zijn/haar huidige levensomstandigheden'. Het is een multidimensionaal concept, waarbij zowel objectieve als subjectieve indicatoren gebruikt worden om de kwaliteit van leven in kaart te brengen. Subjectieve indicatoren verwijzen naar de cognitieve en affectieve beoordeling van de eigen levensomstandigheden door een individu, tevens gericht op specifieke levensdomeinen, zoals wonen, werk, financiën, relaties en veiligheid' (Bouman, 2009, pp. 154). In een systematische review naar de evidentie achter het GLM van Mallion et al., (2020) is het onderzoek dat zij includeerden verdeeld in twee lijnen, enerzijds onderzoek naar de assumpties van het GLM en anderzijds onderzoek naar de uitkomsten van GLM. Bij beide lijnen zijn weinig onderzoeken geïncludeerd, dus de resultaten moeten met enige voorzichtigheid worden gezien (respectievelijk 12 studies en 5 studies). Voor wat betreft het onderzoek naar de assumpties zijn gemengde resultaten gevonden. Voor wat betreft het onderzoek naar de uitkomsten is gevonden dat interventies gebaseerd op het GLM minstens even effectief zijn als standaard terugvalpreventie programma's in het teweegbrengen van verandering voor en na het programma. Verder blijkt het GLM de motivatie om te veranderen en de mate van verbondenheid aan het programma ('*engagement*') meer te verbeteren dan standaard terugvalpreventieprogramma's. Ook gaven de cliënten aan positief te zijn

<sup>31</sup> Later zijn meer principes toegevoegd, zie bijvoorbeeld Bonta & Andrews (2017).

over het GLM, zij vinden het GLM helpend bij het verbeteren van hun optimisme over de toekomst en bij hun zelfvertrouwen en vertrouwen in anderen. Een belangrijke beperking die de onderzoekers aangeven, is dat er geen studies zijn gevonden waarin de relatie tussen GLM en recidive is onderzocht en er daarmee nog geen conclusie kon worden getrokken over eventuele effecten van GLM op recidive.

Ook de procedurele rechtvaardigheid en de werkaliantie zijn belangrijke theorieën bij toezicht in Nederland. De eerste theorie ziet op een eerlijke en respectvolle benadering van gedetineerden (Lind & Tyler, 1988) en toont aan dat mensen niet alleen behoefte hebben aan een voor hen gunstige uitkomst, bijvoorbeeld een korte gevangenisstraf, maar dat ook de manier waarop tot die uitkomst wordt gekomen, het proces dat daartoe leidt, van groot belang is, bijvoorbeeld dat dit op een respectvolle en eerlijke manier wordt ervaren. Een gebrek aan procedurele rechtvaardigheid is aan verschillende negatieve consequenties verbonden, zoals wanorde in de gevangenis, onveiligheid, gebrek aan motivatie om mee te werken en gewelddadige incidenten (zie bijvoorbeeld Beijersbergen, 2014). Voldoen aan procedurele rechtvaardigheid is juist verbonden aan positieve consequenties als psychologisch welbevinden (zie bijvoorbeeld Liebling, 2011), maar ook vertrouwen in Nederlandse rechters (Ansems, 2022). Ander Nederlands onderzoek laat zien dat deze theorie ook wordt toegepast op reclasseringswerk. Een voorbeeld daarvan is het grootschalige *prison project* waarbij gedetineerden langdurig gevolgd worden om de effecten van detentie op het verdere leven van gedetineerden en hun families te onderzoeken (zie: [www.prisonproject.nl](http://www.prisonproject.nl)). Uit dit onderzoek bleek onder meer dat de ervaren mate van procedurele rechtvaardigheid lijkt door te werken in de strafrechtketen: gedetineerden die de bejegening door de rechter positiever ervaren zijn op een later moment ook positiever over de bejegening door de reclasseringwerker (Van Hall et al., 2022).

De werkaliantie ziet op de verhouding, de relatie, die cliënten en professionals met elkaar aangaan in de context van professionele begeleiding en tevens de kwaliteit daarvan (Menger, 2018; Menger & Donker, 2016). Onderzoek toont onder meer aan dat een goede kwaliteit van de werkaliantie de kans op een goede afronding van het reclasseringstraject vergroot (Menger, 2018; zie verder onder paragraaf 1.6.4).

### 1.6.3 *Kwaliteitsstandaarden, output en uitkomsten van reclasseringstoezicht*

#### **Kwaliteitsstandaarden en output**

Reclassering Nederland hanteert zelf een aantal standaarden waaraan de kwaliteit van het toezicht moet voldoen.<sup>32</sup> De kwaliteitsstandaarden vormen de kaders voor het professioneel handelen en moeten bijdragen aan het behalen van de output (Reclassering Nederland, 2016):

- 1 Het toezicht start op tijd binnen een bepaalde termijn. Als dit niet mogelijk is, moet worden ingezet op het minimaliseren van risico's.
- 2 Er is een effectieve werkaliantie tussen de cliënt en toezichthouder. Dit betekent een open houding van de toezichthouder naar de cliënten, vertrouwen in de mogelijkheid tot verandering, en het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt.
- 3 Goede overeenstemming tussen cliënt en toezichthouder over de doelen en aanpak van het toezicht.

<sup>32</sup> Overigens zijn er meer kaders op basis waarvan de reclassering haar werk invult. Momenteel zou daarnaast worden gewerkt aan een actualisatie van de kwaliteitskaders.

- 4 Het plan van aanpak komt voort uit een inschatting van de risicofactoren en beschermende factoren.
- 5 Het plan van aanpak staat in proportie met het justitiële kader en de opgelegde voorwaarden.
- 6 De toezichthouder combineert monitoring en begeleiding (hybride werken).
- 7 De toezichthouder houdt een tussentijdse evaluatie over de te behalen doelen, risicofactoren en beschermende factoren, en stelt het plan van aanpak indien nodig bij.
- 8 De toezichthouder heeft en behoudt de regie. Dit betekent dat de toezichthouder doelgericht contact heeft met de cliënt, de aanpak afstemt met collega's, en indien nodig na afloop van het toezicht aansluitende zorg regelt.
- 9 De toezichthouder reageert adequaat als de cliënt voorwaarden schendt.

De output van het reclasseringstoezicht zijn de resultaten van het werk op organisatieniveau. De output wordt van tevoren vastgesteld in resultaatafspraken, en de kwaliteitsstandaarden kunnen worden gebruikt om vast te stellen of en hoe verbetering mogelijk is:

- 1 De opdracht en bijzondere voorwaarden zijn uitgevoerd.
- 2 Het toezicht is gestart binnen de geldende termijn.
- 3 Doelen zijn gerealiseerd op criminogene en beschermende factoren.
- 4 Het toezicht is indien mogelijk voortijdig positief geëindigd.
- 5 Uitval binnen de toezichtperiode is uitgebleven.

Een aantal van deze kwaliteitsstandaarden en output zullen in de volgende paragraaf verder worden besproken bij het wetenschappelijk onderzoek naar effectief reclasseringstoezicht.

### **Uitkomsten**

Naast kwaliteitsstandaarden heeft de reclassering ook een aantal uitkomsten van het toezicht op cliëntniveau vastgelegd, waarmee de effectiviteit van toezicht gemonitord kan worden. De gewenste effecten zijn gedragsverandering, re-integratie en risicobeheersing om recidive te verminderen of voorkomen. De reclassering geeft weinig handvatten voor het meten van deze gewenste effecten. Of het gewenste effect is bereikt, kan volgens de reclassering worden gemonitord door te bekijken of dynamische criminogene factoren afnemen, beschermende factoren toenemen, en of er recidive heeft plaatsgevonden tijdens het toezicht (Reclassering Nederland, 2016).

#### *1.6.4 Wetenschappelijk onderzoek naar korter durend effectief reclasseringstoezicht*

### **Het combineren van monitoren en begeleiding**

Reclasseringswerk heeft twee doelen: het beschermen van de samenleving tegen criminaliteit en het bewerkstelligen van de re-integratie van de cliënt (Bosker et al., 2020). Een uitgangspunt van de reclassering is dat effectief toezicht bestaat uit zowel monitoring als begeleiding. Enkel de monitoring van cliënten is niet effectief in het voorkomen van recidive en kan zelfs leiden tot meer arrestaties en veroordelingen (Grattet et al., 2011 in Bosker et al., 2020). Ook De Kogel en Nagtegaal (2008) concludeerden in hun review naar effectief toezicht bij ernstige gewelds- en zedendelinquenten dat toezicht het meest effectief is (de meeste recidivereductie laat zien) als zowel controlerende (monitoren van gedrag en bewegingen) als begeleidende elementen (behandeling, zorg, vaardigheidstrainingen en praktische steun en begeleiding) in een toezichtprogramma worden gecombineerd. Voor toezicht enkel



gericht op controlerende elementen werd in hun literatuursynthese geen ondersteuning gevonden. Het eerdergenoemde fpt gaat eveneens uit van dit basisprincipe.

Paparozzi en Gendreau (2005; in Bosker et al., 2020) onderzochten de effectiviteit van intensief toezicht in de Verenigde Staten (VS) waarbij het toezicht bestond uit zowel monitoring als begeleiding. Zij vonden dat voor cliënten met een gemiddeld of hoog risico op recidive de combinatie van monitoring en begeleiding het meest effectief was in het verminderen van recidive. En, toezicht alleen gericht op monitoring is niet effectief in het verminderen van recidive in dezelfde groep en leidde zelfs tot meer recidive. Tevens vonden de onderzoekers dat enkel de nadruk op hulp en steun leidde tot significant meer recidive dan de gecombineerde toezichtstijl. Uit een Nederlands onderzoek (Doekhie et al., 2018; in Bosker et al., 2020) blijkt dat ook de manier waarop de cliënt het toezicht ervaart (meer monitorend of meer begeleidend) effect heeft op recidive; cliënten die het toezicht als meer begeleidend ervaren, recidiveren in het eerste jaar van het toezicht minder dan cliënten die het toezicht vooral als monitorend ervaren.

### **Inzetten van de RNR-principes**

Het RNR-model wordt gebruikt als basis van reclasseringstoezicht. Volgens dit model moet het toezicht aansluiten bij de hoogte van het recidiverisico (*Risk*), de criminogene factoren (*Needs*) en de motivatie en mogelijkheden van de cliënt en gebaseerd zijn op een cognitief gedragsmatige aanpak (*Responsivity*; Andrews et al., 1990). Lowenkamp et al. (2006 in Bosker et al., 2020) vonden dat toepassing van de RNR-principes op toezicht de kans op recidive na twee jaar met 15% verminderde ten opzichte van toezicht zonder toepassing van de RNR-principes. De recidive was hoger wanneer geen RNR-principes werden toegepast.

#### *Het risicoprincipe*

Onderzoek dat zich specifiek richt op het risicoprincipe kent wisselende resultaten. Uit onderzoek van Andrews en Dowden (2006 in Bosker et al., 2020) blijkt dat het risicoprincipe weinig effect heeft op recidive en dat het risicoprincipe voornamelijk effect heeft in combinatie met het behoefte- en responsiviteitsprincipe. Toch vond Hanley (2006 in Bosker et al., 2020) dat het aantal arrestaties significant daalde wanneer de intensiteit van het toezicht aansloot op de hoogte van het recidiverisico (dat wil zeggen: lage intensiteit bij laag recidiverisico, en hoge intensiteit bij hoog recidiverisico). In een vergelijkbaar onderzoek met vrouwelijke cliënten werd geconcludeerd dat vrouwen met een laag recidiverisico die intensief toezicht kregen vaker recidiveerden dan vrouwen met een laag recidiverisico die minder intensief toezicht kregen. Vrouwen met een hoog recidiverisico die intensief toezicht kregen, recidiveerden daarentegen minder dan vrouwen met een hoog recidiverisico die minder intensief toezicht kregen (Brusman et al., 2007 in Bosker et al., 2020). Taxman en Thanner (2006 in Bosker et al., 2020) trekken in hun onderzoek dezelfde conclusie voor cliënten met verslavingsproblematiek.

#### *Het behoeften principe*

Uit onderzoek van Bonta et al. (2008 in Bosker et al., 2020) blijkt dat toezicht waarin aandacht wordt besteed aan verschillende criminogene factoren na drie jaar leidt tot significant minder recidive in vergelijking met toezicht waarbij weinig aandacht wordt besteed aan criminogene factoren. Lutze et al. (2013 in Bosker et al., 2020) tonen aan dat het daarbij belangrijk is dat er aandacht is voor meerdere criminogene factoren en dat de aandacht niet gericht moet zijn op één factor: cliënten die ondersteuning

kregen bij meerdere criminogene factoren recidiveerden significant minder dan cliënten die standaard toezicht kregen.

#### *Het responsiviteitsprincipe*

Bourgon en Gutierrez (2012 in Bosker et al., 2020) concluderen dat toezicht waarbij gebruik wordt gemaakt van cognitief gedragsmatige werkwijzen leidt tot significant minder recidive dan toezicht waarbij deze werkwijzen niet worden gehanteerd. Uit de onderzoeken van McIvor et al. (2009 in Bosker et al., 2020) en Roddy et al. (2019 in Bosker et al., 2020) naar de behoeften van vrouwelijke cliënten blijkt dat het toezicht goed moet aansluiten bij de behoeften van de vrouw, zoals verzorging van de kinderen en veilige huisvesting.

#### **Goed contact tussen cliënt en reclasseringswerker: de werkalliantie**

Niet alleen de inhoud van het toezicht, maar ook de relatie tussen cliënt en reclasseringswerker is belangrijk voor de effectiviteit van het toezicht. Een goede relatie tussen cliënt en reclasseringswerker wordt gekenmerkt door vertrouwen, openheid, zorgzaamheid, verdraagzaamheid, respect, nabijheid en ondersteuning (Plaisir & Pennekamp, 2009). Twee belangrijke pijlers van een goede relatie zijn continuïteit in het contact en een positieve werkalliantie. Continuïteit in contact betekent dat er zo min mogelijk gewisseld wordt van reclasseringswerkers. Dit zorgt ervoor dat een vertrouwensband kan worden opgebouwd en dat de cliënt leert hoe ver hij of zij kan gaan. Ook leert de reclasseringswerker wat de signalen zijn van mogelijke onttrekkingen aan toezicht (Bosker et al., 2020). Clark-Miller en Stevens (2011; in Bosker et al., 2020) vonden dat hoe meer er gewisseld werd van reclasseringswerker, hoe hoger de uitval was tijdens het toezicht. Dus, hoe vaker het toezicht voortijdig werd beëindigd. Sturm et al. (2019; in Bosker et al., 2020) en Zortman et al. (2016; in Bosker et al., 2020) vonden dat het steeds wisselen van reclasseringswerkers leidt tot een verslechtering van het vertrouwen dat cliënten hebben in de reclasseringswerker.

Een positieve werkalliantie tussen cliënt en reclasseringswerker bestaat uit 1) duidelijkheid over de richting en het kader van de begeleiding, 2) vertrouwen van de cliënt dat hij/zij zich vrij kan uiten en vertrouwen van de reclasseringswerker dat de cliënt hem/haar genoeg vertrouwt, 3) sterke binding tussen cliënt en reclasseringswerker, en 4) weinig stroefheid: verzet tegen het contact door de cliënt of regieverlies bij de toezichthouder (Menger, 2018; Bosker et al., 2020). Een goede kwaliteit van de werkalliantie draagt bij aan een hogere motivatie van de cliënt en verlaagt de kans op onderbrekingen en voortijdig uitval. Een positieve cliënt zal makkelijker zijn/haar gedrag kunnen aanpassen waardoor uiteindelijk de kans op recidive kleiner wordt. Dowden en Andrews (2004, in Bosker et al., 2020) vonden dat hoe beter de kwaliteit van de relatie is tussen reclasseringswerker en cliënt, hoe minder recidive plaatsvindt. Healy (2012, in Bosker et al., 2020) verklaart dit door te stellen dat een positieve wederzijdse relatie het commitment voor stoppen met delinquent gedrag (*desistance*) verhoogd. Volgens Hart en Collins (2014, in Bosker et al., 2020) voorspelt een positieve werkalliantie een groter succes van de reclassering. Ook Morsash et al. (2015, 2016, in Bosker et al., 2020) en Chamberlain et al. (2018, in Bosker et al., 2020) komen tot de conclusie dat cliënten die een ondersteunende relatie hebben met de reclasseringswerker minder recidiveren dan cliënten die een niet-ondersteunende relatie hebben. Een ondersteunende relatiestijl leidt ook tot minder angstgevoelens en minder verzet tegen verplicht contact bij de cliënt, terwijl een minder ondersteunende maar monitorende stijl van reclasseringswerker juist leidt tot meer weerstand bij de cliënt en daarmee een hogere kans op recidive. Menger

(2018, in Bosker et al., 2020) vond op basis van verschillende onderzoeken dat goed vertrouwen bij de cliënt leidt tot minder onderbrekingen in het toezicht en minder uitval, en dat stroefheid juist leidt tot meer onderbrekingen in het toezicht en meer uitval. Sturm et al. (2020, in Bosker et al., 2020) concluderen vervolgens dat meer vertrouwen bij de cliënt en minder stroefheid bij het toezicht leidt tot minder ernstige recidive in de vier jaar na het toezicht. Dit geldt ook wanneer het vertrouwen in het begin minder is, maar tijdens het toezicht toeneemt.

### **Langere duur/hoge intensiteit van het toezicht**

De effectiviteit van reclasseringstoezicht bij zowel een laag als een hoog risico hangt samen met de duur/intensiteit van het toezicht.<sup>33</sup> Plaisir en Pennekamp (2009) concluderen dat er vanuit wetenschappelijk onderzoek geen eenduidig beeld is van hoe intensief toezicht moet zijn, en hoelang het moet duren. Zo stelt Lipsey (1995; in Plaisir & Pennekamp, 2009) dat delinquenten met een hoog risico minimaal 100 uur begeleiding nodig hebben. Bourgon en Armstrong (2005; in Plaisir & Pennekamp, 2009) stellen echter dat delinquenten met een hoog risico minimaal 300 uur aan begeleiding vereisen, terwijl Trotter (in Plaisir & Pennekamp, 2009) weer stelt dat effectief toezicht niet bestaat uit meer contacturen, maar dat de tijd voornamelijk goed besteed moet worden. Bonta et al. (2008 in Plaisir & Pennekamp, 2009) concluderen zelfs dat begeleiding van slechts 25 uur effectief kan zijn.

Zebel et al. (2013) onderzochten het effect van het aantal dagen toezicht op recidive en vonden dat hoe meer dagen het toezicht heeft geduurd, hoe lager de recidive is na het beëindigen van het toezicht. In dit onderzoek is een langere duur maximaal 1,5 jaar. Verweij en Weijters (2020) komen tot dezelfde conclusie: langdurend toezicht leidt tot minder risico op recidive dan kortdurend toezicht. Twee mogelijke verklaring voor dit verband zijn 1) voltooiing van het toezicht en 2) de tijd voor gedragsverandering (Zebel et al., 2013). Iemand heeft bij langdurig toezicht langer de tijd om aan gedragsverandering te werken, wat uiteindelijk leidt tot minder recidive na toezicht. Beide elementen – voltooiing van het toezicht en kunnen werken aan gedragsverandering – komen ook in andere literatuur naar voren als kenmerken van effectief toezicht. Deze zullen hieronder apart worden besproken.

### **Voltooien van reclasseringstoezicht<sup>34</sup>**

Een uitgangspunt van de reclassering is dat voltooid toezicht het risico op recidive kan verminderen. Zebel et al. (2013) onderzochten het effect van het wel of niet afronden van een werkstraf of toezicht op recidive. De onderzoekers vonden dat de kans op recidive hoger is bij cliënten die vroegtijdig zijn gestopt met toezicht dan bij cliënten die het toezicht hebben voltooid. Verweij en Weijters (2020) maken onderscheid tussen het al dan niet voltooien van toezicht en tussen voortijdig positief of voortijdig negatief beëindigen van toezicht. Bij positief voortijdig beëindigen wordt het toezicht beëindigd omdat de reclassering toezicht niet meer nodig acht. Bij negatief voortijdig beëindigen wordt het toezicht beëindigd, omdat de voorwaarden niet worden nageleefd. De onderzoekers vonden dat negatief voortijdig beëindigen van toezicht leidt tot een hoger risico op recidive na toezicht dan na voltooid toezicht. Tegelijkertijd leidt positief voortijdig beëindigen van toezicht tot een lager risico van recidive na het toezicht dan na voltooid toezicht.

<sup>33</sup> Wat intensief toezicht is, is afhankelijk van het land waarin het toezicht wordt gehouden. In Nederland ligt de caseload van een reclasseringsmedewerker tussen de 20 en 25 cliënten, maar in andere landen ligt de caseload veel hoger en bestaat intensief toezicht alsnog uit meer cases dan in Nederland.

<sup>34</sup> Het voltooien van reclasseringstoezicht is geen effectief element, maar wordt besproken als uitkomst van toezicht.

### **Kunnen veranderen van gedrag en omstandigheden**

Het kunnen veranderen van gedrag is een belangrijke voorwaarde voor effectief reclasseringstoezicht. Verschillende manieren zijn effectief gebleken voor gedragsverandering bij onder toezicht gestelden: pro-sociaal modelleren, cognitief gedragsmatige technieken, probleemoplossend vermogen versterken en het versterken van sociale bindingen.

Pro-sociaal modelleren betekent het laten zien van voorbeeldgedrag, het positief waarderen van pro-sociale uitingen en gedrag, en het afkeuren van pro-criminele uitingen en gedrag. Raynor et al. (2012; in Bosker et al., 2020) vonden in hun onderzoek dat pro-sociaal modelleren leidt tot minder recidive. Ook Trotter (2013; in Bosker et al., 2020) stelt dat pro-sociaal modelleren een effectieve werkwijze is voor toezicht. Cognitief-gedragsmatige technieken hebben als doel om de relatie tussen gedachten en gedrag duidelijk te maken, om pro-criminele attitudes, gedachten en gedrag te identificeren, om cognitieve en gedragsmatige vaardigheden aan te leren en om cliënten te helpen bij het toepassen van deze vaardigheden in het dagelijks leven. Bonta et al. (2011; in Bosker et al., 2020) en Bourgon en Guttierrez (2012; in Bosker et al., 2020) vonden dat het inzetten van cognitief-gedragsmatige technieken leidt tot minder recidive. Raynor et al. (2014; in Bosker et al., 2020) vonden dat een specifieke techniek, cognitieve herstructurering, leidt tot minder recidive. Het versterken van het probleemoplossend vermogen bestaat uit het identificeren van problemen, het formuleren van concrete doelen, het maken van een plan voor het realiseren van de doelen, en het evalueren van de uitvoering van het plan. Dowden en Andrews (2004) en Raynor et al. (2014; in Bosker et al., 2020) vonden dat het bevorderen van probleemoplossende vaardigheden de kans op recidive vermindert. Trotter (2013; in Bosker et al., 2020) stelt ook dat er duidelijke aanwijzingen zijn voor de werkzaamheid van het versterken van het probleemoplossend vermogen, maar dat de definities van het begrip 'probleemoplossend vermogen' sterk verschilt per studie. Tot slot is het versterken van sociale bindingen effectief voor reclasseringstoezicht. Sociale bindingen zorgen voor sociale controle, wat de kans op recidive vermindert. Hepburn en Griffin (2004; in Bosker et al., 2020) vonden dat veel sociale steun de kans op het succesvol doorlopen van reclasseringstoezicht vergroot. Duwe (2012) en Schaefer en Little (2019; in Bosker et al., 2020) vonden dat het versterken van sociale bindingen samenhangt met minder recidive. Ook blijkt uit onderzoek van McCulloch (2005) en Barry, (2013; in Bosker et al., 2020) dat voor reclasseringswerkers én onder toezicht gestelden dat de binding met de familie van de cliënt belangrijk is, en dat steun van de familie een belangrijke factor is om te stoppen met crimineel gedrag.

## **1.7 Leeswijzer**

De lezer geïnteresseerd in alle resultaten per toezicht/behandelprogramma, wordt naar hoofdstuk 2 verwezen. In hoofdstuk 2 zijn de effectieve toezicht/behandelprogramma's uit de geselecteerde reviews en meta-analyses beschreven. In paragraaf 2.1 is eerst een overzicht gegeven van kenmerken van alle gevonden toezicht/behandelprogramma's. Paragraaf 2.2 bespreekt de toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen in het algemeen, paragraaf 2.3 de toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een psychische stoornis, paragraaf 2.4 de toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een verslaving en paragraaf 2.5 de toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden. In elke paragraaf is van elk programma afzonderlijk een beschrijving gegeven van de inhoud, de significante

resultaten, de niet-significante resultaten, de veronderstelde mechanismen, modererende effecten (indien van toepassing) en een korte conclusie. Aan het eind van hoofdstuk 2, in paragraaf 2.6, volgt een overzichtstabel met alle resultaten in één tabel. In hoofdstuk 3 is vervolgens een selectie gemaakt van de gevonden toezicht- en behandelprogramma's uit hoofdstuk 2, waarbij alleen de resultaten en werkzame mechanismen van de toezicht/behandelprogramma's met een lange duur (13 tot 36+ maanden) en de FUP op dezelfde termijn zijn beschreven. In paragraaf 3.2 zijn de effectieve programma's op enigszins lange tot zeer lange termijn weergegeven. In paragraaf 3.3 volgen de veronderstelde werkzame mechanismen en in paragraaf 3.4 de modererende factoren. In paragraaf 3.5 zijn de uitkomstmaten per termijn uiteengezet. In paragraaf 3.6 zijn de effectieve programma's op kortere termijn opgesomd. Tot slot is in paragraaf 3.7 een tussenconclusie gegeven, waarin een vergelijking is gemaakt tussen de uitkomsten van de meta-review en eerder onderzoek. Hoofdstuk 4 omvat de beantwoording van de onderzoeksvragen, de conclusies, aanbevelingen en suggesties voor vervolgonderzoek, en beperkingen van het onderzoek.

In bijlage 1 staat de bezetting van de betrokken begeleidingscommissie. In tabel B2.1 in bijlage 2 zijn voor elke geïncludeerde studie de criteria van de AMSTAR II ingevuld. In tabel B3.1 in bijlage 3 is een overzicht gegeven van de significante en niet-significante resultaten van de meta-analyses/reviews. De kenmerken van de meta-analyses/reviews zijn te vinden in tabel B4.1 in bijlage 4. In tabel B5.1 in bijlage 5 staan de programma's die in eerste instantie zijn geselecteerd, maar uiteindelijk zijn afgefallen omdat er alleen niet-significante resultaten waren. Tot slot is in bijlage 6 weergegeven hoe de uitkomstmaten uit de studies zijn gecategoriseerd.

## 2 Effectiviteit van toezicht/behandelprogramma's

### 2.1 Overzicht toezicht/behandelprogramma's

Er zijn 28 verschillende effectieve toezicht/behandelprogramma's gevonden in 28 reviews en meta-analyses. Een aantal reviews gaat over hetzelfde toezicht/behandelprogramma en in een aantal reviews worden meerdere toezicht/behandelprogramma's onderzocht. In die gevallen zijn beide reviews besproken. Sommige programma's kunnen in de praktijk voor meerdere doelgroepen worden ingezet, maar zijn bij één doelgroep onderzocht. Andere programma's die in de praktijk voor meerdere doelgroepen kunnen worden ingezet, zijn bij meerdere doelgroepen onderzocht. In de tekst in hoofdstuk 2 zijn de programma's telkens verdeeld naar de subgroep(en) waar de review zich op heeft gericht. Bijvoorbeeld, intensief reclasseringstoezicht kan bij verschillende subgroepen worden ingezet. Er zijn zowel reviews gevonden waarin intensief reclasseringstoezicht bij justitiabelen in het algemeen werden onderzocht (paragraaf 2.2.1) als reviews waarin intensief reclasseringstoezicht bij justitiabelen met een psychische stoornis werden onderzocht (paragraaf 2.3.1). Om die reden is intensief reclasseringstoezicht in beide genoemde paragrafen beschreven.

Verder zijn de programma's onderverdeeld naar vier deelpopulaties van delinquenten die onder de Wlt vallen, omdat er geen toezicht/behandelprogramma's zijn gevonden die zich op de gehele Wlt-populatie richten (zie ook paragraaf 1.5.2): programma's onderzocht bij justitiabelen in het algemeen (paragraaf 2.2), bij justitiabelen met een psychische stoornis (paragraaf 2.3), bij justitiabelen met een verslaving (paragraaf 2.4) en bij justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden (bijvoorbeeld huisvesting, inkomen of werk; paragraaf 2.5).

In dit hoofdstuk is een korte beschrijving gegeven van de toezicht/behandelprogramma's en zijn de resultaten van de reviews weergegeven. In tabel 2.1 is de onderverdeling van de programma's naar deze subgroepen terug te vinden en is tevens een korte beschrijving van het programma, de doelgroep, de actoren en de duur gegeven (onderaan deze subparagraaf). In tabel B3.1 in bijlage 3 is een overzicht gegeven van de significante en niet-significante resultaten van de meta-analyses/reviews en in tabel B3.2 staan de conclusies, de termijn van de effectiviteit, duiding effectgroottes, werkzame mechanismen (zie paragraaf 2.6). De kenmerken van de meta-analyses/reviews zijn te vinden in tabel B4.1 in bijlage 4. In tabel B5.1 in bijlage 5 staan de programma's die in eerste instantie zijn geselecteerd, maar uiteindelijk zijn afgefallen omdat er alleen niet-significante resultaten waren. Als er binnen de review of meta-analyse ook sprake was van resultaten uit een individuele studie met een toezichtstermijn van twee jaar of meer, zijn deze resultaten ook besproken in de tekst. Dit is telkens aangegeven met de aanduiding '1 studie'.

Om een duidelijk onderscheid te maken tussen de duur van het toezicht/behandelprogramma of de interventie en de duur van de follow-up periode (FUP) na de interventie, is expliciet 'FUP' vermeld indien dit van toepassing is (zie ook paragraaf 1.5.1). Omdat de duur van het toezicht/behandelprogramma of de interventie niet in elke review hetzelfde wordt geclassificeerd (bijvoorbeeld kort wordt in de ene review als binnen drie maanden en in de andere review als binnen zes maanden geoperationaliseerd), wordt vastgehouden aan onze eigen definities (zie

paragraaf 1.5.1): zeer korte duur (tot en met 3 maanden), korte duur (4 t/m 6 maanden), medium duur (7 t/m 12 maanden), enigszins lange duur (13 t/m 24 maanden), lange duur (25 t/m 36 maanden) en zeer lange duur (36+ maanden). Voor de FUP's zijn dezelfde definities aangehouden.

**Tabel 2.1 Kenmerken toezicht/behandelprogramma's**

Programmanaam review/meta-analyse (auteurs)	Korte beschrijving programma	Doelgroep programma in de review	Betrokken actoren	Duur
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen (algemeen)				
Intensief reclasseringstoezicht (Smith et al., 2018)	Uiteenlopende vormen van toezicht tijdens v.i. zoals meldplicht en re-integratieprogramma's	Justitiabelen (delicten waarvoor v.i. mogelijk is)	Reclassering	Zo lang als v.i. duurt
Cognitieve gedragstherapie (CGT; Lispey et al., 2007) <sup>a</sup>	Psychologische behandeling die ervan uitgaat dat delinquent gedrag aangeleerd is. De behandeling focust op de aanpak van vijf G's: gebeurtenis, gedachten, gevoel, gedrag, gevolg om cognities en daarmee gedrag te veranderen	Justitiabelen (onbekend welke delicten)	Ggz	Gerapporteerd: 5 wk - 2 jaar
Behandeling van zedendelinquenten (Schmucker et al., 2017)	Uiteenlopende behandelingen voor zedendelinquenten, waaronder cognitieve gedragstherapie, therapeutische gemeenschap, (multi-) systeembehandeling, en gericht op inzicht verkrijgen in de problematiek	Justitiabelen die een zedendelict hebben gepleegd	Ggz	Gerapporteerd: 8 wk - 281 wk (≈ 5,4 jaar)

a Hoewel CGT voornamelijk wordt toegepast bij justitiabelen met een psychische stoornis, was het hebben van een psychische stoornis in deze review geen inclusiecriteria.



Programma naam review/meta-analyse (auteurs)	Korte beschrijving programma	Doelgroep programma in de review	Betrokken actoren	Duur
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een psychische stoornis				
<i>Intensive Supervision Program</i> (ISP; intensief toezichtprogramma) met toezicht en behandeling (Drake, 2018)/ <i>Intensive Community Supervision</i> (ICS; intensief toezicht in de gemeenschap; Goodley et al. 2021)	Extramuraal toezicht en behandeling. Behandelingskarakter met cognitieve-gedragsinterventies	Justitiabelen met een psychische stoornis	Zorgmedewerkers (afhankelijk van behandeling. Bijvoorbeeld Ggz of GZ)	Zo lang als VB duurt
<i>Risk, Need, Responsivity</i> (RNR) supervision (Risiko-, behoefte-, responsiviteit supervisie; Drake, 2018)	Extramuraal toezicht en behandeling. Behandeling sluit aan bij de grootte van het risico ( <i>risk</i> ), aanwezige criminogene factoren ( <i>need</i> ) en motivatie en slagingskans ( <i>responsivity</i> )	Justitiabelen met een psychische stoornis	Zorgmedewerkers (afhankelijk van behandeling. Bijvoorbeeld Ggz of GZ)	Zo lang als VB duurt

Programmanaam review/meta-analyse (auteurs)	Korte beschrijving programma	Doelgroep programma in de review	Betrokken actoren	Duur
<i>Community Treatment Orders</i> (CTO; Rechterlijk bevel voor behandeling in de gemeenschap; Barnett et al., 2018) of <i>Compulsory Community Treatment</i> (CCT; Gedwongen behandeling in de gemeenschap; Kisely et al., 2020)	Gedwongen extramuraal behandeling van een psychische stoornis. De behandeling kan uiteenlopende vormen aannemen zoals contact houden met hulpverlening, medicatiegebruik, middelenverbod, of een behandeling	Justitiabelen met een psychische stoornis	Alleen mogelijk na beslissing van het Hof voor geestelijke gezondheid of magistraat. Op aanvraag van medisch hulpverleners of andere verzorgers. Uitvoering door zorgmedewerkers (afhankelijk van behandeling. Bijvoorbeeld Ggz of GZ)	Australië en Nieuw-Zeeland: 12 maanden. Oneindige verlenging met 12 maanden mogelijk. <sup>b</sup> Engeland en Schotland: 6 maanden. Oneindige verlenging met eerst 6 en dan 12 maanden mogelijk. <sup>c</sup> VS: Verschilt per staat, gemiddeld 6 maanden. Verlenging mogelijk (Churchill et al., 2007). Canada en Zweden: 6 maanden. Verlenging mogelijk met steeds 6 maanden. <sup>d</sup>

b Voor meer informatie over CTO's: Mental Health Review Tribunal - *Community Treatment Orders* (nsw.gov.au) (geraadpleegd 25 april 2023).

c Engeland: [Mental Health Act 1983 \(legislation.gov.uk\)](https://legislation.gov.uk) (part III, art. 20A). Schotland: [Mental Health Act - compulsory treatment orders: guide - gov.scot \(www.gov.scot\)](https://www.gov.scot) (geraadpleegd 25 april 2023).

d Canada: [Bill 68 \(Mental Health Legislative Reform\) 2000 - Community Treatment Orders \(CTOs\) - Mental Health - Publications - Public Information - MOHLTC \(gov.on.ca\)](https://www.gov.on.ca) (geraadpleegd 25 april 2023). Zweden: [Lag \(1991:1128\) om psykiatrisk tvångsvård Svensk författningssamling 1991:1991:1128 t.o.m. SFS 2022:703 - Riksdagen](https://www.riksdagen.se) paragraaf 26a (geraadpleegd 25 april 2023).

Programma naam review/meta-analyse (auteurs)	Korte beschrijving programma	Doelgroep programma in de review	Betrokken actoren	Duur
Zorg in samenwerkingsverband (Archer et al., 2012) of <i>Community Mental Health Teams</i> (CMHT; Team mentale gezondheid in de gemeenschap; Malone et al., 2018)	Extramurale behandeling van een psychische stoornis door een multidisciplinair team	Justitiabelen met chronische depressie of angst	Huisarts, Ggz, verpleegkundigen	Gerapporteerd: ± 6 maanden (Archer et al., 2012)
<i>Intensive casemanagement</i> (ICM; Dieterich et al., 2017; Moledina et al., 2021)	Extramurale behandeling van een ernstige psychische stoornis door een multidisciplinair team met een kleine <i>caseload</i> (<20) en intensieve zorg met korte-termijn doelen	Justitiabelen met een ernstige psychische stoornis (schizofrenie, bipolaire stoornis en ernstige depressie)	Huisarts, Ggz, verpleegkundigen	Gerapporteerd: 6 mnd - 4 jaar; gemiddeld 23,5 mnd (Dieterich et al., 2017)
Groeps-Cognitieve Gedragstherapie (CGT; Huntley et al., 2012)	Psychologische behandeling die ervan uitgaat dat delinquent gedrag aangeleerd is. De behandeling focust op de aanpak van vijf G's: gebeurtenis, gedachten, gevoel, gedrag, gevolg om cognities en daarmee gedrag te veranderen. Behandeling vindt plaats in een groep	Justitiabelen met een ernstige psychische stoornis (schizofrenie, bipolaire stoornis en ernstige depressie) of een verslaving	Ggz	NG
Cognitief gedragsanalyse systeem van psychotherapie (CBASP; Negt et al., 2016)	Psychologische behandeling met de focus op de samenhang tussen gedrag en gevolgen Aandacht voor negatieve gebeurtenissen in de kindertijd	Justitiabelen met chronische depressie	Ggz	Gerapporteerd: 10 wk - 1 jaar
Ondersteunende therapie (Buckley et al., 2015)	Onderdeel van psychologische behandeling: het bieden van een luisterend oor, aanmoediging en hulp bij het dagelijks leven	Justitiabelen met schizofrenie	Ggz	Gerapporteerd: 6 wk - 3 jaar

Programma naam review/meta-analyse (auteurs)	Korte beschrijving programma	Doelgroep programma in de review	Betrokken actoren	Duur
Sociale vaardigheidstraining (Hunt et al., 2019)	Psychologische behandeling in de vorm van groepstherapie om interpersoonlijke vaardigheden te ontwikkelen, te leren relaties met anderen te behouden en te leren omgaan met conflicten en sociale situaties	Justitiabelen met een ernstige psychische stoornis (schizofrenie, bipolaire stoornis en ernstige depressie)	Ggz	NG
Zelfzorginterventies (Lean et al., 2019)	Psychologische behandeling in de vorm van voorlichting en educatie over psychische stoornissen en hun behandeling. Creëren van een behandelplan en leren om symptomen zelfstandig te monitoren	Justitiabelen met een ernstige psychische stoornis (schizofrenie, bipolaire stoornis en ernstige depressie)	Ggz, naasten van de justitiabele	Gerapporteerd: 1wk - 1 jaar
Training voor signaleren terugkeer schizofrenie symptomen (Morriss et al., 2013)	Training voor de justitiabele en eventueel naasten om vroege symptomen van de terugkeer van schizofrenie te herkennen. Bijvoorbeeld d.m.v. analyse van de symptoomgeschiedenis, bijhouden van een dagboek, invullen van vragenlijsten, en opstellen van een actieplan	Justitiabelen met schizofrenie	Ggz, naasten van de justitiabele	Gerapporteerd: ≤6 mnd - 2 jaar
Familie-interventies voor schizofrenie (Paroah et al., 2010)	Psychosociale interventies met familieleden van patiënten met schizofrenie. Bijvoorbeeld d.m.v. het verminderen van problemen en stress in het gezin, het verbeteren van de band tussen familieleden en gedrags- en geloofssystemen veranderen	Justitiabelen met schizofrenie	Ggz, naasten van de justitiabele	Gerapporteerd: 6 wk - 3 jaar
Videogames voor schizofrenie (Roberts et al., 2021)	Interactieve videogames voor patiënten met schizofrenie om waanideeën en andere symptomen te verminderen. Zowel standaard videogames als bewegingsspelletjes ( <i>exergames</i> )	Justitiabelen met schizofrenie	Ggz	Gerapporteerd: 6-12 wk

Programma naam review/meta-analyse (auteurs)	Korte beschrijving programma	Doelgroep programma in de review	Betrokken actoren	Duur
Behandeling door ervaringsdeskundigen voor schizofrenie (Pitt et al., 2013)	Volwassenen die nu of vroeger gebruik maakten van geestelijke gezondheidszorg worden ingezet bij de behandeling van psychische stoornissen	Justitiabelen met een psychische stoornis	Ggz	Afhankelijk van de behandeling
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een verslaving				
<i>Intensive Community Supervision</i> (ICS; Perry et al., 2009)	Extramuraal toezicht en behandeling. Behandelingskarakter met cognitieve-gedragsinterventies	Justitiabelen met een verslaving	Zorgmedewerkers (afhankelijk van behandeling. Bijvoorbeeld Ggz of GZ)	Zo lang als vb duurt
Gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag ( <i>Contingency management</i> ; Benishek et al., 2014; Hunt et al., 2019)	Psychologische behandeling gebaseerd op principes van operante conditionering: belonen om gedrag te stimuleren	Justitiabelen met een verslaving (alcohol, meth, stimulanten, cocaïne, opiaten, marihuana)	Ggz	Gerapporteerd: 1-6 mnd (Benishek et al., 2014)
Disulfiram (Jørgensen et al., 2011)	Ontwenningmiddel dat bij alcoholinname leidt tot lichamelijke klachten	Justitiabelen met een alcoholverslaving	Huisarts	Gerapporteerd: 2-12 maanden
Naltrexone (Egli et al., 2011)	Ontwenningmiddel dat de positieve effecten van opioïden verminder	Justitiabelen met een opioïdenverslaving	Huisarts	Gerapporteerd: 8-38 weken (Johansson et al., 2006) Gerapporteerd: 6-12 mnd (Egli et al., 2011)

Programma naam review/meta-analyse (auteurs)	Korte beschrijving programma	Doelgroep programma in de review	Betrokken actoren	Duur
Methadon (Holloway et al., 2006; Egli et al., 2011)	Substituut voor heroïne. Kan worden ingezet voor behandeling van ontwenningsverschijnselen of als onderhoudsbehandeling <sup>e</sup>	Justitiabelen met een opioïdenverslaving	Huisarts	Gerapporteerd: 6-36 mnd (Egli et al., 2011)
Therapeutische gemeenschap (Holloway et al., 2006)	Extramurale gemeenschap bestaande uit personen met een verslaving. Binnen de gemeenschap wordt gewerkt aan abstinentie en re-integratie in de samenleving <sup>f</sup>	Justitiabelen met een verslaving	Ggz, verpleegkundigen, ervaringsdeskundigen	6-12 mnd <sup>g</sup>
Langdurige behandeling voor verslaving (Blodgett et al., 2014)	Een periode van minder intensieve behandeling volgend op een intensieve behandeling. Behandeling kan uiteenlopende vormen aannemen zoals CGT of counseling	Justitiabelen met een verslaving	Zorgmedewerkers (afhankelijk van behandeling. Bijvoorbeeld Ggz of GZ)	Afhankelijk van de soort behandeling. Gerapporteerd: 3 mnd - 4 jaar

e [Methadon \(farmacotherapeutischkompas.nl\)](https://farmacotherapeutischkompas.nl)

f [What Are Therapeutic Communities? | National Institute on Drug Abuse \(NIDA; nih.gov\)](https://www.nida.nih.gov/what-are-therapeutic-communities)

g [How Are Therapeutic Communities Adapting to the Current Environment? | National Institute on Drug Abuse \(NIDA; nih.gov\)](https://www.nida.nih.gov/how-are-therapeutic-communities-adapting-to-the-current-environment)

Programma naam review/meta-analyse (auteurs)	Korte beschrijving programma	Doelgroep programma in de review	Betrokken actoren	Duur
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden				
Permanent ondersteunende huisvesting (Moledina et al., 2021)	Toewijzing van een huis zonder dat eerst abstinentie van het middel vereist is. (Psychologische) zorg ná huisvesting	Justitiabelen met een verslaving en zonder vaste woon- of verblijfplaats	Woningcorporaties	Zo lang als nodig
<i>Halfway houses</i> (Wong et al., 2019)	Tijdelijke huisvesting met voorwaarden in een accommodatie binnen de gemeenschap om de overgang van gevangenis naar gemeenschap makkelijker te maken	Justitiabelen	Gemeente	Zo lang als de proeftijd bij vi
<i>Supported employment</i> (Suijkerbuijk et al., 2017)	Programma's die justitiabelen met een psychische stoornis helpen om snel werk te vinden en werk te behouden, bijvoorbeeld door individuele plaatsing en steun	Justitiabelen met een psychische stoornis	UWV	Kortdurende ondersteuning bij het vinden van werk, langdurige ondersteuning voor het behoud van werk
<i>Prevocational training</i> (Suijkerbuijk et al., 2017)	Training voorafgaand aan sollicitaties en het verkrijgen van werk om algemene vaardigheden die nodig zijn voor het verkrijgen of behouden van werk te verbeteren, bijvoorbeeld sociale vaardigheidstraining of cognitieve training	Justitiabelen	UWV, trainingsaanbieders	Afhankelijk van de training. Gemiddeld enkele weken
<i>Augmented supported employment</i> (Suijkerbuijk et al., 2017)	Hetzelfde als <i>supported employment</i> maar met toevoeging van een extra component, bijvoorbeeld cognitieve vaardigheidstraining	Justitiabelen met een psychische stoornis	UWV, trainingsaanbieders	Afhankelijk van de combinatie van interventies

## 2.2 Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen (algemeen)

### 2.2.1 Intensief reclasseringstoezicht

Smith et al. (2018) onderzochten het effect van kenmerken van reclasseringstoezicht (*probation supervision*) op recidive bij delinquenten in Engeland. In de review werden re-integratieprogramma's, trainingen voor toezichthouders, de intensiteit van het toezicht, en de *caseload* van de toezichthouder geëvalueerd. In re-integratieprogramma's worden ex-delinquenten geholpen met het verkrijgen en behouden van bijvoorbeeld een goed sociaal netwerk, een baan en bijkomende zorg. De trainingen voor toezichthouders hebben tot doel om de kwaliteit en effectiviteit van toezicht te verhogen. Trainingen zien bijvoorbeeld op het verbeteren van motivatie en cognitieve- en interpersoonlijke vaardigheden van de toezichthouder. Voor de evaluatie van de intensiteit van het toezicht werd onderscheid gemaakt tussen een lage intensiteit (elke zes maanden een face-to-face afspraak met de toezichthouder, en een telefonische afspraak met de toezichthouder om de drie maanden) en een normale intensiteit (wekelijkse afspraken), en tussen een *caseload* van 54 (hoge intensiteit) en van 106 zaken per toezichthouder (lage intensiteit). Reclasseringstoezicht met een hoge intensiteit bestaat aldus uit wekelijkse afspraken en een kleine *caseload* voor de toezichthouder. Reclasseringstoezicht met een lage intensiteit bestaat uit afspraken om de drie tot zes maanden en een grote *caseload* voor de toezichthouder. In Nederland ligt de *caseload* van een reclasseringsmedewerker tussen de 20 en 25 cliënten. De hoge intensiteit van 54 cliënten per reclasseringswerker in Engeland is aldus minder intensief dan de huidige *caseload* in Nederland. Het reclasseringstoezicht vindt extramuraal plaats en duurt zo lang als de v.i. duurt (niet verder gespecificeerd door de auteurs). Smith et al. (2018) keken naar een FUP van 12 tot 36 maanden en onderzochten geen modererende factoren.

### Significante resultaten

#### *FUP enigszins lange tot lange duur*

Smith et al. (2018) vonden dat reclasseringstoezicht met hoge intensiteit bij justitiabelen leidde tot significant minder recidive (dichotoom gemeten; dat wil zeggen, wel of geen recidive) in vergelijking met reclasseringstoezicht met lage intensiteit ( $OR=0,66$ ;  $95\% CI=0,62-0,71$ ;  $I^2=85,7\%$ ;  $p=0,000$ )<sup>35</sup> na een FUP van 12 tot 36 maanden. Justitiabelen onder reclasseringstoezicht met hoge intensiteit recidiveren dus 1,52 (1/0,66) keer minder dan justitiabelen onder reclasseringstoezicht met lage intensiteit. Daarnaast vonden Smith et al. (2018) dat reclasseringstoezicht met hoge intensiteit bij justitiabelen in significant minder recidive resulteerde (als schaal gemeten; dat wil zeggen, de mate van recidive) in vergelijking met reclasseringstoezicht met lage intensiteit ( $HR=0,68$ ;  $95\% CI=0,63-0,74$ ;  $I^2=0\%$ ) na een FUP van 12 tot 36 maanden. Justitiabelen onder reclasseringstoezicht met hoge intensiteit recidiveren dus 1,47 (1/0,68) keer minder dan justitiabelen onder reclasseringstoezicht met lage intensiteit.

### Veronderstelde werkzame mechanismen

Met reclasseringstoezicht met hoge intensiteit is er een hogere frequentie van toezicht, en hebben supervisors betere vaardigheden (bijvoorbeeld pro-sociaal modelleren, overtuiging, probleemoplossing en cognitieve technieken) en een lagere *caseload* waardoor het toezicht effectiever wordt. Dit zal uiteindelijk leiden tot minder recidive.

<sup>35</sup> Voor de uitleg van de betekenis van de statistiek, zie nadere uitleg in paragraaf 1.4.1.



## Conclusie

Smith et al. (2018) concluderen dat reclasseringstoezicht met hoge intensiteit effectief is in het verminderen van recidive bij justitiabelen na een FUP van 12 tot 36 maanden, en dat het positieve effect afhankelijk is van het type en de frequentie van toezicht, de vaardigheden en werklust van de supervisor, en kenmerken van de justitiabele. Omdat uit de review niet duidelijk wordt hoe lang de interventie heeft geduurd, kan geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit van intensief reclasseringstoezicht op lange duur (24+ maanden) wanneer de interventie blijft voortduren. Wel kan worden geconcludeerd dat de interventie ook na beëindigen op lange termijn een voortdurend effect heeft op het verminderen van recidive.

### 2.2.2 Cognitieve Gedragstherapie (CGT)

Lipsey et al. (2007) onderzochten het effect van Cognitieve Gedragstherapie (CGT) op recidive bij delinquenten tijdens v.i. in de VS, het Verenigd Koninkrijk (VK), Canada en Nieuw-Zeeland. CGT gaat ervan uit dat gedachten, gevoelens en gedrag met elkaar samenhangen en elkaar beïnvloeden. Bij CGT ligt de basis bij vijf G's: gebeurtenis -> gedachten -> gevoelens -> gedrag -> gevolg. Tijdens CGT worden negatieve gedachten aangepakt om de daaruit volgende gevoelens en gedrag te voorkomen.<sup>36</sup> CGT wordt voornamelijk ingezet bij personen met een psychische stoornis, maar in de review van Lipsey et al. (2007) was de aanwezigheid van een psychische stoornis geen vereiste. CGT is gebaseerd op de assumptie dat de cognitieve verstoringen die leiden tot delinquent gedrag zijn aangeleerd. Met CGT leren de delinquenten verantwoordelijkheid te nemen en hun denkprocessen te begrijpen, om deze uiteindelijk te kunnen aanpassen. CGT kan zowel intramuraal als extramuraal worden uitgevoerd en zowel in een groep als individueel. In de review worden naast het effect van CGT op recidive ook het modererende effect van het recidiverisico, de kwaliteit van de implementatie, het aantal sessies met week, de lengte in weken, en een nadruk op CGT onderzocht. Tevens worden verschillende programma's en elementen van CGT als modererende factoren onderzocht. Lipsey et al. (2007) rapporteerden een duur van 5 weken tot twee jaar en onderzochten een FUP van 1 tot 12 maanden.

#### Significante resultaten

##### *FUP enigszins lange duur*

Lipsey et al. (2007) vonden dat deelnemers die CGT ondergingen minder vaak recidiveerden (dichotoom: wel of niet recidiveren;  $OR=1,53$ ;  $p<0,001$ ) dan deelnemers uit de controlegroep (placebo, wachtlijst, geen behandeling of TAU) na een FUP van 12 maanden.

#### Niet-significante resultaten

Hunt et al. (2019) onderzochten ook CGT, maar vonden alleen niet-significante resultaten. Hunt et al. (2019) vonden geen significant verschil tussen CGT en standaardzorg met betrekking tot het vroegtijdig verlaten van de studie.

#### Veronderstelde mechanismen

Door middel van CGT worden cognitieve vaardigheden opgebouwd in gebieden waar de delinquent deze mist, of worden verstoorde cognities opnieuw gestructureerd. Dit leidt tot minder delinquente cognities en daaropvolgend minder recidive.

<sup>36</sup> Meer informatie over CGT: [Cognitieve gedragstherapie: Wat is het? | Psycholoog.nl](https://www.psycholoog.nl/cognitieve-gedragstherapie-wat-is-het/).

## Modererende effecten

### *Individuele effecten van modererende variabelen*

De inschatting van het recidive-risico was een significante modererende factor voor het effect van CGT op recidive: hoe hoger de inschatting van het recidive-risico, hoe groter het effect van CGT ( $B=0,27$ ;  $p<0,05$ ). Daarnaast waren het aantal sessies per week ( $B=0,34$ ;  $p<0,05$ ), het aantal uren per week ( $B=0,23$ ;  $p<0,10$ ), en het totaal aantal uren behandeling ( $B=0,38$ ;  $p<0,05$ ) significante modererende factoren: CGT was het meest effectief bij veel sessies, veel uren per week en totaal veel uren behandeling. De CGT-behandelelementen cognitieve herstructurering ( $B=0,27$ ;  $p<0,05$ ), woede controle ( $B=0,32$ ;  $p<0,05$ ) en individuele aandacht ( $B=0,39$ ;  $p<0,05$ ) waren significante modererende factoren voor het effect: CGT is het meest effectief wanneer deze elementen aanwezig zijn.

Geslacht, leeftijdscategorie (jeugd of volwassen), etnische minderheid, lengte van de behandeling in weken en het aantal sessies x de lengte van de behandeling in weken waren geen significante modererende factoren voor het effect van CGT op recidive. Ook de behandelsetting (in de gevangenis of in de gemeenschap) was geen significante modererende factor. Geen van de specifieke CGT-programma's was een significante modererende factor voor het effect van CGT op recidive. De behandelelementen cognitieve vaardigheden, interpersoonlijke probleemoplossing, sociale vaardigheden, moreel redeneren, slachtoffer impact, middelenmisbruik, gedragsmodificatie en terugval preventie waren geen significante modererende factoren.

### *Modererende effecten van variabelen in een gezamenlijk model met CGT-programma's*

Uit een regressieanalyse waarin alle variabelen samen werden opgenomen met specifieke soorten CGT-programma's blijkt eveneens dat hoe hoger het risico op recidive is, hoe effectiever CGT is ( $B=0,19$ ;  $p=0,05$ ;  $z=1,99$ ). Ook de kwaliteit van implementatie was een significante modererende factor voor het effect van CGT op recidive: hoe hoger de kwaliteit van de implementatie, hoe groter het effect van CGT ( $B=0,26$ ;  $p<0,001$ ;  $z=2,93$ ).

Het aantal sessies per week, de duur van de behandeling in weken en sessies x lengte waren geen significante modererende factoren in het regressiemodel. Ook de nadruk op CGT en de specifieke CGT-programma's waren geen significante modererende factoren.

### *Modererende effecten van variabelen in een gezamenlijk model met CGT-elementen*

In een andere regressieanalyse, waarin alle variabelen samen werden opgenomen met elementen van CGT, zijn verschillende resultaten significant. De inschatting van het recidive-risico was een significante modererende factor voor het effect van CGT op recidive: hoe hoger de inschatting van het recidive-risico, hoe groter het effect van CGT ( $B=0,20$ ;  $p=0,05$ ;  $z=2,83$ ). Tevens was de kwaliteit van de implementatie een significante modererende factor voor het effect van CGT op recidive: hoe beter de kwaliteit, hoe groter het effect van CGT ( $B=0,14$ ;  $p=0,05$ ;  $z=1,82$ ). Ook de nadruk op CGT (CGT i.c.m. andere behandeling, CGT met enkele andere behandelelementen, of alleen CGT) was een significante modererende factor voor het effect van CGT op recidive: hoe minder nadruk op CGT, hoe kleiner het effect van CGT ( $B=-0,20$ ;  $p=0,05$ ;  $z=-1,84$ ). Een aantal specifieke elementen van CGT waren significante modererende factoren: interpersoonlijke probleemoplossing was een significante modererende factor voor het effect van CGT op recidive: als het aanleren van

interpersoonlijke vaardigheden voor probleemoplossing onderdeel uitmaakte van CGT leidde dit tot een groter effect van CGT ( $B=0,28$ ;  $p=0,03$ ;  $z=2,16$ ). Tevens was woede controle een significante modererende factor voor het effect van CGT op recidive: als het aanleren van vaardigheden ter controle van de woede onderdeel uitmaakte van CGT leidde dit tot een groter effect van CGT ( $B=0,32$ ;  $p=0,03$ ;  $z=2,23$ ). Ook slachtoffer impact was een significante modererende factor voor het effect van CGT op recidive: als een module over slachtoffer impact onderdeel uitmaakte van CGT, leidde dit tot een kleiner effect van CGT ( $B=-0,45$ ;  $p=0,02$ ;  $z=-2,36$ ). Tot slot was gedragsaanpassing een significante modererende factor voor het effect van CGT op recidive: als een module over gedragsaanpassing onderdeel uitmaakte van CGT, leidde dit tot een kleiner effect van CGT ( $B=-0,29$ ;  $p=0,00$ ;  $z=-1,70$ ).

Het aantal sessies per week, de lengte in weken en sessies x lengte waren geen significante modererende factoren in het model. Ook de elementen cognitieve vaardigheden, cognitieve herstructurering, sociale vaardigheden, moreel redeneren, middelenmisbruik, terugvalpreventie en individuele aandacht waren geen significante modererende factoren.

### **Conclusie**

Lipsey et al., (2007) concluderen dat CGT een positief effect heeft op recidive een jaar na de interventie. Wat betreft de modererende factoren concluderen de onderzoekers allereerst dat wanneer voor alle modererende variabelen het individuele verband met recidive werd bekeken, het risiconiveau, de hoeveelheid CGT, de implementatie van CGT en een aantal specifieke elementen van CGT een significant modererend effect hadden op het verband tussen CGT en recidive. Echter, wanneer alle modererende factoren werden onderzocht rekening houdend met de invloed van alle variabelen, bleven er minder significante modererende factoren over. De enige factoren die onafhankelijk effect hadden op de effectgrootte waren het risiconiveau van de participant, hoe goed de behandeling werd geïmplementeerd, en de aanwezigheid of afwezigheid van een aantal elementen van CGT. Geen van de CGT-programma's had een significant effect op het verband tussen CGT en recidive. Kortom, CGT is effectief in het verminderen van recidive bij een FUP van medium duur en CGT is het meest effectief wanneer de implementatie van hoge kwaliteit is, het risiconiveau hoog is, en bepaalde elementen wel of niet aan de behandeling worden toegevoegd.

### **2.2.3** *Behandeling van zedendelinquenten*

Schmucker et al. (2017) onderzochten het effect van behandeling op recidive bij zedendelinquenten in Canada, de VS en Europa. De behandeling in de review bestond uit cognitieve gedragstherapie, therapeutische gemeenschap, (multi-) systeembehandeling, en behandeling gericht op het verkrijgen van inzicht in de problematiek. Cognitieve gedragstherapie werd al in de sub-paragraaf hierboven besproken, en de therapeutische gemeenschap wordt verder besproken in paragraaf 2.4.6. (Multi-)systeembehandeling is oorspronkelijk een gezinsbehandeling voor adolescenten met gedragsproblemen. Bij de therapie worden alle leefgebieden van de adolescenten betrokken (gezin, school, vrienden, hobby's).<sup>37</sup> In de review wordt een duur van 8 weken tot ongeveer 5,5 jaar gerapporteerd en er wordt een FUP van 1 tot 7 jaar onderzocht. Naast de effectiviteit van de interventie werd ook het modererende effect van het type behandeling, de behandelsetting, een specifieke behandeling voor zedendelinquenten (bijvoorbeeld het verminderen van deviante seksuele attitudes, het verbeteren van zelfcontrole, en het leren omgaan met stress), individueel- of

<sup>37</sup> [Wat is MST? | Multisysteem Therapie bij gedragsproblemen: Multisysteem Therapie.](#)

groepsbehandeling, participatie, het risiconiveau, status van het programma<sup>38</sup>, duur van implementatie en duur van de behandeling onderzocht.

### **Significante resultaten**

#### *Zeer korte tot zeer lange duur*

Schmucker et al. (2017) vonden dat behandeling van zedendelinquenten leidde tot significant minder recidive met zedendelicten in vergelijking met geen behandeling van zedendelinquenten ( $OR=1,41$ ; 95%  $CI=1,11-1,78$ ;  $p=0,01$ ;  $I^2=48,1\%$ ) op zeer korte tot zeer lange termijn (2 maanden tot  $\pm 5$  jaar). Tevens werd gevonden dat behandeling van zedendelinquenten leidde tot significant minder algemene recidive in vergelijking met geen behandeling van zedendelinquenten ( $OR=1,45$ ; 95%  $CI=1,15-1,83$ ;  $p=0,01$ ;  $I^2=45,1$ ) op zeer korte tot zeer lange termijn (2 maanden tot  $\pm 5$  jaar).

### **Veronderstelde werkzame mechanismen**

Door behandeling van problematiek bij zedendelinquenten worden mogelijke oorzaken voor het ambivalente seksuele gedrag weggenomen, en daarmee risicofactoren voor zedendelicten. Met het wegnemen van de risicofactoren zal recidive uiteindelijk worden voorkomen.

### **Modererende effecten**

De definitie van recidive was als geheel geen significante modererende factor voor het effect van behandeling. Maar, wanneer recidive is gedefinieerd als veroordeling heeft behandeling een significant effect ( $OR=1,69$ ; 95%  $CI=1,12-2,54$ ;  $p<0,05$ ). Voor recidive gedefinieerd als beschuldiging is een trend te zien ( $p<0,10$ ) en voor recidive gedefinieerd als arrestatie, meerdere definities en niet geïndiceerd is geen significant effect gevonden. Het type behandeling was een significante modererende factor voor het effect van de behandeling ( $X^2(3)=9,93$ ;  $p<0,05$ ): CGT behandeling ( $OR=1,38$ ; 95%  $CI=1,08-1,75$ ;  $p<0,01$ ) en multisysteembehandeling ( $OR=21,76$ ; 95%  $CI=3,70-128,02$ ;  $p<0,001$ ) waren het meest effectief in het verminderen van recidive. Behandelingen gericht op inzicht, en deelname aan een therapeutische gemeenschap waren niet effectief. Een specifieke behandeling voor zedendelinquenten was als geheel geen significante modererende factor voor het effect van behandeling. Maar, wanneer er wel een specifiek element voor zedendelinquenten in de behandeling is opgenomen, is de behandeling effectief in het verminderen van recidive ( $OR=1,44$ ; 95%  $CI=1,12-1,84$ ;  $p<0,01$ ). Behandelsetting was als geheel geen significante modererende factor voor het effect van behandeling. Maar, wanneer de behandeling werd gegeven in een ziekenhuis ( $OR=1,74$ ; 95%  $CI=1,04-2,91$ ;  $p<0,05$ ) of in de gemeenschap ( $OR=1,73$ ; 95%  $CI=1,11-2,72$ ;  $p<0,05$ ), is een significant effect van behandeling op recidive gevonden. Voor behandeling in de gevangenis en gemixte behandelsetting zijn geen significante effecten gevonden. De status van het behandelprogramma was als geheel geen significante modererende factor voor het effect van behandeling: zowel voor het programma als een modelproject (dat wil zeggen: opgezet voor en uitgevoerd binnen een onderzoek;  $OR=2,40$ ; 95%  $CI=1,12-5,15$ ;  $p<0,05$ ) en als routine praktijk (dat wil zeggen: de behandeling zoals in het echte leven wordt uitgevoerd;  $OR=1,33$ ; 95%  $CI=1,03-1,73$ ;  $p<0,05$ ) is behandeling effectief in het verminderen van recidive. Tijd tot implementatie van de behandeling en duur van de behandeling waren geen significante modererende factoren voor het effect van de behandeling. Leeftijdsgroep was als geheel geen significante modererende factor wanneer het werd gemeten als dichotome variabele, maar er was een trend te

<sup>38</sup> Bij status van het programma wordt onderscheid gemaakt tussen een *model project* en *routine practice*. De auteurs geven verder geen uitleg over het onderscheid tussen beide programma's.

zien wanneer leeftijdsgroep werd gemeten als schaalvariabele ( $\beta=-0,30$ ;  $z=-1,80$ ;  $p<0,10$ ). De behandeling was zowel effectief voor de adolescenten ( $OR=2,97$ ; 95%  $CI=1,16-7,59$ ;  $p<0,05$ ) als voor de volwassenen ( $OR=1,48$ ; 95%  $CI=1,03-2,12$ ;  $p<0,05$ ). Soort deelname aan de behandeling (vrijwillig of gedwongen) was als geheel geen significante modererende factor voor het effect van de behandeling. Voor vrijwillige behandeling is alleen een trend gevonden ( $OR=1,33$ ; 95%  $CI=0,96-1,83$ ;  $p<0,10$ ) en voor gedwongen geen significant effect. Tot slot is het totale risiconiveau, zowel gemeten als categorische variabele ( $X^2(2)=9,12$ ;  $p<0,05$ ) en als continue variabele ( $\beta=0,46$ ;  $z=2,59$ ;  $p<0,01$ ), een significante modererende factor voor het effect van de behandeling. De behandeling is het meest effectief wanneer het risiconiveau hoog is ( $OR=3,95$ ; 95%  $CI=1,77-8,84$ ;  $p<0,001$ ) en voor een medium risico is een trend te zien ( $OR=1,33$ ; 95%  $CI=0,96-1,84$ ;  $p<0,10$ ). Bij een laag risico is de behandeling niet effectief.

### Conclusie

Schmucker et al. (2017) concluderen dat behandeling van zedendelinquenten effectief kan zijn in het verminderen van recidive, maar dat de resultaten te heterogeen zijn. Schmucker et al. (2017) benadrukken het resultaat dat behandeling het meest effectief is in een ziekenhuis en in de gemeenschap, maar niet in een gevangenis of gemixte setting. Als geheel was deze modererende factor echter niet significant. De effectiviteit van de behandeling lijkt het meest afhankelijk van het risiconiveau. Een behandeling van zedendelinquenten is het meest effectief wanneer het risiconiveau hoog is. Ook opvallend is dat de duur van de behandeling geen significant effect heeft op de effectiviteit. De behandeling is even effectief na twee maanden als na 5 jaar. Op basis van de resultaten kan voorzichtig worden geconcludeerd dat behandeling van zedendelinquenten effectief is om recidive (met zedendelicten) op zeer lange termijn (5+ jaar) te verminderen.

## 2.3 Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een psychische stoornis

### 2.3.1 *Intensive Supervision Program (ISP) met toezicht en behandeling / Intensive Community Supervision (ICS)*

Drake (2018) onderzocht het effect van *Intensive Supervision Program (ISP)* met toezicht en behandeling op recidive bij delinquenten tijdens v.i. en het effect op de kosten van het programma. Goodley et al. (2021) onderzochten het effect van *Intensive Community Supervision (ICS)*<sup>39</sup> op recidive bij delinquenten, een programma vergelijkbaar met ISP. ISP/ICS bestaat uit toezicht tijdens v.i. met als doel dat delinquenten meewerken aan gestelde voorwaarden. Het toezicht wordt gehouden door zogenaamde *Community Correction Officers (CCO's)* en vindt extramuraal plaats. De CCO's hebben een kleine *caseload* (niet gespecificeerd door de auteurs) om frequent contact met de delinquent mogelijk te kunnen maken. Toezicht bestaat bijvoorbeeld uit drugstests of een enkelband. Als aanvulling op het toezicht en de monitoring bij ISP/ICS, kan een psychologische of psychosociale behandeling worden toegevoegd. Het idee is dat mentale problemen van de delinquent op deze manier aangepakt kunnen worden waardoor de voorwaarden voor v.i. nog beter worden nageleefd. In de reviews worden geen specifieke psychologische of psychosociale

<sup>39</sup> In de review van Goodley et al. (2021) wordt niet beschreven wat wordt verstaan onder *Intensive Community Supervision*. Het programma lijkt het meest aan te sluiten bij ISP, en wordt daarom in dezelfde paragraaf opgenomen.

behandelingen genoemd. Het programma kan zo lang duren als de v.i.-periode. Drake (2018) onderzocht een FUP van 15 jaar en onderzochten geen modererende factoren. Goodley et al. (2021) rapporteerden geen interventieduur of een FUP, en onderzochten geen modererende factoren.

### **Significante resultaten**

#### *Onbekende duur*

Goodley et al. (2021) vonden dat ICS leidde tot significant minder recidive in vergelijking met geen ICS ( $OR=0,85$ ; 95%  $CI=0,55-1,30$  [*random effects model*]). Deelnemers die ICS ontvingen, recidiveerden dus 1,18 (1/0,85) keer minder dan deelnemers die geen ICS ontvingen.

#### *FUP zeer lange duur*

Drake (2018) vond dat ISP met toezicht en behandeling leidde tot een significante vermindering (van 8%) van recidive in vergelijking met TAU (niet gespecificeerd door de auteur;  $d=-0,205$ ;  $SE=0,072$ ;  $p=0,004$ ) na een FUP van 15 jaar. De effectgrootte is echter klein waardoor het verschil met TAU niet groot is.

### **Veronderstelde werkzame mechanismen**

Met toevoeging van een behandellement aan reclasseringstoezicht kunnen mogelijke oorzaken van criminaliteit gelegen in psychische problematiek worden aangepakt, waardoor de oorzaak van crimineel gedrag wordt weggenomen. Daarnaast zorgt de kleine *caseload* van de CCO's voor intensiever toezicht, met meer contact tussen de delinquent en CCO. Dit zal uiteindelijk leiden tot minder recidive.

### **Conclusie**

Drake (2018) en Goodley et al. (2021) concluderen dat de toevoeging van een behandeling aan reclasseringstoezicht effectief is om recidive te verminderen. Omdat uit de review niet duidelijk wordt hoe lang de interventie heeft geduurd, kan geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit van ISP met behandeling op lange termijn (24+ maanden) wanneer de interventie blijft voortduren. Hoewel de interventie na de beëindiging van de interventie ook op lange termijn effectief lijkt voor het verminderen van recidive, is de effectgrootte klein, waardoor het verschil met standaard reclasseringstoezicht op de lange termijn niet groot is.

#### **2.3.2** *Risk, Need, Responsivity (RNR) supervision*

Drake (2018) onderzocht tot slot het effect van *Risk, Need, Responsivity supervision* (RNR) op recidive bij delinquenten tijdens v.i. en op kosten van het programma. Het RNR-model, oorspronkelijk van Bonta en Andrews (2007), stelt dat de behandeling moet aansluiten bij het risiconiveau (*risk*), de criminogene behoeften of factoren die criminaliteit in stand houden (*needs*), en de motivatie (*responsivity*) van de delinquent. Hoe beter de behandeling aansluit bij de persoon van de delinquent, hoe kleiner de kans op recidive zou zijn. Deze principes zijn toegepast op het toezicht in het RNR-supervisie programma. Het programma kan zo lang duren als de v.i.-periode en in de review wordt een FUP van 15 jaar onderzocht. De onderzoekers namen geen modererende factoren mee.

## Significante resultaten

### *FUP zeer lange duur*

Drake (2018) vond dat RNR-supervisie leidde tot significant minder (van 6%) recidive in vergelijking met TAU (niet gespecificeerd door de auteurs;  $d=-0,149$ ;  $SE=0,048$ ;  $p=0,002$ ) na een FUP van 15 jaar. De effectgrootte is echter klein waardoor het verschil met standaard reclasseringstoezicht niet groot is.

## Veronderstelde werkzame mechanismen

Met toevoeging van de RNR-principes aan het toezicht, sluit de soort en de mate van toezicht beter aan op het risiconiveau, de behoeften van de justitiabelen en de motivatie van de justitiabele. Hierdoor kunnen de oorzaken van het criminele gedrag beter aangepakt worden, wat uiteindelijk zal leiden tot minder recidive.

## Conclusie

Drake (2018) concludeert dat de toevoeging van de RNR-principes aan reclasseringstoezicht effectief is om recidive te verminderen na een FUP van 12 tot 36 maanden. Omdat uit de review niet duidelijk wordt hoe lang de interventie heeft geduurd, kan geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit van ISP met behandeling op lange termijn (24+ maanden) wanneer de interventie blijft voortduren. Hoewel de interventie na de beëindiging van de interventie ook op lange termijn effectief lijkt voor het verminderen van recidive, is de effectgrootte klein, waardoor het verschil met standaard reclasseringstoezicht op de lange termijn niet groot is.

### 2.3.3 *Community Treatment Order (CTO) / Compulsory Community Treatment*

Barnett et al. (2018) onderzochten het effect van *Compulsory Community Treatment* (CCT; verplichte behandeling in de gemeenschap) op heropname in het ziekenhuis en betrokkenheid bij wijkzorg bij personen met een ernstige psychische stoornis (niet nader gespecificeerd) in de VS, Canada, Australië en Europa. Kisely et al. (2020) onderzochten het effect van *Community Treatment Orders* (CTO; bevel tot verplichte gemeenschapsbehandeling) op (duur van) heropname in het ziekenhuis, contacten in de gemeenschap en behandeluitkomsten bij patiënten met een psychische stoornis (niet nader gespecificeerd) in Australië en Nieuw-Zeeland. CTO en CCT verwijzen naar hetzelfde soort toezicht/behandelprogramma. Een CTO/CCT is een gedwongen behandeling voor mensen met uiteenlopende psychische stoornissen. Meer specifiek moet de persoon weigeren om vrijwillige behandeling te ondergaan en moet er een gevaar zijn voor de persoon zelf of anderen als behandeling uitblijft. Een CTO/CCT is volledig extramuraal en er kan mee worden gestart vanuit de gemeenschap of vanuit een psychiatrisch ziekenhuis. Uitvoering van een CTO/CCT is alleen mogelijk na beslissing van het Hof voor geestelijke gezondheid (*Mental Health Tribunal*) of een magistraat.<sup>40</sup> Dit kan op aanvraag van medisch hulpverleners of andere verzorgers van de patiënt. De duur van een CTO/CCT is afhankelijk van het land van uitvoering. Een CTO/CCT in Australië duurt 12 maanden en kan oneindig worden verlengd met telkens 12 maanden.<sup>41</sup> In Engeland en Schotland duurt de eerste CTO/CCT zes maanden en deze kan eerst met zes maanden en daarna telkens met een jaar worden verlengd.<sup>42</sup> In de VS verschilt de duur per staat, maar gemiddeld duurt een CTO/CCT zes maanden en is verlenging mogelijk (Churchill et al., 2007). In Canada en Zweden duurt een

<sup>40</sup> <https://www.gov.uk/guidance/community-treatment-orders> (geraadpleegd 25 april 2023).

<sup>41</sup> Voor meer informatie over CTO's zie: <https://www.mhrt.nsw.gov.au/civil-patients/community-treatment-orders.html> (geraadpleegd 25 april 2023).

<sup>42</sup> [Community Treatment Orders \(rethink.org\)](https://www.rethink.org/community-treatment-orders) (geraadpleegd 25 april 2023).



CTO/CCT zes maanden en deze kan telkens met zes maanden worden verlengd.<sup>43</sup> Barnett et al. (2018) onderzochten een FUP van zes maanden tot tien jaar, en Kisely et al. (2020) onderzochten een FUP van één tot tien jaar.

## Significante resultaten

### *FUP medium duur*

Kisely et al. (2020) vonden dat CTO's leidden tot een significant lager sterftecijfer (log adjusted ratio=-0,28,  $p < 0,0001$ , 95% CI=-0,41 tot -0,15,  $I^2=86\%$ ) en een hoger gemiddeld aantal contacten in de gemeenschap ( $MD=15,39$ ;  $=p < 0,00001$ ; 95% CI=8,78-22,01;  $I^2=96\%$ ) in vergelijking met een vrijwillige psychiatrische behandeling na een FUP van 12 maanden. Het sterftecijfer onder justitiabelen onder een CTO was dus 3,57 (1/0,28) keer lager dan voor justitiabelen die een vrijwillige psychiatrische behandeling ondergingen. Ook hadden justitiabelen met een psychische stoornis onder een CTO gemiddeld 15,39 meer sociale contacten in de gemeenschap dan justitiabelen met een psychische stoornis die een vrijwillige behandeling ondergingen. Echter, justitiabelen onder een CTO hadden significant minder kans om te kunnen overleven in de gemeenschap<sup>44</sup> (HR=0,13, 95% CI=0,05-0,20;  $I^2=81\%$ ) na een FUP van 12 maanden. Justitiabelen onder een CTO hadden dus 7,69 (1/0,13) keer minder kans om te kunnen overleven in de gemeenschap. De onderzoekers geven geen verklaring voor dit resultaat, maar een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat justitiabelen onder een CTO minder zelfstandig waren dan justitiabelen die een vrijwillige psychiatrische behandeling ondergingen.

### *Zeer lange duur*

Kisely et al. (2020) vonden daarnaast dat CTO's leidden tot significant minder heropnames in het ziekenhuis in vergelijking met een vrijwillige psychiatrische behandeling (niet gespecificeerd door de auteurs) na een interventieduur van 5 tot 10 jaar (HR=0,99; 95% CI=0,92-1,07 voor 5 jaar; HR=0,82; 95% CI=0,79-0,85 voor 10+ jaar; 1 studie Burgess et al., 2006 in Kisely et al., 2020). Justitiabelen met een psychische stoornis onder een CTO werden dus na 5 jaar 1,01 keer (1/0,99) minder opgenomen in het ziekenhuis dan justitiabelen met een psychische stoornis die een vrijwillige psychiatrische behandeling ondergingen, en na 10 jaar 1,22 keer (1/0,82) minder.

### *FUP zeer lange duur*

Barnett et al. (2018) vonden allereerst dat justitiabelen onder een CCT significant meer gebruik maakten van gemeenschapsdiensten<sup>45</sup> in vergelijking met justitiabelen zonder CCT (Standard Mean Difference [SMD]=0,38; 95% CI=0,19-0,58;  $p=0,0001$ ;  $I^2=96,92$ ) na een FUP van 8 jaar. De grootte van dit effect is echter klein, waardoor het verschil met vrijwillige behandeling niet groot is.

### *Onbekende duur*

Voor een aantal resultaten uit de review van Barnett et al. (2018) is de onderzoekstermijn onbekend. De onderzoekers vergeleken de uitkomstmaten bij dezelfde personen gemeten vóór en na een CCT. Omdat de duur van een CCT verschilt

<sup>43</sup> Canada: [Bill 68 \(Mental Health Legislative Reform\) 2000 - Community Treatment Orders \(CTOs\) - Mental Health - Publications - Public Information - MOHLTC \(gov.on.ca\)](#). Zweden: [Lag \(1991:1128\) om psykiatrisk tvångsvård Svensk författningssamling 1991:1991:1128 t.o.m. SFS 2022:703 - Riksdagen](#) paragraaf 26a. (geraadpleegd 25 april 2023).

<sup>44</sup> De auteurs van de review vermelden niet wat zij hier precies mee bedoelen.

<sup>45</sup> Hulp van de overheid zoals toeslagen en dergelijke (The Administration for Children and Families [hhs.gov] | Community services | NSW Government, Home - Community Services [act.gov.au]).



tussen landen, en deze afhankelijk is van het aantal verlengingen, is het onduidelijk hoe lang de CCT voor deze resultaten heeft geduurd. In ieder geval kan worden uitgegaan van een minimumduur van zes maanden. De onderzoekers vonden een significante daling van de kans dat iemand opnieuw werd opgenomen in het ziekenhuis (dichotoom gemeten; dat wil zeggen, wel of geen heropnames;  $SMD=0,80$ ; 95%  $CI=0,53$  tot  $1,08$ ;  $p<0,0001$ ;  $I^2=94,74\%$ ) en het aantal opnamedagen ( $SMD=0,66$ ; 95%  $CI=0,46$  tot  $0,85$ ;  $p<0,0001$ ;  $I^2=94,12\%$ ) na een CCT ten opzichte van voor een CCT. Beide effecten waren van gemiddelde grootte. Tevens maakten justitiabelen na een CCT significant meer gebruik van gemeenschapsdiensten ( $SMD=0,83$ ; 95%  $CI=0,46$  tot  $1,21$ ;  $p<0,0001$ ;  $I^2=87,26$ ) en was er meer behandeltrouw in vergelijking met voor een CCT ( $SMD=2,12$ ; 95%  $CI=1,69-2,55$ ;  $p<0,0001$ ;  $I^2=0\%$ ). Beide effecten zijn groot, met een opvallend grote effectgrootte voor de naleving van de behandeling.

### **Niet significante resultaten**

Kisely et al. (2020) vonden dat het aantal heropnames en het aantal opnamedagen niet langer significant verschilde tussen de interventie- en controlegroep na een FUP van 12 maanden. Tevens verschilde het aantal heropnames en het aantal contacten in de gemeenschap niet significant tussen beide groepen na een FUP van meer dan 12 maanden. Barnett et al. (2018) vonden dat het aantal heropnames (dichotoom gemeten), het aantal heropnames (als schaal gemeten; dat wil zeggen, de frequentie van heropnames), het aantal opnamedagen, en de naleving van de behandeling niet significant verschilde tussen justitiabelen die wel en geen CCT hadden gehad na een FUP van 8 jaar. Tot slot verschilde het aantal heropnames (als schaal gemeten) na een CCT niet significant van voor een CCT.

In een eerdere review van Kisely et al. (2017) met drie geïncludeerde studies die niet in Kisely et al. (2020) voorkomen, werden alleen niet-significante resultaten gevonden met betrekking tot de effectiviteit van CTO's. De onderzoekers vonden geen significant verschil tussen een CTO en vrijwillige zorg met betrekking tot heropnames in het ziekenhuis, medicatietrouw, aantal arrestaties, aantal geweldsdelicten, de kans op dakloosheid, kwaliteit van leven, en perceptie van dwang.

### **Modererende effecten**

De duur van een CTO was een significante modererende factor voor het effect van een CTO op heropnames en het aantal ziekenhuisdagen. Het aantal heropnames en het aantal ziekenhuisdagen daalde het meest bij deelnemers die een CTO van meer dan 24 maanden opgelegd hadden gekregen (Harris et al., 2019).

### **Veronderstelde werkzame mechanismen**

Een CTO/CCT zorgt voor meer toezicht op de justitiabele. Enerzijds kan dit ervoor zorgen dat de justitiabele makkelijker toegang heeft tot informatie over de beschikbare diensten, waardoor deze justitiabelen meer en beter afgestemde zorg krijgen dan justitiabelen die een vrijwillige behandeling ondergaan. Anderzijds zorgt meer toezicht ervoor dat direct consequenties kunnen volgen op het niet gebruiken van de aangeboden diensten. Beter toezicht op de juiste zorg zorgt voor minder heropnames, minder opnamedagen, meer gebruik van gemeenschapsdiensten, en een betere naleving van de behandeling. De toegenomen contacten met de gemeenschap zijn volgens Kisely et al. (2020) een logische uitkomst; een CTO/CTT vindt per definitie plaats in de gemeenschap, waardoor het contact met de gemeenschap logischerwijs vergroot zal worden. Tot slot werkt een CTO/CCT voor het verlagen van het sterftecijfer volgens Kisely et al. (2020) door het vergrootte aantal contacten in de

gemeenschap. Het significante verschil van het sterftcijfer verdween namelijk na correctie voor het aantal contacten in de gemeenschap.

### **Conclusie**

Barnett et al. (2018) en Kisely et al. (2020) concluderen dat een CTO effectief kan zijn in het verminderen van het aantal opnamedagen en heropnames (voornamelijk bij een duur van meer dan 24 maanden) en het verhogen van de naleving van de behandeling voor mensen met een psychische stoornis. Ook blijkt uit de resultaten dat een CTO ook effectief is op de lange termijn na de interventie. Een CTO heeft na het beëindigen van de interventie een voortdurend positief effect op het sterftcijfer, contacten in de gemeenschap en het gebruik van gemeenschapsdiensten. Daarnaast is een CTO juist niet effectief om de kans op overleven in de gemeenschap te verhogen. Echter, Barnett et al. (2018) concluderen dat hoewel een CCT kan leiden tot een groter gebruik van gemeenschapsdiensten, het effect onvoldoende groot is om het gebruik van CCT te rechtvaardigen. Barnett et al. (2018) en Kisely et al. (2020) stellen dat een CCT effectief is, maar alleen moet worden ingezet als deze echt noodzakelijk is, omdat het een grote inbreuk op de vrijheid is. Omdat de meeste resultaten van de reviews betrekking hebben op een FUP ná de interventie, kan er weinig geconcludeerd worden over de effectiviteit van een CCT/CTO op lange termijn (2+ jaar). Enkel de vermindering van heropnames na een CTO van 5 of 10 jaar is vastgesteld. Echter was het verschil in heropnames tussen de interventie- en controlegroep erg klein.

#### **2.3.4** *Zorg in samenwerkingsverband/ Community Mental Health Teams (CMHT)*

Archer et al. (2012) onderzochten het effect van zorg in samenwerkingsverband op behandeluitkomsten en servicegebruik bij personen met een depressie of angststoornis in de VS, het VK, en Europa. Malone et al. (2018) onderzochten het effect van *Community Mental Health Teams* (CMHT) op behandeluitkomsten, servicegebruik en politiecontact bij personen met een ernstige psychische stoornis in het VK. Zorg in samenwerkingsverband en CMHT zijn vergelijkbare programma's. Zorg in samenwerkingsverband/CMHT is een multidisciplinaire benadering van zorg, met een gestructureerd managementplan, vaste afspraken voor nabehandeling en verbeterde interprofessionele communicatie voor individuen met een chronische psychische stoornis. Zorg in samenwerkingsverband/CMHT is in feite een vorm van Case Management (CM). Bij CM is één persoon (de casemanager) verantwoordelijk voor een groep patiënten in de gemeenschap. De casemanager benadert de behoeften van de patiënt, ontwikkelt een behandelingsplan, regelt gepaste zorg en houdt contact met de patiënt. Bij zorg in samenwerkingsverband is er naast de casemanager ten minste nog één professional betrokken (bijvoorbeeld een verpleegster, psycholoog of apotheker). Zorg in samenwerkingsverband/CMHT vindt volledig extramuraal plaats. Archer et al. (2012) rapporteerden een gemiddelde duur van Zorg in samenwerkingsverband van 6 maanden, en onderzochten een FUP van 25+ maanden. Malone et al. (2018) rapporteerden alleen een FUP van 3-12+ maanden.

### **Significante resultaten**

#### *FUP korte duur*

Archer et al. (2012) vonden dat zorg in samenwerkingsverband leidde tot vermindering van depressieve symptomen (als schaal gemeten;  $SMD=-0,34$ ; 95%  $CI=-0,41$  tot  $-0,27$ ;  $I^2=34\%$ ;  $z=9,25$ ;  $p<0,00001$ ) en depressieve symptomen (dichotoom; *Relative Risk* [RR]= 1,32; 95%  $CI=1,22-1,43$ ;  $I^2=71\%$ ;  $z=6,99$ ;  $p<0,00001$ ) in vergelijking met standaardzorg (bijvoorbeeld primaire zorg, wachtlijst,

of onbehandelde groepen) na een FUP tot zes maanden. De effecten op de symptomen (schaal en dichotoom) van depressie waren echter klein. Bij justitiabelen die zorg in samenwerkingsverband ontvingen, kwamen depressieve klachten 1,32 keer minder voor dan bij justitiabelen die standaardzorg ontvingen. Tevens vonden de onderzoekers dat zorg in samenwerkingsverband leidde tot minder gebruik van antidepressiva (dichotoom;  $RR=1,47$ ; 95%  $CI=1,33-1,63$ ;  $I^2=81\%$ ) en minder angst (dichotoom;  $RR=1,50$ ; 95%  $CI=1,21-1,87$ ;  $I^2=55\%$ ) in vergelijking met standaardzorg na een FUP tot zes maanden. Justitiabelen die zorg in samenwerkingsverband ontvingen, hadden 1,47 keer minder kans om antidepressiva te gebruiken en 1,50 keer minder kans om angst te ervaren. Tot slot ervaren justitiabelen die zorg in samenwerkingsverband ontvingen meer kwaliteit van leven doordat hun mentale gezondheid verbeterde dan justitiabelen die standaardzorg ontvingen na een FUP tot zes maanden (als schaal gemeten;  $SMD=0,26$ ; 95%  $CI=0,13-0,38$ ;  $I^2=76\%$ ). De grootte van het effect was echter klein, waardoor het verschil met standaardzorg niet groot is.

#### *FUP medium duur*

Archer et al. (2012) vonden ook na een FUP van 7 tot 12 maanden dat justitiabelen die zorg in samenwerkingsverband ontvingen minder depressieve symptomen hadden (als schaal gemeten;  $SMD=-0,28$ ; 95%  $CI=-0,41$  tot  $-0,15$ ;  $I^2=72\%$ ;  $z=4,16$ ;  $p<0,0001$ ), minder depressieve symptomen hadden (dichotoom;  $RR=1,31$ ; 95%  $CI=1,17-1,48$ ;  $I^2=83\%$ ;  $z=5,69$ ;  $p<0,00001$ ), minder antidepressiva gebruikten (dichotoom;  $RR=1,43$ ; 95%  $CI=1,26-1,61$ ;  $I^2=78\%$ ), minder angst hadden (dichotoom;  $RR=1,41$ ; 95%  $CI=1,18-1,69$ ;  $I^2=58\%$ ), en een betere kwaliteit van leven hadden met betrekking tot mentale gezondheid (als schaal gemeten;  $RR=1,17$ ; 95%  $CI=1,03-1,32$ ;  $I^2=0\%$ ), in vergelijking met justitiabelen die standaardzorg ontvingen. Tevens gebruikten justitiabelen die zorg in samenwerkingsverband ontvingen op deze termijn significant minder angstmedicatie (dichotoom;  $SMDMD=0,20$ ; 95%  $CI=0,09-0,31$ ;  $I^2=58\%$ ) in vergelijking met justitiabelen die standaardzorg ontvingen. De effectgroottes en *risk ratio's* zijn echter laag, waardoor het verschil met standaardzorg niet groot is.

Malone et al. (2018) vonden na een FUP tot 12 maanden dat zorg in samenwerkingsverband leidde tot significant minder heropnames in het ziekenhuis ( $RR=0,81$ ; 95%  $CI=0,67-0,97$ ;  $z=2,24$ ;  $p=0,03$ ;  $I^2=27,88\%$ ), maar meer politiecontact ( $RR=2,07$ ; 95%  $CI=1,08-3,97$ ;  $z=2,2$ ;  $p=0,03$ ;  $I^2=52,61\%$ ) in vergelijking met standaardzorg. Justitiabelen die zorg in samenwerkingsverband ontvingen werden dus 1,23 ( $1/0,81$ ) keer minder opnieuw opgenomen in het ziekenhuis dan justitiabelen die zorg in samenwerkingsverband ontvingen. Justitiabelen die zorg in samenwerkingsverband ontvingen hadden echter 2,07 keer meer kans op politiecontact. Volgens de onderzoekers is dit logisch, omdat de controlegroep in het ziekenhuis verbleef, waar contact met de politie veel minder voor de hand ligt.

#### *FUP enigszins lange duur*

Na een FUP van 12 tot 24 maanden vonden Archer et al. (2012) opnieuw dat zorg in samenwerkingsverband leidde tot minder depressieve symptomen (dichotoom;  $RR=1,29$ ; 95%  $CI=1,18-1,41$ ;  $I^2=0\%$ ;  $z=5,62$ ;  $p<0,00001$ ), minder gebruik van antidepressiva (dichotoom;  $RR=1,22$ ; 95%  $CI=1,03-1,45$ ;  $I^2=54\%$ ) en een betere kwaliteit van leven met betrekking tot mentale gezondheid (als schaal gemeten;  $SMD=0,25$ ; 95%  $CI=0,08-0,43$ ;  $I^2=51\%$ ). Tevens vonden de onderzoekers dat de kwaliteit van leven door betere fysieke gezondheid (als schaal gemeten;  $SMD=0,10$ ;

95%  $CI=0,02-0,17$ ;  $I^2=0\%$ ) significant beter was voor justitiabelen die zorg in samenwerkingsverband ontvingen van voor justitiabelen die standaardzorg ontvingen. De effectgroottes en *risk ratio's* zijn echter opnieuw laag waardoor het verschil met standaardzorg niet groot is.

#### *FUP lange duur*

Na een FUP van meer dan 25 maanden verbeterde alleen nog de kwaliteit van leven met betrekking tot mentale gezondheid (als schaal gemeten) significant voor justitiabelen die zorg in samenwerkingsverband ontvingen ( $SMD=0,10$ ; 95%  $CI=-0,03$  tot  $0,23$ ;  $I^2=0\%$ ) in vergelijking met justitiabelen die standaardzorg ontvingen.

Tot slot is voor een aantal resultaten uit de review van Archer et al. (2012) de onderzoekstermijn door de auteurs niet genoemd. De onderzoekers vonden dat zorg in samenwerkingsverband leidde tot een significant hogere patiënttevredenheid (als schaal gemeten;  $SMD =0,31$ ; 95%  $CI=0,13-0,49$ ;  $I^2=82\%$ ) en een significant hogere patiënttevredenheid (dichotoom;  $RR=1,27$ ; 95%  $CI=1,18-1,38$ ;  $I^2=75\%$ ) in vergelijking met standaardzorg.

#### **Niet significante resultaten**

Na een FUP tot 6 maanden vonden Archer et al. geen significant verschil tussen zorg in samenwerkingsverband en standaardzorg voor gebruik van angstmedicatie (dichotoom) en kwaliteit van leven met betrekking tot fysieke gezondheid (als schaal gemeten). Na een FUP van 7 tot 12 maanden werd tevens geen significant verschil gevonden tussen interventie en controlegroep voor kwaliteit van leven met betrekking tot fysieke gezondheid. Malone et al. vonden geen significant verschil tussen zorg in samenwerkingsverband en standaardzorg met betrekking tot overlijden (alle redenen bij elkaar), overlijden door suicide, overlijden onder verdachte omstandigheden, overlijden door fysieke gezondheid/ziekten, vroegtijdig verlaten van de studie, gebruikmaken van spoedeisende zorg of ziekenhuis, contact met primaire zorg en contact met maatschappelijk werk na een FUP tot 12 maanden. Na een FUP van meer dan 25 maanden vonden Archer et al. (2012) niet langer een significant verschil tussen collaboratieve zorg en standaardzorg met betrekking tot uitkomsten voor depressie (dichotoom) en gebruik van antidepressiva (dichotoom). Tot slot onderzochten Archer et al. (2012) het effect van zorg in samenwerkingsverband plus psychotherapie in vergelijking met zorg in samenwerkingsverband. Na een FUP tot 6 maanden werd geen significant verschil gevonden in uitkomsten voor depressie (dichotoom).

#### **Veronderstelde werkzame mechanismen**

Zorg in samenwerkingsverband/CMHT bestaat uit proactieve zorg en toezicht, waardoor er een betere stok achter de deur is voor de deelnemer om de behandeling te volgen. Uiteindelijk zal dit leiden tot betere behandeluitkomsten. Ook kan zorg in samenwerkingsverband/CMHT zorgen voor meer autonomie en zelfredzaamheid omdat de behandeling in de gemeenschap plaatsvindt in plaats van in een intramurale setting. Deelnemers zijn op deze manier beter in staat zelf een crisis op te lossen, waardoor minder heropnames nodig zijn.

#### **Conclusie**

Archer et al. (2012) en Malone et al. (2018) concluderen dat er duidelijk bewijs is dat zorg in samenwerkingsverband/CMHT effectief is voor het verbeteren van behandeluitkomsten voor personen met een chronische depressie. Zo leidt zorg in samenwerkingsverband/CMHT tot minder symptomen van depressie, angst, gebruik

van antidepressiva en angstmedicatie, en heropnames. Ook leidt de interventie tot een betere kwaliteit van leven met betrekking tot mentale en fysieke gezondheid en het verhogen van de (mate van) patiënttevredenheid. Wel was politiecontact voor de zorg in samenwerkingsverband/CMHT groep significant hoger dan de TAU-groep, maar dit is te verklaren doordat de TAU-groep in het ziekenhuis verbleef. Omdat de resultaten van de review alleen betrekking hebben op een FUP ná de interventie, kan er niets geconcludeerd worden over de effectiviteit van een zorg in samenwerkingsverband/CMHT op lange termijn (2+ jaar). Wel kan worden geconcludeerd dat het programma ook ná het beëindigen effectief blijft op korte tot lange termijn. In het bijzonder blijft zorg in samenwerkingsverband/CMHT effectief voor het verbeteren van de kwaliteit van leven met betrekking tot mentale gezondheid, en het verminderen van symptomen van depressie en gebruik van antidepressiva.

### 2.3.5 *Intensive case management (ICM)*

Dieterich et al. (2017) onderzochten het effect van *intensive case management* (ICM) op ziekenhuisopnames, servicegebruik, behandeluitkomsten en kosten bij personen met een ernstige psychische stoornis in Australië, Canada, de VS en Europa. Een deel van de personen had geen vaste woon- of verblijfplaats, was veteraan en/of had co-morbide verslavingsproblematiek. Moledina et al. (2021) onderzochten ook het effect van ICM op stabiliteit van huisvesting, behandeluitkomsten en servicegebruik bij personen zonder vaste woon- of verblijfplaats en met een ernstige psychische stoornis in de VS, het VK en Australië. ICM is een programma dat elementen van ACT en CM combineert. Beide interventies hebben tot doel het behouden van contact, het verminderen van ziekenhuisopnames en het verbeteren van uitkomsten voor mensen met een ernstige psychische stoornis (bijvoorbeeld schizofrenie of bipolaire stoornis) die niet direct opname in een ziekenhuis nodig hebben. Net als bij ACT heeft de zorgmedewerker een lage *caseload* van minder dan 20 cases. De zorg is intensiever dan bij ACT omdat verschillende doelen op korte termijn behaald dienen te worden. Omdat ICM erg intensief is, is het bedoeld voor personen die in staat zijn om snel te herstellen of te stabiliseren<sup>46</sup>. De ondersteunende en toezichhoudende partij is vaak een clinicus die als therapeut werkt en daarnaast een *caseload* heeft voor ICM. In tegenstelling tot bij ACT werkt de clinicus alleen en niet in een team (net als bij CM)<sup>47</sup>. Ook ICM vindt volledig extramuraal plaats. In principe kan ICM levenslang voortduren maar het doel is om de cliënt zo snel mogelijk door te sturen naar de reguliere zorg (Sherman et al., 1998). Dieterich et al. (2017) rapporteerden een gemiddelde duur van 23,5 maanden en onderzochten een FUP van 36 maanden tot 10 jaar. Moledina et al. (2021) rapporteerden alleen een FUP van twee tot 3 jaar.

#### **Significante resultaten**

##### *Korte duur*

Dieterich et al. (2017) vonden dat ICM leidde tot een verbetering in algemeen functioneren ( $MD=2,07$ ;  $z=2,26$ ,  $p=0,02$ ; 95%  $CI=0,28-3,86$ ,  $I^2=0\%$ ) in vergelijking met standaardzorg.

<sup>46</sup> <https://www.caseworthy.com/blog/intensive-case-management/> (geraadpleegd 25 april 2023).

<sup>47</sup> <https://www.europeanmedical.info/mental-health/assertive-community-treatment-act-and-intensive-case-managementm.html#:~:text=Probably%20the%20clearest%20difference%20that%20can%20be%20identified,UK%20in%20the%201990s%20tested%20ICM%20or%20ACT> (geraadpleegd 25 april 2023).

### *Medium duur*

Dieterich et al. (2017) onderzochten ICM in vergelijking met standaardzorg op de gemiddeld lange termijn en vonden dat er minder risico was op contactverlies met psychiatrische dienstverlening ( $RR=0,51$ ;  $z=3,99$ ,  $p<0,0001$ , 95%  $CI=0,36-0,71$ ;  $I^2=34\%$ ), minder ziekenhuisopnames ( $RR=0,85$ ;  $z=3,43$ ,  $p=0$ ; 95%  $CI=0,77-0,93$ ;  $I^2=0\%$ ), een kleinere kans op vroegtijdig verlaten studie ( $RR=0,6$ ;  $z=6,39$ ,  $p<0,0001$ ; 95%  $CI=0,51-0,70$ ;  $I^2=0\%$ ), minder risico op werkloosheid aan einde studie ( $RR=0,89$ ;  $z=2,04$ ,  $p=0,04$ , 95%  $CI=0,79-1,00$ ;  $I^2=74,71\%$ ), vaker zelfstandig wonen ( $RR=0,8$ ,  $z=2,25$ ,  $p=0,02$ , 95%  $CI=0,66-0,97$ ;  $I^2=31,17\%$ ), een hogere tevredenheid van de deelnemers (CSQ;  $MD=1,93$ ,  $z=3,52$ ,  $p=0,0$ ; 95%  $CI=0,86-3,01$ ;  $I^2=0\%$ ) en minder hoge directe psychiatrische ziekenhuiskosten ( $MD= -143,74$ ,  $z=2,19$ ,  $p=0,03$ ; 95%  $CI=-272,4$  tot  $-15,08$ ],  $I^2=0\%$ ).

### *Enigszins lange duur*

Dieterich et al. (2017) onderzochten ICM in vergelijking met standaardzorg op enigszins lange termijn en vonden gemiddeld minder ziekenhuisdagen per maand ( $MD=-0,86$ ;  $z=3,26$ ;  $p=0,001$ , 95%  $CI=-1,37,-0,34$ ;  $I^2=74,28\%$ ), minder risico op contactverlies met psychiatrische dienstverlening ( $RR=0,27$ ;  $z=2,86$ ,  $p=0,004$ ; 95%  $CI=0,11-0,66$ ;  $I^2=44\%$ ), beter algemeen functioneren ( $MD=3,41$ ;  $z=3,82$ ,  $p=0$ ; 95%  $CI=1,66-5,16$ ,  $I^2=0\%$ ), minder risico op werkloosheid aan einde studie ( $RR=0,70$ ;  $z=1,95$ ,  $p=0,05$ ; 95%  $CI=0,49-1,00$ ;  $I^2=93,55\%$ ), vaker zelfstandig wonen ( $RR=0,65$ ,  $z=2,84$ ,  $p=0,0$ ; 95%  $CI=0,49-0,88$ ],  $I^2=44,3\%$ ), beter algemeen functioneren (*Brief Symptom Inventory* [BSI];  $MD=-0,18$ ,  $z=2,88$ ,  $p=0,0$ ; 95%  $CI=-0,31$  tot  $-0,06$ ;  $I^2=0\%$ ) en een hogere tevredenheid van deelnemers (CSQ;  $MD=3,23$ ,  $z=6,91$ ,  $p<0,0001$ , 95%  $CI=2,31-4,14$ ;  $I^2=0\%$ ).

Ook onderzochten Dieterich et al. (2017) ICM in vergelijking met niet-ICM en vonden een kleinere kans op het vroegtijdig verlaten van de studie ( $RR=0,7$ ,  $z=0,56$ ,  $p=0,02$ , 95%  $CI=0,52-0,95$ ;  $I^2=39,25\%$ ).

### *FUP lange duur*

Moledina et al. (2021) vergeleken ICM met TAU met een FUP van twee jaar en vonden dat deelnemers aan ICM meer tijd doorbrengen in gemeenschapshuizen (gebaseerd op 1 studie, Shern et al., 2000;  $MD=11,07$ ;  $t=2,28$ ;  $p=0,023$ ), meer tijd doorbrengen in opvanglocaties (gebaseerd op 1 studie, Shern et al., 2000 in Moledina et al., 2021);  $MD=20,29$ ;  $t=5,48$ ;  $p<0,0001$ ), minder tijd doorbrengen op straat (gebaseerd op 1 studie, Shern et al., 2000 in Moledina et al., 2021);  $MD=-26,71$ ;  $t=-4,25$ ;  $p<0,0001$ ), grotere vermindering in angst, depressie, en gedachteverstoring (gebaseerd op 1 studie, Shern et al., 2000;  $t=2,41$ ;  $p<0,001$ ), meer verbetering op 6 van de 7 maten van tevreden met het leven (gebaseerd op 1 studie, Shern et al., 2000 in Moledina et al., 2021): overall tevredenheid ( $p=0,001$ ), vrije tijd ( $p=0,027$ ), financieel ( $p=0,001$ ), veiligheid ( $p=0,005$ ), gezondheid ( $p=0,006$ ), en familie ( $p=0,005$ ), minder vaak bezoek aan de eerste hulp (gebaseerd op 1 studie, Shumway et al., 2008 in Moledina et al., 2021), geen statistiek), en grotere verbeteringen in werkgelegenheid (gebaseerd op 1 studie, Orwin et al., 1994, geen statistiek).

Moledina et al. (2021) vergeleken ICM plus inkomensondersteuning met TAU en vonden dat zij een hoger inkomen hadden (gebaseerd op 1 studie, Cox et al., 1998 in Moledina et al., 2021); geen statistiek).

### **Niet-significante resultaten**

Dieterich et al. (2017) vonden op korte termijn geen significant verschil tussen ICM en standaard zorg met betrekking tot aantal ziekenhuisopnames, sterfte (ongeacht oorzaak), zelfmoord, vroegtijdig verlaten van de studie en algemeen functioneren (*Brief Psychiatric Rating Scale* [BPRS], BSI). Op medium termijn is geen significant verschil gevonden met betrekking tot sterfte (ongeacht oorzaak), zelfmoord, algemeen functioneren, aantal arrestaties, aantal gedetineerde deelnemers en algemeen functioneren (BPRS). Op enigszins lange termijn vonden de onderzoekers geen significant verschil in aantal ziekenhuisopnames, aantal dagen in het ziekenhuis, sterfte (ongeacht de oorzaak), zelfmoord, aantal deelnemers gedetineerd, dakloosheid, algemeen functioneren (BPRS) en kwaliteit van leven (LQLP, LQLI). Ook vonden Dieterich et al. (2017) geen significant verschil tussen ICM en niet-ICM op medium termijn met betrekking tot sterfte (ongeacht oorzaak), zelfmoord en vroegtijdig verlaten van de studie. Op enigszins lange termijn is geen verschil gevonden met betrekking tot gemiddeld aantal dagen in het ziekenhuis per maand, in contact blijven met psychiatrische hulpverlening, ziekenhuisopname, sterfte (ongeacht oorzaak), zelfmoord, aantal deelnemers in detentie, gemiddeld aantal dagen per maand in stabiele accommodatie, zelfbeschadiging en (opzettelijk) letsel veroorzaken bij een ander.

Hunt et al. (2019) onderzochten ook ICM<sup>48</sup>, maar vonden alleen niet-significante resultaten. De onderzoekers vonden geen significant verschil tussen ICM en standaardzorg met betrekking tot het vroegtijdig verlaten van de studie.

### **Veronderstelde werkzame mechanismen**

*Intensive casemanagement* zorgt voor meer en intensiever toezicht en ondersteuning. Deze intensieve toezicht en ondersteuning zal er uiteindelijk toe bijdragen dat deelnemers minder vaak op straat leven omdat ze met de ondersteuning beter de weg kunnen vinden naar gemeenschapshuizen en opvanglocaties.

### **Modererende effecten**

Ziekenhuisgebruik was een significante modererende factor voor het effect van ICM op het terugdringen van het aantal ziekenhuisdagen per maand; hoe hoger het ziekenhuisgebruik die afgelopen twee jaar, hoe succesvoller ICM in het terugdringen van het aantal ziekenhuisdagen ( $r=-0,18$ , 95%  $CI=-0,29-0,07$ ,  $p=0,0027$ ). Ook vonden de onderzoekers dat hoe meer het ICM-model wordt gevolgd, hoe minder dagen in het ziekenhuis zijn doorgebracht (variabele coëfficiënt  $-0,36$ , 95%  $CI=-0,66$  tot  $-0,07$ ). Tot slot was het aantal dagen dat een persoon in het ziekenhuis had doorgebracht een significante modererende factor voor het effect van ICM op het aantal ziekenhuisdagen; hoe meer dagen een persoon in het ziekenhuis heeft verbleven, hoe minder dagen diegene na ICM in het ziekenhuis is opgenomen (variabele coëfficiënt  $-0,20$ , 95%  $CI=-0,32-0,10$ ).

### **Conclusie**

Dieterich et al. (2017) en Moledina et al. (2021) concluderen dat ICM effectief kan zijn, maar dat het bewijs voor de hoofdresultaten niet van hoge kwaliteit is. Meer van gemiddelde kwaliteit. ICM lijkt vooral effectief voor het verminderen van (het aantal) ziekenhuisopnames en dagen, voor personen die vooraf veel en lang werden opgenomen in het ziekenhuis.

---

<sup>48</sup> Hunt et al. (2019) onderzochten niet-geïntegreerde modellen van zorg, welke bestaat uit ACT, ICM en gespecialiseerde managementservices.

### 2.3.6 Groeps-cognitieve gedragstherapie (G-CGT)

Huntley et al. (2019) onderzochten het effect van G-CGT op depressiesymptomen bij personen met een depressie. Een uitgebreide beschrijving van CGT werd al gegeven in paragraaf 2.2.2. CGT in een groep wordt voornamelijk ingezet om lange wachtlijsten te versnellen en als kostenbesparend alternatief voor individuele CGT. Huntley et al. (2019) rapporteerden alleen een FUP van 1 week tot 3 of meer maanden. De onderzoekers namen geen modererende factoren mee.

#### Significante resultaten

##### *Zeer korte duur*

De onderzoekers vonden allereerst dat G-CGT plus TAU leidde tot significant minder depressieve klachten (schaal) dan alleen TAU ( $SMD=-0,55$ ; 95%  $CI=-0,78$  tot  $-0,32$ ;  $z=4,61$ ;  $p<0,001$ ) direct na de interventie.<sup>49</sup> De effectgrootte is gemiddeld. Wanneer G-CGT werd vergeleken met individuele CGT, vonden de onderzoekers dat G-CGT leidde tot een significant hogere score op depressie ( $SMD=0,38$ ; 95%  $CI=0,09-0,66$ ;  $z=2,56$ ;  $p=0,01$ ) direct na de interventie. Echter was de effectgrootte en het aantal geïncludeerde studies klein.

##### *FUP korte duur*

Ook vonden de onderzoekers dat G-CGT na een FUP van meer dan drie maanden leidde tot minder depressieve klachten (schaal;  $SMD=-0,47$ ; 95%  $CI=-0,87$  tot  $-0,08$ ;  $z=2,36$ ;  $p=0,02$ ).

#### Niet significante resultaten

De onderzoekers vonden dat de score op depressie niet significant verschilde tussen G-CGT plus TAU en TAU na een FUP tot drie maanden. Tevens vonden de onderzoekers dat de score op depressie niet significant verschilde tussen G-CGT en individuele CGT na een FUP tot drie maanden en meer dan drie maanden.

Dennis et al. (2012) onderzochten ook G-CGT, maar vonden alleen niet-significante resultaten. De onderzoekers vonden geen significant verschil tussen G-CGT en geen behandeling met betrekking tot angst (algemene sociale vermijding of stress/zorgen).

#### Veronderstelde werkzame mechanismen

De onderzoekers beschrijven geen werkzame mechanismen.

#### Conclusie

Huntley et al. (2019) concluderen dat G-CGT een voordeel heeft boven TAU voor personen met een depressie direct na de interventie en na een FUP van langer dan drie maanden. Echter concluderen ze ook dat individuele CGT direct na de behandeling effectiever is dan G-CGT, maar dat dit verschil maanden na de interventie niet langer blijft bestaan. Tevens wordt als kanttekening genoemd dat het aantal geïncludeerde studies in de review zeer klein is ( $N=3$ ), waardoor het verschil met G-CGT niet groot is. Omdat niet duidelijk is hoe lang de interventie heeft geduurd, kan geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit van G-CGT op de lange termijn (24+ maanden). Kortom, individuele CGT is voornamelijk effectief om de hoeveelheid depressieve klachtendirect na de interventie te verminderen, en G-CGT is voornamelijk effectief om de hoeveelheid depressieve klachten op korte termijn na het beëindigen van de interventie te verminderen.

<sup>49</sup> Het is niet duidelijk hoe lang de interventie duurt.



### 2.3.7 *Cognitieve gedrags-analysesysteem van psychotherapie (CBASP)*

Negt et al. (2016) onderzochten het effect van cognitieve gedragsanalyse systemen van psychotherapie (*cognitive behavioral analysis system of psychotherapy [CBASP]*) op depressiesymptomen bij personen met chronische depressie in Nederland, Duitsland en de VS. CBASP is een gedrags-analytische therapie waarbij de focus ligt op gedrag en de gevolgen van gedrag. Bij CBASP wordt ervan uitgegaan dat personen met chronische depressie niet op een volwassen niveau sociaal functioneren. De therapie richt zich dan ook op het verbeteren van vaardigheden voor probleemoplossing en interpersoonlijke communicatie. Tevens wordt verondersteld dat de problemen met sociaal functioneren zijn veroorzaakt door gebeurtenissen in de kindertijd. De therapie kan bestaan uit verschillende technieken. Specifieke situatie-analyse (*Specific Situational Analysis [SA]*) is de meest gebruikte techniek. Andere technieken zijn bijvoorbeeld wederhelft geschiedenis (*Significant Other History [SOH]*)<sup>50</sup>, waarbij iemand leert hoe de omgang met dierbaren in het verleden nog steeds het heden beïnvloeden door de emotionele stempel van de omgang, gedisciplineerde persoonlijke betrokkenheid (*Disciplined Personal Involvement [DPI]*) waarbij de therapeut een meer persoonlijke rol aanneemt dan de therapeutische rol, of interpersoonlijke discriminatie oefeningen (*Interpersonal Discrimination Exercises [IDE]*) waarbij iemand leert de reacties op bijvoorbeeld verwaarlozende ouders in het verleden te onderscheiden van reacties op personen in het heden. CBASP kan zowel individueel als in een groep worden gegeven. Negt et al. rapporteerden een duur van 10 tot 52 weken. Er werd geen FUP onderzocht en de onderzoekers namen geen modererende factoren mee.

#### **Significante resultaten**

##### *Zeer korte tot medium duur*

De onderzoekers vonden dat CBASP leidde tot een significant lagere score op depressie in vergelijking met een psychologische behandeling, antidepressiva, TAU of CAU ( $g=0,339$ ;  $SE=0,126$ ;  $95\% CI=0,093-0,585$ ;  $p=0,007$ ) na een interventieduur van 2 tot 12 maanden. De effectgrootte is echter klein.

#### **Veronderstelde werkzame mechanismen**

Vroege negatieve gebeurtenissen kunnen leiden tot depressieve klachten, wat uiteindelijk kan uitmonden in chronische depressie. Personen met een chronische depressie functioneren slechter op een sociaal niveau; zij hebben beperkingen in sociale probleemoplossing en interpersoonlijke communicatie. CBASP zorgt ervoor dat deze personen zich bewust worden van de consequenties van hun interpersoonlijke gedrag, waardoor beperkingen in sociaal functioneren worden verminderd. Dit zal uiteindelijk leiden tot minder depressieve klachten.

#### **Conclusie**

Negt et al. (2016) concluderen dat CBASP effectiever is in het verminderen van symptomen van depressie dan andere behandelingen. Echter is het bewijs voor deze conclusie gezien de kleine effectgrootte niet heel groot. CBASP is aldus mogelijk een effectieve manier om depressieve klachten te verminderen tot 12 maanden. Omdat het effect van CBASP niet werd onderzocht op een langere termijn, kan geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit van CBASP op lange termijn (24+ maanden).

<sup>50</sup> [The Significant Other History: An Interpersonal-Emotional History Procedure Used with the Early-onset Chronically Depressed Patient | American Journal of Psychotherapy \(psychiatryonline.org\)](https://www.psychiatryonline.org).

### 2.3.8 *Ondersteunende therapie (supportive therapy)*

Buckley et al. (2015) onderzochten het effect van ondersteunende therapie (*supportive therapy*) op terugval en behandeluitkomsten bij personen met schizofrenie in de VS, Australië, Israël en Europa. Ondersteunende therapie is een van de meest voorkomende onderdelen van een psychologische interventie. De ondersteuning kan onder andere bestaan uit het bieden van een luisterend oor, aanmoediging, hulp bij het dagelijks leven en vaardigheidstraining. Ondersteunende therapie heeft als doel om het algemeen functioneren en de zelfverzekerdheid van de cliënt te verbeteren. Tijdens de therapie wordt er voornamelijk gepraat en leren cliënten hoe zij zelf om hulp kunnen vragen en open kunnen zijn over hun problemen. De duur van ondersteunende therapie is uiteenlopend. Buckley et al. (2015) rapporteerden een duur van zes weken tot drie jaar. Er werd geen FUP onderzocht en de onderzoekers namen geen modererende factoren mee. Ze vergeleken ondersteunende therapie met verschillende andere therapieën: met elke andere psychologische of psychosociale behandeling, met CGT, met familitherapie en met een combinatie van psychologische behandelingen.

#### **Significante resultaten**

##### *Duur onbekend*

De onderzoekers vonden dat ondersteunende therapie in vergelijking met elke andere psychologische of psychosociale behandeling vaker samenhang met het vroegtijdig verlaten van de studie ( $RR=2,15$ ; 95%  $CI=1,07-4,31$ ).

##### *Korte duur*

Ook vonden de onderzoekers dat ondersteunende therapie in vergelijking met elke andere psychologische of psychosociale behandeling op korte termijn samenhang met minder goede naleving van de therapie ( $RR=2,63$ ; 95%  $CI=1,30-5,35$ ;  $z=2,68$ ;  $p=0,0074$ ).

##### *Medium duur*

Op de gemiddeld lange termijn, waren er voor ondersteunende therapie in vergelijking met elke andere psychologische of psychosociale behandeling meer ziekenhuisopnames ( $RR=1,82$ ; 95%  $CI=1,11-2,99$ ;  $z=2,37$ ;  $p=0,018$ ), minder klinische verbetering van algemene geestelijke gezondheid ( $RR=1,27$ ; 95%  $CI=1,04-1,54$ ;  $z=2,40$ ;  $p=0,016$ ) en meer episodes van affectieve symptomen ( $RR=1,84$ ; 95%  $CI=1,15-2,94$ ;  $z=2,56$ ;  $p=0,010$ ). Ook was er voor ondersteunende therapie in vergelijking met CGT op de gemiddeld lange termijn een hogere score op de *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANNS; hoog=slecht;  $MD=5,82$ ; 95%  $CI=1,04-10,60$ ) en waren er meer episodes van affectieve symptomen ( $RR=2,17$ ; 95%  $CI=1,16-4,06$ ;  $z=2,43$ ;  $p=0,015$ ).

##### *Lange duur*

Op de lange termijn was er voor ondersteunende therapie in vergelijking met elke andere psychologische of psychosociale behandeling vaker een terugval (gebaseerd op 1 studie; Falloon, 1982 in Buckley et al., 2015;  $RR=1,87$ ; 95%  $CI=1,11-3,15$ ;  $z=2,35$ ,  $p=0,019$ ), meer sociale beperkingen (gebaseerd op 1 studie, Falloon, 1982 in Buckley et al., 2015;  $RR=1,46$ ; 95%  $CI=1,04-2,04$ ;  $z=2,18$ ;  $p=0,029$ ) en meer voorgeschreven medicatie (gebaseerd op 1 studie, Falloon, 1982 in Buckley et al., 2015;  $RR=2,11$ ; 95%  $CI=0,99-4,47$ ;  $z=1,94$ ;  $p=0,052$ ). Ook was er voor ondersteunende therapie in vergelijking met familitherapie sprake van minder

remissie (gebaseerd op 1 studie Falloon, 1982 in Buckley et al., 2015;  $RR=1,87$ ; 95%  $CI=1,11-3,15$ ;  $z=2,35$ ;  $p=0,019$ ) en meer sociale beperkingen (gebaseerd op 1 studie, Falloon, 1982 in Buckley et al., 2015;  $RR=1,46$ ; 95%  $CI=1,04-2,04$ ;  $z=2,18$ ;  $p=0,029$ ). Tot slot was er voor ondersteunende therapie in vergelijking met een combinatie van psychologische behandelingen sprake van het vroegtijdig verlaten van de studie door behandeling (gebaseerd op 1 studie, Hogarty, 1997-studie 1 in Buckley et al., 2015;  $RR=8,67$ ; 95%  $CI=1,17-64,26$ ;  $z=2,11$ ;  $p=0,035$ ).

### **Niet-significante resultaten**

De onderzoekers vonden geen significant verschil tussen ondersteunende therapie en standaardzorg met betrekking tot klinische verbetering van de algemene gezondheid en overlijden op lange termijn, en het vroegtijdig verlaten van de studie. Tevens is geen significant verschil gevonden tussen ondersteunende therapie en elke andere psychologische of psychosociale behandeling met betrekking tot terugval op gemiddeld lange termijn of op lange termijn, ziekenhuisopname op gemiddeld lange termijn, psychische gezondheid (op de BPRS) op korte termijn, het vroegtijdig verlaten met de studie, algemene redenen om vroegtijdig te stoppen met de studie, het aantal mensen dat betaald werk verricht, en het aantal mensen dat overlijdt op de lange termijn. Ook is geen significant verschil gevonden tussen ondersteunende therapie en CGT met betrekking tot terugval op gemiddeld lange termijn, ziekenhuisopname op gemiddeld lange termijn, geen klinisch relevante verbetering in algemene geestelijke gezondheid op lange termijn, psychische gezondheid (op de BPRS) op korte termijn, het vroegtijdig verlaten van de studie (algemene redenen), of het vroegtijdig verlaten van de studie vanwege behandel-gerelateerde redenen. Tot slot is geen significant verschil gevonden tussen ondersteunende therapie en psycho-educatie, vaardigheidstraining of tussen ondersteunende therapie + *client-focused* case management en *client-focused* case management met betrekking tot het vroegtijdig verlaten van de studie.

### **Veronderstelde mechanismen**

De onderzoekers beschrijven geen werkzame mechanismen.

### **Conclusie**

Op basis van de resultaten van de review concluderen Buckley et al. (2015) niet dat ondersteunende therapie beter werkt bij schizofrenie dan elke andere psychologische of psychosociale behandeling. Meer specifiek lijkt het erop dat ondersteunende therapie minder effectief is dan elke andere psychologische of psychosociale behandeling. Deelnemers die ondersteunende therapie ondergingen, leefden juist minder goed de therapie na, werden vaker opgenomen in het ziekenhuis, hadden minder klinische verbetering van algemene geestelijke gezondheid en meer episodes van affectieve symptomen. Ook scoorden zij hoger op de PANNS, was er vaker een terugval, meer sociale beperkingen, meer voorgeschreven medicatie, minder remissie en verlieten ze vaker vroegtijdig de studie. Kortom, ondersteunende therapie is – ongeacht de duur – niet effectief in het verbeteren van behandeluitkomsten, en kan het beste niet worden ingezet bij schizofreniepatiënten.

#### **2.3.9 Sociale vaardigheidstraining**

Hunt et al. (2019) onderzochten het effect van sociale vaardigheidstraining op behandeluitkomsten bij personen met ernstige psychische stoornissen (schizofrenie, bipolaire stoornis, depressie) en middelenmisbruik in de VS. Sociale vaardigheidstraining is een groepstherapie met als doel de ontwikkeling van interpersoonlijke vaardigheden, het behouden van relaties met anderen, en het

kunnen omgaan met conflicten en sociale situaties waarbij middelen worden misbruikt. De groepstraining kan bestaan uit een rollenspel, het krijgen van feedback en huiswerk. Hoewel de training meestal in een groep plaatsvindt, kan de therapie ook individueel gegeven worden. De sociale vaardigheidstraining kan zowel intramuraal als extramuraal worden gevolgd. Hunt et al. (2019) rapporteerden alleen een FUP van 3 tot 18 maanden en namen geen modererende factoren mee.

### **Significante resultaten**

#### *Korte en lange duur*

Hunt et al. (2019) vonden een significant verschil tussen sociale vaardigheidstraining en standaardzorg met betrekking tot het vroegtijdig verlaten van de studie (en daarmee de behandeling) binnen 6 en 18 maanden: op korte termijn (6 maanden) was de kans twee keer zo groot dat deelnemers in de standaardzorg groep de studie vroegtijdig zouden verlaten ( $RR=0,49$ ; 95%  $CI=0,24-0,97$ ), terwijl op de langere termijn (18 maanden) de kans op het vroegtijdig verlaten van de studie voor deelnemers in de vaardigheidstraining groep juist twee keer zo groot was ( $RR=2,60$ ; 95%  $CI=1,36-4,97$ ).

### **Niet significante resultaten**

Hunt et al. (2019) vonden geen significant verschil tussen sociale vaardigheidstraining en standaardzorg met betrekking tot het vroegtijdig verlaten van de studie (en daarmee het einde van de behandeling) binnen 3 en 12 maanden.

### **Veronderstelde mechanismen**

Hunt et al. (2019) beschrijven geen werkzame mechanismen.

### **Conclusie**

Hunt et al. (2019) concluderen dat er te weinig resultaten zijn om te concluderen dat psychosociale interventies als sociale vaardigheidstraining effectiever zijn dan standaardzorg voor mensen met ernstige psychische stoornissen of middelenmisbruik. Uit de resultaten van de review blijkt dat sociale vaardigheidstraining alleen op korte termijn kan voorkomen dat deelnemer vroegtijdig stoppen met de behandeling, maar dat de training op lange termijn juist een averechts effect heeft. Omdat er geen resultaten zijn op lange termijn, kan geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit van sociale vaardigheidstraining op lange termijn.

#### **2.3.10** *Zelfzorginterventies*

Lean et al. (2019) onderzochten de effectiviteit van zelfzorginterventies (*self-management interventions*) op behandeluitkomsten bij personen met een ernstige psychische stoornis (schizofrenie, bipolaire stoornis, of depressie) in Europa, Azië, Australië en Canada. Zelfzorginterventies zijn erop gericht om patiënten te informeren over de stoornis (psycho-educatie), vaardigheden aan te leren om de symptomen te kunnen beheersen (herkennen van vroege waarschuwingssignalen en omgaan met persistente symptomen), terugval te voorkomen en algemeen psychosociaal functioneren te verbeteren. Zelfzorginterventies zijn in vergelijking met andere psychotherapeutische interventies relatief makkelijk te implementeren. De interventies kunnen zowel intramuraal als extramuraal worden uitgevoerd. Ook kunnen de interventies op verschillende manieren worden toegepast: in groepsvorm, individuele sessies, digitaal, aan de hand van leesmateriaal of een combinatie van deze vormen.

Lean et al. (2019) rapporteerden een duur van de interventie van 1 tot 52 weken en onderzochten een FUP van 1 jaar.

### Significante resultaten

#### *Direct na de interventie*

Lean et al. (2019) vonden allereerst dat zelfzorginterventies leidden tot significant minder totale symptomen van schizofrenie ( $SMD=-0,43$ ; 95%  $CI=-0,63$  tot  $-0,22$ ,  $p<0,0001$ ,  $I^2=78\%$ ), negatieve symptomen ( $SMD=-0,26$ , 95%  $CI=-0,47$  tot  $-0,05$ ,  $p=0,01$ ,  $I^2=59\%$ ) en affectieve symptomen ( $SMD=-0,26$ , 95%  $CI=-0,51$  tot  $-0,01$ ,  $p=0,04$ ,  $I^2=40\%$ ) in vergelijking met TAU direct na de interventie.<sup>51</sup> De effectgroottes zijn echter klein. Tevens vonden Lean et al. (2019) dat zelfzorginterventies direct na de interventie leidden tot een significant kortere duur van ziekenhuisopnames in vergelijking met TAU ( $SMD=-0,26$ , 95%  $CI=-0,50$  tot  $-0,02$ ,  $p=0,04$ ,  $I^2=63\%$ ). Ook leidden zelfzorginterventies direct na de interventie tot een hogere zelfbeoordeling van herstel ( $SMD=-0,62$ , 95%  $CI=-1,03$  tot  $-0,22$ ,  $p=0,002$ ,  $I^2=89\%$ ), hogere zelf-effectiviteit ( $SMD=-0,38$ , 95%  $CI=-0,62$  tot  $-0,15$ ,  $p=0,001$ ,  $I^2=45\%$ ), beter algemeen functioneren ( $SMD=-0,56$ , 95%  $CI=-0,85$  tot  $-0,28$ ,  $p<0,0001$ ,  $I^2=88\%$ ) en een hogere zelfbeoordeling van de kwaliteit van leven ( $SMD=-0,23$ , 95%  $CI=-0,37$  tot  $-0,10$ ,  $p=0,0007$ ,  $I^2=0\%$ ). De effectgroottes van zelfbeoordeling van herstel en algemeen functioneren zijn gemiddeld, maar de andere effectgroottes zijn klein.

#### *FUP enigszins lange duur*

Ook na een FUP van 12 maanden vonden Lean et al. (2019) dat zelfzorginterventies leidden tot significant minder totale symptomen ( $SMD=-0,88$ , 95%  $CI=-1,19$  tot  $-0,57$ ,  $p<0,0001$ ,  $I^2=87\%$ ), negatieve symptomen ( $SMD=-0,61$ , 95%  $CI=-1,03$  tot  $-0,19$ ,  $p=0,004$ ,  $I^2=85\%$ ) en affectieve symptomen ( $SMD=-0,51$ , 95%  $CI=-0,82$  tot  $-0,21$ ,  $p=0,001$ ,  $I^2=77\%$ ) in vergelijking met TAU. De effectgroottes voor negatieve en affectieve symptomen zijn gemiddeld, maar de effectgrootte voor totale symptomen van schizofrenie is groot. Ook leidden zelfzorginterventies na een FUP van 12 maanden tot een significante afname in het gemiddeld aantal heropnames ( $SMD=-0,92$ , 95%  $CI=-1,63$  tot  $-0,21$ ,  $p=0,01$ ,  $I^2=93\%$ ) en in de duur van een ziekenhuisopname ( $SMD=-0,68$ , 95%  $CI=-1,10$  tot  $-0,25$ ,  $p=0,002$ ,  $I^2=88\%$ ). De effectgroottes zijn respectievelijk groot en gemiddeld. Tot slot vonden Lean et al. (2019) dat zelfzorginterventies na een FUP van 12 maanden leidden tot een significant hogere zelfbeoordeling van herstel ( $SMD=-0,81$ , 95%  $CI=-1,40$  tot  $-0,22$ ,  $p=0,007$ ,  $I^2=94\%$ ), hoger gevoel van *empowerment* ( $SMD=-0,25$ , 95%  $CI=-0,43$  tot  $-0,07$ ,  $p=0,007$ ,  $I^2=12\%$ ), hoger gevoel van hoop ( $SMD=-0,24$ , 95%  $CI=-0,46$  tot  $-0,02$ ,  $p=0,03$ ,  $I^2=65\%$ ), beter algemeen functioneren ( $SMD=-0,90$ , 95%  $CI=-1,34$  tot  $-0,45$ ,  $p<0,0001$ ,  $I^2=95\%$ ) en een hogere zelfbeoordeling van de kwaliteit van leven ( $SMD=-0,25$ , 95%  $CI=-0,37$  tot  $-0,12$ ,  $p=0,0001$ ,  $I^2=0\%$ ). De effectgroottes voor zelfbeoordeling van herstel en algemeen functioneren zijn groot, de overige effectgroottes zijn klein.

### Niet-significante resultaten

Lean et al. (2019) vonden geen significant verschil tussen zelfzorginterventies en TAU direct na de interventie met betrekking tot verandering in positieve symptomen, het gemiddeld aantal heropgenomen patiënten, het totaal aantal heropgenomen patiënten, het gevoel van *empowerment* en het gevoel van hoop. Na een FUP van 12 maanden

<sup>51</sup> In de review zijn interventies van verschillende duur samengenomen tot een resultaat. De duur van de interventie varieert van 1 tot 52 weken. Direct na de interventie kan dus na 1 week, of na 1 jaar zijn.

vonden Lean et al. (2019) geen significant verschil in het totaal aantal heropgenomen patiënten tussen zelfzorginterventies en TAU.

### **Veronderstelde werkzame mechanismen**

Zelfzorginterventies zorgen ervoor dat de patiënt symptomen op tijd herkent en acuut kan ingrijpen bij een wisselende behandelbehoefte, waardoor de symptoomlast direct na de interventie zal afnemen. De geleerde vaardigheden om symptomen te herkennen en mee op te gaan, zullen ervoor zorgen dat ook tijdens een FUP de symptomen afnemen. De afgenomen symptomen zullen daaropvolgend leiden tot een toename in het globaal functioneren, wat op den duur weer zal leiden tot een afname in (de duur van) ziekenhuisopnames. Tegelijkertijd leidt een afname in symptomen tot een toename in zelfbeoordeling van herstel, gevoel van empowerment en gevoelens van hoop, zelfeffectiviteit, en kwaliteit van leven.

### **Conclusie**

Op basis van de resultaten van hun review pleiten Lean et al. (2019) voor het toepassen van zelfzorginterventies bij mensen met een ernstige psychische stoornis naast andere vormen van begeleiding en/of behandeling. Zelfzorginterventies lijken direct na de interventie in het bijzonder goed aan te sluiten bij het verminderen van totale symptomen en het verbeteren van algemeen functioneren. Echter, er bestaat geen duidelijkheid over de effectiviteit van de interventie op verschillende termijnen, nu de resultaten van de interventie met een duur van 1 tot 52 weken werden samengenomen. Twaalf maanden na het beëindigen van de interventie lijkt de effectiviteit hoger voor de afname van totale symptomen, negatieve symptomen en affectieve symptomen. Ook blijft de interventie na de FUP in het bijzonder effectief voor het verhogen van de zelfbeoordeling van herstel en het algemeen functioneren. Tevens concluderen Lean et al. (2019) dat de effectiviteit van zelfzorginterventies met betrekking tot heropnames zowel direct na de interventie als na een FUP van 12 maanden, niet significant anders is dan TAU. Omdat het effect van zelfzorginterventies niet werd onderzocht op een langere termijn, kan geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit van zelfzorginterventies op lange termijn (24+ maanden).

#### **2.3.11 *Training voor signaleren terugkerende symptomen schizofrenie***

Morriss et al. (2013) onderzochten het effect van een training voor het signaleren van terugkerende symptomen van schizofrenie op behandeluitkomsten bij personen met schizofrenie in de VS, Europa, Oost-Azië en Australië. De training (in deze review) bestaat uit verschillende elementen: 1. Educatie over vroege symptomen van schizofrenie om identificatie mogelijk te maken; 2. Patiënten met schizofrenie, verzorgers of professionals aanleren om de symptomen te kunnen monitoren (bijvoorbeeld het optreden van paranoia); en 3. Vroeg ondernemen van actie om de verdere ontwikkeling van de symptomen te kunnen voorkomen. De training duurt minimaal een uur. Morriss et al. (2013) rapporteerden een duur van minder of gelijk aan zes maanden tot twee jaar en onderzochten een FUP tot drie jaar.

### **Significante resultaten**

#### *Zeer korte tot lange duur*

Morriss et al. (2013) vonden allereerst dat bij participanten die de training volgden, de mentale toestand meer verbeterde (zij scoorden gemiddeld significant lager (laag=goed) – dus hadden een betere mentale status – op de BPRS;  $MD=-4,55$ ;

95%  $CI=-8,21$  tot  $-0,90$ ;  $z=2,44$ ;  $p=0,01$ ;  $I^2=93\%$ ) dan bij participanten die TAU ontvingen na 10 weken tot twee jaar.

#### *FUP zeer korte tot lange duur*

Morriss et al. (2013) vonden allereerst dat vroege waarschuwingssignalen training + TAU leidde tot significant minder terugvalsymptomen van schizofrenie ( $RR=0,53$ ; 95%  $CI=0,36-0,79$ ;  $z=3,12$ ;  $p=0$ ;  $I^2=81\%$ ) in vergelijking met alleen TAU, bij een FUP van twee maanden tot drie jaar. Deelnemers van de training hadden dus 1,89 (1/0,53) keer minder terugvalsymptomen dan deelnemers die TAU ontvingen. Daarnaast werden participanten die de training volgden 2,08 (1/0,48) keer minder vaak opnieuw opgenomen in het ziekenhuis ( $RR=0,48$ ; 95%  $CI=0,35-0,66$ ;  $z=4,49$ ;  $p<0,001$ ;  $I^2=62\%$ ) dan participanten die TAU ontvingen bij een FUP van twee maanden tot drie jaar. Tot slot hadden significant meer participanten die de training volgden + TAU ontvingen werk aan het einde van de studie ( $RR=0,68$ , 95%  $CI=0,57-0,82$ ) dan participanten die alleen TAU ontvingen na een FUP van twee maanden tot één jaar. Deelnemers van de training hadden dus 1,47 (1/0,68) keer meer kans op het hebben van werk dan deelnemers die TAU ontvingen.

#### *FUP enigszins lange duur*

Bij participanten die de training volgden + TAU ontvingen, verbeterde het sociaal functioneren (gemeten met de NOSIE) meer dan bij participanten die alleen TAU ontvingen ( $MD=25,12$ ; 95%  $CI=5,75-44,48$ ;  $z=2,54$ ;  $p=0,01$ ;  $I^2=96\%$ ) bij een FUP van negen maanden tot één jaar. Daarnaast hadden participanten die de training volgden + TAU ontvingen, meer kennis over hun ziekte (a.d.h.v. score op de ITAQ) dan participanten die alleen TAU ontvingen ( $MD=7,21$ ; 95%  $CI=0,94-13,48$ ;  $z=2,25$ ;  $p=0,02$ ;  $I^2=93\%$ ) bij een FUP van één jaar. Tot slot waren participanten die de training volgden + TAU ontvingen significant meer medicatietrouw dan participanten die alleen TAU ontvingen ( $MD=0,57$ ; 95%  $CI=0,42-0,77$ ;  $z=3,67$ ;  $p=0$ ;  $I^2=0\%$ ) bij een FUP van negen maanden tot één jaar.

#### **Niet significante resultaten**

Morriss et al. (2013) vonden geen significant verschil in tijd tot eerste terugval en zorglast bij patiënten bij een FUP van 1 jaar tot 18 maanden. Ook werd geen significant verschil gevonden in tijd tot heropname in het ziekenhuis, sociaal functioneren (gemeten met de GAF)<sup>52</sup>, en aantal participanten dat overleed bij een FUP van één tot twee jaar. Daarnaast vonden Morriss et al. (2013) geen significant verschil in mentale toestand (scores op de positieve symptomen schaal van de PANNS) en mentale toestand (scores op de negatieve symptomen schaal van de PANNS) bij een FUP van 24 weken tot twee jaar. Ook werd geen significant verschil gevonden in het aantal participanten dat niet kon worden gevolgd bij follow-up, met een FUP van 10 weken tot 2 jaar. Tevens vonden Morriss et al. (2013) geen significant verschil in mentale toestand (scores op de SANS) bij een FUP van één tot drie jaar. Ook werd geen significant verschil gevonden in mentale toestand (gemiddelde score op de PANSS) en sociaal functioneren (gemeten met de GAS) bij een FUP van negen maanden tot twee jaar. Tot slot vonden Morriss et al. (2013) geen significant verschil in heropnames in het ziekenhuis bij een FUP van 5 tot 7 jaar.

<sup>52</sup> Sociaal functioneren werd gemeten met 10 verschillende schalen: 9 keer werd geen verschil, 1 keer werd wel een verschil gevonden. Alleen de schalen met twee of meer uitkomsten zijn hier genoemd.



## Modererende effecten

*Subgroep: training aan patiënten of aan patiënten en hun verzorgers/professionals*  
Morriss et al. (2013) onderzochten ook het verschil tussen wanneer de training alleen aan de patiënten werd gegeven, alleen aan hun verzorgers/professionals of aan beide. Zij vonden allereerst dat de tijd tot terugval significant langer was voor participanten die de training volgden + TAU ontvingen dan voor participanten die alleen TAU ontvingen, als de training alleen aan de patiënten werd gegeven en niet ook aan hun verzorgers/professionals (HR=0,26; 95% CI=0,13-0,53; z=3,69; p=0; I<sup>2</sup>=35%). Tevens was de mate van terugval significant minder voor participanten die de training volgden dan participanten die TAU ontvingen, als de training alleen aan patiënten werd gegeven en niet ook aan hun verzorgers/professionals (RR=0,43; 95% CI=0,20-0,92; z=2,18; p=0,03; I<sup>2</sup>=89%).

Daarnaast vonden Morriss et al. (2013) dat de tijd tot heropname in het ziekenhuis significant langer was voor participanten die de training volgden dan participanten die TAU ontvingen wanneer de training werd gegeven aan zowel patiënten als verzorgers/professionals (HR=0,62; 95% CI=0,46-0,83; z=3,16; p=0; I<sup>2</sup>=89%). Tot slot was de mate van heropname (aantal heropnames) in het ziekenhuis significant minder voor participanten die de training volgden dan participanten die TAU ontvingen wanneer de training werd gegeven aan alleen de patiënt (RR=0,30; 95% CI=0,14-0,66; z=3,03; p=0; I<sup>2</sup>=80%) of aan zowel de patiënt en de verzorgers/professionals (RR=0,64; 95% CI=0,51-0,79; z=4,07; p<0,001; I<sup>2</sup>=0%).

Morriss et al. (2013) vonden geen significant verschil in tijd tot terugval tussen de training en TAU wanneer de training werd gegeven aan zowel de patiënt als de verzorger/ professional. Daarnaast vonden Morriss et al. (2013) geen significant verschil in mate van terugval tussen de training en TAU wanneer de training werd gegeven aan zowel de patiënt als de verzorger/professional, en alleen de verzorgers/professional. Tot slot was er geen significant verschil in tijd tot heropname in het ziekenhuis tussen de training en TAU wanneer de training alleen aan de patiënt werd gegeven.

## Veronderstelde mechanismen

Het herkennen van vroege symptomen van een terugval kan de start van een nieuwe episode voorkomen. Door het vroeg herkennen van de symptomen, kan direct een juiste behandeling of coping strategie worden ingezet waardoor symptomen of het risico op gevaar kan worden gereduceerd, en terugval en ziekenhuisopnames kunnen worden vertraagd.

## Conclusie

Morriss et al. (2013) concluderen op basis van de review, dat de training de kans op terugval en ziekenhuisopname kan verminderen, evenals de duur van de ziekenhuisopname, wanneer de training deel uitmaakt van een compleet zorgpakket. Morriss et al. (2013) concluderen ook dat de training het meest succesvol is wanneer deze alleen aan de patiënt wordt gegeven en niet ook aan de verzorgers/professionals. Omdat er geen resultaten zijn over de effectiviteit op lange termijn (2+) kan daar geen uitspraak over worden gedaan. Wel lijkt de training effectief op lange termijn in het verbeteren van de mentale toestand (BPRS), en lijkt de training op lange termijn een positieve doorwerking te hebben na het stoppen van de interventie met betrekking tot terugvalsymptomen, ziekenhuisopnames en kans op werk.



### 2.3.12 *Familie-interventies voor schizofrenie*

Pharoah et al. (2010) onderzochten het effect van familie-interventies voor schizofrenie op overlijden, servicegebruik, behandeluitkomsten en familie-uitkomsten bij personen met schizofrenie in China, Europa, de VS, Australië en Canada. Familie-interventies zijn uiteenlopende psychosociale behandelingen met zowel de patiënt als de familie van de patiënt. Familie-interventies bestaan bijvoorbeeld uit psycho-educatie, gedragsverandering, motiverend interviewen en CGT. Bij familie-interventies worden veel verschillende strategieën gebruikt: 1. Het creëren van een bondgenoot in de familie; 2. Het verbeteren van de sfeer binnen de familie door het wegnemen van stress en het gevoel van de patiënt een last te zijn; 3. Verbeteren van de capaciteit van de familie om te anticiperen op problemen en deze op te lossen; 4. Verminderen van uitingen van boosheid en schuld door de familie; 5. Behouden van redelijke verwachtingen over de prestatie van de patiënt; 6. Familieleden aanmoedigen om grenzen te stellen en zich aan deze grenzen te houden; 7. Bereiken van veranderingen in gedrag en overtuigingen bij de familie. Pharoah et al. (2010) rapporteerden een duur van 6 weken tot 3 jaar en onderzochten een FUP tot 8 jaar. Naast de effectiviteit van de interventie werd ook het modererende effect van de interventiegroep (alleen aan patiënt, alleen aan verzorgers/professionals of aan beiden) onderzocht.

#### **Significante resultaten**

##### *Onbekende duur*

Pharoah et al. (2010) vonden allereerst dat familie-interventies ervoor zorgden dat participanten 1,67 (1/0,60) keer beter meewerkten aan medicatiegebruik ( $RR=0,60$ ; 95%  $CI=0,49-0,73$ ;  $z=5,12$ ;  $p<0,0001$ ;  $I^2=47,74\%$ ) en 2,86 (1/0,35) keer minder vijandig waren ( $RR=0,35$ ; 95%  $CI=0,18-0,66$ ;  $z=3,21$ ;  $p=0$ ;  $I^2=5,99\%$ ) in vergelijking met standaardzorg (termijn onbekend). Tevens toonde de familie van participanten 1,47 (1/0,68) keer meer emotie na familie-interventies in vergelijking met na standaardzorg ( $RR=0,68$ ; 95%  $CI=0,54-0,86$ ;  $z=3,21$ ;  $p=0$ ;  $I^2=67,95\%$ ).

##### *Medium duur*

Pharoah et al. (2010) vonden dat familie-interventies zorgden voor 1,82 (1/0,55) keer minder terugval ( $RR=0,55$ ; 95%  $CI=0,48-0,62$ ;  $z=9,64$ ;  $p<0,0001$ ;  $I^2=42,9\%$ ), een lagere score op de BPRS (psychiatrische symptomen; laag=goed;  $MD=-8,32$ ; 95%  $CI=-10,92$  tot  $-5,73$ ;  $z=6,29$ ;  $p<0,0001$ ;  $I^2=78,55\%$ ), en op de mentale staat schaal van de PANSS (laag=goed;  $MD=-7,9$ ; 95%  $CI=-11,96$  tot  $-3,83$ ;  $z=3,8$ ;  $p=0$ ;  $I^2=0\%$ ), en zorgde voor 1,96 (1/0,55) keer minder sociale beperkingen ( $RR=0,51$ ; 95%  $CI=0,35-0,72$ ;  $z=3,73$ ;  $p=0$ ;  $I^2=75,31\%$ ) op gemiddelde termijn. Echter zorgden familie-interventies ook voor een significant lagere score op de *Social Functioning Scale* (hoog=goed;  $MD=-8,05$ ; 95%  $CI=-13,27$  tot  $-2,83$ ;  $z=3,02$ ;  $p=0$ ;  $I^2=63,28\%$ ) in vergelijking met standaardzorg.

##### *Enigszins lange duur*

Op enigszins lange termijn leidden familie-interventies tot 2,17 (1/0,46) keer minder ziekenhuisopnames ( $RR=0,46$ ; 95%  $CI=0,30-0,69$ ;  $z=3,73$ ;  $p=0$ ;  $I^2=0\%$ ), 1,56 (1/0,64) keer minder terugval ( $RR=0,64$ ; 95%  $CI=0,47-0,88$ ;  $z=2,76$ ;  $p=0,01$ ;  $I^2=0\%$  bij 13-18 maanden;  $RR=0,64$ ; 95%  $CI=0,55-0,75$ ;  $z=5,63$ ;  $p<0,0001$ ;  $I^2=66,54\%$  bij 19-24 maanden), 1,35 (1/35) keer minder kans op vroegtijdig verlaten van de studie ( $RR=0,74$ ; 95%  $CI=0,55-1,00$ ;  $z=1,96$ ;  $p=0,05$ ;  $I^2=0\%$ ) en 2,5 (1/0,40) keer meer verbetering in algemene zin in vergelijking met standaardzorg ( $RR=0,40$ ; 95%  $CI=0,23-0,68$ ;  $z=3,36$ ;  $p=0$ ;  $I^2=39,32$  bij 6-9 maanden).

### *Lange duur*

Pharoah et al. (2010) vonden dat familie-interventies op lange termijn leidden tot een significant hogere score op *global state* van de *Global Assessment of Functioning* (GAF;  $MD=-8,66$ ; 95%  $CI=-14,37$  tot  $-2,94$ ;  $z=2,97$ ;  $p=0$ ;  $I^2=0\%$ ), en 2,38 keer minder vaak vroegtijdig verlaten van de studie in vergelijking met standaardzorg ( $RR=0,42$ ; 95%  $CI=0,26-0,67$ ;  $z=3,62$ ;  $p=0$ ;  $I^2=0\%$ ). De overige significante resultaten op lange termijn zijn niet geaggregeerd, maar afkomstig van individuele studies. Familie-interventies leidden tot een significant lagere score (laag=goed) op de *Symptom Checklist-90* (SCL-90; ;  $MD=-22,01$ ; 95%  $CI=-30,99$  tot  $-13,03$ ;  $z=4,81$ ;  $p<0,001$ ; Li, 2005 in Pharoah et al., 2010), *mental state* van de PANSS ( $MD=-10,2$ ; 95%  $CI=-13,55$  tot  $-6,85$ ;  $z=5,97$ ;  $p<0,0001$ ; Liu, 2003), de positieve schaal van de PANSS ( $MD=-2,6$ ; 95%  $CI=-4,12$  tot  $-1,08$ ;  $z=3,36$ ;  $p=0$ ; Liu, 2003 in Pharoah et al., 2010), de negatieve schaal van de PANSS ( $MD=-3,7$ ; 95%  $CI=-4,94$  tot  $-2,46$ ;  $z=5,85$ ;  $p<0,001$ ;  $I^2=100\%$ ; Liu, 2003 in Pharoah et al., 2010), en de SDSS (*Social Disability Screening Schedule*;  $MD=-1,94$ ; 95%  $CI=-2,9$  tot  $-0,98$ ;  $z=3,98$ ;  $p<0,0001$ ; Tan, 2007 in Pharoah et al., 2010), en een significant hogere score (hoog=goed) op de QoL (*Quality of Life*;  $MD=19,18$ ; 95%  $CI=9,78-28,58$ ;  $z=4$ ;  $p<0,0001$ ; Shi, 2000 in Pharoah et al., 2010).

### *FUP enigszins lange duur*

Tot sloten vonden Pharoah et al. (2010) dat familie-interventies leidden tot significant minder ziekenhuisopnames ( $RR=0,78$ ; 95%  $CI=0,63-0,98$ ;  $z=2,14$ ;  $p=0,03$ ;  $I^2=31,24\%$ ) in vergelijking met standaardzorg bij een FUP van 13 tot 18 maanden. Deelnemers aan familie-interventies werden dus 1,28 keer minder opgenomen in het ziekenhuis dan deelnemers die standaardzorg ontvingen.

### **Niet-significante resultaten**

Allereerst werd geen significant verschil gevonden tussen familie-interventies en standaardzorg met betrekking tot gemiddelde verandering van score op *mental state* van de BPRS, overlijden middels suïcide en overlijden door andere oorzaken dan suïcide (termijn onbekend). Tevens vonden de onderzoekers op korte termijn (0 tot 6 maanden) geen significant verschil tussen familie-interventies en standaardzorg met betrekking tot ziekenhuisopnames, terugval, vroegtijdig verlaten van de studie en onvoldoende zorg of verkeerde behandeling door de familie. Ook werd geen significant verschil gevonden tussen familie-interventies en standaardzorg met betrekking tot vroegtijdig verlaten van de studie, werkeloosheid, en onvermogen om zelfstandig te leven op gemiddelde termijn (7 tot 12 maanden). Op enigszins lange termijn (13 tot 24 maanden) vonden de onderzoekers geen significant verschil tussen familie-interventies en standaardzorg met betrekking tot ziekenhuisopnames (19 tot 24 maanden). Tot slot werd geen significant verschil gevonden tussen familie-interventies en standaardzorg met betrekking tot ziekenhuisopnames en terugval op lange termijn (24+ maanden).

Pharoah et al. (2010) vergeleken ook familie-interventies in groepsverband en individueel. Er werd zowel op gemiddelde termijn (7 tot 12 maanden) als op lange termijn (19 tot 24 maanden) geen significant verschil gevonden met betrekking tot terugval.

### **Veronderstelde mechanismen**

Familie-interventies zullen leiden tot minder emotie en stress binnen de familie, en minder druk op de familie van een schizofreniepatiënt. Daardoor wordt de capaciteit van de familie om problemen op te lossen vergroot. Een van de problemen kan zijn dat

de patiënt geen medicatie inneemt. Door de vergrootte oplossingscapaciteit van de familie, kan dit probleem worden opgelost. Goed medicijngebruik zal uiteindelijk leiden tot minder terugval en ziekenhuisopnames.

### **Conclusie**

Pharoah et al. (2010) concluderen dat familie-interventies in ieder geval terugval en het aantal ziekenhuisopnames kunnen verminderen voor personen met schizofrenie, al worden deze resultaten alleen op gemiddelde en enigszins lange termijn gevonden.

### **2.3.13 Videogames voor schizofrenie**

Roberts et al. (2021) onderzochten het effect van videogames op functioneren, negatieve effecten en behandeluitkomsten bij personen met schizofrenie in Australië, de VS, China en Spanje. De videogames moesten voldoen aan een bepaalde mate van interactie en werden gespeeld op een Xbox, Playstation, computer of telefoon. Naast gewone videogames werden ook *exergames* (bewegingsspelletjes) onderzocht. Dit zijn interactieve spellen waarbij het spel reageert op bewegingen van de speler zoals bij Just Dance of Wii Sports. Roberts et al. rapporteerden een duur van 6 tot 12 weken en onderzochten een FUP van drie maanden.

### **Significante resultaten**

#### *Onbekende duur*

Roberts et al. (2021) vonden allereerst dat participanten die videogames speelden en standaardzorg ontvingen, significant lager (hoog=goed) scoorden op de *Matrics Consensus Cognitive Battery* (MCCB, ;=cognitief sociaal functioneren) dan participanten die deelnamen aan cognitieve herstructurering en standaardzorg ontvingen ( $MD=-3,60$ ;  $95\% CI=-6,43$  tot  $-0,76$ ;  $z=2,49$ ;  $p=0,01$ ;  $I^2=44\%$ ) aan het einde van de behandeling.

### **Niet significante resultaten**

Roberts et al. (2021) vonden geen significant verschil tussen het spelen van videogames plus ontvangen van standaardzorg en cognitieve herstructurering plus ontvangen van standaardzorg met betrekking tot score op de negatieve schaal van de PANSS, score op de positieve schaal van de PANSS, het vroegtijdig verlaten van de studie en score op de IMI-SR (welzijn) aan het einde van de behandeling. Daarnaast werd geen significant verschil gevonden tussen het spelen van videogames plus ontvangen van standaardzorg en cognitieve herstructurering plus ontvangen van standaardzorg met betrekking tot de totale score op de PANSS bij een FUP van drie maanden.

### **Veronderstelde mechanismen**

Het spelen van videogames is toegankelijker dan hulp zoeken bij een professional, zodat ook mensen die geen professionele hulp zoeken (bijvoorbeeld jongeren), symptomen kunnen verlichten door het spelen van videogames. Een manier waarop dit werkt, is dat het spelen van videogames zorgt voor afleiding, waardoor de aandacht niet langer bij de symptomen ligt, maar bij het spel. Dit zal uiteindelijk zorgen voor vermindering van de symptomen op dat moment. Ten tweede zorgen *exergames* voor beweging, waardoor motorische functies en fysieke beweging wordt gepromoot. Ook kan uithoudingsvermogen, motorische coördinatie, flexibiliteit en balans worden vergroot.

## **Conclusie**

Roberts et al. (2021) concluderen dat het vanwege de lage kwaliteit van de studies en het erg lage bewijs vanuit de studies, moeilijk is om een conclusie te trekken over de effectiviteit van videogames. Het spelen van videogames lijkt het cognitief sociaal functioneren zelfs te verslechteren. Ook zijn er geen resultaten op de lange termijn. Op basis van de review zijn er te weinig aanknopingspunten om te stellen dat videogames effectief zijn in het verminderen van symptomen van schizofrenie.

### **2.3.14 Inzet van ervaringsdeskundigen voor schizofrenie**

Pitt et al. (2013) onderzochten het effect van inzet van ervaringsdeskundigen op behandeluitkomsten, servicegebruik, professionele opinie en kosten bij personen met schizofrenie in de VS, het VK, en Australië. Ervaringsdeskundigen zijn volwassenen die nu of vroeger gebruik maakten van geestelijke gezondheidszorg en nu worden ingezet bij de behandeling van psychische stoornissen. Ervaringsdeskundigen kunnen deel uitmaken van een team met een professional, geraadpleegd worden door een professional, of gerekruteerd, getraind, betaald worden door een professional. Ervaringsdeskundigen kunnen worden ingezet bij uiteenlopende behandelingen. In de review worden ervaringsdeskundigen ingezet in de rol van: 1) *Casemanager* in een CMHT; 2) Begeleider van een supportgroep of cognitieve gedragstherapie sessie; 3) Mentor; 4) Geïntegreerd in traditionele geestelijke gezondheidszorg. De duur van de inzet van ervaringsdeskundigen is afhankelijk van de soort behandeling. Pitt et al. rapporteerden een interventieduur van 10 weken tot 3 jaar en onderzochten een FUP van 12 maanden.

#### **Significante resultaten**

##### *FUP medium duur*

Pitt et al. (2013) vonden dat participanten die behandeling ontvingen van een ervaringsdeskundige, significant minder gebruik maakten van crisisdiensten dan participanten die behandeling van een professionele behandelaar ontvingen ( $MD=-0,34$ ; 95%  $CI=-0,6$  tot  $-0,07$ ;  $z=2,47$ ;  $p=0,01$ ;  $I^2=0\%$ ) bij een FUP van 12 maanden. Het verschil is echter klein.

#### **Niet significante resultaten**

Pitt et al. (2013) vonden geen significant verschil tussen behandeling door ervaringsdeskundigen en door professionele behandelaars met betrekking tot algemene symptomen, tevredenheid, cliënt-behandelaar relatie, en *attrition* (verlies door follow-up). Tevens vonden de onderzoekers geen significant verschil tussen behandeling door ervaringsdeskundigen + standaardzorg en alleen standaardzorg met betrekking tot tevredenheid, *attrition* (verlies door follow-up), en duur van ziekenhuisopname.

#### **Veronderstelde mechanismen**

Pitt et al. (2013) beschrijven geen werkzame mechanismen.

## **Conclusie**

Pitt et al. (2013) concluderen dat er nog te weinig bewijs is voor de effectiviteit van behandeling door ervaringsdeskundigen. Het betrekken van ervaringsdeskundigen bij teams voor geestelijke gezondheidszorg resulteert niet in betere of slechtere uitkomsten (psychosociaal, symptomen, servicegebruik) dan die bereikt worden door professionals die in vergelijkbare functies werken. Wel kan het betrekken van

ervaringsdeskundigen resulteren in een kleine vermindering van het gebruik van crisis- of hulpdiensten door cliënten, maar de kwaliteit van dit resultaat is matig tot laag.

## 2.4 Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een verslaving

### 2.4.1 *Intensive Community Supervision*

Perry et al. (2009) onderzochten het effect van *Intensive Community Supervision* (ICS) op recidive en criminaliteit bij delinquenten met een middelenverslaving in de VS. ICS is eerder omschreven in paragraaf 2.3.1. In de review van Perry et al. wordt geen beschrijving gegeven wat onder ISC wordt verstaan, maar er wordt vanuit gegaan dat het dezelfde programma's betreft. De onderzoekers rapporteerden een duur van één jaar, en onderzochten een FUP van 6 maanden tot 3,5 jaar. Er werden geen modererende factoren onderzocht.

#### **Resultaten**<sup>53</sup>

##### *Enigszins lange duur*

Perry et al. (2009) vonden allereerst dat ICS effectiever is dan v.i. (*parole*)/reclasseringstoezicht (*probation*) in het verminderen van recidive ( $OR=1,98$ ;  $95\% CI=1,01-3,87$ ), arrestaties ( $OR=1,49$ ;  $95\% CI=0,88-2,51$ ) en drugs gerelateerde arrestaties ( $OR=1,10$ ;  $95\% CI=0,50-2,39$ ) na één jaar. ICS is niet effectiever dan v.i. (*parole*)/reclasseringstoezicht (*probation*) in het verminderen van veroordelingen ( $OR=0,93$ ;  $95\% CI=0,55-1,58$ ) en gevangenneming ( $OR=0,88$ ;  $95\% CI=0,50$  tot  $1,54$ ). Daarnaast vonden Perry et al. (2009) dat ICS plus verhoogd toezicht effectiever is dan alleen ICS in het verminderen van recidive ( $OR=2,09$ ;  $95\% CI=0,86-5,07$ ), arrestaties ( $OR=1,22$ ;  $95\% CI=0,51-2,88$ ), drugs gerelateerde arrestaties ( $OR=1,29$ ;  $95\% CI=0,35-4,85$ ), en gevangenneming ( $OR=1,3$ ;  $95\% CI=0,39-4,3$ ) na één jaar.<sup>54</sup>

#### **Veronderstelde mechanismen**

Perry et al. (2009) beschrijven geen werkzame mechanismen.

#### **Conclusie**

Perry et al. (2009) concluderen dat er weinig of zelfs geen effect is gevonden voor de effectiviteit van ICS.

### 2.4.2 *Gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag*

Benishek et al. (2014) onderzochten het effect van gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag (*contingency management*) op middelengebruik bij personen met een middelenverslaving in de VS. Een deel van de personen nam deel aan een drugsprogramma, verbleef in HIV-centra, had geen vaste woon- of verblijfplaats of nam deel aan een mentale gezondheidsprogramma. Ook Hunt et al. (2019) onderzocht het effect van gedragstherapie gericht op systematisch

<sup>53</sup> De auteurs van de review hebben voor geen van de resultaten een significantietoets benoemd. Het is dus voor geen van de resultaten zeker of het verschil significant is of niet. Wel geven de *odds ratios* aan of de kans op recidive of criminaliteit kleiner of groter is voor de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep.

<sup>54</sup> Voor het resultaat met betrekking tot veroordelingen is het vanwege een typefout (er staat  $OR=0.1.14$ ) onduidelijk of de OR groter of kleiner is dan 1. Dit resultaat wordt daarom niet beschreven.

bekrachtiging van doelgedrag op behandeluitkomsten bij personen met een ernstige psychische stoornis en middelenverslaving in de VS. De gedragstherapie is gebaseerd op de principes van operante conditionering waarbij beloningen worden gebruikt om specifiek gedrag te stimuleren. Beloningen worden bijvoorbeeld gegeven bij een negatieve drugstest. De aard van de beloning kan variëren van een mondelinge aanmoediging tot een financiële beloning. De gedragstherapie kan voornamelijk succesvol ingezet worden bij middelenverslavingen maar kan ook worden ingezet bij andere ernstige psychische stoornissen (bijvoorbeeld schizofrenie, bipolaire stoornis, depressie, psychose). De gedragstherapie kan zowel intramuraal (bijvoorbeeld in een methadon-kliniek) als extramuraal (bijvoorbeeld in een daklozenopvang) worden uitgevoerd. Tevens kan de gedragstherapie onderdeel uitmaken van toezicht- en behandelprogramma's in de gemeenschap. Benishek et al. (2014) rapporteerden een duur van 1 tot 6 maanden en onderzochten een FUP van 6 maanden. Hunt et al. (2019) rapporteerden alleen een FUP van 3 tot 18 maanden en namen geen modererende factoren mee.

### **Significante resultaten**

#### *Zeer korte tot korte duur*

Benishek et al. (2014) vonden allereerst dat gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag leidde tot significant minder middelengebruik ten opzichte van TAU ( $d=0,46$ ; 95%  $CI=0,37-0,54$ ;  $p<0,001$ ;  $I^2=3,69\%$ ) na een interventie tot zes maanden. Echter is de effectgrootte klein.

Hunt et al. (2019) vonden dat gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag leidde tot een grotere kans op het vroegtijdig verlaten van de studie (en daarmee het stoppen van de behandeling) ten opzichte van standaardzorg ( $RR=1,55$ ; 95%  $CI=1,13-2,11$ ,  $z=2,76$ ;  $p=0,0057$ ) na drie maanden.

#### *FUP korte duur*

Ook na een FUP van zes maanden leidde de interventie tot een significante vermindering van middelengebruik in vergelijking met TAU ( $d=0,33$ ; 95%  $CI=0,12-0,54$ ;  $p=0,002$ ;  $I^2=39,35\%$ ). Echter is ook na de FUP de effectgrootte klein.

### **Niet significante resultaten**

Hunt et al. (2019) vonden geen significant verschil tussen gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag en standaard zorg met betrekking tot het vroegtijdig verlaten van de studie (en daarmee het einde van de behandeling) binnen één tot twee maanden, of het vroegtijdig verlaten van de studie binnen zes maanden.

Benishek et al. (2018) vonden na een FUP van meer dan zes maanden niet langer een significant verschil in middelengebruik tussen gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag en TAU.

### **Veronderstelde werkzame mechanismen**

Bij gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag vindt regelmatig monitoring van drugsgebruik plaats. Wanneer er geen drugs is gebruikt, volgt een beloning. De beloning voor het niet gebruiken van drugs weegt vervolgens op tegen de beloning voor het gebruiken van drugs, waardoor drugsgebruik wordt verminderd. Het veronderstelde werkzame mechanisme volgt de principes van operante conditionering.

## **Conclusie**

Benishek et al. (2018) concluderen dat gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag een betere methode is dan TAU om middelengebruik in te perken tijdens de interventie zelf, en zeer kort na de interventie. Niet op de langere termijn. Benishek et al. (2018) concluderen dat het van belang is om de behandeling van middelengebruik voort te zetten op lange termijn, omdat de behandeling geen lang genoeg effect heeft. Omdat het effect van gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag niet werd onderzocht op een langere termijn, kan geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit van gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag op lange termijn (24+ maanden). Wel kan worden geconcludeerd dat gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag ook na de interventie op korte termijn effectief is in het verminderen van middelengebruik.

### **2.4.3 Disulfiram**

Jørgensen et al. (2011) onderzochten het effect van Disulfiram op alcoholonthouding bij personen met een alcoholverslaving in Europa, de VS en India. Disulfiram is een ontwenningmiddel en wordt gebruikt om mensen te weerhouden alcohol te drinken. Inname van Disulfiram leidt bij gebruik van alcohol tot lichamelijke klachten als misselijkheid, overgeven, een hoge bloeddruk, zweten en een verhoogde hartslag. Het middel moet gebruikt worden in combinatie met psychotherapie en begeleiding. Disulfiram werkt het beste onder toezicht. Het ontwenningmiddel wordt altijd pas ingezet na een detoxificatieprogramma waarbij de persoon in kwestie ontwenningverschijnselen doormaakt. Het middel kan jarenlang worden gebruikt om abstinentie van alcohol in stand te houden. Jørgensen et al. (2011) rapporteerden een duur van 2 tot 12 maanden en namen geen modererende factoren mee.

## **Significante resultaten**

### *Medium duur*

Jørgensen et al. (2011) vonden allereerst dat Disulfiram leidde tot een significant langere alcoholonthouding in vergelijking met elke andere behandeling (=gedragstherapie of andere farmacotherapie;  $OR=1,83$ ; 95%  $CI=1,02-3,29$ ;  $I^2=94\%$ ;  $z=2,04$ ;  $p=0,04$ ) op medium termijn (tot 12 maanden). Personen met een alcoholverslaving die Disulfiram gebruikten waren dus 1,83 keer langer onthouden van alcohol dan personen met een alcoholverslaving die een andere behandeling kregen. Tevens vonden Jørgensen et al. (2011) dat Disulfiram plus toezicht leidde tot een significant langere alcoholonthouding in vergelijking met elke andere of geen behandeling ( $OR=1,83$ ; 95%  $CI=1,02-3,29$ ;  $I^2=94\%$ ;  $z=2,04$ ;  $p=0,04$ ) op medium termijn (tot 12 maanden). Personen met een alcoholverslaving die Disulfiram gebruikten onder toezicht waren dus 1,02 keer langer onthouden van alcohol dan personen die een andere of geen behandeling ondergingen. Tot slot vonden Jørgensen et al. (2011) dat Disulfiram zonder toezicht leidde tot een significant langere alcoholonthouding in vergelijking met elke andere of geen behandeling ( $OR=1,59$ ; 95%  $CI=1,07-2,37$ ;  $I^2=34\%$ ;  $z=2,27$ ;  $p=0,02$ ) op medium termijn (tot 12 maanden). Personen met een alcoholverslaving die Disulfiram gebruikten zonder toezicht waren dus 1,59 keer langer onthouden van alcohol dan personen die een andere of geen behandeling kregen.

### **Niet significante resultaten**

Jørgensen et al. (2011) vonden net geen significant verschil ( $p=0,06$ ) tussen Disulfiram en placebo met betrekking tot alcoholonthouding op medium termijn (tot 12 maanden).

### **Veronderstelde werkzame mechanismen**

Disulfiram inhibeert het lever-enzyme *aldehyde dehydrogenase* waardoor lichamelijke klachten ontstaan bij het drinken van alcohol. De klachten bestaan bijvoorbeeld uit misselijkheid, overgeven, een hoge bloeddruk, zweten en een verhoogde hartslag. Door het optreden van de klachten wordt het gebruik van alcohol minder aantrekkelijk, waardoor – volgens de principes van operante conditionering – alcoholgebruik wordt verminderd of voorkomen.

### **Conclusie**

Jørgensen et al. (2011) concluderen dat Disulfiram zowel met als zonder toezicht effectiever is dan andere behandelingen of geen behandeling in het verminderen van alcoholgebruik op medium termijn. Opvallend genoeg was Disulfiram niet effectiever dan placebo, maar dit valt mogelijk te verklaren door het kleine aantal studies in de analyse ( $N=2$ ). Ook stellen Jørgensen et al. (2011) dat er een mogelijkheid is dat de angst voor de bijwerkingen van Disulfiram belangrijker is dan het werkelijke effect. Tevens is de effectiviteit van Disulfiram afhankelijk van de inname van de medicatie. Wanneer Disulfiram onder toezicht wordt ingenomen, is het effect groter dan wanneer Disulfiram zonder toezicht wordt ingenomen. Omdat het effect van Disulfiram niet werd onderzocht op een langere termijn, kan geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit van Disulfiram op lange termijn (24+ maanden).

## 2.4.4

### *Naltrexone*

Egli et al. (2011) onderzochten het effect van Naltrexone op criminaliteit bij personen met een middelenverslaving. Naltrexon is een ontwenningmiddel dat wordt ingezet om gebruik van opioïden te verminderen. Naltrexon heeft een andere werking dan Disulfiram. Naltrexon blokkeert het positieve effect van opioïden waardoor het verlangen ernaar afneemt. Naltrexon mag alleen worden gebruikt wanneer 7 tot 10 dagen geen opioïden meer zijn gebruikt.<sup>55</sup> De gemiddelde gebruiksduur is drie maanden, maar het middel mag ook langer worden gebruikt.<sup>56</sup> Egli et al. (2011) rapporteerden een duur van 3 tot 12 maanden en onderzochten een FUP van drie maanden.

### **Significante resultaten**

#### *FUP korte duur*

Egli et al. (2011) vonden dat Naltrexone leidde tot significant minder criminaliteit in vergelijking met counseling of gedragstherapie ( $OR=3,21$ ; 95%  $CI=1,24-8,31$ ;  $p=0,02$  [RE]) bij een follow-up van drie maanden.

### **Veronderstelde mechanismen**

De behandeling van drugsgebruik leidt tot minder drugsgebruik, waardoor de kwaliteit van leven beter zal worden. Een hogere kwaliteit van leven leidt volgens de auteurs uiteindelijk tot minder criminaliteit.

<sup>55</sup> [Naltrexon \(farmacotherapeutischkompas.nl\)](http://farmacotherapeutischkompas.nl)

<sup>56</sup> [Naltrexon | Apotheek.nl](http://Apotheek.nl)



## **Conclusie**

Naltrexone is een veelbelovend middel om criminaliteit te verminderen, maar het resultaat in deze review is gebaseerd op te weinig studies om een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit.

### **2.4.5 Methadon**

Egli et al. (2011) onderzochten tevens het effect van methadon op criminaliteit bij personen met een middelenverslaving. Holloway et al. (2006) onderzochten ook het effect van methadon op criminaliteit bij delinquenten met een middelenverslaving in de VS en Zwitserland. Methadon is eveneens als Buprenorfine een substitutiemiddel voor heroïne. Methadon heeft een sterke pijnstillende en verdovende werking en wordt ingezet om heroïnegebruik af te bouwen. In tegenstelling tot bij heroïne, wordt bij methadon geen 'geluksgevoel' ervaren. Egli et al. (2011) rapporteerden een duur van 6 tot 36 maanden en onderzochten een FUP van drie maanden. Holloway et al. (2006) rapporteerden geen interventieduur of FUP. Beide reviews namen geen modererende factoren mee.

#### **Significante resultaten**

##### *Onbekende duur*

Holloway et al. (2006) vonden dat Methadon leidde tot significant minder criminaliteit in vergelijking met geen of een andere behandeling ( $OR=1,64$ ; 95%  $CI=1,12-2,41$ ;  $p=0,011$  [fixed effect]). De termijn van dit resultaat was echter onbekend. Justitiabelen met een middelenverslaving die Methadon gebruiken plegen dus 1,64 keer minder criminaliteit dan justitiabelen met een verslaving die geen of een andere behandeling krijgen.

##### *Follow-up korte duur*

Egli et al. (2011) vonden dat methadon significant minder effectief was in het verminderen van criminaliteit dan heroïne behandeling bij een follow-up van drie maanden ( $OR=2,44$ ; 95%  $CI=1,27-4,69$ ;  $p=0,0072$  [Random effect]).

##### *Voor- en na behandeling (3 tot 12 maanden)*

Egli et al. (2011) vonden dat criminaliteit na een methadon behandeling significant minder was dan voor een methadon behandeling ( $OR=6,92$ ; 95%  $CI=3,04-15,77$ ;  $p<0,0001$  [RE]) na een behandeling van 3 tot 12 maanden.

#### **Niet significante resultaten**

Holloway et al. (2006) vonden dat er geen significant verschil was tussen Methadon en geen of een andere behandeling met betrekking tot criminaliteit bij een *random* effect. Ook voor dit resultaat is de termijn onbekend.

Egli et al. (2011) vonden geen significant verschil met betrekking tot criminaliteit tussen methadon en detoxificatie, wachtlijst, of residueel/therapeutische gemeenschap/ counseling bij een follow-up van drie maanden.

#### **Veronderstelde werkzame mechanismen**

Egli et al. (2011) en Holloway et al. (2006) merken op dat de behandeling tegen drugsgebruik over het algemeen leidt tot minder drugsgebruik, waardoor de risicofactor voor criminaliteit wegvalt. Dit leidt uiteindelijk tot minder criminaliteit.

### **Conclusie**

Holloway et al. (2006) concluderen dat er enig bewijs is dat methadon criminaliteit kan verminderen bij delinquenten met een middelenverslaving. Omdat niet bekend op welke termijn de resultaten worden beschreven, kan geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit van methadon op de lange termijn (24+ maanden).

#### **2.4.6** *Therapeutische gemeenschap*

Holloway et al. (2006) onderzochten tevens het effect van een therapeutische gemeenschap op criminaliteit bij delinquenten met een middelenverslaving in de VS. Een therapeutische gemeenschap is een langdurige extramurale behandeling voor personen met een middelenverslaving. Binnen de therapeutische gemeenschap wordt gewerkt aan de gehele persoon; niet alleen aan abstinentie van middelen maar ook aan de levensstijl. Er is een strikte routine binnen de gemeenschap en de nadruk wordt gelegd op de positieve kanten van de patiënt. Therapeutische gemeenschappen werden vroeger voornamelijk geleid door ervaringsdeskundigen, maar tegenwoordig steeds vaker door professionals. Het doel van de gemeenschap is re-integratie in de samenleving. Patiënten verblijven gemiddeld 6 tot 12 maanden in een therapeutische gemeenschap.<sup>57</sup> Holloway et al. (2006) rapporteerden geen FUP.

### **Significante resultaten**

#### *Onbekende duur*

Holloway et al. (2006) vonden dat een therapeutische gemeenschap leidden tot significant minder criminaliteit in vergelijking met geen of een andere behandeling ( $OR=2,49$ ;  $95\% CI=2,03-3,06$ ;  $p<0,0001$  [fixed effect];  $OR=2,61$ ;  $95\% CI=1,58-4,33$ ;  $p<0,002$ ) [fixed effect]). De termijn van dit resultaat was echter onbekend. Justitiabelen met een middelenverslaving die worden opgenomen in een therapeutische gemeenschap plegen dus 2,49 tot 2,61 keer minder criminaliteit dan justitiabelen met een middelenverslaving die geen of een andere behandeling krijgen.

### **Veronderstelde werkzame mechanismen**

Holloway et al. (2006) merken in de algemeenheid van een drugsbehandeling op, dat een drugsbehandeling leidt tot minder drugsgebruik, waardoor de risicofactor voor criminaliteit wegvalt. Dit leidt uiteindelijk tot minder criminaliteit.

### **Conclusie**

Holloway et al. (2006) concluderen dat er enig bewijs is dat een therapeutische gemeenschap criminaliteit kan verminderen bij delinquenten met een middelenverslaving. Een therapeutische gemeenschap lijkt effectiever dan Methadongebruik. Omdat niet bekend is op welke termijn de resultaten worden beschreven, kan geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit van Methadon op de lange termijn (24+ maanden).

#### **2.4.7** *Drugsbehandeling (algemeen)*

Holloway et al. (2006) onderzochten tot slot het totale effect van vier drugsbehandelingen (methadon, therapeutische gemeenschap, reclasseringstoezicht, en drugsrechtbank) op criminaliteit bij justitiabelen met een middelenverslaving. Daarbij werden ook de modererende effecten van geslacht, leeftijd en soort controlegroep onderzocht. Holloway et al. rapporteerden geen FUP.

<sup>57</sup> [What Are Therapeutic Communities? | National Institute on Drug Abuse \(NIDA; nih.gov\)](#)

## **Significante resultaten**

### *Onbekende duur*

Holloway et al. (2006) vonden dat een drugsbehandeling leidde tot significant minder criminaliteit in vergelijking met geen behandeling ( $OR=1,56$ ;  $95\% CI=1,18-2,07$ ;  $p<0,001$  [random effect]). De termijn van het resultaat is echter onbekend. Justitiabelen met een middelenverslaving die een drugsbehandeling ondergingen plegen dus 1,41 tot 1,56 keer minder criminaliteit dan justitiabelen met een middelenverslaving die geen behandeling krijgen.

## **Niet significante resultaten**

Holloway et al. (2006) vonden dat geen significant verschil tussen drugsrechtbanken plus drugstest en geen of een andere behandeling met betrekking tot criminaliteit. De termijn van het resultaat was ook onbekend. Daarnaast werd geen significant verschil gevonden tussen een andere behandeling (=acupunctuur en abstinentie) en geen behandeling met betrekking tot criminaliteit, waarbij de termijn niet werd genoemd door Holloway et al. (2006).

## **Modererende effecten**

Geslacht was geen significante modererende factor voor het effect van drugsbehandeling op criminaliteit. Hoewel drugsbehandeling alleen effectief bleek voor mannen, en niet voor vrouwen, was het verschil tussen beide effecten niet significant. Daarnaast was leeftijd geen significante modererende factor voor het effect. Hoewel het effect van drugsbehandelingen groter was voor jongeren dan voor ouderen, was dit verschil niet significant. Tot slot was de soort vergelijking (dat wil zeggen, of de controlegroep bestaat uit geen behandeling, een andere behandeling of een andere intensiteit van de interventie) geen significante modererende factor voor het effect van drugsbehandelingen op criminaliteit.

## **Veronderstelde werkzame mechanismen**

Holloway et al. (2006) merken op dat de behandeling tegen drugsgebruik over het algemeen leidt tot minder drugsgebruik, waardoor de risicofactor voor criminaliteit wegvalt. Dit leidt uiteindelijk tot minder criminaliteit.

## **Conclusie**

Holloway et al. (2006) concluderen dat er enig bewijs is dat een drugsbehandeling criminaliteit kan verminderen bij delinquenten met een middelenverslaving. Ondanks dat de modererende effecten niet significant zijn, concluderen Holloway et al. (2006) dat mannen en jeugdigen een grotere kans hebben dat het programma slaagt. Ook programma's met een hoge intensiteit (qua dosering, duur en continuïteit) waren effectiever in het verminderen van criminaliteit dan programma's met een lage intensiteit. Echter blijkt dit niet uit de resultaten. Omdat niet bekend op welke termijn de resultaten worden beschreven, kan geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit van Methadon op de lange termijn (24+ maanden).

### **2.4.8** *Langdurige behandeling voor verslaving*

Blodgett et al. (2014) onderzochten het effect van uiteenlopende langdurige behandelingen op middelengebruik bij personen met een middelenverslaving. Een langdurige behandeling is een periode van minder intensieve behandeling die volgt op een intensieve behandeling. Bij een langdurige behandeling worden verschillende technieken gebruikt om ervoor te zorgen dat de behandeling ook daadwerkelijk wordt

voortgezet, zoals huisbezoeken en telefoonsessies. De langdurige behandeling kan verschillende vormen aannemen, maar in de review wordt onderscheid gemaakt tussen CGT en niet-CGT. De duur van de interventie is afhankelijk van de soort behandeling. Blodgett et al. (2014) rapporteerden een duur van drie maanden tot vier jaar en onderzochten een FUP van zes maanden tot twee jaar. Naast de effectiviteit van de interventie werd ook het modererende effect van de soort controlegroep, de duur van de interventie, de intensiteit van de interventie, en de methode van behandelen onderzocht.

### **Significante resultaten**

#### *Onbekende duur*

Blodgett et al. (2014) vonden dat langdurige behandeling met CGT bij middelenverslaving een significant beter overall effect heeft op de verslaving in vergelijking met geen of een minimale behandeling (Hedges  $g=0,120$ ;  $p=0,01$ ). De effectgrootte is echter klein.

#### *Korte tot zeer lange duur*

Blodgett et al. (2014) vonden dat langdurige behandeling bij middelenverslaving een significant beter overall effect heeft op de verslaving in vergelijking met geen of een minimale behandeling (Hedges  $g=0,187$ ;  $p<0,001$ ;  $I^2=35%$ ) na drie maanden tot vier jaar. De effectgrootte is echter klein. Ook vonden de onderzoekers dat langdurige behandeling met CGT of een vergelijkbare interventie een beter overall effect heeft op de verslaving dan geen of een minimale behandeling (Hedges  $g=0,124$ ;  $p<0,01$ ). De effectgrootte is wederom klein.

#### *FUP korte tot enigszins lange duur*

Blodgett et al. (2014) vonden dat na een FUP van zes maanden tot twee jaar een langdurige behandeling een beter overall effect heeft op de verslaving in vergelijking met geen of een minimale behandeling (Hedges  $g=0,271$ ;  $p<0,01$ ;  $I^2=76%$ ). De effectgrootte is klein tot gemiddeld. Ook vonden de onderzoekers dat langdurige behandeling met CGT of vergelijkbare interventie bij middelenverslaving een beter overall effect heeft dan geen of een minimale behandeling (Hedges  $g=0,060$ ;  $p=0,05$ ). De effectgrootte is erg klein.

### **Modererende effecten**

De controlegroep was een significante modererende factor voor het effect van CGT op de doorlopende behandeling: Het effect van CGT op de doorlopende behandeling was significant groter als CGT + doorlopende behandeling werd vergeleken met geen of minimale behandeling, dan met een andere actieve interventie ( $Q=4,01$ ;  $p=0,05$ ). En: Het effect van CGT of een vergelijkbare interventie op de doorlopende behandeling was significant groter als CGT + doorlopende behandeling werd vergeleken met geen of minimale behandeling, dan met een andere actieve interventie ( $Q=4,01$ ;  $p=0,05$ )

### **Niet-significante resultaten**

Blodgett et al. (2014) vonden geen significant verschil tussen langdurige behandeling met CGT en een andere actieve interventie met betrekking tot het overall effect na een FUP van zes maanden tot twee jaar.

### **Veronderstelde mechanismen**

Bij een langdurige behandeling is er langer toezicht en langere symptoombestrijding. Dit zal uiteindelijk lijden tot betere uitkomsten. De toevoeging van CGT is effectief,

omdat CGT actieve psychotherapie is. CGT leidt tot systematische verandering van gedrag en gedachten, wat uiteindelijk zal leiden tot betere uitkomsten.

### **Conclusie**

Blodgett et al. (2014) concluderen dat de resultaten de effectiviteit van langdurige behandeling ondersteunen. Een periode van langdurige minder intensieve behandeling kan een belangrijk element zijn bij het ondersteunen van veel patiënten die herstellen van een verslavingsstoornis. Langdurige behandeling met of zonder CGT heeft een positief effect op de verslaving na korte tot zeer lange duur (drie maanden tot vier jaar) en ook een voortdurend positief effect na het eindigen van de behandeling na zes maanden tot twee jaar. Blodgett et al. (2014) wijzen wel op de kleine effectgroottes als kanttekening bij deze conclusies.

## **2.5 Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden**

### *2.5.1 Permanent ondersteunende huisvesting*

Moledina et al. (2021) onderzochten het effect van permanent ondersteunende huisvesting (*permanent supportive housing [PSH]*) in combinatie met ACT of ICM op stabiliteit van huisvesting, behandeluitkomsten en servicegebruik bij personen zonder vaste woon- of verblijfplaats. Permanent ondersteunende huisvesting is gebaseerd op *Housing First [HF]* waarbij huisvesting niet afhankelijk is van abstinentie van middelen. Dit programma is tegengesteld aan *Treatment First* waarbij een individu eerst moet afkicken om toegang te krijgen tot huisvesting. In Nederland wordt het *Housing First* model al toegepast bij langdurig dakloze mensen met bijkomende problematiek. Nadat de deelnemers een huis toegewezen hebben gekregen worden zij (langdurig) begeleid door professionals op het gebied van gezondheid, verslaving, educatie, werk en dagbesteding. Begeleiding is 24 uur per dag en zo lang als nodig mogelijk. De begeleiding kan worden gegeven door intensief casemanagement of een multidisciplinair team.<sup>58</sup> Moledina et al. (2021) rapporteerden een FUP van zes maanden tot zes jaar.

### **Significante resultaten**

#### *FUP enigszins lange duur*

Slechts één van de resultaten in de review over PSH/HF was een geaggregeerd resultaat. Wel waren er een aantal resultaten gebaseerd op individuele studies met een FUP van langer dan 24 maanden. De onderzoekers vonden allereerst dat PSH/HF leidde tot significant meer dagen stabiele huisvesting in vergelijking met TAU ( $OR=3,58$ ;  $95\% CI=2,36-5,43$ ;  $z=5,99$ ,  $p<0,00001$ ) na een FUP van meer dan 18 maanden. Deelnemers aan PSH/HF hadden dus 3,58 dagen meer stabiele huisvesting dan deelnemers die TAU ontvingen. Dit effect werd ook gevonden na een FUP van meer dan 5 jaar in een individuele studie, maar er werd geen statistiek gerapporteerd (Stergiopoulos et al., 2019 in Moledina et al., 2021).

Moledina et al. (2021) vonden in een andere individuele studie ook dat PSH/HF leidde tot een significant grotere verbetering op mentale gezondheid in vergelijking met TAU ( $ASMD=0,17$ ;  $95\% CI=0,05-0,30$ ;  $p=0,01$ ; Aubrey et al., 2016 in Moledina et al.,

<sup>58</sup> Meer informatie over Housing First in Nederland: <https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/Housing-First-Gids-Nederland.pdf>

2021) na een FUP van twee jaar. Andere individuele studies toonden aan dat justitiabelen die deelnamen aan PSH/HF sneller niet meer dakloos waren ( $F(413)=10,1$ ;  $p<0,001$ ; Tsemberis et al., 2004 in Moledina et al., 2021), sneller stabiele huisvesting hadden ( $F(4137)=27,7$ ;  $p<0,001$ ; Tsemberis et al., 2004 in Moledina et al., 2021) en langer stabiele huisvesting hadden ( $MD=-68,73$ ; 95%  $CI=-125$  tot  $-12,08$ ;  $p<0,05$ ; Cherner et al., 2017) in vergelijking met TAU na een FUP van twee jaar. Ook deelnemers met problematisch middelengebruik hadden na een FUP van twee jaar significant langere stabiele huisvesting in vergelijking met TAU (76% versus 50,8%,  $p<0,001$ ; Cherner et al., 2017 in Moledina et al., 2021). Tevens vonden de onderzoekers dat PSH/HF leidde tot significant minder tijd in het ziekenhuis ( $F(1195)=74$ ;  $p<0,01$ ; Tsemberis et al., 2004 in Moledina et al., 2021) in vergelijking met TAU. Daarnaast hadden deelnemers aan PSH/HF significant minder substantiële of ernstige problematiek met drugsgebruik ( $OR=0,34$ ; 95%  $CI=0,16-0,72$ ;  $p<0,01$ ; Cherner et al., 2017 in Moledina et al., 2021), maar een significant lagere kwaliteit van leven dan deelnemers die TAU ontvingen na een FUP van twee jaar ( $d=-0,38$ ; 95%  $CI=-0,74$  tot  $-0,02$ ;  $p<0,025$ ; Cherner et al., 2017 in Moledina et al., 2021). Deelnemers aan PSH/HF hadden dus 2,94 (1/0,34) keer minder problematiek met drugsgebruik dan deelnemers die TAU ontvingen. De effectgrootte voor de kwaliteit van leven was klein tot gemiddeld. De onderzoekers verklaren de lagere kwaliteit van leven na deelname aan PSH/HF door te stellen dat, door huisvesting prioriteit te geven, er geen stok achter de deur is voor een behandeling. De huisvesting is immers niet afhankelijk van deelname aan een behandeling. Bij het uitblijven van een behandeling, zal de mentale gezondheid en kwaliteit van leven niet verbeteren.

Tevens werd uit een studie een aantal significante resultaten gerapporteerd zonder statistiek. PSH/HF leidde tot een significant hogere kwaliteit van leven en tot significante verbeteringen op het gebied van vrije tijd, wonen, en veiligheid in vergelijking met TAU na een FUP van twee jaar. Ook vonden dezelfde onderzoekers dat PSH/HF plus ICM leidde tot significant minder dagen met alcohol gerelateerde problemen (een daling van 53%; geen statistiek; Stergiopoulos et al., 2019), en minder geld uitgeven aan alcohol in vergelijking met TAU ( $-\$52,86$ , 95%  $CI=-104,29$  tot  $-1,43$ ; Stergiopoulos et al., 2019 in Moledina et al., 2021) na een FUP van twee jaar.

#### *Onbekende duur*

Tot slot ervaren deelnemers aan PSH/HF significant minder suïcidale gedachten na de interventie dan voor de interventie ( $p<0,001$ ; Aubry et al., 2016 in Moledina et al., 2021). Het is onduidelijk op welke termijn dit resultaat betrekking heeft.

#### **Modererende effecten**

Leeftijd was een significante modererende factor voor het effect van PSH/HF op mentale gezondheid en kwaliteit van leven: oudere personen zonder vaste woon- of verblijfplaats in de PSH groep ervaren een significant grotere verbetering in mentale gezondheid in vergelijking met baseline dan jongere personen zonder vaste woon- of verblijfplaats in de TAU-groep na twee jaar, zowel op de samenvattende score (SF-12;  $+3,82$ , 95%  $CI=0,46-7,19$ ) als op de ernst van de psychische symptomen ( $-3,39$ , 95%  $CI=-6,24-0,54$ ; Aubry et al., 2016 in Moledina et al., 2021). En oudere personen zonder vaste woon- of verblijfplaats in de PSH/HF groep ervaren een significant grotere verbetering in kwaliteit van leven dan jongere personen zonder vaste woon- of verblijfplaats in de TAU-groep na twee jaar (geen statistiek; Aubry et al., 2016 in Moledina et al., 2021). Tot slot was het geboorteland van de deelnemer een

significante modererende factor voor het effect van PSH/HF plus ICM op alcohol gerelateerde problemen: deelnemers die geboren waren in andere landen dan Canada, ervoeren een grotere daling in alcohol gerelateerde problemen dan deelnemers die in Canada waren geboren (ratio of rate ratios=0,19, 95% CI=0,04-0,88).

### **Veronderstelde werkzame mechanismen**

Het verkrijgen van een huis voordat behandeling plaatsvindt leidt logischerwijs tot snellere toegang tot stabiele huisvesting. Door het voortdurende toezicht zijn deelnemers beter in staat om de stabiele huisvesting te behouden. Tevens wordt de huisvesting gecombineerd met een behandeling, wat op den duur mentale problemen, problemen met alcohol en ziekenhuisopnames zal verlagen, en de kwaliteit van leven zal verbeteren.

### **Conclusie**

Moledina et al. (2021) concluderen dat PSH/HF effectief is om stabiele huisvesting te verkrijgen en behouden en een aantal behandeluitkomsten te verbeteren. Echter, deze conclusie is gebaseerd op voornamelijk niet-geaggregeerde resultaten. Hoewel de effectiviteit inderdaad blijkt uit deze individuele studies, is alleen na een FUP van meer dan 18 maanden op geaggregeerd niveau aangetoond dat PSH/HF effectiever is dan TAU met betrekking tot stabiele huisvesting. Omdat er geen resultaten zijn over de effectiviteit tijdens de interventie, kan geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit op lange termijn (24+) maanden. Wel kan worden gesteld dat de interventie ná de beëindiging op lange termijn (FUP 24+ maanden) een potentieel voortdurend effect heeft.

## **2.5.2 Halfway houses**

Wong et al. (2019) onderzochten het effect van *halfway houses* op recidive bij delinquenten die voorwaardelijk vrij zijn. Een *halfway house* wordt gekenmerkt door tijdelijke huisvesting in een accommodatie binnen de gemeenschap. Er is continue toezicht en er wordt ondersteuning geboden om de overgang van gevangenis naar de gemeenschap makkelijker te maken. Tevens worden er voorwaarden gesteld die door de delinquent moeten worden nageleefd, zoals drugstests en een avondklok. Bij het schenden van de voorwaarden is er een mogelijkheid dat de gevangenisstraf wordt hervat. Verblijf in een *halfway house* heeft tot doel het reduceren van recidive door criminogene risicofactoren zoals dakloosheid, werkloosheid en drugsgebruik te verminderen. De duur van het verblijf in een *halfway house* is afhankelijk van de proeftijd bij de voorwaardelijke invrijheidsstelling. In Nederland zijn Forensisch Beschermd Wonen (FBW)<sup>59</sup> en een Woontrainingshuis<sup>60</sup> vergelijkbaar met *halfway houses*. Het grote verschil met het buitenland is dat deze voorzieningen voorbehouden zijn voor justitiabelen met een psychische stoornis, en *halfway houses* niet. Wong et al. (2019) onderzochten een FUP tot 3 jaar.

### **Significante resultaten**

#### *FUP lange duur*

Wong et al. (2019) vonden dat delinquenten die na een straf of maatregel in een *halfway house* woonden, significant minder recidiveerden dan delinquenten die niet in een *halfway house* woonden (OR=1,27; 95% CI=0,19-0,29; z=9,27; p=0,001;

<sup>59</sup> [FBW \(Forensisch Beschermd Wonen\) | Transfore.](#)

<sup>60</sup> [Woontrainingshuis | Forensisch | GGZ NHN \(ggz-nhn.nl\).](#)

$I^2=99,7\%$ ) na een FUP tot 3 jaar. Delinquenten in een *halfway house* recidiveerden dus 1,27 keer minder dan delinquenten die niet in een *halfway house* verbleven.

### **Modererende effecten**

De uitkomstmaat was een significante modererende factor voor het effect van *halfway houses* op recidive. *Halfway houses* waren effectief wanneer recidive werd gemeten als arrestaties ( $LOR=0,012$ ,  $z=10.97$ ,  $p<0,0001$ ) en als gevangenneming ( $LOR=0,347$ ,  $z=252.44$ ,  $p<0,001$ ), maar niet wanneer recidive werd gemeten als veroordeling.

### **Veronderstelde werkzame mechanismen**

Huisvesting in een *halfway house* leidt tot minder problemen op het gebied van inkomen, mentale gezondheid en sociale isolatie. Deze problemen zijn vaak aanleiding voor criminaliteit. Door de problemen weg te nemen zal uiteindelijk criminaliteit verminderen.

### **Conclusie**

Wong et al. (2019) concluderen dat het resultaat in het algemeen suggereert dat *halfway houses* effectief zijn om recidive te verminderen. *Halfway houses* zijn nog 2 tot 3 jaar na het verlaten van de *halfway houses* effectief. Omdat er geen resultaten zijn over het verminderen van recidive *tijdens* de interventie, kan geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit van *halfway houses* op lange termijn (24+ maanden).

## **2.5.3 Supported employment**

Suijkerbuijk et al. (2017) onderzochten het effect van ondersteund werken (*supported employment*) op het verkrijgen van werk, klinische uitkomsten en negatieve effecten bij personen met een ernstige psychische stoornis zonder werk in de VS, Europa, Azië, Australië en Canada. Middels ondersteund werken worden personen geholpen om snel werk te vinden en dit werk ook te behouden. De ondersteuning kan nog voor langere tijd na het verkrijgen van werk blijven bestaan en kan worden gecombineerd met geestelijke gezondheidszorg. De duur van de ondersteuning is kortdurend voor het vinden van werk, en langdurig voor het behouden van werk. Suijkerbuijk et al. (2017) onderzochten een FUP van 12+ maanden.

### **Significante resultaten**

#### *FUP medium duur*

Suijkerbuijk et al. (2017) vonden dat meer participanten concurrerend werk vonden na *supported employment* dan na *transitional employment* ( $RR=3,49$ ; 95%  $CI=1,77-6,89$ ;  $z=3.60$ ;  $p<0$ ;  $I^2=29,36\%$ ) bij een FUP tot één jaar. Ook hadden participanten na *supported employment* meer weken werk dan na *transitional employment* ( $RR=4,18$ ; 95%  $CI=1,27-7,09$ ;  $z=2,81$ ;  $p=0$ ;  $I^2=0\%$ ) bij een FUP tot één jaar.

Suijkerbuijk et al. (2017) vonden ook dat meer participanten concurrerend werk vonden na *supported employment* dan na *prevocational training* ( $RR= 2,52$ ; 95%  $CI=1,21-5,24$ ;  $z=2,48$ ;  $p=0,01$ ;  $I^2=26,38\%$ ) bij een FUP tot één jaar.

Tot slot vonden Suijkerbuijk et al. (2017) dat participanten na *supported employment* meer weken werk hadden dan na psychische zorg ( $RR=4,87$ ; 95%  $CI=0,37-9,37$ ;  $z=2,12$ ;  $p=0,03$ ;  $I^2=0\%$ ) bij een FUP tot één jaar.



#### *FUP enigszins lange duur*

Suijkerbuijk et al. (2017) vonden dat ook bij een FUP van meer dan één jaar, meer participanten concurrerend werk vonden na *supported employment* dan na *transitional employment* ( $RR=3,28$ ; 95%  $CI=2,13-5,04$ ;  $z=5,42$ ;  $p<0,001$ ;  $I^2=65,17\%$ ), en dat participanten na *supported employment* meer weken werk hadden dan na *transitional employment* ( $RR=17,36$ ; 95%  $CI=11,53-23,18$ ;  $z=5,84$ ;  $p<0,0001$ ;  $I^2=54,64\%$ ). Daarnaast hadden participanten na *supported employment* minder dagen nodig om werk te zoeken dan na *transitional employment* ( $RR=-64,86$ ; 95%  $CI=-115,95$  tot  $-13,77$ ;  $z=2,49$ ;  $p=0,01$ ;  $I^2=36,98\%$ ) bij een FUP van meer dan één jaar. Echter vonden minder participanten niet-concurrerend werk na *supported employment* dan na *transitional employment* ( $RR=0,22$ ; 95%  $CI=0,08-0,63$ ;  $z=2,81$ ;  $p=0$ ;  $I^2=83,51\%$ ) bij een FUP van meer dan één jaar.

Suijkerbuijk et al. (2017) vonden ook dat meer participanten concurrerend werk vonden na *supported employment* dan na *prevocational training* ( $RR=2,31$ ; 95%  $CI=1,85-2,89$ ;  $z=7,34$ ;  $p<0,01$ ;  $I^2=36,5\%$ ), en dat participanten na *supported employment* meer weken werk hadden dan na *prevocational training* ( $RR=11,56$ ; 95%  $CI=5,99-17,13$ ;  $z=4,07$ ;  $p<0,0001$ ;  $I^2=39,5\%$ ) bij een FUP van meer dan één jaar.

#### *FUP lange duur*

Suijkerbuijk et al. (2017) vonden een aantal resultaten op lange termijn gebaseerd op individuele studies. Allereerst vonden de onderzoekers dat meer participanten concurrerend werk vonden na *supported employment* dan na psychische zorg ( $RR=1,51$ ; 95%  $CI=1,36-1,68$ ;  $z=7,53$ ;  $p<0,0001$ ; Drake, 2013 in Suijkerbuijk et al., 2017) bij een FUP van meer dan twee jaar. Ook hadden participanten een betere kwaliteit van leven (gemeten met de *Quality of Life Index [QoLI]*) na *supported employment* dan na psychische zorg ( $SMD=0,14$ ; 95%  $CI=0,06-0,23$ ;  $z=3,42$ ;  $p=0$ ; Drake, 2013 in Suijkerbuijk et al., 2017) bij een FUP van meer dan twee jaar. Tot slot hadden participanten na *supported employment* een betere mentale gezondheid (gemeten met de SFHS) dan na psychische zorg ( $MD=2,88$ ; 95%  $CI=1,78-3,98$ ;  $z=5,15$ ;  $p<0,0001$ ; Drake, 2013 in Suijkerbuijk et al., 2017) bij een FUP van meer dan twee jaar.

#### **Niet-significante resultaten**

Suijkerbuijk et al. (2017) vonden geen significant verschil tussen *supported employment* en *transitional employment* met betrekking tot het verkrijgen van niet-concurrerend werk en het aantal drop-outs bij een FUP tot één jaar. Ook werd geen significant verschil gevonden tussen *supported employment* en *transitional employment* met betrekking tot kwaliteit van leven (gemeten met de QoLI) en het aantal drop-outs na een FUP van meer dan één jaar.

Suijkerbuijk et al. (2017) vonden geen significant verschil tussen *supported employment* en *prevocational training* met betrekking tot het verkrijgen van niet-concurrerend werk, kwaliteit van leven (gemeten met de MANSa) en het aantal drop-outs bij een FUP tot één jaar. Ook werd geen significant verschil gevonden tussen *supported employment* en *prevocational training* met betrekking tot het aantal dagen dat nodig was tot het vinden van werk, en het aantal dagen tot het vinden van niet-concurrerend werk, het aantal drop-outs en ziekenhuisopnames bij een FUP van meer dan één jaar.

Tot slot vonden Suijkerbuijk et al. (2017) geen significant verschil tussen *supported employment* en psychische zorg met betrekking tot het verkrijgen van concurrerend werk en het aantal drop-outs bij een FUP tot één jaar.

### **Veronderstelde mechanismen**

*Supported employment* is een snelle zoektocht naar werk zonder voorbereiding. Dit zorgt ervoor dat er snel werk gevonden wordt. Door langdurig toezicht tijdens het werk kan er meer steun worden gegeven wanneer het mis dreigt te gaan, waardoor het werk kan worden behouden. Een onderdeel van *supported employment* kan een mental health team zijn. Hierdoor kunnen mentale klachten worden verminderd waardoor werk kan worden behouden.

### **Conclusie**

Suijkerbuijk et al. (2017) concluderen dat *supported employment* bij een FUP op lange termijn effectief is voor het verkrijgen van werk. Voor het behouden van werk is *supported employment* het meest effectief bij een FUP van kortere duur.

#### **2.5.4 *Augmented supported employment***

Suijkerbuijk et al. (2017) onderzochten tevens het effect van extra ondersteund werken (*augmented supported employment*) op het verkrijgen van werk, klinische uitkomsten en negatieve effecten bij personen met een ernstige psychische stoornis zonder werk in de VS, China, Canada en het VK. Extra ondersteund werken is hetzelfde als ondersteund werken, maar met toevoeging van een andere interventie om de kans op het vinden en behouden van werk te vergroten. Elke interventie kan gecombineerd worden met ondersteund werken, zoals cognitieve vaardigheidstraining. De duur van het programma is afhankelijk van de combinatie van interventies. Suijkerbuijk et al. onderzochten een FUP van meer dan 12 maanden.

### **Significante resultaten**

#### *FUP enigszins lange duur*

Suijkerbuijk et al. (2017) vonden dat meer participanten concurrerend werk vonden na *augmented supported employment* dan na *transitional employment* ( $RR=2,45$ ; 95%  $CI=1,69-3,55$ ;  $z=4,73$ ;  $p<0,001$ ;  $I^2=0\%$ ) bij een FUP van meer dan één jaar.

Ook vonden Suijkerbuijk et al. (2017) dat meer participanten concurrerend werk vonden na *augmented supported employment* dan na *prevocational training* ( $RR=5,42$ ; 95%  $CI=1,08-27,11$ ;  $z=2,06$ ;  $p=0,04$ ;  $I^2=84,59\%$ ) bij een FUP van meer dan één jaar.

Suijkerbuijk et al. (2017) vonden dat meer participanten concurrerend werk vonden na *augmented supported employment* dan na *supported employment* ( $RR=1,94$ ; 95%  $CI=1,03-3,65$ ;  $z=2,06$ ;  $p=0,04$ ;  $I^2=53,74\%$ ) en dat participanten na *augmented supported employment* meer weken werk hadden ( $RR=10,09$ ; 95%  $CI=0,32-19,85$ ;  $z=2,02$ ;  $p=0,04$ ;  $I^2=55,34\%$ ) dan na *supported employment*, bij een FUP van meer dan één jaar.

#### *FUP lange duur*

Suijkerbuijk et al. (2017) vonden (gebaseerd op 1 individuele studie; Gold, 2006 in Suijkerbuijk et al., 2017) dat participanten na *augmented supported employment*

minder dagen nodig hadden tot het vinden van werk ( $RR=-142,8$ ; 95%  $CI=-238,7$  tot  $-46,9$ ;  $z=2,92$ ;  $p=0$ ) bij een FUP van meer dan twee jaar.

Ook vonden Suijkerbuijk et al. (2017; dat participanten na *augmented supported employment* meer weken werk hadden ( $RR=22,79$ ; 95%  $CI=15,96-29,62$ ;  $z=6,54$ ;  $p<0,001$ ) en een hogere kwaliteit van leven hadden (gemeten met de PWI;  $SMD=0,41$ ; 95%  $CI=0,06-0,77$ ;  $z=2,26$ ;  $p=0,02$ ) dan na *prevocational training* bij een FUP van meer dan twee jaar (gebaseerd op 1 individuele studie; Tsang, 2010 in Suijkerbuijk et al., 2017).

Suijkerbuijk et al. (2017) vonden dat meer participanten concurrerend werk ( $RR=4,32$ ; 95%  $CI=1,49-12,48$ ;  $z=2,7$ ;  $p=0,01$ ) en niet-concurrerend werk ( $RR=44,69$ ; 95%  $CI=6,25-319,49$ ;  $z=3,79$ ;  $p=0$ ) vonden na *augmented supported employment* dan na psychische zorg bij een FUP van meer dan twee jaar (gebaseerd op 1 individuele studies; Chandler, 1996 in Suijkerbuijk et al., 2017). Maar, Suijkerbuijk et al. (2017) vonden ook dat participanten na *augmented supported employment* een slechtere kwaliteit van leven (QLI) hadden dan na psychische zorg ( $SMD=-0,79$ ; 95%  $CI=-1,05$  tot  $-0,54$ ;  $z=6,09$ ;  $p<0,001$ ) bij een FUP van meer dan twee jaar.

### **Niet-significante resultaten**

Suijkerbuijk et al. (2017) vonden geen significant verschil tussen *augmented supported employment* en *supported employment* met betrekking tot het verkrijgen van concurrerend en niet-concurrerend werk, en het aantal drop-outs bij een FUP tot één jaar. Ook vonden Suijkerbuijk et al. (2017) geen significant verschil tussen *augmented supported employment* en *transitional employment* met betrekking tot het verkrijgen van niet-concurrerend werk bij een FUP van meer dan één jaar. Tot slot vonden Suijkerbuijk et al. (2017) geen significant verschil tussen *augmented supported employment* en *prevocational training* met betrekking tot het aantal drop-outs bij een FUP van meer dan één jaar.

### **Veronderstelde werkzame mechanismen**

*Augmented supported employment* werkt in de eerste plaats hetzelfde als *supported employment*: een snelle zoektocht naar werk zonder voorbereiding waardoor er snel werk wordt gevonden. Door langdurig toezicht tijdens het werk kan er meer steun worden gegeven wanneer het mis dreigt te gaan, waardoor het werk kan worden behouden. Een onderdeel van (*augmented*) *supported employment* kan een mental health team zijn. Hierdoor kunnen mentale klachten worden verminderd waardoor werk kan worden behouden. Bij *augmented supported employment* wordt er een extra component toegevoegd. Bijvoorbeeld een cognitieve vaardigheidstraining. Deze extra component pakt extra problemen aan, waardoor deze kunnen worden verminderd of opgelost. Zo vormen deze problemen een minder risico voor het verlies van werk.

### **Conclusie**

Suijkerbuijk et al. (2017) concluderen dat *augmented supported employment* het meest effectief is van de interventies voor werk, voor het verkrijgen van werk op zowel korte als lange termijn. Voor het behouden van werk is *augmented supported employment* het meest effectief op lange termijn.

#### **2.5.5** *Prevocational training*

Suijkerbuijk et al. (2017) onderzochten daarnaast het effect van beroepsgerichte trainingen (*prevocational training*) op het verkrijgen van werk, klinische uitkomsten en

negatieve effecten bij personen met een ernstige psychische stoornis zonder werk in de VS en China. Tijdens beroepsgerichte training leert een persoon vaardigheden aan die nodig zijn om werk te verkrijgen en te behouden. De achterliggende gedachte is dat personen met een ernstige psychische stoornis de competenties en middelen missen om werk te vinden en behouden. De training richt zich bijvoorbeeld op de sociale- of cognitieve vaardigheden. De duur van het programma is afhankelijk van het soort training, maar gemiddeld duurt een training enkele weken. Suijkerbuijk et al. (2017) onderzochten een FUP van meer dan 12 maanden.

### **Significante resultaten**

Suijkerbuijk et al. (2017) vonden allereerst dat meer participanten concurrerend werk vonden na *prevocational training* dan na psychische zorg bij een FUP tot één jaar ( $RR=8,96$ ; 95%  $CI=1,77-45,51$ ;  $z=2,65$ ;  $p=0,01$ ;  $I^2=0\%$ ) en een FUP van meer dan één jaar ( $RR=2,19$ ; 95%  $CI=1,07-4,46$ ;  $z=2,15$ ;  $p=0,03$ ;  $I^2=26,04\%$ ).

Ook vonden Suijkerbuijk et al. (2017; gebaseerd op 1 individuele studie; Xiang, 2007 in Suijkerbuijk et al., 2017) dat participanten na *prevocational training* een lagere score hadden op de positieve schaal van de PANSS ( $MD=-2,48$ ; 95%  $CI=-3,95$  tot  $-1,01$ ;  $z=3,3$ ;  $p=0$ ), de negatieve schaal van de PANSS ( $MD=-1,61$ ; 95%  $CI=-2,99$  tot  $-0,23$ ;  $z=2,28$ ;  $p=0,02$ ), en algemene symptomen van de PANSS ( $MD=-1,86$ ; 95%  $CI=-3,09$  tot  $-0,63$ ;  $z=2,96$ ;  $p=0$ ) in vergelijking met psychische zorg bij een FUP van meer dan twee jaar. Tot slot werden participanten na *prevocational training* minder vaak opgenomen in het ziekenhuis dan na psychische zorg ( $RR=0,26$ ; 95%  $CI=0,11-0,65$ ;  $z=2,88$ ;  $p=0$ ) bij een FUP van meer dan twee jaar.

### **Niet-significante resultaten**

Suijkerbuijk et al. (2017) vonden geen significant verschil tussen *prevocational training* en psychische zorg met betrekking tot het aantal drop-outs bij een FUP van meer dan één jaar.

### **Veronderstelde mechanismen**

Door de aanwezigheid van een psychische stoornis ontbreken bij de participant vaardigheden die nodig zijn voor het behoud van werk. Tijdens de *prevocational training* worden deze vaardigheden aangeleerd, wat uiteindelijk zal leiden tot het behouden van werk.

### **Conclusie**

Suijkerbuijk et al. (2017) concluderen dat *prevocational training* zowel op korte als op lange termijn (FUP) effectief is om werk te verkrijgen. *Prevocational training* is in ieder geval effectiever dan gewone psychische zorg, maar *supported employment* en *augmented supported employment* zijn effectiever dan *prevocational employment* voor het verkrijgen van werk. *Prevocational training* is ook effectief voor het behouden van werk op korte en lange termijn, maar wederom zijn *supported employment* en *augmented supported employment* effectiever.

## 2.6 Overzichtstabel resultaten

In tabel 2.2 staan alle conclusies, de termijn van de effectiviteit, de duiding van de effectgroottes, de veronderstelde werkzame mechanismen en de modererende factoren per programma per review op een rij.

**Tabel 2.2 Conclusies, termijn van de effectiviteit, duiding effectgroottes, veronderstelde werkzame mechanismen en modererende factoren**

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen (algemeen)					
Intensief reclasseringstoezicht (Smith et al., 2018)	Intensief reclasseringstoezicht is effectiever dan standaard reclasseringstoezicht in het verminderen van <b>(de frequentie van) recidive</b> bij justitiabelen na een FUP van 12 tot 36 maanden	FUP lange termijn	Kleine effectgroottes	Intensief reclasseringstoezicht=hogere frequentie van toezicht, betere toezichtvaardigheden en lagere werklast supervisor -> effectiever toezicht -> minder recidive	Geen
Cognitieve gedragstherapie (CGT; Lispey et al., 2007)	Cognitieve gedragstherapie is effectiever dan placebo, wachtlijst, geen behandeling of TAU in het verminderen van <b>recidive</b> na een FUP van 12 maanden	FUP korte termijn	-	CGT -> opbouw cognitieve vaardigheden -> verstoorte cognities herstructureren -> minder delinquente cognities -> minder recidive	<i>Individuele modererende effecten</i> CGT is het meest effectief in het verminderen van recidive bij een <b>hoog recidiverisico, veel sessies en veel uren</b> CGT per week, <b>veel uren behandeling</b> , en bij toevoeging van de elementen <b>cognitieve herstructurering, woede</b>

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
					<p><b>controle</b> en <b>individuele aandacht</b>.</p> <p><i>Gezamenlijke modererende effecten in model met CGT-programma's</i> CGT is het meest effectief in het verminderen van recidive bij een <b>hoog recidiverisico</b> en bij een <b>hoge kwaliteit van implementatie</b>.</p> <p><i>Gezamenlijke modererende effecten in model met CGT-elementen</i> CGT is het meest effectief in het verminderen van recidive bij een <b>hoog recidiverisico</b>, een <b>hoge kwaliteit van implementatie</b>, een <b>nadruk op CGT</b>, de aanwezigheid van de elementen <b>interpersoonlijke probleemoplossing</b> en <b>woede controle</b>, maar de <i>afwezigheid</i> van de elementen <b>slachtoffer</b></p>

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
					<b>impact</b> en <b>gedragsaanpassing</b> .
Behandeling van zedendelinquenten (Schmucker et al., 2017)	Behandeling van zedendelinquenten is effectiever dan geen behandeling in het verminderen van <b>recidive</b> (algemeen) en <b>recidive met zedendelicten</b> na 2 maanden tot ±5 jaar	Korte tot zeer lange termijn	Kleine effectgroottes	Behandeling problematiek -> oorzaken ambivalent seksueel gedrag wordt weggenomen -> risicofactor zedendelicten weggenomen -> minder recidive	Behandeling van zedendelinquenten is het meest effectief in het verminderen van recidive als de behandeling <b>CGT</b> of <b>multisysteem-behandeling</b> inhoudt, de behandeling een <b>specifiek element</b> voor zedendelinquenten bevat, de behandeling wordt gegeven in een <b>ziekenhuis</b> of <b>extramuraal</b> , de behandeling <b>gemixt individueel en groepsbehandeling</b> of <b>individuele</b> behandeling is, de behandeling <b>vrijwillig</b> is, en het <b>risiconiveau</b> bij aanvang hoog is.
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een psychische stoornis					
ISP met toezicht en behandeling / <i>Intensive Community Supervision</i> (ICS;	ICS is effectiever dan geen ICS in het verminderen van <b>recidive</b> op onbekende termijn	Onbekend, FUP zeer lange termijn	Kleine effectgrootte	1 Behandeling psychische problematiek -> wegnemen oorzaak criminaliteit -> minder recidive	Geen

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
Drake, 2018; Goodley et al., 2021)	ISP met toezicht en behandeling is effectiever dan standaard reclasseringstoezicht in het verminderen van <b>recidive</b> bij justitiabelen na een FUP van 15 jaar			2 Lage <i>caseload</i> > intensief toezicht > frequenter contact CCO en delinquent > minder recidive	
<i>Risk, Need, Responsivity</i> (RNR) supervision (Drake, 2018)	RNR-supervisie is effectiever dan standaard reclasseringstoezicht in het verminderen van <b>recidive</b> bij justitiabelen na een FUP van 15 jaar	FUP zeer lange termijn	Kleine effectgrootte	RNR-supervisie -> toezicht sluit aan bij risiconiveau, behoeften en motivatie van de justitiabele -> aanpakken oorzaak criminaliteit -> minder recidive	Geen
<i>Community Treatment Orders</i> (CTO) in Australië en Nieuw-Zeeland (Kisely et al., 2020)/ <i>Compulsory Community Treatment</i> (CCT; Barnett et al., 2018)	Een CTO/CCT is effectiever dan vrijwillige behandeling in het verminderen van het <b>aantal opnamedagen</b> en het verhogen van de <b>naleving van de behandeling</b> na ten minste 6 maanden. Een CTO/CCT is effectiever dan vrijwillige behandeling in het verminderen van <b>heropnames in het ziekenhuis</b> na ten minste 6 maanden en 5 tot 10 jaar. Een CTO/CCT is effectiever dan vrijwillige behandeling in	Korte termijn, zeer lange termijn, FUP enigszins lange termijn, FUP lange termijn	Kleine effectgroottes voor alle resultaten.	1 CTO/CCT -> meer toezicht -> meer informatie over beschikbare diensten -> beter afgestemde zorg 2 CTO/CCT -> meer toezicht -> directe consequenties voor niet gebruiken zorg 3 Beter afgestemde zorg -> minder servicegebruik, meer gebruik gemeenschapsdiensten, meer contacten in gemeenschap -> minder sterfte	Een CTO is het meest effectief in het verminderen van heropnames en aantal opnamedagen bij een <b>duur</b> van meer dan 24 maanden.



Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	<p>het verlagen van het <b>sterftecijfer</b> en het verhogen van <b>contacten in de gemeenschap</b> na een FUP van 12 maanden. Een CTO/CCT is effectiever dan vrijwillige behandeling in het verhogen van het gebruik van <b>gemeenschapsdiensten</b> na ten minste 6 maanden en een FUP van 8 jaar</p> <p>Een CTO/CCT <i>verlaagt</i> de kans om te kunnen <b>overleven in de gemeenschap</b></p>				
Zorg in samenwerkingsverband (Archer et al., 2012)/ <i>Community Mental Health Teams</i> (CMHT; Malone et al., 2018)	<p>Zorg in samenwerkingsverband/CMHT is effectiever dan standaardzorg in het verminderen van (het aantal) <b>symptomen van depressie</b> en het gebruik van <b>antidepressiva</b> na een FUP tot 6 maanden, na 7 tot 12 maanden en na 12 tot 24 maanden.</p> <p>Zorg in samenwerkingsverband/CMHT is effectiever dan</p>	FUP korte termijn, FUP gemiddelde, termijn, FUP enigszins lange termijn, FUP lange termijn	Kleine effectgroottes voor alle resultaten. De grootste effectgrootte werd gevonden voor het verhoogde politiecontact ( $RR=2,07$ ). Echter werd dit resultaat gevonden bij	<p>1 Zorg in samenwerkingsverband/CMHT -&gt; proactieve zorg en toezicht -&gt; betere stok achter de deur -&gt; betere behandeluitkomsten</p> <p>2 Zorg in samenwerkingsverband/CMHT -&gt; autonomie en zelfredzaamheid -&gt; zelf crisis kunnen oplossen -&gt; minder heropnames</p>	Geen

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	<p>standaardzorg in het verhogen van de <b>kwaliteit van leven mb.t. mentale gezondheid</b> na een FUP tot 6 maanden, 7 tot 12 maanden, 12 tot 24 maanden en 25+ maanden. Zorg in samenwerkingsverband/CMHT is effectiever dan standaardzorg in het verminderen van <b>angst</b> na een FUP tot 6 maanden en na 7 tot 12 maanden. Zorg in samenwerkingsverband/CMHT is effectiever dan standaardzorg in het verminderen van gebruik van <b>angstmedicatie</b> na een FUP van 7 tot 12 maanden. Zorg in samenwerkingsverband/CMHT is effectiever dan standaardzorg in het verbeteren van de <b>kwaliteit van leven m.b.t. fysieke gezondheid</b> na een FUP van 12 tot 24 maanden. Zorg in samenwerkingsverband/CMHT is effectiever dan standaardzorg in het</p>		<p>een vergelijking met TAU, wiens deelnemers in het ziekenhuis verbleven, waar logischerwijs minder politiecontact mogelijk is.</p>		

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	<p>verminderen van <b>heropnames in het ziekenhuis</b> na een FUP van 12 maanden. Zorg in samenwerkingsverband/CMHT is effectiever dan standaardzorg in het verhogen van de <b>(mate van) patiënttevredenheid</b> op onbekende termijn</p> <p>Zorg in samenwerkingsverband/CMHT <i>verhoogt</i> de kans op <b>politiecontact</b> na een FUP tot 12 maanden in vergelijking met standaardzorg</p>				
<i>Intensive case management</i> (ICM; Dieterich et al., 2017; Moledina et al., 2021)	ICM is effectiever dan standaardzorg in het verbeteren van <b>algemeen functioneren</b> op korte termijn. ICM is effectiever dan standaardzorg in het verminderen van het <b>risico op contactverlies met psychiatrische dienstverlening</b> , het <b>aantal ziekenhuisopnames</b> , de	Korte termijn, medium termijn, enigszins lange termijn FUP enigszins lange termijn	De resultaten over de FUP op enigszins lange termijn zijn gebaseerd op individuele studies	ICM > meer en intensiever toezicht en ondersteuning > beter de weg vinden naar gemeenschapshuizen en opvanglocaties > minder op straat leven	ICM is het meest effectief in het verminderen van het aantal ziekenhuisdagen per maand bij een <b>hoog ziekenhuisgebruik</b> in de afgelopen twee jaar, wanneer <b>veel dagen in het ziekenhuis</b> zijn doorgebracht en wanneer het <b>ICM-model goed wordt gevolgd</b> .

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	<p>kans op <b>vroegtijdig verlaten van de studie</b>, het <b>risico op werkloosheid</b> aan het einde van de studie, en de <b>directe psychiatrische ziekenhuiskosten</b> op medium termijn. ICM is effectiever dan standaardzorg in het verhogen van de kans op <b>zelfstandig wonen</b> en <b>tevredenheid van de participant</b> op medium termijn. ICM is effectiever dan standaardzorg in het verminderen van het <b>gemiddeld aantal ziekenhuisdagen per maand</b>, het <b>risico op contactverlies met psychiatrische dienstverlening</b>, en het <b>risico op werkloosheid</b> op enigszins lange termijn. ICM is effectiever dan standaardzorg in het verbeteren van <b>algemeen functioneren (algemeen en BSI)</b>, en het verhogen van de kans op <b>zelfstandig</b></p>				

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	<p><b>wonen en tevredenheid van deelnemers</b> op enigszins lange termijn</p> <p>ICM is effectiever dan niet-ICM in het verminderen van de kans op het <b>vroegtijdig verlaten van de studie</b> op enigszins lange termijn</p> <p>ICM is effectiever dan TAU in het verhogen van de <b>tijd die doorgebracht wordt in gemeenschapshuizen en opvanglocaties</b>, en het verminderen van de <b>tijd die wordt doorgebracht op straat</b> bij een FUP op enigszins lange termijn. ICM is effectiever dan TAU in het verminderen van <b>angst, depressie, gedachtenverstoring en bezoek aan de eerste hulp</b> bij een FUP op enigszins lange termijn. ICM is effectiever dan TAU in het verbeteren van <b>tevredenheid met het</b></p>				

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	<p><b>leven</b>, met <b>vrije tijd</b>, met <b>financiën</b>, met <b>veiligheid</b>, met <b>gezondheid</b> en met <b>familie</b>, en <b>werkgelegenheid</b> bij een FUP op enigszins lange termijn</p> <p>ICM plus inkomensondersteuning is effectiever dan TAU in het verhogen van het <b>inkomen</b> bij een FUP op enigszins lange termijn</p>				
Groeps-Cognitieve gedragstherapie (G-CGT; Buckley et al., 2015)	G-CGT + TAU is effectiever dan TAU in het verminderen van <b>depressiesymptomen</b> direct na de interventie en na een FUP van meer dan 3 maanden. Individuele CGT is effectiever dan G-CGT in het verminderen van <b>depressiesymptomen</b> direct na de interventie	FUP zeer korte tot korte termijn	Kleine en gemiddelde effectgroottes. Klein aantal geïnccludeerde studies (N=3).	Niet gerapporteerd	Geen
Cognitief gedrags-analyse systeem van psychotherapie (CBASP; Negt et al., 2016)	CBASP is effectiever dan een psychologische behandeling, antidepressiva, TAU of CAU in het verminderen van	Korte tot gemiddelde termijn	Kleine effectgrootte	CBASP -> beperkingen in sociale probleemoplossing en interpersoonlijke communicatie verbeteren -> beter sociaal	Geen

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	<b>depressiesymptomen</b> na 2 tot 12 maanden			functioneren -> minder depressieve klachten	
Ondersteunende therapie (Buckley et al., 2015)	Ondersteunende therapie is <i>niet effectiever</i> dan elke andere psychologische of psychosociale behandeling in het verkleinen van de kans op het <b>vroegtijdig verlaten van de studie</b> op onbekende termijn. Ondersteunende therapie is <i>niet effectiever</i> dan elke andere psychologische of psychosociale behandeling in het verbeteren van de <b>naleving van de therapie</b> na 4 tot 6 maanden. Ondersteunende therapie is <i>niet effectiever</i> dan elke andere psychologische of psychosociale behandeling in het verminderen van <b>ziekenhuisopnames</b> , het verbeteren van de <b>algemene geestelijke gezondheid</b> en het verminderen van het aantal <b>episodes van affectieve symptomen</b> na 7	Korte termijn, medium termijn, enigszins lange termijn, lange termijn	-	Niet beschreven	Geen

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	<p>tot 12 maanden.</p> <p>Ondersteunende therapie is <i>niet effectiever</i> dan elke andere psychologische of psychosociale behandeling in het verminderen van het aantal keren <b>terugval</b>, het verminderen van <b>sociale beperkingen</b> en het verminderen van <b>voorgeschreven medicatie</b> na 24+ maanden</p> <p>Ondersteunende therapie is <i>niet effectiever</i> dan CGT in het verlagen van de <b>score op de PANNS</b>, en het verminderen van het aantal <b>episodes van affectieve symptomen</b> na 7 tot 12 maanden</p> <p>Ondersteunende therapie is <i>niet effectiever</i> dan familietherapie in het verminderen van <b>remissie</b> en <b>sociale beperkingen</b> na 24+ maanden</p>				



Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	Ondersteunende therapie is <i>niet effectiever</i> dan een combinatie van psychologische behandelingen in het verkleinen van de kans op het <b>vroegtijdig verlaten van de studie</b> na 24+ maanden				
Sociale vaardigheidstraining (Hunt et al., 2019)	Sociale vaardigheidstraining is effectiever dan standaardzorg in het verkleinen van de kans op het <b>vroegtijdig verlaten van de studie</b> op korte termijn. Sociale vaardigheidstraining is <i>minder effectief</i> dan standaardzorg in het verkleinen van de kans op het <b>vroegtijdig verlaten van de studie</b> op enigszins lange termijn	Korte termijn	Effectgrootte is het grootst voor het effect op enigszins lange termijn	Niet vermeld	Geen
Zelfzorginterventies (Lean et al., 2019)	Zelfzorginterventies zijn effectiever dan TAU in het verminderen van <b>totale symptomen, negatieve symptomen</b> en <b>affectieve symptomen</b> van schizofrenie en de <b>duur van een</b>	FUP zeer korte termijn, FUP lange termijn	De effectgroottes zijn groot voor afname in totale symptomen en aantal heropnames na	1 Zelfzorginterventies -> patiënt herkent symptomen op tijd - > patiënt kan acuut ingrijpen bij wisselende behandelbehoefte -> symptomen nemen af -> toename globaal functioneren	Geen

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	<p><b>ziekenhuisopname</b> direct na de interventie en na een FUP van 12 maanden. Zelfzorginterventies zijn effectiever dan TAU in het verhogen van <b>zelfbeoordeling van herstel, algemeen functioneren</b> en <b>zelfbeoordeling van de kwaliteit van leven</b> direct na de interventie en na een FUP van 12 maanden. Zelfzorginterventies zijn effectiever dan TAU in het verhogen van de <b>zelf-effectiviteit</b> direct na de interventie. Zelfzorginterventies zijn effectiever dan TAU in het verhogen van <b>gevoelens van empowerment</b> en <b>hoop</b> en het verlagen van het <b>aantal heropnames</b> na een FUP van 12 maanden</p>		<p>een FUP van 12 maanden. De rest van de effectgroottes zijn voornamelijk klein en een aantal gemiddeld.</p>	<p>-&gt; afname ziekenhuisopnames 2 Afname symptomen -&gt; zelf-gerapporteerde behandeluitkomsten</p>	
Training voor signaleren terugkeer schizofrenie	Vroege waarschuwingssignalen training + TAU is effectiever	Zeer korte tot lange termijn, FUP	-	Herkennen vroege symptomen van terugval -> direct behandeling of coping strategie	De training was het meest effectief in het verminderen van de tijd tot terugval

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
symptomen (Morriss et al., 2013)	dan TAU in het verbeteren van de <b>mentale toestand (BPRS)</b> na een interventie van 10 weken tot 2 jaar. Vroege waarschuwingssignalen training + TAU is effectiever dan TAU in het verminderen van <b>terugvalsymptomen van schizofrenie</b> en <b>ziekenhuisopnames</b> , en het vergroten van de <b>kans op werk</b> na een FUP van 2 maanden tot 3 jaar. Vroege waarschuwingssignalen training + TAU is effectiever dan TAU in het verbeteren van <b>sociaal functioneren (NOSIE)</b> , vergroten van de <b>kennis over de ziekte (ITAQ)</b> en het verbeteren van <b>medicatierouw</b> na een FUP van 9 maanden tot één jaar	zeer korte tot lange termijn		-> symptomen of gevaar reduceren -> terugval en ziekenhuisopnames vertragen -> nieuwe episode voorkomen	wanneer de training <b>alleen aan de patiënten</b> werd gegeven. De training was het meest effectief in het verminderen van de tijd tot heropname wanneer de training werd gegeven aan zowel <b>patiënten als professionals/verzorgers</b> . De training was het meest effectief in het verminderen van het aantal heropnames wanneer de training werd gegeven aan <b>alleen de patiënt</b> of aan zowel <b>patiënten als professionals/verzorgers</b> .
Familie-interventies voor schizofrenie (Paroah et al., 2010)	Familie-interventies zijn effectiever dan standaardzorg in het verbeteren van <b>meewerken aan</b>	Termijn onbekend, gemiddelde termijn,	De meeste resultaten op lange termijn zijn gebaseerd	Familie interventies -> verminderen van emotie, stress, druk op familie -> vergroten capaciteit familie om	Geen

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	<p><b>medicatiegebruik</b> en <b>emoties tonen door familie</b> van participanten, en het verminderen van <b>vijandigheid</b> (termijn onbekend). Familie-interventies zijn effectiever dan standaardzorg in het verminderen van <b>terugval</b>, het verlagen van de scores op de <b>BPRS</b> en <b>mentale staat van de PANSS</b>, en het verminderen van sociale beperking op gemiddelde termijn. Familie-interventies zijn wel minder effectief dan standaardzorg in het verhogen van de score op de <b>Social Function Scale</b> op gemiddelde termijn. Familie-interventies zijn effectiever dan standaardzorg in het verminderen van <b>ziekenhuisopnames</b>, <b>terugval</b> en <b>vroegtijdig verlaten van de studie</b>, en effectiever in <b>verbetering in algemene zin</b> op enigszins lange termijn. Familie-</p>	<p>enigszins lange termijn, lange termijn</p>	<p>op een enkele studie.  Kwaliteit van de studies is laag.</p>	<p>problemen op te lossen -&gt; beter innemen medicatie patiënt -&gt; minder terugval en ziekenhuisopname</p>	

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	<p>interventies zijn effectiever dan standaardzorg in het verhogen van de scores op de <b>GAF</b> en <b>QoL</b>, in het verlagen van de scores op de <b>SCL-90</b>, <b>mental state van de PANSS</b>, <b>positieve schaal van de PANSS</b>, <b>negatieve schaal van de PANSS</b>, en de <b>SDSS</b>, en het verminderen van de <b>kans op vroegtijdig verlaten van de studie</b> op lange termijn. Familie-interventies waren effectiever dan standaardzorg in het verminderen van <b>ziekenhuisopnames</b> bij een FUP van 13 tot 18 maanden</p>				
Videogames voor schizofrenie (Roberts et al., 2021)	<p>Het spelen van videogames plus het ontvangen van standaardzorg is <i>minder effectief</i> dan cognitieve remediatie plus het ontvangen van standaardzorg in het verbeteren van <b>cognitief sociaal functioneren</b> aan het eind van de behandeling</p>	Korte termijn	Lage kwaliteit van de studies	<p>1 Videogames=toegankelijk voor jongeren en mensen die geen hulp willen inschakelen &gt; behandeling voor moeilijke doelgroep &gt; verlichting symptomen</p> <p>2 Videogames &gt; afleiding &gt; aandacht weg van symptomen &gt; verlichting van symptomen</p>	Geen

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
				3 Exergames > beweging > promoten motorische functies en fysieke beweging > vergroten uithoudingsvermogen, motorische coördinatie, flexibiliteit en balans	
Inzet van ervaringsdeskundigen voor schizofrenie (Pitt et al., 2013)	Behandeling van ervaringsdeskundigen is effectiever dan behandeling door professionals in het verminderen van <b>gebruik van crisisdiensten</b> bij een FUP van 12 maanden	FUP medium termijn	Kleine effectgrootte	-	Geen
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een verslaving					
<i>Intensive Community Supervision</i> (ICS; Perry et al., 2009)	ICS is effectiever dan v.i./reclasseringstoezicht in het verminderen van <b>recidive, arrestaties, en drugs gerelateerde arrestaties</b> na één jaar  ICS plus verhoogd toezicht is effectiever dan ICS in het verminderen van <b>recidive, arrestaties, drugs</b>	Medium termijn	Het is onbekend of de resultaten significant zijn.	-	Geen

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effectiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	<b>gerelateerde arrestaties en gevangenneming</b> na één jaar				
Gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag ( <i>Contingency management</i> ; Benishek et al., 2014)	Gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag is effectiever dan TAU in het verminderen van <b>middelengebruik</b> na 6 maanden. Gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag is effectiever dan TAU in het verminderen van <b>middelengebruik</b> na een FUP van 6 maanden	Korte termijn, FUP korte termijn	Kleine effectgroottes	Gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag -> frequente monitoring drugsgebruik -> geen drugsgebruik=beloning -> minder aantrekkelijk drugsgebruik -> minder drugsgebruik	Geen
Disulfiram (Jørgensen et al., 2011)	Disulfiram is effectiever dan gedragstherapie of farmacotherapie in het <b>onthouden van alcoholgebruik</b> na 12 maanden. Disulfiram met toezicht is effectiever dan gedragstherapie, farmacotherapie of geen behandeling in het <b>onthouden van alcoholgebruik</b> na 12 maanden. Disulfiram zonder	Lange termijn	De effectiviteit van Disulfiram op alcoholgebruik in vergelijking met placebo, was net niet significant. Dit kan worden verklaard door het kleine aantal studies (N=2)	Disulfiram -> inhibitie lever enzyme <i>aldehyde dehydrogenase</i> -> lichamelijke klachten bij drinken alcohol -> alcohol drinken minder aantrekkelijk -> minder alcohol drinken	Geen

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effectiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	toezicht is effectiever dan gedragstherapie, farmacotherapie of geen behandeling in het <b>onthouden van alcoholgebruik</b> na 12 maanden		Kleine effectgroottes		
Naltrexone (Egli et al., 2011)	Naltrexone is effectiever dan counseling of gedragstherapie in het verminderen van <b>criminaliteit</b> na een FUP van 3 maanden	FUP korte termijn	Weinig studies geïnccludeerd	Naltrexone -> minder drugsgebruik -> hogere kwaliteit van leven -> minder criminaliteit	Geen
Methadon (Holloway et al., 2006; Egli et al., 2011)	Methadon is effectiever dan geen of een andere behandeling in het verminderen van <b>criminaliteit</b> . Methadon is minder effectief dan heroïne behandeling is het verminderen van <b>criminaliteit</b> bij een FUP van 3 maanden. Methadon behandeling vermindert <b>criminaliteit</b> bij een interventie van 3 tot 12 maanden	Onbekend, korte tot medium termijn, FUP korte termijn	Kleine effectgrootte	1 Drugsbehandeling -> minder drugsgebruik -> risicofactor voor criminaliteit valt weg -> minder criminaliteit 2 Methadon -> minder drugsgebruik -> hogere kwaliteit van leven -> minder criminaliteit	Geen
Therapeutische gemeenschap (Holloway et al., 2006)	Een therapeutische gemeenschap is effectiever	Onbekend	Kleine effectgrootte	Drugsbehandeling -> minder drugsgebruik -> risicofactor	Geen



Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effectiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	dan geen of een andere behandeling in het verminderen van <b>criminaliteit</b>			voor criminaliteit valt weg -> minder criminaliteit	
Drugsbehandeling (therapeutische gemeenschap, methadon, drugsrechtbank en reclasseringstoezicht; Holloway et al., 2006)	Drugsbehandeling is effectiever dan geen behandeling in het verminderen van <b>criminaliteit</b>	Onbekend	Kleine effectgrootte	Drugsbehandeling -> minder drugsgebruik -> risicofactor voor criminaliteit valt weg -> minder criminaliteit	Geen
Langdurige behandeling van verslaving (Blodgett et al., 2014)	Langdurige behandeling heeft een beter <b>effect op verslaving</b> dan geen of een minimale behandeling na 3 maanden tot 4 jaar en na een FUP van 6 maanden tot 2 jaar. Langdurige behandeling met CGT heeft een beter <b>effect op verslaving</b> dan geen of een minimale behandeling. Langdurige behandeling met CGT of vergelijkbare interventie heeft een beter <b>effect op verslaving</b> dan geen of een minimale behandeling na 3 maanden tot 4 jaar en na een FUP van 6 maanden tot 2 jaar	Korte tot zeer lange termijn, FUP korte tot lange termijn.	Kleine effectgroottes	1 Langdurige behandeling -> langer toezicht -> Langere symptoombestrijding -> betere uitkomsten 2 CGT=actieve psychotherapie - > systematische verandering van gedrag en gedachten -> betere uitkomsten	Langdurige behandeling met CGT of vergelijkbare interventie had het meest effect wanneer het werd <b>vergeleken</b> met geen of een minimale behandeling, i.t.s.t. met een andere actieve behandeling

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
<p>Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden</p>					
<p>Permanent ondersteunende huisvesting/<i>housing first</i> (Moledina et al., 2021)</p>	<p>PSH/HF is effectiever dan TAU in het verhogen van het <b>aantal dagen stabiele huisvesting</b> na een FUP van 18 en 24+ maanden, en 5 jaar. PSH/HF is effectiever dan TAU in het verbeteren van <b>mentale gezondheid</b>, het <b>vinden van huisvesting</b> en verbeteringen op het gebied van <b>vrije tijd, wonen</b> en <b>veiligheid</b> na een FUP van 2 jaar. PSH/HF is effectief dan TAU in het verminderen van de <b>tijd in het ziekenhuis</b> en <b>ernstige problematiek met drugsgebruik</b> na een FUP van 2 jaar. HF + ICM is effectiever dan TAU in het verminderen van <b>dagen met alcohol gerelateerde problemen</b> en het <b>uitgeven van geld</b> aan alcohol na een FUP van 2 jaar. PSH/HF is</p>	<p>FUP lange termijn, FUP lange termijn</p>	<p>Voorname­lijk niet-geaggregeerde resultaten. Alleen aantal dagen stabiele huisvesting na een FUP van 18 maanden is geaggregeerd.</p> <p>Voor een aantal resultaten is geen statistiek gerapporteerd. De grootte van deze effecten blijft onbekend.</p>	<p>PSH/HF -&gt; snelle toegang tot huisvesting -&gt; voortdurend toezicht en behandeling -&gt; behouden stabiele huisvesting -&gt; verlagen mentale problemen, alcoholgebruik en ziekenhuisopnames, verhogen kwaliteit van leven</p>	<p>PSH/HF is het meest effectief in het verbeteren van mentale gezondheid en kwaliteit van leven bij <b>oudere</b> personen zonder vaste woon of verblijfplaats in vergelijking met jongere personen. HF + ICM is het meest effectief in het verminderen van alcohol gerelateerde problemen bij deelnemers die <b>geboren waren in Canada</b>.</p>

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	<p>effectief in het verminderen van <b>suïcidale gedachten</b> na een FUP van 2 jaar (voor en na de interventie)</p> <p>Voor <b>kwaliteit van leven</b> wordt zowel een lagere als hogere kwaliteit gevonden in de PSH/HF groep in vergelijking met TAU na een FUP van 2 jaar</p>				
<i>Halfway houses</i> (Wong et al., 2019)	<p>Verblijf in een <i>halfway house</i> is effectiever dan geen verblijf in een <i>halfway house</i> in het verminderen van <b>recidive</b> na een FUP tot 3 jaar</p>	FUP lange termijn	Kleine effectgrootte	<i>Halfway houses</i> -> huisvesting -> minder problemen op het gebied van inkomen, mentale gezondheid en sociale isolatie -> wegnemen risicofactoren criminaliteit -> minder criminaliteit	Verblijf in een <i>halfway house</i> is het meest effectief wanneer recidive wordt gemeten als <b>arrestaties</b> en <b>gevangenneming</b> , maar niet als veroordeling.
<i>Supported employment</i> (Suijkerbuijk et al., 2017)	<p><i>Supported employment</i> is effectiever dan <i>transitional employment</i> in het <b>vinden van concurrerend werk</b> en het <b>behouden van werk in weken</b> bij een FUP tot één jaar. <i>Supported employment</i> is effectiever dan <i>transitional employment</i> in het <b>vinden</b></p>	FUP gemiddelde termijn, FUP enigszins lange termijn, FUP lange termijn	De resultaten bij een FUP van 2+ jaar zijn gebaseerd op individuele studies	<p>1 <i>Supported employment</i>=snelle zoektocht naar werk -&gt; sneller werk</p> <p>2 Langdurig toezicht tijdens werk -&gt; meer steun wanneer het mis dreigt te gaan -&gt; behoud van werk</p>	Geen

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effectiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	<p><b>van concurrerend werk</b>, het <b>behouden van werk in weken</b>, het verminderen van het <b>aantal dagen die nodig zijn om werk te zoeken</b>, maar minder effectiever in het vinden van <b>niet-concurrerend werk</b> bij een FUP van 1+ jaar.</p> <p><i>Supported employment</i> is effectiever dan <i>prevocational training</i> in het <b>vinden van concurrerend werk</b> bij een FUP tot één jaar. <i>Supported employment</i> is effectiever dan <i>prevocational training</i> in het <b>vinden van concurrerend werk</b> en het <b>behouden van werk in weken</b> bij een FUP van 1+ jaar</p> <p><i>Supported employment</i> is effectiever dan psychische zorg in het <b>behouden van werk in weken</b> bij een FUP tot één jaar. <i>Supported employment</i> is effectiever dan psychische zorg in het <b>vinden van concurrerend</b></p>			<p>3 Mental health teams -&gt; minder mentale klachten -&gt; behoud van werk</p>	

Programma review / meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effectiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	<b>werk</b> , en het verhogen van de <b>kwaliteit van leven (QLI)</b> en verbeteren van de <b>mentale gezondheid (SFHS)</b> bij een FUP van 2+ jaar				
<i>Prevocational training</i> (Suijkerbuijk et al., 2017)	<i>Prevocational training</i> is effectiever dan psychische zorg in het <b> vinden van concurrerend werk</b> bij een FUP tot één jaar en 1+ jaar. <i>Prevocational training</i> is effectiever dan psychische zorg in het verlagen van de <b>score op de algemene, positieve en negatieve schalen van de PANNS</b> , en het verminderen van <b>ziekenhuisopnames</b> bij een FUP van 2+ jaar	FUP enigszins lange termijn, FUP lange termijn	De resultaten bij een FUP van 2+ jaar zijn gebaseerd op individuele studies	1 Psychische stoornis -> ontbreken van vaardigheden voor behoud van werk. 2 <i>Prevocational training</i> -> aanleren vaardigheden -> behoud van werk	Geen
<i>Augmented supported employment</i> (Suijkerbuijk et al., 2017)	<i>Augmented supported employment</i> is effectiever dan <i>transitional employment</i> in het <b> vinden van concurrerend werk</b> bij een FUP van 1+ jaar. <i>Augmented supported employment</i> is effectiever dan <i>transitional</i>	FUP enigszins lange termijn, FUP lange termijn	De resultaten bij een FUP van 2+ jaar zijn gebaseerd op individuele studies	-	Geen

Programma review/ meta-analyse (auteurs)	Algemene conclusie	Termijn van de effec- tiviteit	Duiding effectgroottes	Verondersteld werkzaam mechanisme	Modererende factoren
	<p><i>employment</i> in het verminderen van het <b>aantal dagen tot het vinden van werk</b> bij een FUP van 1+ jaar. <i>Augmented</i> support employment is effectiever dan <i>prevocational training</i> in het <b>vinden van concurrerend werk</b> bij een FUP van 1+ jaar. <i>Augmented supported employment</i> is effectiever dan <i>prevocational training</i> in het <b>behouden van werk in weken</b>, en het verhogen van de <b>kwaliteit van leven (PWI)</b> bij een FUP van 2+ jaar</p>				

## 3 Effectieve toezicht- en behandelprogramma's op lange termijn en de werkzame mechanismen

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk ligt de focus op de effectieve toezicht/behandelprogramma's op de lange tot zeer lange termijn en de overeenkomende FUP-termijn. Eerst is het overzicht van deze programma's gegeven (paragraaf 3.2), vervolgens de veronderstelde werkzame mechanismen daarachter (paragraaf 3.3), de onderzochte modererende factoren (paragraaf 3.4) en tot slot zijn de uitkomstmaten die in de studies zijn onderzocht (paragraaf 3.5) uiteengezet. Vervolgens worden de resultaten van de effectieve toezicht/behandelprogramma's die alleen op kortere termijn zijn onderzocht (minder dan twee jaar) kort besproken. Deze zijn alleen onderzocht op de korte termijn, maar kunnen mogelijk ook effectief kunnen zijn op de langere termijn (paragraaf 3.6). Het hoofdstuk eindigt met een vergelijking tussen de gevonden resultaten en de eerdere literatuur (paragraaf 3.7).

### 3.2 Effectieve toezicht/behandelprogramma's op lange tot zeer lange termijn

Uit de resultaten van de meta review (hoofdstuk 2) blijkt dat niet alle onderzochte programma's effectief zijn op langere termijn. Vijftien van de 28 gevonden toezicht/behandelprogramma's zijn effectief op lange tot zeer lange termijn (interventieduur) of hebben een voortdurend effect op lange tot zeer lange termijn (FUP). In deze paragraaf volgt eerst een kort overzicht van de effectieve programma's op lange (25 tot 36 maanden) tot zeer lange termijn (25 tot 36 maanden of meer) en de FUP op dezelfde termijn. Toezicht/behandelprogramma's die effectief zijn op de kortere termijn, met een zeer korte tot enigszins lange duur, zijn daarbij buiten beschouwing gelaten (0 tot en met 24 maanden). De lezer die hierin geïnteresseerd is, wordt verwezen naar tabel B3.1 (bijlage 3). In onderstaande tabel (3.1) zijn de effectieve toezicht/behandelprogramma's op langere termijn weergegeven. Daarbij is in de tabel aangegeven of de resultaten blijken uit de reviews en/of meta-analyses en daarmee geaggregeerde resultaten betreffen (a) of individuele resultaten zijn (b) of allebei (ab).

**Tabel 3.1 Effectieve toezicht/behandelprogramma's op enigszins lange tot zeer lange termijn**

Programma	Lange termijn (24 t/m 36 mnd)	Zeer lange termijn (36+ mnd)	FUP lange termijn (24 t/m 36 mnd)	FUP zeer lange termijn (36+ mnd)
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen (algemeen)				
Intensief reclasserings-toezicht	niet onderzocht	niet onderzocht	ja <sup>a</sup>	niet onderzocht
Behandeling van zedendelinquenten	niet onderzocht	ja <sup>a</sup>	niet onderzocht	niet onderzocht
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een psychische stoornis				
<i>Intensive Supervision Programs</i> met toezicht en behandeling	niet onderzocht	niet onderzocht	niet onderzocht	ja <sup>a</sup>
<i>Risk, need, responsivity</i> supervisie	niet onderzocht	niet onderzocht	niet onderzocht	ja <sup>a</sup>
<i>Community Treatment Order/Compulsory Community Treatment</i>	niet onderzocht	Ja <sup>b</sup>	nee <sup>a</sup>	ja <sup>a</sup>
Zorg in samenwerkingsverband	niet onderzocht	niet onderzocht	ja <sup>a</sup>	niet onderzocht
<i>Intensive case management</i>	niet onderzocht	niet onderzocht	ja <sup>b</sup>	niet onderzocht
Training signaleren terugkeer schizofrenie symptomen	niet onderzocht	niet onderzocht	ja <sup>a</sup>	nee <sup>a</sup>
Familie-interventies voor schizofrenie	ja <sup>ab</sup>	niet onderzocht	niet onderzocht	niet onderzocht
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een verslaving				
Langdurige behandeling voor verslaving	niet onderzocht	ja <sup>a</sup>	niet onderzocht	niet onderzocht



Programma	Lange termijn (24 t/m 36 mnd)	Zeer lange termijn (36+ mnd)	FUP lange termijn (24 t/m 36 mnd)	FUP zeer lange termijn (36+ mnd)
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden				
Permanent ondersteunende huisvesting	niet onderzocht	niet onderzocht	ja <sup>b</sup>	ja <sup>b</sup>
<i>Halfway houses</i>	niet onderzocht	niet onderzocht	ja <sup>a</sup>	niet onderzocht
<i>Supported employment</i>	niet onderzocht	niet onderzocht	ja <sup>b</sup>	niet onderzocht
<i>Prevocational training</i>	niet onderzocht	niet onderzocht	ja <sup>b</sup>	niet onderzocht
<i>Augmented supported employment</i>	niet onderzocht	niet onderzocht	ja <sup>b</sup>	niet onderzocht

a Gebaseerd op geaggregeerde resultaten

b Gebaseerd op individuele resultaten

### 3.3 Veronderstelde werkzame mechanismen van effectieve toezicht/behandelprogramma's

De effectieve toezicht/behandelprogramma's op langere termijn werken allemaal volgens bepaalde veronderstelde werkzame mechanismen. De veronderstelde werkzame mechanismen per toezicht/behandelprogramma zijn terug te lezen in paragraaf 2.2 en tabel 2.2. In deze paragraaf zijn de mechanismen die gevonden zijn op de langere termijn per categorie behandeld. Door de onderzoekers zijn de veronderstelde werkzame mechanismen van deze toezicht/behandelprogramma's onderverdeeld in verschillende categorieën: 1) verminderen van risicofactoren en verbeteren van beschermende factoren, 2) hoge intensiteit van het toezicht, 3) toezicht sluit aan op de cliënt (RNR), 4) directe consequenties of steun, 5) juiste informatie bij de cliënt, 6) betere vaardigheden van de toezichthouder, en 7) een combinatie van toezicht en behandeling. De veronderstelde werkzame mechanismen kunnen worden gezien als de manier waarop het programma mogelijk werkt. In tabel 3.2 is te zien welke veronderstelde werkzame mechanismen aan welke programma's ten grondslag liggen. De categorieën van veronderstelde werkzame mechanismen worden daarna besproken (paragraaf 3.3.1 t/m 3.3.7). Ook in tabel 3.2 is aangegeven of het veronderstelde werkzame mechanisme gebaseerd is op een studie met geaggregeerde (a) of individuele resultaten (b) of allebei (ab). In de daaropvolgende paragrafen zijn de resultaten ook gescheiden weergegeven voor individuele en geaggregeerde studies.

**Tabel 3.2 Veronderstelde werkzame mechanismen per toezicht/behandelprogramma**

Programma	Verminderen van risico-factoren en het verbeteren van beschermende factoren	Hoge intensiteit van toezicht	Toezicht sluit aan op cliënt	Directe consequenties of steun	Juiste informatie bij cliënt	Juiste vaardigheden toezicht-houder	Combinatie van toezicht en behandelen
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen (algemeen)							
Intensief reclasseringtoezicht	Niet genoemd	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd
Behandeling van zedendelinquenten	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een psychische stoornis							
ISP met toezicht en behandeling	Ja <sup>a</sup>	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Ja <sup>a</sup>
RNR-supervisie	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
CTO/CCT	Niet genoemd	Niet genoemd	Ja <sup>ab</sup>	Ja <sup>ab</sup>	Ja <sup>ab</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd
Zorg in samenwerkingsverband	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
ICM	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Ja <sup>b</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd
Training signaleren terugkeer schizofrenie symptomen	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
Familie-interventies voor schizofrenie	Ja <sup>ab</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een verslaving							
Langdurige behandeling voor verslaving	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden							
Permanent ondersteunende huisvesting	Ja <sup>b</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd

Programma	Verminderen van risico-factoren en het verbeteren van beschermende factoren	Hoge intensiteit van toezicht	Toezicht sluit aan op cliënt	Directe consequenties of steun	Juiste informatie bij cliënt	Juiste vaardigheden toezicht-houder	Combinatie van toezicht en behandelen
<i>Halfway houses</i>	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
<i>Supported employment</i>	Ja <sup>b</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Ja <sup>b</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
<i>Prevocational training</i>	Ja <sup>b</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
<i>Augmented supported employment</i>	Ja <sup>b</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Ja <sup>b</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd

a Gebaseerd op geaggregeerde resultaten

b Gebaseerd op individuele resultaten

### 3.3.1 Resultaten geaggregeerde studies

#### **Verminderen van risicofactoren en verbeteren beschermende factoren**

De meeste van de effectieve toezicht/behandelprogramma's op langere termijn worden verondersteld effectief te zijn via het verminderen van risicofactoren en het verbeteren van beschermende factoren. Bij de behandeling van zedendelinquenten wordt de problematiek die leidt tot seksueel delinquent gedrag aangepakt. Verondersteld wordt dat hiermee een risicofactor voor het plegen van zedendelicten wordt weggenomen, waardoor de kans op recidive wordt verminderd (Schmucker et al., 2017). Bij ISP met toezicht en behandeling wordt met de behandeling psychische problematiek aangepakt. Verondersteld wordt dat de psychische problematiek op deze manier geen risicofactor meer vormt voor delinquent gedrag, waardoor recidive kan worden verminderd (Drake, 2018). Bij RNR-supervisie ligt de nadruk onder andere op de criminogene behoeften van de cliënt. Door deze behoeften aan te pakken wordt verondersteld dat ze niet langer een risicofactor voor crimineel gedrag zijn, waardoor recidive zal worden verminderd (Drake, 2018). Door training voor het herkennen van vroege symptomen van schizofrenie kan direct een juiste behandeling of coping strategie worden ingezet waardoor symptomen van schizofrenie verminderen. Er wordt verondersteld dat de verminderde symptomen geen risicofactor meer vormen voor gevaarlijk gedrag, waardoor uiteindelijk een terugval en ziekenhuisopnames kunnen worden vertraagd (Morriss et al., 2013). Bij een langdurige behandeling voor verslaving wordt langer toezicht gehouden waardoor symptomen van verslaving ook langer worden bestreden. Verslaving is bij uitstek een probleem dat gedurende langere tijd een kwetsbaarheid oplevert en door langer toezicht en nazorg te bieden wordt verondersteld dat deze kwetsbaarheid zal verminderen en dat de behandeling uiteindelijk zal leiden tot betere uitkomsten (Blodgett et al., 2014).

Bij zorg in samenwerkingsverband vindt de behandeling in de gemeenschap plaats in plaats van in een intramurale setting. Op deze manier worden cliënten geacht meer autonoom en zelfredzaam te zijn. Er wordt verondersteld dat deze beschermende factoren ervoor zorgen dat cliënten zelf in staat zijn om een crisis op te lossen, waardoor er minder heropnames nodig zijn (Archer et al., 2012). Bij familie-interventies voor schizofrenie worden emoties en stress binnen de familie verminderd. Er wordt verondersteld dat dit de capaciteit van de familie om problemen op te lossen vergroot. De familie wordt op deze manier een beschermende factor. De familie kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat de patiënt medicatie inneemt, waardoor uiteindelijk minder terugval en ziekenhuisopnames plaatsvinden (Pharoah et al., 2010). *Halfway houses* (Wong et al., 2019) zorgen voor huisvesting, een beschermende factor voor crimineel gedrag. Er wordt verondersteld dat huisvesting zal leiden tot meer dagen stabiele huisvesting.

#### **Hoge intensiteit van het toezicht**

Bij intensief reclasseringstoezicht en ISP met toezicht en behandeling is er een hogere frequentie van toezicht en hebben de toezichthouders een lagere *caseload*, waardoor er meer aandacht besteed kan worden aan begeleiding en monitoring waardoor verondersteld wordt dat het toezicht effectiever is en uiteindelijk zal leiden tot minder recidive.

#### **Toezicht sluit aan op de cliënt (RNR)**

Bij RNR-supervisie sluit de soort en mate van het toezicht aan op het risiconiveau, de criminogene behoeften van de justitiabelen en de motivatie van de justitiabele. Omdat het toezicht zo goed aansluit bij de cliënt, wordt verondersteld dat dit uiteindelijk - via

het verminderen van risicofactoren – zal leiden tot minder recidive. Bij een CTO/CCT is een betere toegang tot de juiste zorg. Er wordt verondersteld dat dit uiteindelijk zal leiden tot meer positieve behandeluitkomsten.

#### **Directe consequenties of steun**

Bij een CTO/CCT is er meer toezicht op de justitiabele, waardoor er direct consequenties kunnen volgen als de justitiabele geen gebruik maakt van de aangeboden diensten. Er wordt verondersteld dat de justitiabele deze diensten wel gaat gebruiken, waardoor positieve uitkomsten zullen volgen.

#### **Juiste informatie bij de cliënt**

Bij een CTO/CCT is er meer toezicht op een justitiabele, waardoor de justitiabele gemakkelijker toegang heeft tot de juiste informatie over beschikbare diensten. Er wordt verondersteld dat de justitiabele met die juiste informatie de juiste behandeling kan krijgen, wat uiteindelijk zal leiden tot meer positieve behandeluitkomsten.

#### **Juiste vaardigheden van de toezichthouder**

Bij intensief reclasseringstoezicht krijgen toezichthouders extra trainingen om de juiste toezichtvaardigheden aan te leren. Bijvoorbeeld pro-sociaal modelleren, probleemoplossend vermogen en cognitieve technieken. Er wordt verondersteld dat dit zal leiden tot effectiever toezicht en daarmee minder recidive.

#### **Een combinatie van toezicht en behandeling**

Bij ISP met toezicht en behandeling wordt een behandeling toegevoegd aan het toezicht zodat ook de problematiek die leidt tot delinquent gedrag wordt aangepakt, waardoor de kans op recidive verondersteld wordt af te nemen.

### **3.3.2 Resultaten individuele studies**

#### **Verminderen van risicofactoren en verbeteren beschermende factoren**

Bij familie-interventies voor schizofrenie worden emoties en stress binnen de familie verminderd waardoor de capaciteit van de familie om problemen op te lossen wordt vergroot. De familie wordt op deze manier een beschermende factor. De familie kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat de patiënt medicatie inneemt. Verondersteld wordt dat er uiteindelijk minder terugval en ziekenhuisopnames plaatsvinden. Permanent ondersteunende huisvesting zorgt voor huisvesting, een beschermende factor voor crimineel gedrag. Verondersteld wordt dat huisvesting zal leiden tot meer dagen stabiele huisvesting. Bij *supported employment* en *augmented supported employment* wordt ingezet op het snel vinden van werk, waardoor er minder problemen zijn met inkomen. Het niet hebben van een inkomen is zo geen risicofactor meer en verondersteld wordt dat dit uiteindelijk zal leiden tot betere uitkomsten op verschillende leefgebieden. Bij *augmented supported employment* wordt ook een extra behandellement toegevoegd, waardoor problemen worden aangepakt en de uitkomsten verondersteld worden beter zijn. Bij *prevocational training* worden vaardigheden aangeleerd die nodig zijn om werk te kunnen behouden. Het niet hebben van deze vaardigheden wordt verondersteld niet langer een risicofactor te zijn.

#### **Toezicht sluit aan op de cliënt (RNR)**

Bij een CTO/CCT is betere toegang tot de juiste zorg. Verondersteld wordt dat dit zal leiden tot meer positieve behandeluitkomsten.

### **Directe consequenties of steun**

Bij een CTO/CCT is er meer toezicht op de justitiabele, waardoor er direct consequenties kunnen volgen als de justitiabele geen gebruik maakt van de aangeboden diensten. Verondersteld wordt dat de justitiabele deze diensten wel gaat gebruiken, waardoor positieve uitkomsten zullen volgen. Bij *supported employment* en *augmented supported employment* is er tijdens het werk langdurig toezicht. Dit zorgt ervoor dat een cliënt directe steun kan ontvangen wanneer dit nodig is en wanneer cliënt het werk dreigt te verliezen. Verondersteld wordt dat dit zal leiden tot het langer behouden van werk.

### **Juiste informatie bij de cliënt**

Bij een CTO/CCT is er meer toezicht op een justitiabele, waardoor de justitiabele gemakkelijker toegang heeft tot de juiste informatie over beschikbare diensten. Met die juiste informatie kan de justitiabele de juiste behandeling krijgen. Verondersteld wordt dat dit zal leiden tot meer positieve behandeluitkomsten. Bij ICM is er intensief toezicht en ondersteunen, waardoor er voor de cliënt meer informatie beschikbaar is over gemeenschapshuizen en opvanglocaties. Verondersteld wordt dat cliënten op deze manier minder vaak op straat zullen leven en vaker in gemeenschapshuizen en opvanglocaties.

## **3.4 Modererende factoren per toezicht/behandelprogramma**

Bij een aantal effectieve toezicht/behandelprogramma's op langere termijn zijn modererende factoren onderzocht. De modererende factoren kunnen worden gezien als elementen die het toezicht nóg effectiever maken. Omdat de modererende factoren die zijn onderzocht erg uiteenlopen, zijn geen categorieën van factoren gemaakt, maar zijn de toezicht/behandelprogramma's waarbij modererende factoren onderzocht zijn, verdeeld in drie categorieën: 1) behandelprogramma's, 2) trainingen, en 3) interventies voor huisvesting. Ook bij de bespreking van deze resultaten is onderscheid gemaakt tussen resultaten uit geaggregeerde studies en resultaten uit individuele studies.

### **3.4.1 Resultaten geaggregeerde studies**

#### **Behandelprogramma's**

De behandeling van zedendelinquenten is het meest effectief in het verminderen van recidive wanneer de behandeling een specifiek element voor zedendelinquenten bevat, het risiconiveau bij aanvang hoog is, als de behandeling bestaat uit CGT of multisysteembehandeling, de behandeling afwisselend individueel en in groepsverband wordt gegeven of alleen individueel, als de behandeling vrijwillig wordt gegeven en wanneer de behandeling in het ziekenhuis of extramuraal wordt gegeven.

ICM is het meest effectief in het verminderen van het aantal ziekenhuisdagen per maand bij een hoog ziekenhuisgebruik in de afgelopen twee jaar (veel dagen doorgebracht in het ziekenhuis) en wanneer het ICM-model goed wordt gevolgd.

Langdurige behandeling van verslaving is het meest effectief wanneer behandeling met CGT of vergelijkbare interventie wordt vergeleken met geen of een minimale behandeling in tegenstelling tot een andere actieve behandeling.

### **Trainingen**

Training voor het signaleren van de terugkeer van schizofrenie symptomen is het meest effectief in het verminderen van de tijd tot terugval wanneer de training alleen aan patiënten wordt gegeven, en wanneer de training aan zowel patiënten als aan professionals/verzorgers wordt gegeven. Training voor het signaleren van de terugkeer van schizofrenie symptomen is het meest effectief in het verminderen van het aantal heropnames wanneer de training alleen aan patiënten, of aan zowel patiënt als professionals/verzorger wordt gegeven, in vergelijking met alleen aan professionals/verzorger.

### **Interventies voor huisvesting**

Housing first met ICM daarbij is het meest effectief in het verminderen van alcohol gerelateerde problemen bij deelnemers die geboren zijn in Canada.

*Halfway houses* zijn het meest effectief in het verminderen van recidive wanneer recidive wordt gemeten als het aantal arrestaties en het aantal keer detentie, maar niet gemeten als het aantal veroordelingen.

#### **3.4.2 Resultaten individuele studies**

### **Behandelprogramma's**

Een CTO is het meest effectief in het verminderen van heropnames en het aantal opnamedagen bij een duur van meer dan 24 maanden (Harris et al., 2019 in Kisely et al., 2020).

### **Interventies voor huisvesting**

Permanent ondersteunende huisvesting/*Housing First* is het meest effectief in het verbeteren van mentale gezondheid en kwaliteit van leven bij oudere personen (Aubry et al., 2016 in Moledina et al., 2021).

## **3.5 Uitkomstmaten van toezicht/behandelprogramma's effectief op lange tot zeer lange termijn**

De meeste programma's zijn onderzocht op verschillende uitkomstmaten, zoals crimineel gedrag, maar ook dingen als huisvesting. In deze paragraaf zijn de effectieve programma's op lange tot zeer lange termijn gerelateerd aan die uitkomstmaten van de studies. De uitkomstmaten zijn te zien als verschillende beoogde doelen of gewenste effecten van de toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan. Zo kan het een doel van toezicht en nazorg zijn om het servicegebruik (zoeken van zorg bij medici) te verminderen. Afhankelijk van het doel kan worden gekozen voor een programma (of element daarvan), en vaak zal dit maatwerk zijn. De diverse uitkomstmaten per toezichtstermijn zijn door de onderzoekers zo veel mogelijk geclassificeerd in overkoepelende categorieën (deze opsomming is te vinden in bijlage 6). Dit zijn:

- crimineel gedrag (recidive en criminaliteit);
- servicegebruik (onder andere ziekenhuisopname, crisisdienst, risico op contactverlies met psychiatrische dienstverlening);
- functioneren (onder andere mentale toestand, gevoel van hoop, zelfbeoordeling van herstel);
- kwaliteit van leven (fysiek en mentaal);

- huisvesting en werk (onder andere aantal dagenstabiele huisvesting, kans op werk, inkomen);
- symptomen van psychische stoornissen (onder andere depressie, angst, terugval);
- middelengebruik (onder andere alcohol-, drugs-, en middelengebruik, geld uitgegeven aan verslaving);
- tevredenheid (onder andere algemeen, over gezondheid, familie);
- vroegtijdig verlaten van het onderzoek.

In de paragrafen hieronder zijn de effectieve toezicht/behandelprogramma's nader uitgesplitst naar duur van het programma (3.5.1 t/m 3.5.3) en duur van de FUP (3.5.4 t/m 3.5.6). Telkens is vervolgens aangegeven op welke (categorieën van) uitkomstmaten de toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan effect hebben. Ook in tabel 3.3 is aangegeven of de uitkomstmaat gebaseerd is op geaggregeerde (a) of individuele resultaten (b) of allebei (ab). In de daaropvolgende paragrafen zijn de resultaten ook gescheiden weergegeven voor individuele en geaggregeerde studies.



**Tabel 3.3 Uitkomstmaten per toezicht/behandelprogramma**

Programma	Crimineel gedrag	Service-gebruik	Functioneren	Kwaliteit van leven	Huisvesting en werk	Symptomen van psychische stoornissen	Middelen-gebruik	Tevredenheid	Vroegtijdig verlaten van het onderzoek
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen (algemeen)									
Intensief reclasserings-toezicht	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
Behandeling van zedendelinquenten	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een psychische stoornis									
ISP met toezicht en behandeling	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
RNR-supervisie	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
CTO/CCT	Niet genoemd	Ja <sup>ab</sup>	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
Zorg in samenwerkingsverband	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
ICM	Niet genoemd	Ja <sup>b</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Ja <sup>b</sup>	Ja <sup>b</sup>	Niet genoemd	Ja <sup>b</sup>	Niet genoemd
Training signaleren terugkeer schizofrenie symptomen	Niet genoemd	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
Familie-interventies voor schizofrenie	Niet genoemd	Niet genoemd	Ja <sup>a</sup>	Ja <sup>b</sup>	Niet genoemd	Ja <sup>b</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Ja <sup>a</sup>

Programma	Crimineel gedrag	Service-gebruik	Functioneren	Kwaliteit van leven	Huisvesting en werk	Symptomen van psychische stoornissen	Middelen-gebruik	Tevredenheid	Vroegtijdig verlaten van het onderzoek
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een verslaving									
Langdurige behandeling voor verslaving	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden									
Permanent ondersteunende huisvesting	Niet genoemd	Ja <sup>b</sup>	Ja <sup>b</sup>	Ja <sup>b</sup>	Ja <sup>b</sup>	Ja <sup>b</sup>	Ja <sup>b</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd
<i>Halfway houses</i>	Ja <sup>a</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
<i>Supported employment</i>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Ja <sup>b</sup>	Ja <sup>b</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
<i>Prevocational training</i>	Niet genoemd	Ja <sup>b</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Ja <sup>b</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd
<i>Augmented supported employment</i>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Ja <sup>b</sup>	Ja <sup>b</sup>	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd	Niet genoemd

a Gebaseerd op geaggregeerde resultaten

b Gebaseerd op individuele resultaten

### 3.5.1 Resultaten geaggregeerde studies

#### Lange termijn (24 t/m 36 maanden)

##### *Functioneren*

Familie-interventies voor schizofrenie leiden tot significant minder sociale handicap, gemeten met de *Substance Dependence Severity Scale* (SDSS) voor personen met schizofrenie.

##### *Vroegtijdig verlaten van het onderzoek*

Familie-interventies voor schizofrenie leiden tot een significant lagere kans op het vroegtijdig verlaten van het onderzoek door personen met schizofrenie.

#### Zeer lange termijn (36+ maanden)

##### *Crimineel gedrag*

Behandeling van zedendelinquenten leidt tot significant minder algemene recidive en recidive met zedendelicten.

##### *Middelengebruik*

Langdurige behandeling van verslaving leidt tot een significant beter overall effect op middelengebruik voor personen met een verslaving. Ook langdurige behandeling van verslaving in combinatie met CGT leidt tot een significant beter overall effect op middelengebruik voor personen met een verslaving.

#### FUP lange termijn (24 t/m 36 maanden)

##### *Crimineel gedrag*

Intensief reclasseringstoezicht leidt tot significant minder recidive (dichotoom en als schaal gemeten) door justitiabelen.

##### *Servicegebruik*

Training voor het signaleren van de terugkeer van schizofrenie symptomen leidt tot significant minder ziekenhuisopnames voor personen met schizofrenie.

##### *Kwaliteit van leven*

Zorg in samenwerkingsverband leidt tot een significant betere kwaliteit van leven met betrekking tot mentale gezondheid voor personen met chronische depressie of angst.

##### *Symptomen van psychische stoornissen*

Training voor het signaleren van de terugkeer van schizofrenie symptomen leidt tot significant minder terugvalsymptomen van schizofrenie bij personen met schizofrenie.

#### FUP zeer lange termijn (36+ maanden)

##### *Crimineel gedrag*

ISP met toezicht en behandeling leidt tot significant minder recidive door justitiabelen met een psychische stoornis. Ook RNR-supervisie leidt tot significant minder recidive door justitiabelen met een psychische stoornis. *Halfway houses* leiden tot significant minder recidive.

### *Functioneren*

CCT's leiden tot significant meer gebruik van gemeenschapsdiensten door justitiabelen met een psychische stoornis.

## 3.5.2 *Resultaten individuele studies*

### **Lange termijn (24 t/m 36 maanden)**

#### *Functioneren*

Familie-interventies voor schizofrenie leiden tot een significant lagere score op de SDSS (sociale handicap) voor personen met schizofrenie (Tan, 2007 in Paroah et al., 2010).

#### *Kwaliteit van leven*

Familie-interventies voor schizofrenie leiden tot een significant hogere kwaliteit van leven (gemeten met de QoL) voor personen met schizofrenie (Shi, 2000 in Paroah et al., 2010).

#### *Symptomen van psychische stoornissen*

Familie-interventies voor schizofrenie leiden tot een significant hogere score op *global state* van de GAF en een lagere score op de *mental state* schaal van de PANNS voor personen met schizofrenie (Liu, 2003 in Paroah et al., 2010). Familie-interventies voor schizofrenie leiden tot significant minder symptomen (gemeten met de SCL-90) bij personen met schizofrenie (Li, 2005 in Paroah et al., 2010). Familie-interventies leiden tot significant minder positieve en negatieve symptomen van schizofrenie (gemeten met de PANSS) bij personen met schizofrenie (Liu, 2003 in Paroah et al., 2010).

### **Zeer lange termijn (36+ maanden)**

#### *Servicegebruik*

CTO's leiden tot significant minder heropnames voor personen met een psychische stoornis (Burgess et al., 2006 in Kisely et al., 2020).

### **FUP lange termijn (24 t/m 36 maanden)**

#### *Functioneren*

Permanent ondersteunende huisvesting leidt tot significant meer verbetering op mentale gezondheid (Aubrey et al., 2016 in Moledina et al., 2021). Permanent ondersteunende huisvesting leidt tot meer verbetering op het gebied van vrije tijd, wonen, en veiligheid (Stergiopoulos et al., 2019 in Moledina et al., 2021)<sup>61</sup>.

#### *Servicegebruik*

*Prevocational training* leidt tot significant minder ziekenhuisopnames van justitiabelen (Xiang, 2007 in Suijkerbuijk et al., 2017). ICM leidt tot significant meer tijd doorbrengen in gemeenschapshuizen en opvanglocaties, en minder tijd op straat (Shern et al., 2000 in Moledina et al., 2021). ICM leidt ook tot minder bezoeken aan de eerste hulp (Shumway et al., 2008 in Moledina et al., 2021)<sup>62</sup>. Permanent ondersteunende huisvesting leidt tot significant minder tijd in het ziekenhuis (Tsemberis et al., 2004 in Moledina et al., 2021).

<sup>61</sup> De auteurs rapporten niet of dit een significant resultaat betreft.

<sup>62</sup> De auteurs rapporten niet of dit een significant resultaat betreft.

### *Kwaliteit van leven*

Permanent ondersteunende huisvesting leidt tot een hogere kwaliteit van leven (Stergiopoulos et al., 2019 in Moledina et al., 2021)<sup>63</sup>. *Supported employment* leidt tot een significant hogere kwaliteit van leven (gemeten met de *Quality of Life Index [QLI]*; Drake, 2013 in Suijkerbuijk et al., 2017). *Augmented supported employment* leidt tot een significant hogere kwaliteit van leven voor personen met een psychische stoornis (gemeten met de *PWI*; Tsang, 2010 in Suijkerbuijk et al., 2017).

### *Huisvesting en werk*

ICM leidt tot een grotere verbetering in werkgelegenheidsresultaat (Orwin et al., 1994 in Moledina et al., 2021) en een hoger inkomen (Cox et al., 1998 in Moledina et al., 2021)<sup>64</sup>. Permanent ondersteunende huisvesting leidt significant sneller tot niet meer dakloos zijn en sneller stabiele huisvesting (Tsemberis et al., 2004 in Moledina et al., 2021). Permanent ondersteunende huisvesting leidt ook tot langer stabiele huisvesting en beter in staan zijn om huisvesting te behouden voor deelnemers met problematisch middelengebruik (Cherner et al., 2017 in Moledina et al., 2021). *Supported employment* leidt ertoe dat significant meer participanten concurrerend werk vonden (Drake, 2013 in Suijkerbuijk et al., 2017). *Augmented supported employment* leidt tot significant minder dagen die nodig zijn tot het vinden van werk en meer weken werk voor personen met een psychische stoornis (Tsang, 2010 in Suijkerbuijk et al., 2017). *Augmented supported employment* leidt tot een grotere kans op het vinden van (niet-)concurrerend werk voor personen met een psychische stoornis (Chandler, 1996 en Gold, 2006 in Suijkerbuijk et al., 2017).

### *Symptomen van psychische stoornissen*

ICM leidt tot een significante vermindering in angst, depressie en gedachteverstoring (Shern et al., 2000 in Moledina et al., 2021). Permanent ondersteunende huisvesting leidt tot significant minder suïcidale gedachten (Aubry et al., 2016 in Moledina et al., 2021). *Prevocational training* leidt tot een significant lagere score op de positieve, negatieve en algemene schaal van de PANSS voor justitiabelen (Xiang, 2013 in Suijkerbuijk et al., 2017). *Supported employment* leidt tot een significant betere mentale gezondheid (gemeten met de *Short-Form Health Survey [SFHS]*; Drake et al., 2013 in Suijkerbuijk et al., 2017).

### *Middelengebruik*

Permanent ondersteunende huisvesting leidt tot significant minder substantiële of ernstige problematiek met drugsgebruik voor deelnemers met problematisch middelengebruik (Cherner et al., 2017 in Moledina et al., 2021). *Housing first* + ICM leidt tot minder dagen met alcohol gerelateerde problemen en minder geld uitgegeven aan alcohol (Stergiopoulos et al., 2019 in Moledina et al., 2021).

### *Tevredenheid*

ICM leidt tot een significante verbetering op 6 van de 7 maten van tevredenheid met het leven (overall tevredenheid, vrije tijd, financieel, veiligheid, gezondheid en familie; Shern et al., 2000 in Moledina et al., 2021).

---

<sup>63</sup> De auteurs rapporten niet of dit een significant resultaat betreft.

<sup>64</sup> De auteurs rapporten niet of dit significante resultaten betreffen.

## **FUP zeer lange termijn (36+ maanden)**

### *Huisvesting en werk*

Permanent ondersteunende huisvesting of *Housing First* leidt tot significant meer dagen stabiele huisvesting onder personen met een verslaving zonder vaste woon- of verblijfplaats (Stergiopoulos et al., 2019 in Moledina et al., 2021).

## **3.6 Overige effectieve toezicht/behandelprogramma's**

Naast de effectieve toezicht/behandelprogramma's op langere termijn (zoals besproken in paragraaf 3.2-3.4), zijn er ook effectieve toezicht/behandelprogramma's die alleen op kortere termijn zijn onderzocht (minder dan twee jaar), maar mogelijk ook effectief kunnen zijn op de langere termijn. Dit zijn significante programma's op kortere termijn, die niet zijn onderzocht op lange interventietermijn en/of op lange FUP en significante programma's waarvan de termijn onbekend is. Deze programma's kunnen mogelijk ook worden ingezet op de lange termijn en dan eveneens effect sorteren, maar dit moet nader worden onderzocht. Het gaat om de volgende effectieve toezicht/behandelprogramma's voor justitiabelen met een psychische stoornis: groeps-cognitieve gedragstherapie (Huntley et al., 2012), cognitief gedrags-analyse systeem van psychotherapie (Negt et al., 2016), sociale vaardigheidstraining (Hunt et al., 2019), zelfzorginterventies (Lean et al., 2019), videogames voor schizofrenie (Roberts et al., 2021), ICS (Goodley et al., 2021), CCT (Barnett et al., 2021), zorg in samenwerkingsverband (Archer et al., 2012) en de inzet van ervaringsdeskundigen voor schizofrenie (Pitt et al., 2013). Bij justitiabelen met een verslaving zijn dit *Intensive Community Supervision* (Perry et al., 2009), gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag (contingency management; Benishek et al., 2014; Hunt et al., 2019), disulfiram (Jørgensen et al., 2011), naltrexone (Egli et al., 2011), methadon (Egli et al., 2011), verschillende gecombineerde drugsbehandelingen (therapeutische gemeenschap, methadon, drugsrechtbank en reclasseringstoezicht; Holloway et al., 2006) en de therapeutische gemeenschap (Holloway et al., 2006). Bij de andere deelpopulaties zijn dergelijke programma's niet gevonden.

## **3.7 Vergelijking met eerder onderzoek naar korter durend effectief reclasseringstoezicht**

In paragraaf 1.6 is een beknopt overzicht gegeven van eerder onderzoek naar effectief toezicht, vooral onderzocht met internationale literatuur. Uit de korte literatuurstudie die daarvoor is gedaan, bleek dat er geen onderzoek in de Nederlandse praktijk is naar langdurig toezicht. Om die reden is getracht de hoofdlijnen van (onderzoek naar) korter durend toezicht weer te geven en is ook buitenlandse literatuur gebruikt. Een systematisch literatuuronderzoek naar de Nederlandse toezichtpraktijk lag buiten de reikwijdte van het huidige onderzoek. De paragraaf is daarmee niet uitputtend, maar te beschouwen als een eerste aanzet van effectieve (elementen van) toezicht. Op basis van eerder onderzoek komen zes effectieve werkwijzen van kortdurend toezicht naar voren: 1) continuïteit in contact, 2) positieve werkalliantie, 3) toezicht gebaseerd op de RNR principes, 4) combinatie van monitoren en begeleiding, 5) langere duur / hoge intensiteit van toezicht, 6) kunnen veranderen van gedrag en omstandigheden (bijv. pro-sociaal modelleren, probleemoplossend vermogen). In tabel 3.4 zijn deze

elementen die uit eerder onderzoek naar voren komen telkens afgezet tegen de veronderstelde werkzame mechanismen die zijn gevonden in de huidige meta-review.

**Tabel 3.4 Veronderstelde werkzame mechanismen van reclasseringstoezicht volgens de huidige meta-review en eerder onderzoek**

O.b.v. eerder onderzoek	O.b.v. huidige meta review
Continuïteit in contact	-
Positieve werkalliantie	-
Toezicht gebaseerd op de RNR-principes	Verminderen risicofactoren en verbeteren beschermende factoren
	Toezicht sluit aan op de cliënt (RNR)
Combinatie van monitoren en begeleiding	Toezicht in combinatie met behandeling
Lange duur/hoge intensiteit van toezicht	Hoge intensiteit van toezicht
Vaardigheden van de toezichthouder om gedrag en omstandigheden te kunnen veranderen (bijv. pro-sociaal modelleren, probleemoplossend vermogen)	Betere vaardigheden van de toezichthouder (bijv. pro-sociaal modelleren of probleemoplossend vermogen)
-	Juiste informatie bij de cliënt
-	Directe consequenties of steun

In de tabel is te zien dat de meeste veronderstelde werkzame mechanismen die zijn gevonden in eerder onderzoek, ook in de huidige meta-review zijn gevonden. Alleen continuïteit in contact en een positieve werkalliantie zijn in de huidige meta-review niet gevonden als veronderstelde werkzame mechanismen bij de effectieve programma's op langere termijn. In de huidige meta-review zijn daarnaast twee aanvullende veronderstelde werkzame mechanismen gevonden: 'juiste informatie bij de cliënt' en 'directe consequenties of steun', die niet in de hoofdlijnen van het eerdere onderzoek zijn gevonden. Dit zijn daarmee mogelijk elementen die extra van toepassing zijn bij langdurig toezicht. Echter, deze conclusie is niet met zekerheid te trekken, omdat de bevindingen uit het eerdere onderzoek enerzijds geen onderzoek naar langdurig toezicht bevatten en anderzijds de hoofdlijnen betreffen van onderzoek naar toezicht in Nederlandse en internationale literatuur. Ook is er geen systematische zoektocht verricht naar eerder onderzoek.

## 4 Conclusie

### 4.1 Inleiding

Het doel van dit rapport was om te bepalen of de uitvoering van langdurig toezicht in de praktijk anders moet worden vormgegeven dan de uitvoering van korter durend toezicht en hoe dat dient te gebeuren. Het onderzoek is opgezet naar aanleiding van een motie van Schouw over de noodzaak tot het waarborgen van de kwaliteit van langdurig toezicht dat met de Wlt mogelijk werd gemaakt (*Kamerstukken II* 2013/14, 33 816, nr. 15). Ook werd vanwege bezuinigingen op de reclassering door verschillende Tweede Kamerleden getwijfeld aan de beschikbaarheid van voldoende middelen en daarmee toezichtmogelijkheden voor de reclassering. Het WODC heeft hiertoe onderzoek verricht en daarbij de volgende drie onderzoeksdoelen opgesteld:

1. Bepalen van effectieve toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan voor het houden van langdurig toezicht op ernstige zeden- en geweldsdelinquenten en (ex-)tbs-gestelden.
2. Bepalen van de overeenkomsten en verschillen tussen de kenmerken van effectief langdurig toezicht en de manier waarop de reclassering en de ketenpartners toezicht houdt in de praktijk.
3. Bepalen van de manier waarop de kenmerken van effectief langdurig toezicht voor de verschillende betrokken actoren gemonitord kan worden.

Het onderzoek betreft alleen de Wlt-populatie, waarmee wordt bedoeld onder toezicht gestelden die in de doelgroep van de Wlt vallen: (ex-)justitiabelen die een gevangenisstraf van één jaar of meer en/of een tbs-maatregel hebben gehad en/of een psychische stoornis hebben. Onder 'toezicht' is in het huidige onderzoek toezicht 'aan de achterdeur' verstaan, als sluitstuk van een gevangenisstraf en/of tbs-maatregel. Andere vormen van toezicht, bijvoorbeeld in het kader van een voorwaardelijke straf, vallen buiten de reikwijdte van dit onderzoek, net als andersoortig toezicht, bijvoorbeeld bestuursrechtelijk toezicht. Langdurig toezicht is in dit rapport gedefinieerd als een periode van 24 t/m 36 maanden en zeer langdurig toezicht is langer dan 36 maanden. Ook is in het rapport onderscheid gemaakt tussen de interventieperiode en de follow-up periode (FUP) na de interventie.

De onderzoeksdoelen zijn onderzocht aan de hand van vier onderzoeksvragen:

1. Welke effectieve toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan zijn er voor het houden van langdurig toezicht op ernstige zeden- en geweldsdelinquenten en (ex-) tbs-gestelden?
2. Wat zijn de veronderstelde werkzame mechanismen van de toezicht/behandelprogramma's?
  - a. Welke veronderstelde werkzame mechanismen zijn daarbij uniek voor langdurig toezicht?
3. Welke overeenkomsten en verschillen zijn er tussen de effectieve toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan zoals gebleken uit onderzoeksvraag 1 voor toezicht op de langere termijn en de manier waarop toezicht op de langere termijn in de praktijk van bij toezicht betrokken partijen wordt vormgegeven?



- a Welke aanbevelingen kunnen daarbij worden opgesteld voor de reclasseringswerkers?
  - b Welke aanbevelingen kunnen daarbij worden opgesteld voor de overige betrokken partijen?
- 4 Hoe kan langdurig toezicht bij de verschillende betrokken partijen gemonitord worden?

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is gezocht naar meta-analyses en reviews over langdurig toezicht op ernstige zeden- en geweldsdelinquenten en (ex-) tbs-gestelden. Er zijn geen reviews of meta-analyses gevonden naar toezichtprogramma's die zich op deze gehele Wlt-populatie richten. Daarom zijn de programma's door de onderzoekers onderverdeeld naar vier deelpopulaties van delinquenten die onder de Wlt vallen: programma's onderzocht bij justitiabelen in het algemeen, onderzocht bij justitiabelen met een psychische stoornis, onderzocht bij justitiabelen met een verslaving, en onderzocht bij justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden (bijvoorbeeld huisvesting, inkomen of werk). Omdat de literatuur over langdurig toezicht schaars is, zijn ook reviews geïncorporeerd waarin een kortere termijn van toezicht (<2 jaar) wordt onderzocht bij een van de vier categorieën delinquenten. Om dezelfde reden zijn ook de resultaten van individuele studies binnen de geselecteerde reviews en meta-analyses betrokken, voor zover deze zien op een toezichtstermijn van twee jaar of meer. De mate waarin conclusies kunnen worden verbonden aan de resultaten gebaseerd op individuele studies is lager dan de mate waarin conclusies kunnen worden verbonden aan de resultaten gebaseerd op de geaggregeerde resultaten, want in de laatste zijn telkens meerdere individuele onderzoeken en daarmee meer deelnemers betrokken. Dat maakt de resultaten van de reviews en meta-analyses robuuster dan de resultaten van de individuele studies. Om die reden is in de resultaten over de toezicht/behandelprogramma's telkens aangegeven of deze gaan over resultaten vanuit de reviews en/of meta-analyses of op de individuele studies. Dit is ook aangegeven bij de beantwoording van de onderzoeksvragen en de conclusies.

Uiteindelijk zijn 28 meta-analyses/reviews geïncorporeerd waaruit 28 verschillende toezicht/behandelprogramma's voortkwamen. Iets meer dan de helft, 15 van de 28 toezichtprogramma's, zijn effectief op de langere termijn (twee jaar of meer). Dit zijn 2 effectieve programma's onderzocht bij justitiabelen (in het algemeen), 7 effectieve programma's onderzocht bij justitiabelen met een psychische stoornis, 1 programma onderzocht bij justitiabelen met een verslaving en 5 programma's onderzocht bij justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden. Het merendeel van de effectieve programma's op langere termijn bestaat uit behandelprogramma's (9 van de 15). De resterende 13 van de 28 programma's zijn alleen op kortere termijn onderzocht. Nader onderzoek naar deze toezicht/behandelprogramma's levert mogelijk aanvullende bruikbare toezicht/behandelprogramma's op voor de langere termijn.

In paragraaf 4.2 is eerst antwoord gegeven op de onderzoeksvragen, waarna in paragraaf 4.3 de conclusies volgen. In paragraaf 4.4 staat de discussie, waarin onder meer wordt teruggekomen op de zorgen van de Tweede Kamer en de bruikbaarheid van de resultaten voor de betrokken actoren.

## 4.2 Beantwoording onderzoeksvragen

- 1 Welke effectieve toezicht/behandelprogramma's zijn er voor het houden van langdurig toezicht op ernstige zeden- en geweldsdelinquenten en (ex-) tbs-gestelden?

Er is geen onderzoek gevonden dat specifiek betrekking heeft op langdurig toezicht voor de Wlt-populatie. Wel zijn 28 toezicht/behandelprogramma's gevonden die betrekking hebben op 1 van de 4 deelpopulaties van de Wlt. Vijftien van de 28 toezicht/behandelprogramma's zijn effectief op lange tot zeer lange termijn (interventieduur) en/of hebben een voortdurend effect op lange tot zeer lange termijn (FUP; beide twee jaar of meer). Daarnaast zijn er 13 toezicht/behandelprogramma's die effectief zijn op de kortere duur (minder dan twee jaar).

Vier van de 15 effectieve toezicht/behandelprogramma's op langere termijn zijn effectief bij een lange *interventieduur* (waarvan 1 alleen gebaseerd op individuele resultaten). Voor justitiabelen in het algemeen is behandeling van zedendelinquenten effectief op zeer lange termijn (36+ maanden). Voor justitiabelen met een psychische stoornis zijn een CTO/CCT (alleen gebaseerd op individuele resultaten) en familie-interventies voor schizofrenie (gebaseerd op individuele en geaggregeerde resultaten) effectief op lange termijn (24 t/m 36 maanden). Voor justitiabelen met een verslaving is langdurige behandeling van verslaving effectief op zeer lange termijn (36+ maanden). Opvallend is dat voornamelijk *behandelprogramma's* gevonden zijn die effectief zijn bij een lange interventieduur en niet zozeer toezichtprogramma's met de nadruk op controlerende elementen.

Twaalf van de 15 effectieve toezicht/behandelprogramma's zijn effectief bij een lange *follow-up periode* (waarvan 5 alleen gebaseerd op individuele resultaten). Dat wil zeggen dat het programma zelf niet langdurig hoeft te zijn, maar dat de effectiviteit van het programma langdurig voortduurt. Eén van deze toezicht/behandelprogramma's is ook effectief met een lange interventieduur (CTO/CCT), vandaar dat het totaal aantal optelt tot 16 in plaats van 15. Voor justitiabelen in het algemeen heeft intensief reclasseringstoezicht een voortdurend effect op lange termijn (FUP 24 t/m 36 maanden). Voor justitiabelen met een psychische stoornis hebben ISP met toezicht en behandeling, RNR-supervisie en een CTO/CCT een voortdurend effect op zeer lange termijn (FUP 36+ maanden). Daarnaast hebben zorg in samenwerkingsverband, ICM (alleen gebaseerd op individuele resultaten) en training voor het signaleren van de terugkeer van schizofrenie symptomen een voortdurend effect op lange termijn (FUP 24 t/m 36 maanden). Voor justitiabelen met problematiek op verschillende probleemgebieden heeft permanent ondersteunende huisvesting (alleen gebaseerd op individuele resultaten) een voortdurend effect op zeer lange termijn (FUP 36+ maanden) en lange termijn (FUP 24 t/m 36 maanden). Daarnaast hebben *halfway houses*, *prevocational training* (alleen gebaseerd op individuele resultaten), *supported employment* (alleen gebaseerd op individuele resultaten) en *augmented supported employment* (alleen gebaseerd op individuele resultaten) een voortdurend effect op lange termijn (FUP 25-36 maanden). Opvallend is dat voornamelijk programma's gericht op het verkrijgen van *huisvesting en werk* gevonden zijn die een langdurig voortdurend effect hebben.

- 2 Wat zijn de veronderstelde werkzame mechanismen van de toezicht/behandelprogramma's?

De veronderstelde werkzame mechanismen van de toezicht/behandelprogramma's en onderzochte modererende factoren kunnen worden gezien als de veronderstelde werkzame mechanismen van de programma's: het werkzame mechanisme maakt het programma effectief, en toevoeging van bepaalde factoren (de modererende factoren) maakt het programma nóg effectiever. De veronderstelde werkzame mechanismen van de toezicht/behandelprogramma's op lange termijn zijn door de onderzoekers onderverdeeld in zeven categorieën: verminderen van risicofactoren en verbeteren van beschermende factoren, hoge intensiteit van het toezicht<sup>65</sup>, toezicht sluit aan op de cliënt (RNR-principes), directe consequenties of steun, juiste informatie bij de cliënt, de juiste vaardigheden van de toezichthouder en een combinatie van toezicht en behandeling. De zeven gevonden categorieën van veronderstelde werkzame mechanismen zijn alle gebaseerd op reviews en meta-analyses met geaggregeerde resultaten op langere termijn. Geen van de veronderstelde werkzame mechanismen is dus gebaseerd op enkel individuele resultaten.

Het verminderen van risicofactoren en verbeteren van beschermende factoren is in twee van de 15 effectieve programma's op langere termijn door de auteurs van de reviews en meta-analyses genoemd als een effectief element. Dit betreft bijvoorbeeld het aanpakken van symptomen van een psychische stoornis, het stimuleren van autonomie, of het vinden van huisvesting en werk. Directe consequenties of steun is als een effectief element genoemd in vier programma's. Dit betreft bijvoorbeeld het direct volgen van maatregelen als niet aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan, of het direct geven van steun wanneer een cliënt dreigt zijn of haar werk te verliezen. Een hoge intensiteit van toezicht, het toezicht sluit aan op de cliënt en de juiste informatie bij de cliënt zijn genoemd als veronderstelde werkzame mechanismen in twee programma's. Een hoge intensiteit van toezicht is bijvoorbeeld een lagere *caseload*. Het toezicht sluit aan op de cliënt betreft bijvoorbeeld dat het toezicht aansluit op het risiconiveau of de problematiek van de justitiabele (RNR-principes). De juiste informatie bij de cliënt is bijvoorbeeld informatie over beschikbare diensten en services. Tot slot zijn de juiste vaardigheden van de toezichthouder en een combinatie van toezicht en behandelen beide genoemd als veronderstelde werkzame mechanismen in telkens één programma. Juiste vaardigheden van de toezichthouder zijn bijvoorbeeld pro-sociaal modelleren, probleem-oplossend vermogen, of cognitieve technieken.

### **Modererende factoren**

Bij 7 van de 15 effectieve toezicht/behandelprogramma's op langere termijn zijn modererende factoren onderzocht en effectief gebleken. De modererende factoren kunnen worden gezien als elementen die het toezicht/behandeling nóg effectiever maken. Omdat niet in elke geïnccludeerde studie modererende factoren zijn onderzocht en omdat niet bij elke studie waarbij wel modererende factoren zijn onderzocht, dezelfde modererende factoren zijn onderzocht, kan niet de conclusie worden getrokken dat deze modererende factoren voor elke behandeling, training of interventie voor huisvesting geldt.

Vier van de zeven effectieve modererende factoren zijn gevonden bij behandelprogramma's: behandeling van zedendelinquenten, CTO/CCT, ICM en langdurige behandeling van verslaving. De resterende drie modererende factoren zijn gevonden bij een training: training voor het signaleren van de terugkeer van

---

<sup>65</sup> Wat intensief toezicht is, is afhankelijk van het land waarin het toezicht wordt gehouden. In Nederland ligt de caseload van een reclasseringsmedewerker tussen de 20 en 25 cliënten, maar in andere landen ligt de caseload veel hoger en bestaat intensief toezicht alsnog uit meer cases dan in Nederland.

schizofrenie symptomen, en bij twee interventies voor huisvesting: permanent ondersteunende huisvesting/housing first en *halfway houses*. De modererende factoren bij CTO/CCT en permanent ondersteunende huisvesting zijn enkel gebaseerd op individuele resultaten. Er is een verscheidenheid aan modererende factoren effectief gebleken: modererende factoren over de duur van het toezicht, aansluiting van het toezicht op de cliënt (RNR), de specifieke inhoud van de behandeling, setting, behandelintegriteit, doelgroep, en methodologische modererende factoren.

*a Welke veronderstelde werkzame mechanismen zijn daarbij uniek voor langdurig toezicht?*

Van geen van de veronderstelde werkzame mechanismen of modererende factoren kan worden gezegd dat ze uniek zijn voor langdurig toezicht. De veronderstelde werkzame mechanismen zijn vergelijkbaar met de veronderstelde werkzame mechanismen die ook uit eerder onderzoek naar korter durend toezicht naar voren komen. Deze elementen zijn dus niet uniek voor langdurig toezicht.

3 Welke overeenkomsten en verschillen zijn er tussen de *effectieve* toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan zoals gebleken uit onderzoeksvraag 1 voor toezicht op de langere termijn en de manier waarop toezicht op de langere termijn in de praktijk van bij toezicht betrokken partijen wordt vormgegeven?

In Nederland is nog niet veel ervaring met toezicht op de langere termijn. Enkele zaken van langdurig toezicht in geval van een langdurige v.i. zijn er wel. Het was de bedoeling reclasseringswerkers met dergelijke ervaring te interviewen, maar dit kon binnen de reikwijdte van het huidige onderzoek niet worden uitgevoerd. Een vergelijking zoals bedoeld in onderzoeksvraag 3 kon om die reden niet plaatsvinden. Wel is in paragraaf 1.6 een kort overzicht geschetst van effectief korter durend toezicht en zijn de huidige bevindingen daarmee vergeleken. De interviews met reclasseringswerkers over langer durend toezicht komen in een later rapport aan de orde.

Op basis van eerder onderzoek komen zes effectieve werkwijzen van kortdurend toezicht naar voren: 1) continuïteit in contact, 2) positieve werkalliantie, 3) toezicht gebaseerd op de RNR-principes, 4) combinatie van monitoren en begeleiding, 5) langere duur/hoge intensiteit van toezicht, en 6) kunnen veranderen van gedrag en omstandigheden (bijv. pro-sociaal modelleren, probleemoplossend vermogen). Vier van de zes effectieve elementen uit eerder onderzoek worden ook gevonden in de huidige meta-review. Continuïteit in contact en een positieve werkalliantie zijn in de meta-review niet gevonden als veronderstelde werkzame mechanismen. Daarnaast zijn in de meta-review twee extra effectieve elementen gevonden die niet vanuit korter durend toezicht bekend zijn: de juiste informatie bij de cliënt en directe consequenties of steun. Daarnaast zijn in de meta-review twee extra effectieve elementen gevonden die niet vanuit korter durend toezicht bekend zijn: de juiste informatie bij de cliënt en directe consequenties of steun. Het is mogelijk dat deze verschillen komen door manier waarop het huidige onderzoek is opgezet. Een belangrijk verschil is dat er specifiek is gezocht naar toezicht op de lange termijn. Reviews naar korter durend toezicht zijn daarmee alleen gevonden als die ook voldeden aan deze inclusiecriteria en kwalitatief onderzoek of studies zonder controle-/vergelijkingsgroep zijn daarmee niet opgenomen. Ook kunnen bepaalde aspecten van toezicht niet worden onderzocht met een controlegroep, vanwege ethische aspecten. Die aspecten zijn daarom ook niet

gevonden. Op basis van de gevonden verschillen kan niet worden geconcludeerd dat langer durend toezicht van korter durend verschilt op genoemde elementen, daarvoor is nader onderzoek nodig.

- a Welke aanbevelingen kunnen daarbij worden opgesteld voor de reclasseringsswerkers?

Deze vraag kan op basis van het huidige onderzoek niet worden beantwoord.

- b Welke aanbevelingen kunnen daarbij worden opgesteld voor de overige betrokken partijen?

Deze vraag kan op basis van het huidige onderzoek niet worden beantwoord.

- c Hoe kan langdurig toezicht voor de verschillende betrokken partijen gemonitord worden?

Op basis van de resultaten van de meta-review kan iets worden gezegd over uitkomstmaten die eventueel gebruikt kunnen worden om het toezicht te monitoren. Er kan geen antwoord worden gegeven op de vraag *hoe* langdurig toezicht door verschillende betrokken actoren gemonitord kunnen worden. De meeste toezicht/behandelprogramma's hebben verschillende uitkomstmaten meegenomen. Deze uitkomstmaten zijn te zien als verschillende beoogde doelen of gewenste effecten van de toezicht/behandelprogramma's en daarmee als criteria die gemonitord kunnen worden om de effectiviteit van langdurig toezicht in kaart te brengen. De diverse uitkomstmaten zijn door de onderzoekers zo veel mogelijk gecategoriseerd, in negen overkoepelende categorieën, waarvan 7 van de 9 zijn gebaseerd op (deels) geaggregeerde resultaten: crimineel gedrag (recidive en criminaliteit), servicegebruik (onder andere ziekenhuisopname, crisisdienst, risico op contactverlies met psychiatrische dienstverlening), functioneren (onder andere mentale toestand, gevoel van hoop, zelfbeoordeling van herstel), kwaliteit van leven (fysiek en mentaal), symptomen van psychische stoornissen (onder andere depressie, angst, terugval), middelengebruik (onder andere alcohol-, drugs-, en middelengebruik, geld uitgegeven aan verslaving), en vroegtijdig verlaten van het onderzoek. Twee van de 9 categorieën van uitkomstmaten zijn gebaseerd op enkel individuele resultaten: huisvesting en werk (onder andere aantal dagenstabiele huisvesting, kans op werk, inkomen) en tevredenheid (onder andere algemeen, over gezondheid, familie).

Per deelpopulatie zijn er verschillende factoren om te monitoren, maar ook andere factoren kunnen worden meegenomen om te monitoren, afhankelijk van het doel van het toezicht. Voor justitiabelen met een psychische stoornis zijn dit het verminderen van crimineel gedrag, het veranderen van servicegebruik, het verminderen van symptomen van psychische stoornissen, het verbeteren van functioneren en kwaliteit van leven, het verkrijgen van werk, het verminderen van middelengebruik, het verhogen van de tevredenheid en het verkleinen van de kans op vroegtijdig verlaten van het onderzoek. Voor justitiabelen met een verslaving is dit het verminderen van middelengebruik. Voor justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden zijn dit het verminderen van crimineel gedrag, het veranderen van servicegebruik, het verminderen van symptomen van psychische stoornissen en middelengebruik, het verbeteren van de kwaliteit van leven, en het vinden van huisvesting en werk.

### 4.3 Conclusies en aanbevelingen

#### Conclusies

De hoofdvraag van het huidige onderzoek was of er voor de Wlt-populatie toezichtprogramma's of elementen daarvan bekend zijn die kunnen helpen in het houden van langdurig(er) toezicht. Als antwoord op de hoofdvraag kunnen op basis van de resultaten van deze meta-review de volgende conclusies worden getrokken:

- 1 Er zijn geen toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan gevonden voor de gehele Wlt-populatie. Er zijn wel 28 toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan gevonden die effectief zijn bij ofwel langdurig toezicht bij een van de vier subgroepen van de Wlt-populatie (15 programma's), ofwel effectief zijn bij korter durend toezicht bij een van de vier subgroepen van de Wlt-populatie (13 programma's).
- 2 De 15 effectieve toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan op de langere termijn zijn ofwel effectief op lange tot zeer lange termijn van twee jaar of meer (interventieduur, 4 programma's) ofwel hebben een voortdurend effect op lange tot zeer lange termijn (FUP, 12 programma's). Eén van deze programma's is zowel onderzocht met een lange interventieduur als met een lange FUP. De effectieve toezichtprogramma's met een lange interventieduur zijn voornamelijk onderzocht bij justitiabelen met een psychische stoornis of verslaving en niet zozeer bij de andere deelpopulaties, en bestaan dus voornamelijk uit behandelprogramma's. De effectieve toezicht/behandelprogramma's met een lange follow-up zijn voornamelijk de programma's gericht op het verkrijgen van huisvesting en werk, onderzocht bij justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden.
- 3 Er zijn twee effectieve toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan op de langere termijn voor justitiabelen in het algemeen. Dit zijn: 1) intensief reclasseringstoezicht en 2) behandeling van zedendelinquenten.
- 4 Er zijn zeven effectieve toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan op de langere termijn voor justitiabelen met een psychische stoornis. Dit zijn: 1) *Intensive Supervision Programs* met toezicht en behandeling, 2) *Risk, Need, Responsivity supervision*, 3) *Community Treatment Order/Compulsory Community Treatment* (deels individuele resultaten), 4) zorg in samenwerkingsverband, 5) *Intensive casemanagement* (alleen individuele resultaten), 6) training voor het signaleren van de terugkeer van schizofrenie symptomen, en 7) familie-interventies voor schizofrenie (deels individuele resultaten).
- 5 Er is één effectief toezicht/behandelprogramma bij justitiabelen met een verslaving. Dit is: Langdurige behandeling voor verslaving.
- 6 Er zijn vijf effectieve toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan bij justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden. Dit zijn: 1) permanent ondersteunende huisvesting (alleen individuele resultaten), 2) *Halfway houses*, 3) *Supported employment* (alleen individuele resultaten), 4) *Prevocational training* (alleen individuele resultaten), 5) *Augmented Supported employment* (alleen individuele resultaten).
- 7 De dertien effectieve toezicht/behandelprogramma's die alleen op de kortere termijn (minder dan twee jaar) zijn onderzocht, kunnen mogelijk ook worden ingezet bij toezicht op de lange termijn en dan eveneens effect sorteren. Daarover kan op dit moment geen definitieve conclusie worden getrokken, dit moet eerst worden onderzocht. Deze programma's zijn: 1) groeps-cognitieve gedragstherapie, 2) cognitief gedrags-analyse systeem van psychotherapie, 3) sociale vaardigheidstraining, 4) zelfzorginterventies, 5) videogames voor schizofrenie,

6) inzet van ervaringsdeskundigen voor schizofrenie, 7) *Intensive Community Supervision* (bij verslaving), 8) gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag, 9) disulfiram, 10) naltrexone, 11) methadon, 12) verschillende gecombineerde drugsbehandelingen, en 13) therapeutische gemeenschap.

- 8 Er zijn verschillende veronderstelde werkzame mechanismen gevonden voor toezicht op de langere termijn, die door de onderzoekers zijn verdeeld in zeven categorieën: verminderen van risicofactoren en verbeteren van beschermende factoren, hoge intensiteit van het toezicht, toezicht sluit aan op de cliënt (RNR-principes), directe consequenties of steun, juiste informatie bij de cliënt, de juiste vaardigheden van de toezichthouder en een combinatie van toezicht en behandeling. Alle zeven veronderstelde werkzame mechanismen zijn gebaseerd op geaggregeerde resultaten. Het verminderen van risicofactoren en het verbeteren van beschermende factoren is in bijna alle toezicht/behandelprogramma's een verondersteld werkzaam mechanisme. De meeste gevonden veronderstelde werkzame mechanismen zijn vergelijkbaar met de veronderstelde werkzame mechanismen die bekend zijn uit onderzoek naar korter durend toezicht. Dit suggereert dat toezicht op de langere termijn op vergelijkbare wijze kan worden ingestoken als toezicht op de kortere termijn. Daarnaast zijn in de huidige meta-review twee extra veronderstelde werkzame mechanismen gevonden: de juiste informatie bij de cliënt en directe consequenties of steun. Een positieve werkaliantie en continuïteit in contact zijn daarentegen niet gevonden in de huidige meta-review.
- 9 De uitkomstmaten waar de onderzoeken zich op richten zijn factoren die als belangrijk worden geacht bij toezicht en nazorg, ook wel te zien als doelen van de toezicht/behandelprogramma's. Verschillende van deze doelen kunnen worden gebruikt als criteria om toezicht en nazorg te monitoren: crimineel gedrag, functioneren, huisvesting en werk, symptomen van psychische stoornissen, middelengebruik, en tevredenheid. Huisvesting en werk en tevredenheid komen voort uit enkel individuele resultaten. Er is niet onderzocht hoe of door welke partijen de effectiviteit van langdurig toezicht gemonitord kan worden.

### **Aanbevelingen**

Zoals gezegd blijkt uit deze meta-review dat er in de (internationale) literatuur niets bekend is over effectief langdurig toezicht bij de gehele Wlt-populatie. Wel zijn studies gevonden die zien op een van de deelpopulaties van de Wlt. Met de Wet langdurig toezicht is het in Nederland mogelijk geworden om langduriger toezicht te houden, zonder dat duidelijk is op welke manier dit het meest effectief vormgegeven kan worden en hoe de kwaliteit van dit toezicht gemonitord kan worden. Om die reden werd het huidige onderzoek opgezet. Het is aan te bevelen om meer wetenschappelijk onderzoek te doen naar de manier waarop effectief langdurig toezicht gehouden kan worden in Nederland. Daarbij moet ook zeker onderzoek worden gedaan in de praktijk.

Toch komt er uit de meta-review ook zeker bruikbare informatie naar voren over effectieve toezicht/behandelprogramma's. De volgende aanbevelingen worden gedaan.

- 1 Aanbevolen wordt om de gevonden effectieve toezicht/behandelprogramma's op de langere termijn in te zetten bij (subgroepen van) de Wlt-populatie als er sprake is van een (potentieel) langdurig toezicht en daarbij vervolgonderzoek te doen naar de effectiviteit ervan.

Voor justitiabelen in het algemeen zijn dat zoals gezegd intensief reclasseringstoezicht en behandeling van zedendelinquenten. Voor justitiabelen met een psychische stoornis zijn dat *Intensive Supervision Programs* met toezicht en behandeling, *Risk, Need, Responsivity supervision*, *Community Treatment Order/Compulsory Community Treatment*, zorg in samenwerkingsverband, *Intensive casemanagement*, training voor het signaleren van de terugkeer van schizofrenie symptomen, en familie-interventies voor schizofrenie. Voor justitiabelen met een verslaving is dit langdurige behandeling voor verslaving, en voor justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden zijn dit permanent ondersteunende huisvesting, *Halfway houses*, *Supported employment*, *Prevocational training*, en *Augmented Supported employment*.

- 2 Richt langdurig toezicht zodanig in dat het toezicht/behandelprogramma of element daarvan zoveel mogelijk aansluit bij de kernproblematiek van de onder toezicht gestelde, te weten delictgedrag in het algemeen, psychische stoornissen, verslavingsproblematiek, of leefgebieden.

Uit de meta-review blijkt dat verschillende toezicht/behandelprogramma's of elementen daarvan effectief zijn bij verschillende typen justitiabelen (in het algemeen, met verslavingsproblematiek, met psychische stoornissen, met een verslaving en met problematiek op verschillende leefgebieden).

Ook kunnen programma's op twee manieren effectief zijn: 1) effectief omdat de *interventie* langdurig is, of 2) effectief omdat het *effect* van de interventie langdurig is. Uit de resultaten blijkt dat voornamelijk behandelprogramma's bij een lange interventieduur effectief zijn, en dat voornamelijk interventies voor huisvesting en werk een langdurig voortdurend effect hebben. In de praktijk zou dit kunnen betekenen dat een justitiabele onder langdurig toezicht met problematiek op het gebied van werk en huisvesting lang profijt heeft van een dergelijke interventie en het niet nodig is de interventie zelf lang te laten voortduren. Een justitiabele onder langdurig toezicht met een psychische stoornis heeft er daarentegen baat bij dat de behandelprogramma's langdurig voortduren.

- 3 Laat langdurig toezicht aansluiten bij de gevonden veronderstelde werkzame mechanismen: verminderen van risicofactoren en verbeteren van beschermende factoren, hoge intensiteit van het toezicht, toezicht sluit aan op de cliënt (RNR-principes), directe consequenties of steun, juiste informatie bij de cliënt, de juiste vaardigheden van de toezichthouder en een combinatie van toezicht en behandeling.

Uit de meta review komen ook veronderstelde werkzame mechanismen en uitkomstmaten waarop mogelijk gemonitord kan worden naar voren. Dit zijn: verminderen van risicofactoren en verbeteren van beschermende factoren, hoge intensiteit van het toezicht, toezicht sluit aan op de cliënt (RNR-principes), directe consequenties of steun, juiste informatie bij de cliënt, de juiste vaardigheden van de toezichthouder en een combinatie van toezicht en behandeling.

- 4 Monitor de volgende criteria om te bepalen of langdurig toezicht effectief is: crimineel gedrag, functioneren, huisvesting en werk, symptomen van psychische stoornissen, middelengebruik, en tevredenheid.



## 4.4 Discussie

### 4.4.1 *Terugkoppeling zorgen en kwaliteitseisen Tweede Kamer en adviserende instanties*

In de inleiding van dit rapport is beschreven hoe de Tweede Kamer en andere wetgevingsinstanties zich zorgen maakten over de kwaliteit van toezicht wanneer dit langdurig zal zijn. Ook zijn een aantal kwaliteitseisen benoemd die de Tweede Kamer belangrijk vindt voor effectief langdurig toezicht. De meeste van deze zorgen en kwaliteitseisen kunnen niet in een meta-review worden onderzocht, maar zien eerder op onderzoek in of het maken van afspraken voor de Nederlandse praktijk en zijn om die reden niet in het huidige onderzoek naar voren gekomen. Dit zijn: 1) de kwaliteit van het toezicht komt onder druk te staan door oplopende werkvoorraden en terugbrengen van beschikbare uren voor toezicht, 2) er zijn te weinig middelen en daarmee toezichtmogelijkheden voor de reclassering, 3) bij de Wlt ontbreekt een toekomstperspectief, waardoor motivatie voor medewerking sterk afneemt, 4) het probleem van weigerende observandi wordt vergroot, waardoor minder plegers de juiste behandeling krijgen, 5) langdurig toezicht is erg kostbaar, 6) de doelen en samenwerkingsvormen tussen politie en reclassering bij toezicht op zedendelinquenten en tbs-gestelden zijn onvoldoende op elkaar afgestemd, 7) voortzetting van het toezicht door dezelfde reclasseringsmedewerker, 8) bij wisselende reclasseringsmedewerkers moet een goede overdracht plaatsvinden, 9) COSA landelijk invoeren, 10) de capaciteit van toezichthoudende instanties zoals de reclassering moet worden uitgebreid, en 11) de politiesystemen moeten verbeterd worden omdat ze niet geschikt zijn om adequaat toezicht te houden op zedendelinquenten.

Over drie van de zorgen en kwaliteitseisen kan wel iets worden gezegd. Ten eerste, over de zorg dat beschermende factoren worden ondermijnd vanwege de mogelijke voorwaarden die opgelegd kunnen worden. In het huidige en eerder onderzoek komt naar voren dat het verminderen van risicofactoren en het verbeteren van beschermende factoren veronderstelde werkzame mechanismen zijn van (langdurig) toezicht. Hoewel het huidige en eerder onderzoek geen antwoord geven op de vraag óf de beschermende factoren worden ondermijnd, is wel onderstreept dat het verbeteren van beschermende factoren een belangrijk element is van effectief toezicht. Daarnaast stelden de Tweede Kamer en andere wetgevingsinstanties dat het toezicht snel, zeker, streng en rechtvaardig moet zijn. Uit het huidige en eerder onderzoek blijkt dat een hoge intensiteit van toezicht (snel) een effectief element is van (langdurig) toezicht. Tevens blijkt uit het huidige onderzoek dat directe consequenties of steun (zeker, streng) een effectief element is. Alleen rechtvaardig toezicht is in eerder en het huidige onderzoek niets gevonden. Tot slot is het volgens de Tweede Kamer en adviserende instanties bij langdurig toezicht belangrijk dat er een coherent geheel is van zorg en controle. Ook in eerder onderzoek komt naar voren dat een combinatie van controle en behandeling het meest effectief is.

### 4.4.2 *Bruikbaarheid*

Toezicht en nazorg is een traject waarbij meerdere actoren betrokken zijn. Hoewel de reclassering als toezichthoudende instantie betrokken blijft bij het gehele traject van de justitiabele, is de reclassering slechts in 1 van de 15 effectieve toezicht/behandelprogramma's op de langere termijn de enige uitvoerende instantie: bij intensief reclasseringstoezicht. De overige programma's bestaan uit behandelprogramma's, trainingen, en interventies voor huisvesting en arbeid. Bij een behandeling is de betrokken actor veelal de (forensische) GGz. Bijvoorbeeld

psychologen en sociaal werkers. Bij interventies voor huisvesting en arbeid zijn de betrokken actoren bijvoorbeeld cursusleiders, de woningbouwvereniging en de gemeente.

De gevonden veronderstelde werkzame mechanismen van langdurig toezicht zijn mogelijk niet allemaal bruikbaar in de Nederlandse praktijk. Voor de reclassering komt naar voren dat effectief langdurig toezicht een hoge intensiteit heeft en dat de toezichthouder de juiste vaardigheden moet hebben. Omdat de resultaten van de meta-review afkomstig zijn uit de internationale literatuur, is het lastig om deze twee criteria 1-op-1 mee te nemen naar de Nederlandse praktijk. Zoals al eerder beschreven is een hoge intensiteit van toezicht in de VS niet hetzelfde als een hoge intensiteit van toezicht in Nederland. In Nederland is een lage intensiteit hoger dan een hoge intensiteit in de VS. Ook ligt de nadruk in – met name – de VS op monitoring. Als een behandelcomponent wordt toegevoegd aan het toezicht, zal dit mogelijk sneller tot een significant effect leiden. Omdat er in Nederland al meer aandacht is voor de combinatie van monitoren en behandelen in de vormgeving van toezicht op ex-justitiabelen is het effect hier waarschijnlijk kleiner en minder snel significant. Voor de hulpverleners in de Ggz komt naar voren dat bij een effectieve behandeling op lange termijn het van belang is dat de nadruk ligt op het verminderen van risicofactoren en het verbeteren van beschermende factoren, dat de behandeling aansluit op de cliënt, dat er directe consequenties of steun volgen bij het niet nakomen van afspraken, en dat de cliënt de juiste informatie heeft over beschikbare diensten.

Voor de betrokken actoren bij interventies voor huisvesting en arbeid (bijvoorbeeld cursusleiders, de woningbouwvereniging en de gemeente) komt naar voren dat er aandacht moet zijn voor het verminderen van risicofactoren en het verbeteren van beschermende factoren. Het is dus belangrijk dat een justitiabele over huisvesting en werk beschikt om effectief langdurig toezicht te houden. Uit de bevindingen komt ook dat het effect van deze interventies voornamelijk pas te zien is na een *follow-up* periode. De betrokken actoren moeten zich daarvan bewust zijn.

In de praktijk kan, indien dezelfde programma's worden gebruikt als in dit onderzoek gevonden, rekening worden gehouden met de modererende factoren. Als bijvoorbeeld behandeling aan zedendelinquenten wordt gegeven, kan er rekening mee worden gehouden dat dit programma het best werkt wanneer het afwisselend individueel en in groepsverband worden gegeven of alleen individueel (en dus niet alleen in groepsverband). Niet alle gevonden modererende factoren lenen zich even goed voor toepassing in de praktijk. Zo zijn de methodologische modererende factoren niet bruikbaar in de praktijk, omdat deze zijn toegespitst op onderzoek. Een voorbeeld hiervan zijn *halfway houses*, deze zijn het meest effectief wanneer recidive wordt gemeten als het aantal arrestaties en het aantal keer detentie, maar niet gemeten als het aantal veroordelingen. Dit is geen factor die in het toezicht in de praktijk kan worden meegenomen.

Tot slot is aangegeven dat de uitkomstmaten uit de onderzoeken kunnen worden gezien als beoogde doelen of gewenste effecten van de toezicht/behandelprogramma's. Echter, niet alle uitkomstmaten die nuttig zijn in onderzoek, zijn relevant voor de praktijk. De gevonden uitkomstmaten zijn: crimineel gedrag, servicegebruik, functioneren, kwaliteit van leven, huisvesting en werk, symptomen, middelengebruik, tevredenheid en vroegtijdig verlaten van de studie. Crimineel gedrag is niet meteen de fout van de betrokken actoren. Ook als al het toezicht juist wordt vormgegeven en behandelingen goed zijn gevolgd, kan recidive

plaatsvinden, omdat menselijk gedrag nu eenmaal niet volledig te voorspellen is. Het vroegtijdig verlaten van het onderzoek, is niet per definitie relevant voor de praktijk, omdat stoppen met deelname aan de studie, niet altijd het stoppen met de behandeling of het toezicht inhoudt. Dit is dus vooral een nuttige uitkomstmaat voor onderzoeksdoeleinden.

#### 4.4.3 *Beperkingen van het onderzoek*

In bovenstaande sub-paragraaf komt al naar voren dat de resultaten van het onderzoek niet 1 op 1 in de Nederlandse praktijk gebruikt kunnen worden. Dit komt bijvoorbeeld doordat toezicht in het buitenland op een andere manier wordt vormgegeven dan in Nederland.

Tegelijkertijd blijkt uit dit onderzoek dat er zowel in de internationale als in de Nederlandse literatuur nog weinig bekend is over echt langdurig toezicht bij de gehele Wlt-populatie. In de Nederlandse praktijk is sowieso nog erg weinig onderzoek gedaan naar langdurig toezicht, op een enkel onderzoek na (Suijkerbuijk et al., 2017). Langdurig toezicht komt ook niet veel voor, behalve bijvoorbeeld als de v.i. lang duurt bij een zeer lange gevangenisstraf, maar onderzoek hiernaar is de onderzoekers niet bekend geworden. Omdat de literatuur over langdurig toezicht schaars bleek, zijn ook programma's van kortere duur geïnccludeerd die wel voldeden aan de overige inclusiecriteria. Hoewel deze programma's dus informatief kunnen zijn voor de doelgroep met betrekking tot korter durend toezicht 'aan de achterkant', kunnen ze niet worden gebruikt om conclusies te trekken over langdurig toezicht.

Een andere beperking heeft te maken met de gehanteerde onderzoeksmethode, waarin alleen reviews en meta-analyses zijn betrokken. Hierdoor zijn in principe geen individuele studies met niet-geaggregeerde uitkomsten betrokken die op de langere termijn zien, behalve als deze onderdeel uitmaakten van de geselecteerde reviews en meta-analyses. Deze zijn telkens besproken in de resultaten. Het is mogelijk dat er in de literatuur meer individuele studies zijn naar langdurig toezicht, die andere toezichtprogramma's op de langere termijn hebben onderzocht. Deze zijn in de huidige meta-review niet naar voren gekomen. Aan resultaten van individuele studies is echter op haar beurt de beperking verbonden dat deze wel mogelijk aanwijzingen geven over de effectiviteit van een programma, maar dat deze tegelijkertijd gebaseerd zijn op een lager aantal deelnemers en daarmee minder robuust dan de resultaten van geaggregeerde studies.

Een ander inclusie criterium van de huidige meta-review was dat er een geaggregeerde uitkomstmaat moest zijn, terwijl er ook reviews zijn waarin de resultaten niet zijn geaggregeerd. Het is mogelijk dat ook in de reviews die geen geaggregeerde resultaten hebben aanvullende evidentie over langdurig toezicht te vinden is. Verder zijn de keuzes van de onderzoekers van de reviews en meta-analyses bepalend voor de door hen gevonden resultaten en zijn de huidige onderzoekers op hun beurt afhankelijk van die keuzes: wat zij niet hebben geïnccludeerd, kon hier niet worden weergegeven. Desondanks voldeden 28 reviews en meta-analyses aan de inclusiecriteria, wat laat zien dat het toezicht- en nazorgpallet voor deze populatie breed is.

Verder zijn binnen de reikwijdte van het onderzoek geen interviews gehouden met reclasseringsswerkers en cliënten om de Nederlandse praktijk in kaart te brengen en

een vergelijking te maken met de gevonden resultaten. De interviews zullen ten behoeve van het eindrapport over de Wlt worden gehouden.

Tot slot is het zo dat er geen toezichtprogramma's zijn gevonden voor de gehele Wlt-populatie – onder toezicht gestelden met een gevangenisstraf van één jaar of meer en/of een tbs-maatregel en/of een psychische stoornis. Gezien de breedte van deze doelgroep, zowel justitiabelen met alleen een gevangenisstraf, als justitiabelen met daarnaast een tbs-maatregel, als justitiabelen met al dan niet een psychische stoornis, is dit niet heel verwonderlijk. De tbs-maatregel is bovendien vrij uniek in de wereld, hoewel veel landen ook te maken hebben met justitiabelen met psychische stoornissen en daarvoor een eigen systeem hebben opgezet. Onderzoek hiernaar is gezien de inclusiecriteria ook meegenomen indien deze groep zich in een ander systeem, bijvoorbeeld de gezondheidszorg, bevond. Door de totale Wlt-populatie te verdelen in vier subgroepen zijn bovendien wel verschillende effectieve toezicht/behandelprogramma's voor de langere termijn naar voren gekomen, die kunnen worden ingezet bij de justitiabelen in die vier subgroepen. Deze resultaten per subgroep leveren daarmee waardevolle aanwijzingen op voor beleidsmakers, onderzoekers, reclassering en overige betrokken ketenpartners, die op zoek zijn naar effectieve toezicht/behandelprogramma's voor specifiek die problematiek, zoals behandeling van psychische problematiek en verslavingszorg aan justitiabelen.

#### 4.4.4 *Intensive Supervision Program Compulsory Community Treatment Intensive case management Augmented Suggesties voor vervolgonderzoek*

Een aantal conclusies is deels gebaseerd op individuele studies in plaats van geaggregeerde studies. Voor de gevonden toezicht/behandelprogramma's, veronderstelde werkzame mechanismen, modererende factoren en uitkomstmaten die (deels) gebaseerd zijn op individuele resultaten, is het aan te bevelen verder onderzoek te verrichten naar deze programma's om geaggregeerde resultaten te vinden. Op deze manier kunnen die conclusies statistisch gezien sterker onderbouwd worden. De programma's met alleen individuele resultaten zijn: *Community Treatment Order/Compulsory Community Treatment, Intensive case management, Familie-interventies voor schizofrenie, supported employment, prevocational training, en augmented supported employment.*

Ook zijn er naast de effectieve toezicht/behandelprogramma's op langere termijn, 13 effectieve toezicht/behandelprogramma's die alleen op kortere termijn zijn onderzocht (minder dan twee jaar), maar mogelijk ook effectief kunnen zijn op de langere termijn. Deze programma's zijn al opgesomd in paragraaf 3.6. Omdat deze programma's de doelgroep van de Wlt betreffen, kan nader onderzocht worden of ze ook effectief zijn bij een lange interventieduur of een lange FUP.

Daarnaast is een aantal programma's die effectief zijn bij een lange interventieduur niet onderzocht bij een lange FUP. Dit zijn behandeling van zedendelinquenten, familie-interventies voor schizofrenie en langdurige behandeling voor verslaving. Hoewel dus is aangetoond dat deze programma's effectief zijn bij een lange interventieduur, is nog niet onderzocht of het effect ook langdurig kan voortduren. Dit kan nader onderzocht worden. Ook voor de programma's die een langdurig voortdurend effect hebben, maar waarbij niet is onderzocht of een lange interventieduur effectief is, is nader onderzoek nodig. Dit zijn intensief reclasseringstoezicht, ISP met toezicht en behandeling, RNR-supervisie, zorg in samenwerkingsverband, ACT, ICM, permanent ondersteunende huisvesting, *halfway*

*houses, supported employment, prevocational training en augmented supported employment.* Tot slot is in een aantal studies resultaten gevonden waarbij de termijn onbekend is en waar nader onderzoek naar gedaan kan worden.

In de inleiding in paragraaf 1.4 zijn verschillende perspectieven benoemd van waaruit effectief langdurig toezicht bekeken zou kunnen worden: het maatschappelijk perspectief, het theoretisch perspectief, het organisatorisch perspectief, het perspectief van de justitiabele en het wetgeversperspectief. In de huidige meta-review zijn alleen elementen gevonden die betrekking hebben op het maatschappelijk perspectief (hoogte en ernst van recidive) en het theoretisch perspectief (RNR-principes). Middels het oorspronkelijke idee om interviews te houden met reclasseringswerkers en cliënten hadden het organisatorisch perspectief (medewerkerstevredenheid, impact op de *caseload*) en het perspectief van de justitiabelen (kans op wisselingen van toezichthouder, beleving van het toezicht) benaderd kunnen worden. De interviews zullen ten behoeve van het eindrapport over de Wlt worden gehouden. Het is aan te bevelen om in vervolgonderzoek expliciet te zoeken naar programma's en elementen die passen bij de overige perspectieven.

Andere relevante vragen voor vervolgonderzoek kunnen bijvoorbeeld zijn hoe langdurig toezicht vormgegeven kan worden als de interventies grotendeels zijn afgelopen, en hoe de toezichthouder scherp kan blijven op risicosignalen. Tevens zou kunnen worden gekeken naar de werkaliantie tussen toezichthouder en onder toezicht gestelde voor toezicht op de lange duur. Zo is er nog geen zicht op de vraag of het beter is om het hele traject één toezichthouder te hebben, of dat wisseling van toezichthouders effectief is, bijvoorbeeld door de frisse blik die een nieuwe toezichthouder met zich mee kan brengen. Daarbij moet ook aandacht zijn voor de mogelijke *pains* van toezicht, zoals het verlies van autonomie, stigmatisering of de voortdurende dreiging van het schenden van voorwaarden zoals beschreven in onder andere Durnescu (2011) en Hayes (2018).

## Summary

### Long-term supervision of (mentally ill) sex and violent offenders

A meta-review on effective (elements of) supervision and treatment programs and supposed working mechanisms

#### Background

In 2018, a new law – the Long-Term Supervision, Behavioural Control and Restriction of Freedom of Movement Act (LTSA; in Dutch: *Wet langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding en vrijheidsbeperking*) – was implemented in the Netherlands. This Act allows for long-term supervision, treatment and monitoring of former prisoners and offenders detained or formerly detained under a mandatory treatment order (tbs-order; *maatregel terbeschikkingstelling*). Supervision opportunities have been created for them under certain circumstances, after the end of the sentence and/or tbs-order. This supervision can be extended indefinitely and is thus at the start of unknown overall duration. The LTSA's objective is to prevent the repetition of sex and violent offences. During the process leading up to this new Act, the House of Representatives expressed its concerns about the application and feasibility of long-term supervision. In the Netherlands, supervision is carried out by three probation organisations: the Dutch Probation Service (*Reclassering Nederland*), the Dutch Addiction Probation Service (*Stichting Verslavingsreclassering Ggz*) and the Salvation Army Youth Care and Probation Service (*Leger des Heils Jeugdbescherming & Reclassering*), jointly referred to as 3RO. In addition, 3RO cooperates with a variety of organisations, including caregivers (for example, psychologists, forensic psychologists, psychiatrists, municipalities, institutions for sheltered housing, etc). It is not clear whether long-term supervision should be structured differently in practice than shorter-term supervision, and if so, how this should be carried out.

#### Problem definition and research questions

The population consists of adults placed under supervision covered by the target group of the LTSA, namely (former) offenders who have served a prison sentence of one year or more, and/or patients detained or formerly detained under a tbs-order and/or those who suffer from a mental disorder; in short: the LTSA population. The objective of the current meta-review is to find out whether there are any supervision/treatment programmes or elements thereof available for the aforementioned LTSA population that could help in establishing long-term or longer-term supervision. Further to identifying effective supervision/treatment programmes for long-term supervision, the supposed working mechanisms of the programmes were deducted, the similarities and differences between the programmes and elements found and previous research on effective short-term supervision, and the ways in which long-term supervision can be monitored were studied. Supervision entails the entire rehabilitation process of offenders: it not only encompasses monitoring former offenders' behaviour, but also any treatment programmes, training activities, interventions or training courses that take place during the supervision. It refers only to backdoor supervision, as the final

phase of a prison sentence and/or a tbs-order. It thus covers the extramural phase, including the conditional framework, i.e., conditional release of regular offenders (CR; *voorwaardelijke invrijheidstelling*), conditional release after forensic psychiatric treatment (FPCR; *voorwaardelijke beëindiging van het bevel tot verpleging van de tbs-maatregel*) and the like.

## Method

A systematic meta-review was conducted on long-term supervision to answer the research questions. A meta-review summarises the results from systematic reviews and meta-analyses. Systematic reviews and meta-analyses cluster the results of different individual studies. An individual study is a single study that examines the relationship between A and B. Summarising systematic reviews and meta-analyses in the current meta-review allows a relatively quick overview and analysis of the results of many underlying individual studies. The original idea was to only select those studies that explicitly pertain to long-term supervision (two years or more) for the LTSA population. However, this led to such a small number of reviews and meta-analyses that the decision was made to also include supervision/treatment programmes or elements thereof that relate to a shorter time frame. Supervision/treatment programmes that cover part of the LTSA population were also included: offenders in general, offenders with a mental disorder, offenders suffering from addiction and those dealing with problems in different aspects of life, e.g., housing, income or work-related aspects. Given the fact that previous studies have shown that effective shorter-term supervision consists of elements of both control (monitoring of behaviour and movements) as well as counselling (treatment, care, skills training, practical support and counselling, etc), such programmes and interventions and elements thereof have also explicitly been included in the meta-review. For that reason, the report always refers to supervision/treatment programme.

A total of 273 searches were conducted in different scientific databases, including Scopus, Wiley and PubMed, within two search queries. Search terms in the first search query included key words such as long-term post-release supervision, long-term parole, long-term intensive supervision, or long-term community care. Each time, these key words were combined with the word 'review'. The second search query focused on terms such as back-door supervision, conditional release, case management or post-release monitoring. These search queries were also each time combined with the term 'review' and subsequently with (length OR duration OR long-term) and with (efficien\* OR quality OR effect\*). The last search was performed on 7 February 2022.

The screening involved a total of 9,473 articles. Two of the authors of the present study screened all articles in four rounds. Only systematically conducted reviews and meta-analyses were included in the screening process. A review or meta-analysis is considered to be systematic if 1) at least two databases relevant to the research question have been examined; 2) the search terms, search strategy, the research design and the inclusion and exclusion criteria are described in the article and are also considered relevant for the research question, and finally, 3) the review or meta-analysis addresses the quality of individual studies. These criteria are based on components of AMSTAR II, a tool used to determine the quality of a review or meta-analysis. In addition, there should be at least one meta-analytic comparison between supervision/treatment programmes or elements thereof and the control/comparison

group, which results in a significant difference. One exception to this was made due to the scarcity of the literature found on long-term supervision. If a review or meta-analysis that met the inclusion and exclusion criteria also discussed the non-aggregated results of one or more individual studies into specific long-term supervision (more than 2 years), these were also included in the meta-review results.

The authors of the present study used the following definitions on the duration of the supervision/treatment programmes: a very short duration (up to two months), a short duration (between three to five months), medium duration (six to eleven months), a somewhat long duration (12 up to 23 months), a long duration (24 to 36 months), and a very long duration (36+ months). A distinction was made between the length of the intervention and the follow-up period (FUP). The follow-up period refers to the period after the termination of the intervention. In this period, the effect of the intervention may have a continued effect while the intervention itself has already ended.

## Results

A total of 28 different effective supervision/treatment programmes were found in 28 reviews and meta-analyses. Fifteen programmes in 15 reviews and meta-analyses relate to long-term supervision, a supervision period of two years or more. The authors of the present study have subdivided the programmes into the four aforementioned subgroups of offenders covered by the LTSA: programmes involving offenders in general, offenders with a mental disorder, offenders suffering from addiction and offenders dealing with problems in different aspects of life, e.g., housing, income or work-related aspects. Thirteen of the 28 supervision/treatment programmes that were found to be effective for shorter-term, that is, less than two years.

### *Effective supervision/treatment programmes for long-term supervision*

Fifteen of the 28 supervision/treatment programmes found are effective in long-term supervision (duration of intervention) or have a long-term continued effect (FUP). Four supervision/treatment programmes are effective at a long duration of the intervention, of which one – the Community Treatment Order (CTO)/ *Compulsory Community Treatment* (CCT) - is solely based on individual results. These are:

- 1 Treatment of sex offenders: a wide range of treatments for sex offenders, including cognitive behavioural therapy, therapeutic community, systemic or multi-systemic therapy, and treatments aimed at gaining insight into the issues at hand.
- 2 *Community Treatment Orders* (CTO; a court order for a treatment in the community) or *Compulsory Community Treatment* (CCT; compulsory treatment in the community): compulsory outpatient treatment of a person suffering from a mental disorder.
- 3 Family interventions for persons with schizophrenia: psychosocial interventions with family members of patients with schizophrenia, for example by reducing problems and stress in family situations, by improving the bond between family members and by changing behavioural and belief systems.
- 4 Long-term treatment for addiction: a period of less intensive treatment subsequent to intensive treatment. Treatment can take a variety of forms such as cognitive behavioural therapy or counselling.



Twelve supervision/treatment programmes are effective in relation to a long follow-up period, of which five - all interventions for housing - are solely based on individual results. This means that the programme does not need to be a long-term programme in itself, but rather that the effectiveness of the programme continues for a long period of time. These are:

- 1 Step up probation supervision: various types of supervision during the conditional release, such as a duty to report and rehabilitation programmes.
- 2 *Intensive Supervision Programme* (ISP) focused on supervision and treatment: a combination of extramural supervision and treatment, involving cognitive-behavioural interventions.
- 3 Risk, Need, Responsivity (RNR) supervision: extramural supervision and treatment. Treatment matches the level of risk (risk), criminogenic factors present (need) and motivation and success rate (responsivity).
- 4 *Community Treatment Orders* (CTO; a court order for treatment in the community) or *Compulsory Community Treatment* (CCT; compulsory treatment in the community). The treatment of mental disorders can take a variety of forms such as keeping in contact with counselling, use of medication, prohibition of substances, or CGT for example.
- 5 Collaborative care: outpatient treatment of a person suffering from a mental disorder by a multidisciplinary team.
- 6 *Intensive case management* (ICM): outpatient treatment of a person suffering from a serious mental disorder by a multidisciplinary team with a small caseload (<20) and intensive care with short-term goals.
- 7 Training courses to recognise the recurrence of symptoms of schizophrenia: training courses for offenders and loved ones. Such training courses may consist of analysing the history of symptoms, keeping a diary, completing questionnaires and drawing up action plans.
- 8 Permanent supportive housing: allocating a home to persons with substance abuse issues without the initial precondition of abstinence from substances. Including care, psychological or otherwise, after having been allocated a home.
- 9 *Halfway houses* (assisted living): temporary conditional housing (such as cooperating in finding employment and remaining abstinent from drugs) in an accommodation within the community to facilitate the transition from prison to community.
- 10 Supported employment: programmes that help offenders with a mental disorder to quickly find work and to keep their employment, for example by means of individual placement at a company and by offering support.
- 11 Prevocational training (job skills training): pre-application and job acquisition training activities to improve those general skills needed to obtain or retain employment, such as a social skills training course or cognitive training activities.
- 12 *Augmented* supported employment (additional support at work): the same as supported employment but with the addition of an extra component, for example cognitive skills training.

### *Supposed working mechanisms of supervision/treatment programmes*

The supposed working mechanisms of the effective long-term supervision/treatment programmes and the moderating factors reviewed can be regarded as the supposed working mechanisms of the programmes: the working mechanism makes the programme effective, and the addition of certain factors, the moderating factors, make the programme even more effective. The authors of the present study have subdivided

the supposed working mechanisms of long-term supervision/treatment programmes in seven categories: mitigating risk factors and improving the protective factors, a high degree of intensity of the supervision, the supervision matches the client (RNR principles), immediate repercussions or support, the correct information for the client, the proper skills of the supervisor and a combination of supervision/treatment. The seven categories of supposed working mechanisms that were found are all based on reviews and meta-analyses with aggregated long-term results. None of the supposed working mechanisms are thus based solely on individual results.

The authors of reviews and meta-analyses mention mitigating risk factors and improving the protective factors as an effective element in 12 of the 15 effective long-term programmes. This concerns, for example, addressing symptoms of a mental disorder, fostering autonomy, or finding housing and obtaining employment. Immediate repercussions or support is listed as an effective element in four programmes. This concerns, for example, immediate follow-up action if certain conditions are not met, or immediate support where a client is in danger of losing his or her job. The elements, being a high level of intensity of supervision, the supervision matches the client and the correct information for the client, are listed as supposed working mechanisms in two programmes. A lower *caseload* could be considered a high level of intensity of supervision for example. The element that the supervision matches the client, for example, means that supervision matches the risk level or problems of the offender (RNR principles). The client having the correct information means that they have information about services made available to them for example. Finally, the proper skills of the supervisor and a combination of supervision and treatment are both mentioned as supposed working mechanisms in a single programme each. A supervisor's proper skills should, for example, consist of pro-social modelling, problem-solving abilities, or cognitive techniques.

### **Moderating factors**

Moderating factors have been reviewed and proven to be effective in seven long-term supervision/treatment programmes. The moderating factors can be considered to be elements that further contribute to the effectiveness of supervision/treatment. Since moderating factors were not examined in every study included and because the same moderating factors were not examined in every study that did examine moderating factors, it cannot be concluded that these moderating factors apply to every treatment, training activity or intervention for housing.

Four of seven effective moderating factors are found in treatment programmes: treatment of sex offenders, CTO/CCT, ICM and long-term treatment of addiction. The remaining three moderating factors are found in training activities: training courses to recognise the recurrence of symptoms of schizophrenia, and in two interventions for housing: permanent supportive housing/housing first and *halfway houses*. The moderating factors of CTO/CCT and permanent supportive housing are based only on individual results. A range of moderating factors proved to be effective: moderating factors on the duration of the supervision, alignment of client supervision (RNR principles), the specific contents of the treatment, setting, treatment integrity, target group, and methodological moderating factors.

### *Similarities and differences between the effective supervision/treatment programmes or elements thereof for long-term supervision and short-term supervision*

In the Netherlands, long-term supervision is not very common. However, there are some cases of long-term supervision involving long-term CR and FPCR. The intention was to interview probation officers with such experience, however, this could not take place given the scope of present study. As a consequence, it was not possible to make a comparison as referred to in research question 3. Section 1.6 of the present report does however outline a brief overview of effective shorter-term supervision and current findings were compared with that overview. The interviews with the probation officers on long-term supervision will be addressed in a later report.

Based on previous research, there are six effective methods of shorter-term supervision: 1) continuity in contact, 2) positive working alliance, 3) supervision based on the RNR principles, 4) a combination of monitoring and support, 5) longer duration / high level of intensity of supervision, 6) ability to change behaviour and circumstances, e.g., pro-social modelling, problem-solving ability. Four of the six effective elements from previous research were also found in the current meta-review on long-term supervision. Continuity in contact and a positive working alliance were not found to be supposed working mechanisms for long-term supervision in the meta-review. In addition, the meta-review found two additional effective elements that are not known from shorter-term supervision: the correct information for the client and immediate repercussions or support. This disparity may be due to the setup of current review. One significant difference is the specific search for long-term supervision. Reviews of shorter-term supervision were thus only found if they also met the inclusion criteria and, consequently, qualitative research or studies without a control or comparison group were not included. Furthermore, certain aspects of supervision could not be reviewed with the use of a control group due to ethical aspects, which is why those aspects were also not found. Based on the differences found, it cannot be concluded that long-term supervision differs from shorter-term supervision based on the aforementioned elements. This requires further research.

### *Monitoring long-term supervision for the different parties involved*

Based on the results of the meta-review, only statements can be made about the outcome measures that could possibly be used to monitor the supervision. No answer can be given to the question as to *how* long-term supervision can be monitored by the different actors involved.

Most studies of supervision/treatment programmes have included different outcome measures. These outcome measures can be seen as objectives or preferred effects of the supervision/treatment programmes and are thus considered to be criteria that can be monitored to identify the effectiveness of long-term supervision. The authors of the present study have classified the various outcome measures in nine overarching categories, seven of which are based or partially based on aggregated results: criminal behaviour (recidivism and crime), use of service (i.e. hospitalisation, crisis service, risk of loss of contact with psychiatric services), functioning (i.e. mental state, sense of hope, self-assessment of recovery), quality of life, both physically and mentally, symptoms of mental disorders (i.e. depression, anxiety, relapse), use of substances (i.e. use of alcohol, drugs and substances, having spent money on addiction), early withdrawal from the study. Two of the nine categories of outcome measures are based only on individual results: housing and employment, i.e. number of day-secure

housing, job opportunities, income, and satisfaction, e.g. in general, about health, family.

Different outcome measures can be monitored for each subgroup of the LTSA population. For offenders in general, this is the reduction of criminal behaviour. For offenders with a mental disorder these are the reduction of criminal behaviour, changing the use of services, reducing the symptoms of mental disorders, improving the functioning and quality of life, obtaining employment, limiting the use of substances, increasing the level of satisfaction and reducing the likelihood of prematurely dropping out of the study. For offenders with an addiction, it is the limitation of the use of substances. For offenders facing problems in different aspects of life, the outcome measures are the reduction of criminal behaviour, changing the use of services, reducing the symptoms of mental disorders and limiting the use of substances, improving the quality of life, obtaining employment and finding housing.

## Conclusions

- 1 No supervision/treatment programmes or elements thereof have been found that cover the entire LTSA population. However, the meta-review did find 28 supervision/treatment programmes or elements thereof that proved to be effective in either long-term supervision in one of the four subgroups of the LTSA population (15 programmes), or effective in shorter-term supervision in one of the four subgroups of the LTSA population (13 programmes).
- 2 The 15 effective long-term supervision/treatment programmes or elements thereof were either effective in long-term supervision (duration of intervention; duration of intervention, four programmes) or have a long-term continued effect (FUP; FUP, 12 programmes). One of these programmes was effective in long-term supervision and also at a long-term FUP.
- 3 The supervision programmes that proved to be effective with a long duration of intervention are primarily on offenders suffering from a mental disorder or addiction as opposed to the other subgroups of the LTSA populations. These programmes thus mostly consisted of treatment programmes. The effective supervision/treatment programmes with a long-term follow-up are mostly programmes aimed at obtaining housing and finding employment, for offenders with problems relating to various aspects of life.
- 4 Two effective supervision/treatment programmes or elements thereof with a long-term focus were found for offenders in general. These are: 1) intensive probation supervision and 2) treatment of sex offenders.
- 5 Seven effective supervision/treatment programmes or elements thereof with a long-term focus were found for offenders with a mental disorder. These are: 1) *Intensive Supervision Programmes* with a combination of supervision and treatment, 2) *Risk, Need, Responsivity* supervision, 3) *Community Treatment Order/Compulsory Community Treatment* (partly based on individual results), 4) Collaborative care, 5) *Intensive case management* (solely based on individual results), 6) training courses to recognise the recurrence of symptoms of schizophrenia, and 7) family interventions for persons with schizophrenia (partly based on individual results).
- 6 One effective supervision/treatment programme for offenders suffering from an addiction was found. This is: long-term treatment of addiction.
- 7 Five effective supervision/treatment programmes or elements thereof for offenders with problems relating to various aspects of life were found. These are:

- 1) Permanently supportive housing (based on individual results only) 2) *Halfway houses*, 3) Supported Employment (based on individual results only), 4) Prevocational training (based on individual results only), 5) *Augmented Supported Employment* (based on individual results only).
- 8 The thirteen effective supervision/treatment programmes that were only studied as short-term supervision (less than two years) could potentially also be used in long-term supervision and then be equally effective.  
No definitive conclusions can be drawn as yet as this first requires further research. These programmes are: 1) group cognitive behavioural therapy, 2) cognitive behavioural analysis system of psychotherapy, 3) social skills training, 4) self-care interventions, 5) video games for schizophrenia, 6) use of experts by experience for schizophrenia, 7) *Intensive Community Supervision* (in case of addiction), 8) behavioural therapy focused on systematic reinforcement of target behaviour, 9) disulfiram, 10) naltrexone, 11) methadone, 12) various combined drug treatments, and 13) therapeutic community.
- 9 Different supposed working mechanisms of long-term supervision were found which the authors of the present study divided in seven categories: mitigating risk factors and improving the protective factors, high level of intensity of the supervision, the supervision matches the client (RNR principles), immediate repercussions or support, the correct information for the client, the proper skills of the supervisor and a combination of supervision and treatment. All seven supposed working mechanisms are based on aggregated results. The mitigation of risk factors and improvement of protective factors are supposed working mechanisms in nearly all supervision/treatment programmes. Most of the supposed working mechanisms that were found are similar to the supposed working mechanisms known from studies of shorter-term supervision. This provides preliminary support for applying the same approach to long-term supervision as for short-term supervision. In addition, the current meta-review found two additional supposed working mechanisms: the correct information for the client and immediate repercussions or support. However, the current meta-review did not find the following elements: a positive working alliance and continuity in contact. Further research is required to further study these findings.
- 10 The outcome measures which the reviews focus on are factors that are considered to be instrumental in supervision and aftercare and may also be considered as the objectives of the supervision/treatment programmes. A number of these objectives can be used as criteria to monitor supervision and aftercare: criminal behaviour, functioning, housing and employment, symptoms of mental disorders, use of substance and satisfaction. Housing and employment and satisfaction are only derived from individual results. The review did not explore the manner in which the effectiveness of long-term supervision can be monitored, nor did it explore which parties could monitor this.

## Recommendations

- 1 It is recommended to implement the effective long-term supervision/treatment programmes for (subgroups of) the LTSA population in case of (potentially) long-term supervision, with follow-up research on their effectiveness.
- 2 It is recommended to set up long-term supervision in such a way that the supervision/treatment programme or element thereof addresses the core problems of the person subject to supervision, i.e. criminal behaviour in general, mental disorders, addiction issues, or aspects of life.

- 3 It is recommended to align long-term supervision with the supposed working mechanisms: mitigating risk factors and improving the protective factors, high level of intensity of the supervision, the supervision matches the client (RNR principles), immediate repercussions or support, the correct information for the client, the proper skills of the supervisor and a combination of supervision/treatment.
- 4 It is recommended to monitor the following criteria to determine whether long-term supervision is effective: criminal behaviour, functioning, housing and employment, symptoms of mental disorders, use of substance and satisfaction.

### Limitations of the review

The meta-review is subject to several limitations. Moreover, the results of the study cannot be applied one-to-one in Dutch practice. One of the reasons for this is that supervision abroad is set up differently than in the Netherlands. At the same time, this review shows that both the international and the Dutch literature still have limited knowledge about actual long-term supervision among the entire LTSA population. Dutch practice shows only little research into long-term supervision, with the exception of one study. Nor is long-term supervision common, except, for example, if the conditional release is on a long-term basis due to a very long prison sentence, however, the authors of the present study have not come across any studies into that situation. While these programmes can thus be informative for the target group regarding short-term supervision using supervision at the back door, they cannot be used to draw any conclusions about long-term supervision. These programmes do, however, open up an avenue to set up a follow-up research, to determine whether these programmes are also effective in the long-term.

Another limitation concerns the research method applied. This meta-review included only reviews and meta-analyses. This means that this meta-review did not, in principle, include any individual studies with non-aggregated results that pertain to the longer term, except if they were part of the selected reviews and meta-analyses. In each case, these have been discussed in the results. There may be more individual studies in literature on long-term supervision, which studied other long-term supervision programmes. In turn, however, results of individual studies give the limitation that while they may provide some indications about a programme's effectiveness, these results are at the same time based on a lower number of participants and are thus less robust than the results of aggregated studies.

Another criterion of inclusion of the current meta-review was that there had to be an aggregated result parameter, when in fact there are also reviews in which the results are not aggregated. Additional evidence on long-term supervision may also be found in the reviews that do not have aggregated results. Moreover, the options of the researchers of the reviews and meta-analyses determine the results found by them and, in turn, the authors of the present study depend on those decisions: what they did not include could not be reflected here. Notwithstanding this, 28 reviews and meta-analyses met the criteria of inclusion, which shows that there is a wide range of supervision and aftercare available for this population.

Furthermore, within the scope of the review, no interviews were conducted with probation officers and clients to provide an overview of Dutch practice and to make a comparison with the results found. The interviews will be conducted for the end report on the LTSA.

Finally, no supervision programmes have been found that cover the entire LTSA population - namely (former) offenders who have served a prison sentence of one year or more, and/or patients detained or formerly detained under a tbs-order and/or those who suffer from a mental disorder. Given the range of this target group, i.e., both offenders with a prison sentence only as well as offenders who are also placed under a tbs-order, and offenders whether or not suffering from a mental disorder, this is hardly a surprise. Also, the tbs-order is a relatively unique concept in the world, although many countries deal with offenders suffering from mental disorders for whom they have set up their own treatment system. Given the criteria for inclusion, research on this was included even if this group was in another system, e.g., healthcare. Furthermore, the results are divided into subgroups of participants, such as mental problems and addiction treatment and care. For each subgroup, these results provide valuable indications for policy makers, researchers, the probation service and other partners involved in the chain, seeking to find effective supervision/treatment programmes to specifically address those problems such as the treatment of mental problems and addiction treatment and care for offenders. Also, dividing the total LTSA population into four subgroups did result in different effective supervision/treatment programmes for the longer term, which can be set up for the offenders in that subgroup.

## Literatuur

De referenties aangeduid met een \* zijn opgenomen in de meta-review.

- Andreas, A., Van Gelderen, S. K., Schoenmaker, L., & Zandbergen, W. E. (2008). *Procesbeschrijving Forensisch Psychiatrisch Toezicht*. Ministerie van Justitie.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R.D. (1990). Classification for effective rehabilitation; Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19-52. <https://doi.org/10.1177/0093854890017001004>.
- Ansems, L. F. M. (2022). *Procedural justice on trial. A critical test of perceived procedural justice from the perspective of criminal defendants* (Proefschrift).
- Appelman, J., Dirkzwager, A., Van der Laan, P. (2021). *Kenmerken van justitiabelen; Een systematisch literatuuronderzoek*. Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving.
- \* Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C., & Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Library*, 212-10. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006525.pub2>.
- \* Barnett, P., Matthews, H., Lloyd-Evans, B., Mackay, E., Pilling, S., & Johnson, S. (2018). *Compulsory Community Treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness; A systematic review and meta-analysis*. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 1013-1022. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(18\)30382-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30382-1).
- Beijersbergen, K. A. (2022). *Procedural justice in prison. A study on determinants and consequences of a procedurally just treatment of prisoners*. (Proefschrift).
- Beijerse, J., uit, Struijk, S., Bleichrodt, F. W., Bakker, S. R., Salverda, B. A., & Mevis, P. A. M. (2018). *De praktijk van de voorwaardelijke invrijheidstelling in relatie tot speciale preventie en re-integratie*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- \* Benishek, L. A., Dugosh, K. L., Kirby, K. C., Matejkowski, J., Clements, N. T., Seymour, B. L., & Festinger, D. S. (2014). Prize-based contingency management for the treatment of substance abusers; A meta-analysis. *Addiction*, 109(9), 1426-1436. <https://doi.org/10.1111/add.12589>.
- \* Blodgett, J. C., Maisel, N. C., Fuh, I. L., Wilbourne, P., & Finney, J. W. (2014). How effective is continuing care for substance use disorders?; A meta-analytic review. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 46(2), 87-97. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.08.022>.
- Bonta, J. L. & Andrews, D. A. (2007). *Risk-Need-Responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. Public Safety Canada. User report 2007-06.
- Bonta, J., Andrews, D. A., & Andrews, D. A. (2017). *The Psychology of Criminal Conduct* (6de editie). Routledge.
- Boone, M. M. (2019). *Paradoxen van toezicht; Straffen in het hart van de samenleving*. Boom criminologie.
- Bosker, J., Monnee-van Doornmalen, J., Henskens, R., & Van der Plaats, D. (2020). *Effectieve werkwijzen in reclasseringstoezicht; Een systematisch literatuuroverzicht*. Hogeschool Utrecht.
- Bosker, J., Heij, D., Biester, A-R, & Wildeboer, M. (2022). *Kwaliteit als basis voor differentiatie; Richtlijnen voor de bepaling van het toezichtniveau*. Hogeschool Utrecht.
- Bouman, Y. H. A. (2009). *Quality of life and criminal recidivism in forensic outpatients with personality disorders; A good lives approach*. (Proefschrift). Gildeprint Drukkerijen.



- \* Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., & Marshall, M. (2017). *Intensive case management* for severe mental illness. *Cochrane Library*, 2017-1. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007906.pub3>.
- \* Drake, E. K. (2018). The Monetary Benefits and Costs of Community Supervision. *Journal Of Contemporary Criminal Justice*, 34(1), 47–68. <https://doi.org/10.1177/1043986217750425>.
- Drost, V., Goedvolk, M., Van Haaren, P. & Jongebreur, W. (2016). *Uitvoeringsconsequenties wetsvoorstel Langdurig Toezicht*. Significant, nr. VD/bv/15.437.
- Durnescu, I. (2010). Pains of Probation: Effective Practice and Human Rights. *International Journal Of Offender Therapy And Comparative Criminology*, 55(4), 530–545. <https://doi.org/10.1177/0306624x10369489>.
- \* Egli, N., Pina, M., Christensen, P. S., Aebi, M. F., & Killias, M. (2009). Effects of drug substitution programs on offending among drug-addicts. *Campbell Systematic Reviews*, 5(1), 1–40. <https://doi.org/10.4073/csr.2009.3>.
- \* Jørgensen, C. H., Pedersen, B. V., & Tønnesen, H. (2011). The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 35(10), 1749–1758. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01523.x>.
- Ggz Nederland (2012). *Reactie consultatie conceptwetsvoorstel langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding en vrijheidsbeperking*. Ggz Nederland.
- \* Goodley, G., Pearson, D., & Morris, P. (2021). Predictors of recidivism following release from custody; A meta-analysis. *Psychology, Crime & Law/Psychology, Crime and Law*, 28(7), 703–729. <https://doi.org/10.1080/1068316x.2021.1962866>.
- Hall, M., van, Dirkzwager, A., Van Der Laan, P., & Nieuwbeerta, P. (2022). Procedural justice and legitimacy of the law in the criminal justice system: a longitudinal study among Dutch detainees. *Psychology, Crime & Law/Psychology, Crime and Law*, 30(2), 101–124. <https://doi.org/10.1080/1068316x.2022.2065274>.
- Hayes, D. (2018). Experiencing penal supervision: A literature review. *Probation Journal*, 65(4), 378–393. <https://doi.org/10.1177/0264550518790660>.
- Henskens, R., Robbers, S., & Bosker, J. (2021). *Goed werk. Het methodisch handelen van reclasseringsswerkers versterkt*. Hogeschool Utrecht.
- \* Holloway, K., Bennett, T., & Farrington, D. P. (2006). The effectiveness of drug treatment programs in reducing criminal behavior: a meta-analysis. *PubMed*, 18(3), 620–629. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17296096>.
- Horst, R. P., van der, Schönberger, H. J. M., & De Kogel, C. H. (2012). *Toezicht op zedendelinquenten. Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen van vormen van toezicht*. WODC. Memorandum 2012-5.
- \* Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K. C., Sitharthan, T., & Cleary, M. (2013). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Library*, 2013-12. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001088.pub3>.
- \* Huntley, A., Araya, R., & Salisbury, C. (2012). Group psychological therapies for depression in the community; Systematic review and meta-analysis. *British Journal Of Psychiatry*, 200(3), 184–190. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092049>.
- \* Kisely, S., Dong, Y., Maehashi, S., & Siskind, D. (2020). A systematic review and meta-analysis of predictors and outcomes of *Community Treatment Orders* in Australia and New Zealand. *Australian And New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(7), 650–665. <https://doi.org/10.1177/0004867420954286>.
- Kogel, C.H., de & Nagtegaal, M.H. (2008). *Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten; Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen*. WODC. Onderzoek en beleid 263.

- Leuw, E., m.m.v. Brouwers, M. & Smit, J. (1999). *Recidive na de tbs; Patronen, trends en processen en de inschatting van gevaar*. WODC. Onderzoek en beleid 182.
- \* Lean, M., Fornells-Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu-Udechuku, A., Kendall, T., & Johnson, S. (2019). Self-management interventions for people with severe mental illness; Systematic review and meta-analysis. *British Journal Of Psychiatry*, 214(5), 260–268.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.2019.54>.
- Liebling, A. (2011). Moral performance, inhuman and degrading treatment and prison pain. *Punishment & Society*, 13(5), 530–550.  
<https://doi.org/10.1177/1462474511422159>.
- Lind, E. A., & Tyler, T. R. (1988). The Social Psychology of Procedural Justice. *Critical issues in social justice*. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2115-4>.
- \* Lipsey, M. W., Landenberger, N. A., & Wilson, S. J. (2007). Effects of Cognitive-Behavioral Programs for Criminal Offenders. *Campbell Systematic Reviews*, 3(1), 1-27. <https://doi.org/10.4073/csr.2007.6>.
- Mallion, J.S., Wood, J.L., & Mallion, A. (2020). Systematic review of 'Good Lives' assumptions and interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 55, 1-17.  
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101510>.
- \* Malone, D., Marriott, S., Newton-Howes, G., Simmonds, S., & Tyrer, P. (2007). *Community Mental Health Teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality*. *Cochrane Library*, 2007-5.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd000270.pub2>.
- Menger, A. & Donker, A. G. De werkdallantie in gedwongen kader; De theorie. In: Menger, A., Krechtig, L. en Bosker, J. (2016): *Werken in Gedwongen Kader; Methodiek voor het forensisch sociaal werk*. SWP, 3e, herziene druk.
- Menger, A. (2018). *De werkdallantie in het gedwongen kader, onderzocht bij het reclasseringstoezicht*. (Proefschrift).
- Meij, A. de, Rink, M. & Heijink, N. (2018). *De Wet langdurig toezicht*. Presentatie gehouden bij parket Oost-Nederland.
- Meijer, R. F., Van den Braak, S. W., & Choenni, R. (2020, red.). *Criminaliteit en rechtshandhaving 2019; Ontwikkelingen en samenhangen*. WODC, CBS, Raad voor de Rechtspraak. Cahier 2020-16.
- Meijer, S., Hirsch Ballin, M. F. H, Cupido, M., & Piekhaar, Y. R. S., m.m.v. Bollen, S. G. M. J. & Hemelrijk, M. C. (2019). *De zucht naar vrijheid; Een onderzoek naar de strafbaarstelling van het schenden van bijzondere voorwaarden en het elektronisch toezicht en van het ontvluchten uit detentie*. Vrije Universiteit Amsterdam/WODC.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie (2011). *Beleidskader Forensisch Psychiatrisch Toezicht (fpt)*.
- \* Moledina, A., Magwood, O., Agbata, E., Hung, J., Saad, A., Thavorn, K., & Pottie, K. (2021). A comprehensive review of prioritised interventions to improve the health and wellbeing of persons with lived experience of homelessness. *Campbell Systematic Reviews*, 17(2). <https://doi.org/10.1002/cl2.1154>.
- \* Morriss, R., Vinjamuri, I., Faizal, M., Bolton, C., & McCarthy, J. (2013). Training to recognise the early signs of recurrence in schizophrenia. *Cochrane Library*, 2013-2.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd005147.pub2>.
- Nagtegaal, M.H., Boonmann, C., & Stuurman, J.J. (2017). *Van voorwaardelijk naar onvoorwaardelijk terbeschikkinggesteld; Over omzettingen en hervattingen*. WODC. Cahier 2017-5.
- Nagtegaal, M.H. (2018). *Weigerende observandi op een speciale afdeling in het Pieter Baan Centrum; Planevaluatie en bevindingen over het eerste half jaar*. WODC. Cahier 2018-7.

- Nagtegaal, M.H., m.m.v. Janssen, D.L., Eltink, S.B.E. & De Vries, J.J. (2018b). *Vijftien jaar weigerende verdachten in het Pro Justitia onderzoek: Prevalentie, informatiebehoefte Openbaar Ministerie en rechterlijke macht, en afdoeningen door de rechter*. WODC. Cahier 2018-15.
- Nagtegaal, M.H. m.m.v. Janssen, D.L., Eltink, S.B.E. & De Vries, J.J. (2019). *Eindevaluatie Unit 3 Pieter Baan Centrum; Heeft een aparte afdeling voor weigerende verdachten zin?* WODC. Cahier 2019-3.
- Nagtegaal, M.H. (2020a). *Wet langdurig toezicht; Onderzoeksprogramma naar de toepassingen van de Wet langdurig toezicht in 2017-2022*. WODC. Cahier 2020-4.
- Nagtegaal, M.H. (2020b). *De Wet Langdurig Toezicht; Analyse van de beleidstheorie*. WODC. Cahier 2020-21.
- Nagtegaal, M.H., m.m.v. Fechner, E.A.E., Kool, J.K., & Varkevisser, T. (2022). *Gewelds- en zedendelinquenten onder langdurig toezicht; Opleggingen en kenmerken van de Gedragsbeïnvloedende en Vrijheidsbepalende Maatregel in 2020*. WODC. Factsheet 2022-2.
- Nagtegaal, M.H., & Van den Broek, T. (2023). *De gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbepalende maatregel in 2021; Aantal en kenmerken*. WODC. Cahier 2023-15.
- Nagtegaal, M.H., & Van den Broek, T. (2024). *Evaluatie van de aanpak van weigerende observandi; Prevalentie weigeren, mate van beantwoording pro Justitia-vragen en opgelegde sancties*. WODC. Cahier, 2024-6.
- \* Negt, P., Brakemeier, E., Michalak, J., Winter, L., Bleich, S., & Kahl, K. G. (2016). The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy; A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. *Brain and Behavior*, 6(8). <https://doi.org/10.1002/brb3.486>.
- PaG (College van procureurs-generaal; 2012). *Advies conceptwetsvoorstel langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding en vrijheidsbepaling*. Advies van 08 augustus 2012. PaG.
- Pattje, W. (2021). *Evaluatieonderzoek naar het functioneren van het Beleidskader forensisch psychiatrisch toezicht*. Conjunct.
- \* Perry, A., Darwin, Z., Godfrey, C., McDougall, C., Lunn, J., Glanville, J., & Coulton, S. (2009). The Effectiveness of Interventions for Drug-Using Offenders in the Courts, Secure Establishments and the Community; A Systematic Review. *Substance Use & Misuse*, 44(3), 374-400. <https://doi.org/10.1080/10826080802347560>.
- \* Pharoah, F., Mari, J. J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Library*, 2010-12. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000088.pub3>.
- \* Pitt, V. J., Lowe, D., Hill, S., Pictor, M., Hetrick, S., Ryan, R., & Berends, L. (2013). Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Library*, 2013-3. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004807.pub2>.
- Plaisir, J., & Pennekamp, S. (2009). *Planevaluatie Redesign toezicht*. Impact R&D/WODC.
- Reclassering Nederland (2012). *Conceptwetsvoorstel langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding & Vrijheidsbepaling*. Advies van 31 mei 2012. Reclassering Nederland.
- Reclassering Nederland (2016). *Kwaliteitsstandaarden en resultaatafspraken toezicht; Leren met en van elkaar*. Reclassering Nederland.
- \* Roberts, M., Lloyd, J., Välimäki, M., Ho, G. W., Freemantle, M., & Békefi, A. Z. (2021). Video games for people with schizophrenia. *Cochrane Library*, 2021-2. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012844.pub2>.

- RSJ (Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming; 2012). *Langdurig toezicht: Reactie op het conceptwetsvoorstel langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding en vrijheidsbeperking*. Advies dd. 31 mei 2012. RSJ.
- RKC (Raad van Korpschefs; 2012). *Conceptwetsvoorstel langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding & Vrijheidsbeperking*. Advies dd. 12 juni 2012. RKC.
- Schaefer, R. (2018). Understanding Sex Offender Community Supervision; A Mixed Methods approach. *International Journal of Offender Therapy And Comparative Criminology*, 63(7), 1038–1065. <https://doi.org/10.1177/0306624x18812043>.
- \* Schmücker, M., & Lösel, F. (2017). Sexual offender treatment for reducing recidivism among convicted sex offenders; A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 13(1), 1–75. <https://doi.org/10.4073/csr.2017.8>.
- Schönberger, H. J. M. & De Kogel, C. H. (2011). *Kenmerken en recidivecijfers van ex-terbeschikkinggestelden met een zedendelict*. WODC. Memorandum 2012-1.
- Shea, B., Reeves, B. C., Wells, G. A., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. (2017). AMSTAR 2; A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *British Medical Journal*, j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>.
- \* Smith, A., Heyes, K., Fox, C., Harrison, J., Kiss, Z., & Bradbury, A. (2018). The effectiveness of probation supervision towards reducing reoffending; A Rapid Evidence Assessment. *Probation Journal*, 65(4), 407–428. <https://doi.org/10.1177/0264550518796275>.
- Staatsblad (1986). Besluit van 1 januari 1986, houdende regels inzake de organisatie en de taken van de reclassering (Reclasseringsregeling 1986). *Staatsblad*, nr. 1.
- Staatsblad (1988). Besluit van 6 juni 1988, houdende regels inzake de tenuitvoerlegging van de maatregel van terbeschikkingstelling (reglement tenuitvoerlegging terbeschikkingstelling). *Staatsblad*, nr. 282.
- Staatsblad (2015). Wet van 25 november 2015 tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht en Wetboek van Strafvordering in verband met het laten vervallen van de maximale duur van de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege, het verlengen van de proeftijden van de voorwaardelijke invrijheidsstelling en de invoering van een langdurige gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel voor ter beschikking gestelden en zeden- en geweldsdelinquenten (langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding en vrijheidsbeperking). *Staatsblad*, nr. 460.
- Staatsblad (2016). Besluit van 2 december 2016 tot vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet van 25 november 2015 tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht en Wetboek van Strafvordering in verband met het laten vervallen van de maximale duur van de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege, het verlengen van de proeftijden van de voorwaardelijke invrijheidsstelling en de invoering van een langdurige gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel voor ter beschikking gestelden en zeden- en geweldsdelinquenten (langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding en vrijheidsbeperking). *Staatsblad*, nr. 493.
- Staatsblad (2007). Wet van 22 november 2007, houdende verlenging van de totale duur van de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege. *Staatsblad*, nr. 465.
- Staatsblad (2020). Wet van 24 juni 2020 tot wijziging van de Penitentiaire beginselenwet, het Wetboek van Strafrecht en enige andere wetten in verband met de wijziging van de regeling inzake detentiefasering en voorwaardelijke invrijheidsstelling (Wet straffen en beschermen). *Staatsblad*, nr. 224.

- Staatsblad (2021). Besluit van 31 mei 2021 tot vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet Straffen en beschermen (Stb. 2020, 224). *Staatsblad*, nr. 252.
- Staatsblad (2022a). Wet van 22 augustus 2022 tot wijziging van enkele wetten op het gebied van Justitie en Veiligheid in verband met aanpassingen van overwegend technische aard (verzamelwet Justitie en Veiligheid 2022). *Staatsblad*, nr. 345.
- Staatsblad (2022b). Besluit van 16 september 2022 tot vaststelling van het tijdstip van de gedeeltelijke inwerkingtreding van de Verzamelwet Justitie en Veiligheid 2022. *Staatsblad*, nr. 364.
- \* Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F., Van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M., & Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Library*, 2017-9. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011867.pub2>.
- Thijs, F., Rodermond, E. & Weerman, F. (2018). *Verdachten van terrorisme in beeld; Achtergrondkenmerken, 'triggers' en eerdere politiecontacten*. *Politie & Wetenschap*, 102(30.5). NSCR/Politie & Wetenschap.
- Verweij, S., & Weijters, G. (2020). *Recidive tijdens en na reclasseringstoezicht*. WODC. Cahier 2020-20.
- Ward, T., & Gannon, T. A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation; The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression And Violent Behavior*, 11(1), 77–94. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.06.001>.
- Ward, T., Mann, R. E., & Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation; Clinical implications. *Aggression And Violent Behavior*, 12(1), 87–107. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.004>.
- Wartna, B.S.J, el Harbachi, S., & Van der Knaap, L.M. (2005). *Buiten behandeling; Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. WODC. Onderzoek en beleid 230.
- \* Wong, J., Bouchard, J., Gushue, K., & Lee, C. (2018). Halfway Out; An Examination of the Effects of Halfway Houses on Criminal Recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 63(7), 1018–1037. <https://doi.org/10.1177/0306624x18811964>.
- Zebel, S., Alberda, D.L., & Wartna, B.S.J. (2014). *Recidive na een reclasseringscontact; Overzicht en analyse van de terugval van personen na beëindiging van een toezicht of een werkstraf in de periode 2002-2009*. WODC/Universiteit Twente.

## Bijlage 1 Begeleidingscommissie

### **Voorzitter**

Prof. dr. Miranda Boone

Hoogleraar Criminologie en Vergelijkende Criminologie aan de Universiteit Leiden, tot juni 2023

Dr. Jacqueline Bosker

Lector werken in justitieel kader, Hogeschool Utrecht, vanaf juni 2023

### **Leden**

Dr. Jennifer Doekhie

Universitair docent Criminologie aan de Universiteit Leiden

Dr. Anneke Menger

Voormalig lector Werken in Justitieel Kader bij Hogeschool Utrecht, thans gepensioneerd  
Zelfstandig adviseur Forensische Zorg, parttime werkzaam bij Sofia Zorg in Soest

Dr. Jaap A. van Vliet

Beleidsmedewerker, team sancties extramuraal, Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen, Directie Sanctie- en Slachtofferbeleid het Ministerie van Justitie en Veiligheid, tot april 2023

Mr. Juliette Ampt

Mr. Daniëlle Lutje Wagelaar

Beleidsmedewerker, team sancties extramuraal, Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen, Directie Sanctie- en Slachtofferbeleid het Ministerie van Justitie en Veiligheid, vanaf april 2023

## Bijlage 2 AMSTAR

Tabel B2.1 AMSTAR

AMSTAR 2	1 Onderzoeksvraag en inclusiecriteria	2 Protocol	3 Onderzoeksdesign	4 Zoektocht	5 Studietoetsselectie in consensus	6 Data-extractie in consensus	7 Verantwoording geëxcludeerde studies	8 Details geïnccludeerde studies	9 Risk of Bias (RoB)	10 Financiering	11 Statistische methoden	12 RoB op meta-analyse	13 RoB in individuele studies	14 Uitleg van heterogeniteit	15 Publicatiebias	16 Belangenverstrengeling
Archer et al. (2012)	Ja	Ja	Ja	Ge-deel-telijk ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja
Barnett et al. (2018)	Ja	Ja	Nee	Ge-deel-telijk ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja
Benishek et al. (2014)	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
Blodgett et al. (2014)	Ja	Nee	Nee	Ge-deel-telijk ja	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee



AMSTAR 2	1 Onderzoekspraag en inclusiecriteria	2 Protocol	3 Onderzoeksdesign	4 Zoektocht	5 Studietoetsselectie in consensus	6 Data-extractie in consensus	7 Verantwoording geëxcludeerde studies	8 Details geïnccludeerde studies	9 Risk of Bias (RoB)	10 Financiering	11 Statistische methoden	12 RoB op meta-analyse	13 RoB in individuele studies	14 Uitleg van heterogeniteit	15 Publicatiebias	16 Belangenverstrengeling
Buckly et al. (2015)	Ja	Ja	Ja	Ge-deel-telijk ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Dieterich et al. (2017)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja
Drake (2018)	Nee	Nee	Nee	Nee	NG	NG	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Egli et al. (2011)	Ja	Ja	Ja	Ge-deel-telijk ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja
Goodley et al. (2021)	Ja	Nee	Nee	Ge-deel-telijk ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
Holloway et al. (2006)	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Hunt et al. (2019)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja
Huntley et al., (2012)	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja	Nee	Ja



AMSTAR 2	1 Onderzoeksvraag en inclusiecriteria	2 Protocol	3 Onderzoekdesign	4 Zoektocht	5 Studietoetsselectie in consensus	6 Data-extractie in consensus	7 Verantwoording geëxcludeerde studies	8 Details geïnccludeerde studies	9 Risk of Bias (RoB)	10 Financiering	11 Statistische methoden	12 RoB op meta-analyse	13 RoB in individuele studies	14 Uitleg van heterogeniteit	15 Publicatiebias	16 Belangenverstrengeling
Jørgenson et al. (2011)	Ja	Nee	Ja	Ge-deel-telijk ja	NG	NG	Nee	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Kisely et al. (2020)	Ja	Ge-deel-telijk ja	Nee	Ge-deel-telijk ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja
Lean et al. (2019)	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee
Lipsey et al. (2007)	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
Malone et al. (2007)	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ge-deel-telijk ja	Nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja
Moledina et al. (2021)	Ja	Ge-deel-telijk ja	Nee	Ge-deel-telijk ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja

AMSTAR 2	1 Onderzoeksvraag en inclusiecriteria	2 Protocol	3 Onderzoekdesign	4 Zoektocht	5 Studietoetsselectie in consensus	6 Data-extractie in consensus	7 Verantwoording geëxcludeerde studies	8 Details geïnccludeerde studies	9 Risk of Bias (RoB)	10 Financiering	11 Statistische methoden	12 RoB op meta-analyse	13 RoB in individuele studies	14 Uitleg van heterogeniteit	15 Publicatiebias	16 Belangenverstrengeling
Morriss et al. (2013)	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja
Negt et al. (2016)	Ja	Nee	Ja	Ja	NG	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja
Perry et al. (2009)	Ja	Ja	Nee	Ge-deel-teljk ja	NG	Ja	Nee	Ge-deel-teljk ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja
Pharoa et al. (2010)	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee	Ja
Pitt et al. (2013)	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
Roberts et al. (2021)	Ja	Ge-deel-teljk ja	Nee	Ge-deel-teljk ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Nee	Ja
Schmucker et al. (2017)	Ja	Nee	Ja	Ja	NG	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee
Smith et al. (2018)	Ja	Nee	Nee	Ge-deel-teljk ja	Ja	NG	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja

AMSTAR 2	1 Onderzoeksvraag en inclusiecriteria	2 Protocol	3 Onderzoekdesign	4 Zoektocht	5 Studietoets in consensus	6 Data-extractie in consensus	7 Verantwoording geëxcludeerde studies	8 Details geïnccludeerde studies	9 Risk of Bias (RoB)	10 Financiering	11 Statistische methoden	12 RoB op meta-analyse	13 RoB in individuele studies	14 Uitleg van heterogeniteit	15 Publicatiebias	16 Belangenverstrengeling
Suijkerbuijk et al. (2017)	Ja	Nee	Nee	Ge-deel-telijk ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Wong et al. (2019)	Ja	Nee	Nee	Ge-deel-telijk ja	Ja	Ja	Nee	Ge-deel-telijk ja	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja

## Bijlage 3 Overzicht resultaten

**Tabel B3.1 Overzicht resultaten reviews en meta-analyses**

Programma naam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen (algemeen)			
Intensief reclasseringstoezicht (Smith et al., 2018)	<p><i>Reclasseringstoezicht vs TAU</i></p> <p><b>Follow-up enigszins lange tot lange termijn (12 tot 36 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minder recidive (dichotoom gemeten; <math>OR=0,66</math>; 95% <math>CI=0,62-0,71</math>; <math>I^2=85,7\%</math>; <math>p=0,000</math>)</li> <li>Minder recidive (als schaal gemeten; <math>HR=0,68</math>; 95% <math>CI=0,63-0,74</math>; <math>I^2=0\%</math>).</li> </ul>	Geen	Geen onderzocht
Cognitieve gedragstherapie (CGT; Lipey et al., 2007; Hunt et al., 2019)	<p><i>CGT vs placebo, wachtlijst, geen behandeling of TAU (Lipey et al.)</i></p> <p><b>Follow-up enigszins lange termijn (tot 12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minder recidive (<math>OR=1,53</math>; <math>p&lt;0,001</math>)</li> </ul>	<p><i>CGT vs Standaardzorg</i></p> <p><b>Termijn onbekend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vroegtijdig verlaten van de studie</li> </ul>	<p><b>Significant</b></p> <p><i>Individuele modererende effecten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inschatting recidive risico: hoe hoger de inschatting van het recidive-risico, hoe groter het effect van CGT (<math>B=0,27</math>; <math>p&lt;0,05</math>)</li> <li>Aantal sessies per week: hoe meer sessies per week, hoe groter het effect van CGT (<math>B=0,34</math>; <math>p&lt;0,05</math>)</li> <li>Aantal uren per week: hoe meer uren per week, hoe groter het effect van CGT (<math>B=0,23</math>; <math>p&lt;0,10</math>)</li> </ul>

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totaal aantal uren behandeling: hoe hoger het totaal aantal uren, hoe groter het effect van CGT (<math>B=0,38</math>; <math>p&lt;0,05</math>)</li> <li>• Element cognitieve herstructurering: als het element aanwezig is, is CGT het meest effectief (<math>B=0,27</math>; <math>p&lt;0,05</math>)</li> <li>• Element woede controle: als het element aanwezig is, is CGT het meest effectief (<math>B=0,32</math>; <math>p&lt;0,05</math>)</li> <li>• Element individuele aandacht: als het element aanwezig is, is CGT het meest effectief (<math>B=0,39</math>; <math>p&lt;0,05</math>)</li> </ul> <p><i>Gezamenlijke modererende effecten in model met CGT-programma's</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inschatting recidive risico: hoe hoger de inschatting van het recidive-risico, hoe groter het effect van CGT (<math>B=0,19</math>; <math>p=0,05</math>; <math>z=1,99</math>)</li> <li>- Kwaliteit van implementatie: hoe hoger de kwaliteit van de implementatie, hoe groter het effect van CGT (<math>B=0,26</math>; <math>p&lt;0,001</math>; <math>z=2,93</math>)</li> </ul> <p><i>Gezamenlijke modererende effecten in model met CGT-elementen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inschatting recidive risico: hoe hoger de inschatting van het recidive-risico, hoe groter het effect van CGT (<math>B=0,20</math>; <math>p=0,05</math>; <math>z=2,83</math>)</li> </ul>

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteit van de implementatie: hoe beter de kwaliteit, hoe groter het effect van CGT (<math>B=0,14</math>; <math>p=0,05</math>; <math>z=1,82</math>)</li> <li>• De nadruk op CGT: hoe minder nadruk op CGT, hoe kleiner het effect van CGT (<math>B=-0,20</math>; <math>p=0,05</math>; <math>z=-1,84</math>)</li> <li>• Element interpersoonlijke probleemoplossing: als het element aanwezig is, is CGT het meest effectief (<math>B=0,28</math>; <math>p=0,03</math>; <math>z=2,16</math>)</li> <li>• Element woede controle: als het element aanwezig is, is CGT het meest effectief (<math>B=0,32</math>; <math>p=0,03</math>; <math>z=2,23</math>)</li> <li>• Element slachtoffer impact: als het element aanwezig is, is CGT minder effectief (<math>B=-0,45</math>; <math>p=0,02</math>; <math>z=-2,36</math>)</li> <li>• Element gedragsaanpassing: als het element aanwezig is, is CGT minder effectief (<math>B=-0,29</math>; <math>p=0,00</math>; <math>z=-1,70</math>)</li> </ul> <p><b>Niet-significant</b> <i>Algemene modererende effecten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geslacht</li> <li>• Leeftijdscategorie (jeugd of volwassen)</li> <li>• Etnische minderheid</li> <li>• Lengte van de behandeling in weken</li> </ul>

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantal sessies x de lengte van de behandeling in weken</li> <li>• Behandelsetting (in de gevangenis of in de gemeenschap)</li> <li>• Alle CGT-programma's</li> <li>• Elementen cognitieve vaardigheden, interpersoonlijke probleemoplossing, sociale vaardigheden, moreel redeneren, slachtoffer impact, middelenmisbruik, gedragsmodificatie en terugval preventie</li> </ul> <p><i>In regressieanalyse met specifieke CGT-programma's</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantal sessies per week</li> <li>• Duur van de behandeling in weken</li> <li>• Sessies x lengte</li> <li>• Nadruk op CGT</li> <li>• Alle programma's</li> </ul> <p><i>In regressieanalyse met specifieke CGT-elementen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantal sessies per week</li> <li>• Lengte in weken</li> <li>• Sessies x lengte</li> <li>• Elementen cognitieve vaardigheden, cognitieve herstructurering, sociale vaardigheden, moreel redeneren, middelenmisbruik, terugvalpreventie en individuele aandacht</li> </ul>

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
Behandeling van zedendelinquenten (Schmucker et al., 2017)	<p><i>Behandeling vs geen behandeling</i></p> <p><b>Zeer korte tot zeer lange termijn (2 maanden tot ±5 jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder recidive met zedendelicten (OR=1,41; 95% CI=1,11-1,78; p=0,01; I<sup>2</sup>=48,1%)</li> <li>• Minder algemene recidive (OR=1,45; 95% CI=1,15-1,83; p=0,01; I<sup>2</sup>=45,1)</li> </ul>	Geen	<p><b>Significant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soort behandeling: CGT-behandeling (OR=1,38; 95% CI=1,08-1,75; p&lt;0,01) en multisysteembehandeling (OR=21,76; 95% CI=3,70-128,02; p&lt;0,001) zijn significant effectiever in het verminderen van recidive dan geen CGT-behandeling en multisysteembehandeling.</li> <li>• Specifiek element voor zedendelinquenten: de behandeling is significant effectiever in het verminderen van recidive met toevoeging van een element voor zedendelinquenten dan zonder toevoeging van het element (OR=1,44; 95% CI=1,12-1,84; p&lt;0,01)</li> <li>• Setting: de behandeling is significant effectiever in het verminderen van recidive wanneer het wordt gegeven in het ziekenhuis (OR=1,74; 95% CI=1,04-2,91; p&lt;0,05) of extramuraal (OR=1,73; 95% CI=1,11-2,72; p&lt;0,05), dan in de gevangenis en gemixt.</li> <li>• Individuele- of groepsbehandeling: een gemixte individuele en groepsbehandeling (OR=1,87;</li> </ul>



Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
			<p>95% CI=1,04-3,36; <math>p &lt; 0,05</math>) en alleen individuele behandeling (OR=3,15; 95% CI=1,14-8,74; <math>p &lt; 0,05</math>) zijn significant effectiever in het verminderen van recidive dan alleen groepsbehandeling, voornamelijk groepsbehandeling en voornamelijk individuele behandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participatie: de behandeling is significant effectiever in het verminderen van recidive wanneer de behandeling vrijwillig wordt gegeven dan gedwongen (OR=1,33; 95% CI=0,96-1,83; <math>p &lt; 0,1</math>)</li> <li>• Risiconiveau: de behandeling was significant effectiever in het verminderen van recidive wanneer het risiconiveau medium (OR=1,33; 95% CI=0,96-1,84; <math>p &lt; 0,10</math>) of hoog (OR=3,95; 95% CI=1,77-8,84; <math>p &lt; 0,001</math>) was bij aanvang van de behandeling</li> </ul> <p><b>Niet significant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status van het programma (modelproject of routine)</li> <li>• Tijd van implementatie van de behandeling</li> <li>• Duur van de behandeling</li> </ul>

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een psychische stoornis			
ISP met toezicht en behandeling/ICS (Drake, 2018; Goodley et al., 2021)	<p><i>ISP met toezicht en behandeling vs reclasseringstoezicht</i></p> <p><b>Follow-up zeer lange termijn (15 jaar; Drake)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minder recidive (d=-0,205; SE=0,072; p=0,004)</li> </ul> <p><i>ICS vs Geen ICS</i></p> <p><b>Termijn onbekend (Goodley et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minder recidive (OR=0,85; 95% CI=0,55-1,30 [random effects model])</li> </ul>	Geen	Geen onderzocht
<i>Risk, Need, Responsivity (RNR) supervision</i> (Drake, 2018)	<p><i>RNR-supervisie vs reclasseringstoezicht</i></p> <p><b>Follow-up zeer lange duur (15 jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minder recidive (d=-0,149; SE=0,048; p=0,002)</li> </ul>	Geen	Geen onderzocht
<i>Community Treatment Orders (CTO) of Compulsory Community Treatment (CCT; Barnett et al., 2018; Kisely et al., 2020)</i>	<p><i>CTO vs vrijwillige psychiatrische behandeling</i></p> <p><b>Zeer lange termijn (36+ maanden; Kisely et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minder heropnames (Burgess et al., 2006; 5-10+ jaar; HR=0,99; 95% CI=0,92-1,07 voor 5 jaar; HR=0,82; 95% CI=0,79-0,85 voor 10+ jaar).</li> </ul>	<p><i>CTO vs vrijwillige psychiatrische behandeling</i></p> <p><b>Follow-up medium termijn (tot 12 maanden; Kisely et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aantal heropnames</li> <li>Aantal opnamedagen</li> </ul> <p><b>Follow up enigszins lange termijn (12+ maanden; ; Kisely et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aantal heropnames</li> <li>Aantal contacten in de gemeenschap</li> </ul>	<p><b>Significant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Duur van de CTO: Het aantal heropnames en het aantal ziekenhuisdagen daalde het meest bij deelnemers die meer dan 24 maanden een CTO opgelegd hadden gekregen (Harris et al., 2019)</li> </ul>

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<p><b>Follow-up medium termijn (tot 12 maanden; ; Kisely et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lager sterftcijfer (log adjusted ratio=-0,28 , <math>p &lt; 0,0001</math>, 95% CI=-0,41 tot -0,15, <math>I^2=86\%</math>)</li> <li>• Hoger gemiddeld aantal contacten in de gemeenschap (MD=15,39; <math>p &lt; 0,00001</math>; 95% CI=8,78-22,01; <math>I^2=96\%</math>)</li> <li>• Minder kans op kunnen overleven in de gemeenschap (HR=0,13, 95% CI=0,05-0,20; <math>I^2=81\%</math>)</li> </ul> <p><i>CCT vs geen CCT</i></p> <p><b>Follow-up zeer lange termijn (tot 8 jaar; Barnett et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer gebruik van gemeenschapsdiensten (SMD=0,38; 95% CI=0,19-0,58; <math>p=0,0001</math>; <math>I^2=96,92</math>)</li> </ul> <p><i>Na CCT vs voor CCT</i></p> <p><b>Termijn onbekend (Barnett et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder heropnames (dichotoom; SMD=0,80; 95% CI=0,53-1,08; <math>p &lt; 0,0001</math>; <math>I^2=94,74\%</math>)</li> <li>• Minder opnamedagen (SMD=0,66; 95% CI=0,46-0,85; <math>p &lt; 0,0001</math>; <math>I^2=94,12\%</math>)</li> </ul>	<p><i>CCT vs Geen CCT</i></p> <p><b>Follow-up zeer lange termijn (tot 8 jaar; Barnett et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heropnames (dichotoom)</li> <li>• Aantal heropnames (schaal)</li> <li>• Aantal opnamedagen</li> <li>• Naleving van de behandeling</li> </ul> <p><i>Na CCT vs voor CCT</i></p> <p><b>Termijn onbekend (Barnett et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantal heropnames (schaal)</li> </ul>	

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer gebruik van gemeenschapsdiensten (SMD=0,83; 95% CI=0,46-1,21; p&lt;0,0001; I<sup>2</sup>=87,26)</li> <li>• Betere naleving van de behandeling (SMD=2,12; 95% CI=1,69-2,55; p&lt;0,0001; I<sup>2</sup>=0%)</li> </ul>		
Zorg in samenwerkingsverband of <i>Community Mental Health Teams</i> (CMHT; Archer et al., 2012; Malone et al., 2018)	<p><i>Zorg in samenwerkingsverband vs Standaardzorg</i></p> <p><b>Follow-up korte termijn (tot 6 maanden; Archer et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer verbetering in symptomen van depressie (schaal; SMD=-0,34; 95% CI=-0,41 tot -0,27; I<sup>2</sup>=34%; z=9,25; p&lt;0,00001)</li> <li>• Betere uitkomsten voor depressie (dichotome uitkomst; RR=1,32; 95% CI=1,22-1,43; I<sup>2</sup>=71%; z=6,99; p&lt;0,00001)</li> <li>• Minder gebruik van antidepressiva (dichotome uitkomst; RR=1,47; 95% CI=1,33-1,63; I<sup>2</sup>=81%)</li> <li>• Minder angst (dichotome uitkomst; RR=1,50; 95% CI=1,21-1,87; I<sup>2</sup>=55%)</li> <li>• Betere kwaliteit van leven m.b.t. mentale gezondheid (continue uitkomst; SMD=0,26; 95% CI=0,13-0,38; I<sup>2</sup>=76%)</li> </ul>	<p><i>Zorg in samenwerkingsverband vs Standaardzorg</i></p> <p><b>Follow-up korte termijn (tot 6 maanden; Archer et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebruik van angstmedicatie (dichotome uitkomst)</li> <li>• Kwaliteit van leven m.b.t. fysieke gezondheid (continue uitkomst)</li> </ul> <p><b>Follow-up medium termijn (7 tot 12 maanden; Archer et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteit van leven m.b.t. fysieke gezondheid (continue uitkomst)</li> </ul> <p><b>Follow-up medium termijn (tot 12 maanden; Malone et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overlijden (alle redenen bij elkaar)</li> <li>• Overlijden door suïcide</li> <li>• Overlijden onder verdachte omstandigheden</li> <li>• Overlijden door fysieke gezondheid/ziekten</li> <li>• Vroegtijdig verlaten van de studie</li> </ul>	Geen onderzocht

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<p><b>Follow-up medium termijn (7 tot 12 maanden; Archer et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Betere uitkomsten voor depressie (continue uitkomst)</li> <li>(SMD=-0,28; 95% CI=-0,41 tot -0,15; I<sup>2</sup>=72%; z=4,16; p&lt;0,0001)</li> <li>Betere uitkomsten voor depressie (dichotome uitkomst; RR=1,31; 95% CI=1,17-1,48; I<sup>2</sup>=83%; z=5,69; p&lt;0,00001)</li> <li>Minder gebruik van antidepressiva (dichotome uitkomst; RR=1,43; 95% CI=1,26-1,61; I<sup>2</sup>=78%)</li> <li>Minder angst (dichotome uitkomst; RR= 1,41; 95% CI=1,18-1,69; I<sup>2</sup>=58%)</li> <li>Minder gebruik van angstmedicatie (dichotome uitkomst; RR=1,17; 95% CI=1,03-1,32; I<sup>2</sup>=0%)</li> <li>Betere kwaliteit van leven m.b.t. mentale gezondheid (continue uitkomst; SMD=0,20,95% CI=0,09-0,31; I<sup>2</sup>=58%)</li> </ul> <p><b>Follow-up medium termijn (tot 12 maanden; Malone et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minder heropnames in het ziekenhuis (RR=0,81; 95% CI=0,67-0,97; z=2,24; p=0,03; I<sup>2</sup>=27,88%).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gebruikmaken van spoedeisende zorg of ziekenhuis</li> <li>Contact met primaire zorg</li> <li>Contact met maatschappelijk werk</li> </ul> <p><b>Follow-up lange termijn (25+ maanden; Archer et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uitkomsten voor depressie (dichotome uitkomst)</li> <li>Gebruik van antidepressiva (dichotome uitkomst)</li> </ul> <p><i>Zorg in samenwerkingsverband + psychotherapie vs Zorg in samenwerkingsverband</i></p> <p><b>Follow-up korte duur (tot 6 maanden; Archer et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uitkomsten voor depressie (dichotome uitkomst)</li> </ul>	

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer politiecontact (RR=2,07; 95% CI=1,08-3,97; z=2,2; p=0,03; I<sup>2</sup>=52,61%)</li> </ul> <p><b>Follow-up enigszins lange duur (12 tot 24 maanden; Archer et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betere uitkomsten voor depressie (dichotome uitkomst; RR=1,29; 95% CI=1,18-1,41; I<sup>2</sup>=0%; z=5,62; p&lt;0,00001)</li> <li>• Minder gebruik van antidepressiva (dichotome uitkomst; RR=1,22; 95% CI=1,03-1,45; I<sup>2</sup>=54%)</li> <li>• Betere kwaliteit van leven m.b.t. mentale gezondheid (continue uitkomst; SMD=0,25; 95% CI=0,08-0,43; I<sup>2</sup> = 51%)</li> <li>• Betere kwaliteit van leven m.b.t. fysieke gezondheid (continue uitkomst; SMD=0,10; 95% CI=0,02-0,17; I<sup>2</sup>=0%)</li> </ul> <p><b>Follow-up lange termijn (25+ maanden; Archer et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betere kwaliteit van leven m.b.t. mentale gezondheid (continue uitkomst; SMD=0,10; 95% CI=-0,03 -0,23; I<sup>2</sup>=0%)</li> </ul> <p><b>Termijn onbekend (Archer et al.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hogere patiënttevredenheid (continue uitkomst; SMD =0,31; 95% CI=0,13-0,49; I<sup>2</sup>=82%)</li> </ul>		

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hogere patiënttevredenheid (dichotome uitkomst; RR=1,27; 95% CI=1,18-1,38; I<sup>2</sup>=75%)</li> </ul>		
<i>Intensive case management</i> (ICM; Dieterich et al., 2017; Moledina et al., 2021)	<p><i>ICM vs standaardzorg</i> (Dieterich et al., 2017)</p> <p><b>Korte termijn (3 tot 6 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beter algemeen functioneren (MD=2,07; z=2,26, p=0,02; 95% CI=0,28-3,86, I<sup>2</sup>=0%)</li> </ul> <p><b>Medium termijn (7 tot 12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minder risico contactverlies psychiatrische dienstverlening (RR=0,51; z=3,99, p&lt;0,0001, 95% CI=0,36-0,71; I<sup>2</sup>=34%)</li> <li>Minder ziekenhuisopnames (RR=0,85; z=3,43 p=0; 95%CI=0,77-0,93; I<sup>2</sup>=0%)</li> <li>Kleinere kans op vroegtijdig verlaten studie (RR=0,6; z=6,39, p&lt;0,0001; 95% CI=0,51-0,7; I<sup>2</sup>=0%)</li> <li>Minder risico op werkloosheid aan einde studie (RR=0,89; z=2,04, p=0,04, 95% CI=0,79-1,00; I<sup>2</sup>=74,71%)</li> <li>Vaker zelfstandig wonen (RR=0,8, z=2,25, p=0,02, 95% CI=0,66-0,97; I<sup>2</sup>=31,17%)</li> </ul>	<p><i>ICM vs standaardzorg</i> (Dieterich et al., 2017)</p> <p><b>Korte termijn (3 tot 6 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aantal ziekenhuisopnames</li> <li>Sterfte (ongeacht oorzaak)</li> <li>Zelfmoord</li> <li>Vroegtijdig verlaten studie</li> <li>Algemeen functioneren (BPRS, BSI)</li> </ul> <p><b>Medium termijn (7 tot 12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sterfte (ongeacht oorzaak)</li> <li>Zelfmoord</li> <li>Algemeen functioneren</li> <li>Aantal arrestaties</li> <li>Aantal deelnemers gedetineerd</li> <li>Algemeen functioneren (BPRS)</li> </ul> <p><b>Enigszins lange termijn (13 tot 24 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aantal ziekenhuisopnames</li> <li>Aantal dagen in het ziekenhuis</li> <li>Sterfte (ongeacht oorzaak)</li> <li>Zelfmoord</li> <li>Aantal deelnemers gedetineerd</li> <li>Dakloosheid</li> <li>Algemeen functioneren (BPRS)</li> <li>Kwaliteit van leven (LQLP, LQLI)</li> </ul>	<p><i>ICM vs standaardzorg</i> (Dieterich et al., 2017)</p> <p><b>Significant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe hoger ziekenhuis gebruik de afgelopen twee jaar, hoe succesvoller ICM is in het terugdringen van het aantal ziekenhuisdagen per maand (r=-0,18, 95% CI=-0,29 tot -0,07, p=0,0027).</li> <li>Hoe meer het ICM-model wordt gevolgd, hoe minder dagen in het ziekenhuis (variabele coëfficiënt -0,36, 95% CI=-0,66 tot -0,07)</li> <li>Hoe meer dagen een persoon in het ziekenhuis heeft verbleven, hoe minder dagen diegene na ICM in het ziekenhuis is opgenomen (variabele coëfficiënt -0,20, 95% CI=-0,32-0,10)</li> </ul>

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hogere tevredenheid van participant (CSQ; MD=1,93, z=3,52, p=0,0; 95% CI=0,86-3,01; I<sup>2</sup>=0%)</li> <li>• Minder hoge directe psychiatrische ziekenhuiskosten (MD -143,74, z=2,19, p=0,03; 95% CI=-272,4 tot -15,08), I<sup>2</sup>=0%</li> </ul> <p><b>Enigszins lange termijn (13 tot 24 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemiddeld minder ziekenhuisdagen per maand (MD=-0,86; z=3,26; p=0,001, 95% CI=-1,37 tot -0,34; I<sup>2</sup>=74,28%)</li> <li>• Minder risico contactverlies psychiatrische dienstverlening (RR=0,27; z=2,86, p=0,004; 95%CI=0,11-0,66; I<sup>2</sup>=44%)</li> <li>• Beter algemeen functioneren (MD=3,41; z=3,82, p=0; 95% CI=1,66-5,16, I<sup>2</sup>=0%)</li> <li>• Minder risico op werkloosheid aan einde studie (RR=0,70; z=1,95, p=0,05; 95%CI=0,49-1,00; I<sup>2</sup>=93,55%)</li> <li>• Vaker zelfstandig wonen (RR=0,65, z=2,84, p=0,0; 95% CI=0,49-0,88, I<sup>2</sup>=44,3%)</li> <li>• Beter algemeen functioneren (BSI; MD=-0,18, z=2,88, p=0,0; 95% CI=-0,31 tot -0,06; I<sup>2</sup>=0%)</li> </ul>	<p><i>ICM vs Niet-ICM (Dieterich et al., 2017)</i></p> <p><b>Medium termijn (7 tot 12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sterfte (ongeacht oorzaak)</li> <li>• Zelfmoord</li> <li>• Vroegtijdig verlaten van de studie</li> </ul> <p><b>Enigszins lange termijn (13 tot 24 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemiddeld aantal dagen in het ziekenhuis per maand</li> <li>• In contact blijven met psychiatrische hulpverlening</li> <li>• Ziekenhuisopname</li> <li>• Sterfte (ongeacht oorzaak)</li> <li>• Zelfmoord</li> <li>• Aantal deelnemers in detentie</li> <li>• Gemiddeld aantal dagen per maand in stabiele accommodatie</li> <li>• Zelfbeschadiging</li> <li>• (Opzettelijk) letsel veroorzaken bij een ander</li> </ul>	



Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hogere tevredenheid van participant (CSQ; <math>MD=3,23</math>, <math>z=6,91</math>, <math>p &lt; 0,0001</math>, 95% <math>CI=2,31-4,14</math>; <math>I^2=0\%</math>)</li> </ul> <p><i>ICM vs niet-ICM (Dieterich et al., 2017)</i></p> <p><b>Enigszins lange termijn (13 tot 24 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kleinere kans op vroegtijdig verlaten studie (<math>RR=0,7</math>, <math>z=0,56</math>, <math>p=0,02</math>, 95% <math>CI=0,52-0,95</math>; <math>I^2=39,25\%</math>)</li> </ul> <p><i>ICM vs TAU (Moledina et al., 2021)</i></p> <p><b>Follow-up lange termijn (24 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meer tijd doorbrengen in gemeenschapshuizen (Shern et al., 2000; <math>MD=11,07</math>; <math>t=2,28</math>; <math>p=0,023</math>)</li> <li>Meer tijd doorbrengen in opvanglocaties (Shern et al., 2000; <math>MD=20,29</math>; <math>t=5,48</math>; <math>p &lt; 0,0001</math>)</li> <li>Minder tijd doorbrengen op straat (Shern et al., 2000; <math>MD=-26,71</math>; <math>t=-4,25</math>; <math>p &lt; 0,0001</math>)</li> <li>Grotere vermindering in angst, depressie, en gedachteverstoring (Shern et al., 2000; <math>t=2,41</math>; <math>p &lt; 0,001</math>)</li> </ul>		

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer verbetering op 6 van de 7 maten van tevreden met het leven (Shern et al., 2000): overall tevredenheid (p=0,001), vrije tijd (p=0,027), financieel (p=0,001), veiligheid (p=0,005), gezondheid (p=0,006), en familie (p=0,005)</li> <li>• Minder vaak bezoek aan de eerste hulp (Shumway et al., 2008; geen statistiek)</li> <li>• Grotere verbeteringen in werkgelegenheidsresultaat (Orwin et al., 1994; geen statistiek)</li> </ul> <p><i>ICM + inkomensondersteuning vs TAU (Moledina et al., 2021)</i></p> <p><b>Follow-up lange termijn (24 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoger inkomen (Cox et al., 1998; geen statistiek)</li> </ul>		
Groeps- Cognitieve Gedragstherapie (CGT; Huntley et al., 2012)	<p><i>Groeps CGT + TAU vs TAU</i></p> <p><b>Direct na de interventie<sup>66</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lagere score op depressie (SMD=-0,55; 95% CI=-0,78 tot -0,32; z=4,61; p&lt;0,001)</li> </ul>	<p><i>Groeps CGT + TAU vs TAU</i></p> <p><b>Follow-up zeer korte termijn (tot 3 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Score op depressie</li> </ul> <p><i>Groep CGT vs Individuele CGT</i></p> <p><b>Follow up zeer korte termijn (tot 3 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Score op depressie</li> </ul>	Geen

<sup>66</sup> Er is niet gerapporteerd hoe lang de interventie duurt, dus het is onduidelijk op welke termijn dit resultaat betrekking heeft.

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<p><b>Follow-up korte termijn (3+ maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lagere score op depressie (<math>SMD=-0,47</math>; 95% <math>CI=-0,87</math> tot <math>-0,08</math>; <math>z=2,36</math>; <math>p=0,02</math>)</li> </ul> <p><i>Groep CGT vs Individuele CGT</i></p> <p><b>Direct na de interventie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hogere score op depressie (<math>SMD=0,38</math>; 95% <math>CI=0,09-0,66</math>; <math>z=2,56</math>; <math>p=0,01</math>)</li> </ul>	<p><b>Follow-up korte termijn (3+ maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Score op depressie</li> </ul>	
Cognitief gedrags-analyse systeem van psychotherapie (CBASP; Negt et al., 2016)	<p><i>CBASP vs psychologische behandeling, antidepressiva, TAU of CAU</i></p> <p><b>Zeer korte tot medium termijn (2 tot 12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lagere score op depressie (<math>g=0,339</math>; <math>SE=0,126</math>; 95% <math>CI=0,09-0,59</math>; <math>p=0,007</math>)</li> </ul>	Geen	Geen
Ondersteunende therapie (Buckley et al., 2015)	<p><i>Ondersteunende therapie vs elke andere psychologische of psychosociale behandeling</i></p> <p><b>Termijn onbekend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vaker vroegtijdig verlaten van de studie (<math>RR=2,15</math>; 95% <math>CI=1,07-4,31</math>)</li> </ul> <p><b>Korte termijn (4 tot 6 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minder goede naleving van de therapie (<math>RR=2,63</math>; 95% <math>CI=1,30-5,35</math>; <math>z=2,68</math>; <math>p=0,0074</math>)</li> </ul>	<p><i>Ondersteunende therapie vs standaardzorg</i></p> <p><b>Termijn onbekend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vroegtijdig verlaten van de studie</li> </ul> <p><b>Medium termijn (7 tot 12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klinische verbetering van algemene psychische gezondheid</li> <li>Overlijden</li> </ul>	Geen

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<p><b>Medium termijn (7 tot 12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer ziekenhuisopnames (<math>RR=1,82</math>; 95% <math>CI=1,11-2,99</math>; <math>z=2,37</math>; <math>p=0,018</math>)</li> <li>• Minder klinische verbetering van algemene geestelijke gezondheid (<math>RR=1,27</math>; 95% <math>CI=1,04-1,54</math>; <math>z=2,40</math>; <math>p=0,016</math>)</li> <li>• Meer episodes van affectieve symptomen (<math>RR=1,84</math>; 95% <math>CI=1,15-2,94</math>; <math>z=2,56</math>; <math>p=0,010</math>)</li> </ul> <p><b>Lange termijn (24+ maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaker een terugval (Falloon, 1982; <math>RR=1,87</math>; 95% <math>CI=1,11-3,15</math>; <math>z=2,35</math>, <math>p=0,019</math>)</li> <li>• Meer sociale beperkingen (Falloon, 1982; <math>RR=1,46</math>; 95% <math>CI=1,04-2,04</math>; <math>z=2,18</math>; <math>p=0,029</math>)</li> <li>• Meer voorgeschreven medicatie (Falloon, 1982; <math>RR=2,11</math>; 95% <math>CI=0,99-4,47</math>; <math>z=1,94</math>; <math>p=0,052</math>)</li> </ul> <p><i>Ondersteunende therapie vs CGT</i></p> <p><b>Medium termijn (7 tot 12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hogere score op de PANNS (hoog=slecht; <math>MD=5,82</math>; 95% <math>CI=1,04-10,60</math>)</li> </ul>	<p><i>Ondersteunende therapie vs elke andere psychologische of psychosociale behandeling</i></p> <p><b>Termijn onbekend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vroegtijdig verlaten van de studie</li> <li>• Algemene redenen om vroegtijdig te stoppen met de studie</li> <li>• Aantal mensen dat betaald werk verricht</li> </ul> <p><b>Zeer korte termijn (tot 3 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychische gezondheid (BPRS)</li> </ul> <p><b>Korte termijn (4 tot 6 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terugval</li> <li>• Ziekenhuisopname</li> </ul> <p><b>Medium termijn (7 tot 12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terugval</li> <li>• Overlijden</li> </ul> <p><i>Ondersteunende therapie vs CGT</i></p> <p><b>Termijn onbekend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vroegtijdig verlaten van de studie (algemene redenen)</li> <li>• Vroegtijdig verlaten van de studie (behandel gerelateerde redenen)</li> </ul> <p><b>Zeer korte termijn (tot 3 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychische gezondheid (BPRS)</li> </ul> <p><b>Korte termijn (4 tot 6 maanden)</b></p>	

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer episodes van affectieve symptomen (<math>RR=2,17</math>; 95% <math>CI=1,16-4,06</math>; <math>z=2,43</math>; <math>p=0,015</math>)</li> </ul> <p><i>Ondersteunende therapie vs Familietherapie</i></p> <p><b>Lange termijn (24+ maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder remissie (Falloon, 1982; <math>RR=1,87</math>; 95% <math>CI=1,11-3,15</math>; <math>z=2,35</math>; <math>p=0,019</math>)</li> <li>• Meer sociale beperkingen (Falloon, 1982; <math>RR=1,46</math>; 95% <math>CI=1,04-2,04</math>; <math>z=2,18</math>; <math>p=0,029</math>)</li> </ul> <p><i>Ondersteunende therapie vs Combinatie van psychologische behandelingen</i></p> <p><b>Lange termijn (24+ maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaker vroegtijdig verlaten van de studie door behandeling (Hogarty, 1997-studie 1; <math>RR=8,67</math>; 95% <math>CI=1,17-64,26</math>; <math>z=2,11</math>; <math>p=0,035</math>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terugval</li> <li>• Ziekenhuisopname</li> </ul> <p><b>Medium termijn (7 tot 12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinisch relevante verbetering van algemene geestelijke gezondheid</li> </ul> <p><i>Ondersteunende therapie vs psycho- educatie</i></p> <p><b>Termijn onbekend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vroegtijdig verlaten van de studie</li> </ul> <p><i>Ondersteunende therapie vs Vaardigheidstraining</i></p> <p><b>Termijn onbekend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vroegtijdig verlaten van de studie (algemene redenen)</li> </ul> <p><i>Ondersteunende therapie + client- focused case management vs Client- focused case management</i></p> <p><b>Termijn onbekend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vroegtijdig verlaten van de studie (algemene redenen)</li> </ul>	

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
Sociale vaardigheidstraining (Hunt et al., 2019)	<p><i>Sociale vaardigheidstraining vs Standaardzorg</i></p> <p><b>Korte termijn (4 tot 6 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleinere kans op vroegtijdig verlaten studie (<math>RR=0,49</math>; 95% <math>CI=0,24-0,97</math>)</li> </ul> <p><b>Enigszins lange termijn (13 tot 18 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grotere kans op vroegtijdig verlaten studie (<math>RR=2,60</math>; 95% <math>CI=1,36-4,97</math>)</li> </ul>	<p><i>Sociale vaardigheidstraining vs Standaardzorg</i></p> <p><b>Zeer korte termijn (tot 3 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vroegtijdig verlaten studie</li> </ul> <p><b>Medium termijn (7 tot 12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vroegtijdig verlaten studie</li> </ul>	Geen

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
Zelfzorginterventies (Lean et al., 2019)	<p><i>Zelfzorginterventies vs TAU</i></p> <p><b>Direct na de interventie<sup>a</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afname in totale symptomen (<math>SMD=-0,43</math>; 95% <math>CI=-0,63</math> tot <math>-0,22</math>, <math>p&lt;0,0001</math>, <math>I^2=78\%</math>).</li> <li>• Afname in negatieve symptomen (<math>SMD=-0,26</math>, 95% <math>CI=-0,47</math> tot <math>-0,05</math>, <math>p=0,01</math>, <math>I^2=59\%</math>)</li> <li>• Afname in affectieve symptomen (<math>SMD=-0,26</math>, 95% <math>CI=-0,51</math> tot <math>-0,01</math>, <math>p=0,04</math>, <math>I^2=40\%</math>)</li> <li>• Afname duur ziekenhuisopname (<math>SMD=-0,26</math>, 95% <math>CI=-0,50</math> tot <math>-0,02</math>, <math>p=0,04</math>, <math>I^2=63\%</math>)</li> <li>• Hogere zelfbeoordeling van herstel (<math>SMD=-0,62</math>, 95% <math>CI=-1,03</math> tot <math>-0,22</math>, <math>p=0,002</math>, <math>I^2=89\%</math>)</li> <li>• Hogere zelf-effectiviteit (<math>SMD=-0,38</math>, 95% <math>CI=-0,62</math> tot <math>-0,15</math>, <math>p=0,001</math>, <math>I^2=45\%</math>)</li> <li>• Beter algemeen functioneren (<math>SMD=-0,56</math>, 95% <math>CI=-0,85</math> tot <math>-0,28</math>, <math>p&lt;0,0001</math>, <math>I^2=88\%</math>)</li> <li>• Hogere zelfbeoordeling kwaliteit van leven (<math>SMD=-0,23</math>, 95% <math>CI=-0,37</math> tot <math>-0,10</math>, <math>p=0,0007</math>, <math>I^2=0\%</math>)</li> </ul>	<p><i>Zelfzorginterventies vs TAU</i></p> <p><b>Direct na interventie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verandering positieve symptomen</li> <li>• Gemiddeld aantal heropgenomen patiënten</li> <li>• Totaal aantal heropgenomen patiënten</li> <li>• Gevoel van empowerment</li> <li>• Gevoel van hoop</li> </ul> <p><b>Follow-up enigszins lange termijn (12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Totaal aantal heropgenomen patiënten</li> </ul>	Geen

a Het is onduidelijk hoe lang de interventie duurt. Gerapporteerd is een duur van 1 tot 52 weken, maar deze wordt niet gespecificeerd per studie.

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<p><b>Follow-up enigszins lange termijn (12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afname in totale symptomen (<math>SMD=-0,88</math>, 95% <math>CI=-1,19</math> tot <math>-0,57</math>, <math>p&lt;0,0001</math>, <math>I^2=87\%</math>)</li> <li>• Afname in positieve symptomen (<math>SMD=-0,61</math>, 95% <math>CI=-1,03</math> tot <math>-0,19</math>, <math>p=0,004</math>, <math>I^2=85\%</math>)</li> <li>• Afname in negatieve symptomen (<math>SMD=-0,51</math>, 95% <math>CI=-0,82</math> tot <math>-0,21</math>, <math>p=0,001</math>, <math>I^2=77\%</math>)</li> <li>• Afname in affectieve symptomen (<math>SMD=-0,19</math>, 95% <math>CI=-0,33</math> tot <math>-0,04</math>, <math>p=0,02</math>, <math>I^2=15\%</math>)</li> <li>• Afname gemiddeld aantal heropnames (<math>SMD=-0,92</math>, 95% <math>CI=-1,63</math> tot <math>-0,21</math>, <math>p=0,01</math>, <math>I^2=93\%</math>)</li> <li>• Afname duur ziekenhuisopname (<math>SMD=-0,68</math>, 95% <math>CI=-1,10</math> tot <math>-0,25</math>, <math>p=0,002</math>, <math>I^2=88\%</math>)</li> <li>• Hogere zelfbeoordeling van herstel (<math>SMD=-0,81</math>, 95% <math>CI=-1,40</math> tot <math>-0,22</math>, <math>p=0,007</math>, <math>I^2=94\%</math>)</li> <li>• Hoger gevoel van empowerment (<math>SMD=-0,25</math>, 95% <math>CI=-0,43</math> tot <math>-0,07</math>, <math>p=0,007</math>, <math>I^2=12\%</math>)</li> <li>• Hoger gevoel van hoop (<math>SMD=-0,24</math>, 95% <math>CI=-0,46</math> tot <math>-0,02</math>, <math>p=0,03</math>, <math>I^2=65\%</math>)</li> </ul>		



Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beter algemeen functioneren (<math>SMD=-0,90</math>, 95% <math>CI=-1,34</math> tot <math>-0,45</math>, <math>p&lt;0,0001</math>, <math>I^2=95\%</math>)</li> <li>Hogere zelfbeoordeling kwaliteit van leven (<math>SMD=-0,25</math>, 95% <math>CI=-0,37</math> tot <math>-0,12</math>, <math>p=0,0001</math>, <math>I^2=0\%</math>)</li> </ul>		
Training voor signaleren terugkeer schizofrenie symptomen (Morriss et al., 2013)	<p><i>Vroege waarschuwingssignalen training + TAU vs TAU</i></p> <p><b>Zeer korte tot lange termijn (10 wk - 2 jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Betere mentale toestand (gemeten met de BPRS; <math>MD=-4,55</math>; 95% <math>CI=-8,21</math> tot <math>-0,90</math>; <math>z=2,44</math>; <math>p=0,01</math>; <math>I^2=93\%</math>)</li> </ul> <p><b>Follow-up zeer korte tot lange termijn (2 maanden tot 3 jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minder terugvalsymptomen van schizofrenie (<math>RR=0,53</math>; 95% <math>CI=0,36-0,79</math>; <math>z=3,12</math>; <math>p=0</math>; <math>I^2=81\%</math>)</li> <li>Minder ziekenhuisopnames (<math>RR=0,48</math>; 95% <math>CI=0,35-0,66</math>; <math>z=4,49</math>; <math>p&lt;0,001</math>; <math>I^2=62\%</math>)</li> <li>Vaker werk (<math>RR=0,68</math>, 95% <math>CI=0,57-0,82</math>; FUP 2 mnd - één jaar)</li> </ul> <p><b>Follow-up medium termijn (9 maanden tot één jaar)</b></p>	<p><i>Vroege waarschuwingssignalen training + TAU vs TAU</i></p> <p><b>Follow-up enigszins lange tot lange termijn (1 tot 3 jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tijd tot eerste terugval (FUP 1 jr - 18 mnd)</li> <li>Zorglast (FUP 1 jr - 18 mnd)</li> <li>Tijd tot heropname in het ziekenhuis (FUP 1 jr - 2 jr)</li> <li>Sociaal functioneren (gemeten met de GAF; FUP 1 jr- 2 jr)</li> <li>Aantal participanten dat overleed (FUP 1 jr - 2 jr)</li> <li>Mentale toestand (positieve symptomen schaal PANNS; FUP 24 wk - 2 jr)</li> <li>Mentale toestand (negatieve symptomen schaal PANNS; FUP 24 wk - 2 jr)</li> <li>Aantal participanten dat niet kon worden gevolgd bij follow-up (FUP 10 wk - 2 jr)</li> </ul>	<p><b>Significant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Doelgroep training: de tijd tot terugval was significant langer voor participanten die de training volgden + TAU ontvingen dan voor participanten die alleen TAU ontvingen, als de training alleen aan de patiënten werd gegeven en niet ook aan hun verzorgers/professionals (<math>HR=0,26</math>; 95% <math>CI=0,13-0,53</math>; <math>z=3,69</math>; <math>p=0</math>; <math>I^2=35\%</math>). En:</li> <li>De mate van terugval was significant minder voor participanten die de training volgden dan participanten die TAU ontvingen, als de training alleen aan patiënten werd gegeven en niet ook aan hun verzorgers/professionals (<math>RR=0,43</math>; 95% <math>CI=0,20-0,92</math>; <math>z=2,18</math>; <math>p=0,03</math>; <math>I^2=89\%</math>). En:</li> <li>De tijd tot heropname in het ziekenhuis significant langer was</li> </ul>

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beter sociaal functioneren (gemeten met de NOSIE; <math>MD=25,12</math>; 95% <math>CI</math> 5,75 tot 44,48; <math>z=2,54</math>; <math>p=0,01</math>; <math>I^2=96\%</math>)</li> <li>Meer kennis over de ziekte (gemeten met de ITAQ; <math>MD=7,21</math>; 95% <math>CI=0,94-13,48</math>; <math>z=2,25</math>; <math>p=0,02</math>; <math>I^2=93\%</math>)</li> <li>Meer medicatietrouw (<math>MD=0,57</math>; 95% <math>CI=0,42-0,77</math>; <math>z=3,67</math>; <math>p=0</math>; <math>I^2=0\%</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mentale toestand (gemeten met de SANS; FUP 1 jr - 3 jr)</li> <li>Mentale toestand (gemiddelde score op de PANNS; FUP 9 mnd - 2 jr)</li> <li>Sociaal functioneren (gemeten met de GAS; FUP 9 mnd - 2 jr)</li> </ul> <p><b>Follow-up zeer lange termijn (5-7 jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Heropnames in het ziekenhuis</li> </ul>	<p>voor participanten die de training volgden dan participanten die TAU ontvingen wanneer de training werd gegeven aan zowel patiënten als verzorgers/professionals (<math>HR=0,62</math>; 95% <math>CI=0,46-0,83</math>; <math>z=3,16</math>; <math>p=0</math>; <math>I^2=89\%</math>). En:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De mate van heropname (aantal heropnames) in het ziekenhuis was significant minder voor participanten die de training volgden dan participanten die TAU ontvingen wanneer de training werd gegeven aan alleen de patiënt (<math>RR=0,30</math>; 95% <math>CI=0,14-0,66</math>; <math>z=3,03</math>; <math>p=0</math>; <math>I^2=80\%</math>) of aan zowel de patiënt en de verzorgers/professionals (<math>RR=0,64</math>; 95% <math>CI=0,51-0,79</math>; <math>z=4,07</math>; <math>p&lt;0,001</math>; <math>I^2=0\%</math>).</li> </ul> <p><b>Niet significant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Doelgroep training m.b.t. tijd tot terugval tussen de training wanneer de training werd gegeven aan zowel de patiënt als de verzorger/professional.</li> <li>Doelgroep training m.b.t. mate van terugval wanneer de training werd gegeven aan zowel de patiënt als de verzorger/professional, en alleen de verzorgers/professional.</li> </ul>

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Doelgroep training m.b.t. heropname in het ziekenhuis wanneer de training alleen aan de patiënt werd gegeven.</li> </ul>
Familie-interventies voor schizofrenie (Paroah et al., 2010)	<p><i>Familie-interventies vs Standaardzorg</i></p> <p><b>Termijn onbekend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beter meewerken aan medicatiegebruik (<math>RR=0,6</math>; 95% <math>CI=0,49-0,73</math>; <math>z=5,12</math>; <math>p&lt;0,0001</math>; <math>I^2=47,74\%</math>)</li> <li>Minder vijandig (<math>RR=0,35</math>; 95% <math>CI=0,18-0,66</math>; <math>z=3,21</math>; <math>p=0</math>; <math>I^2=5,99\%</math>)</li> <li>Meer getoonde emotie door familie van participanten (<math>RR=0,68</math>; 95% <math>CI=0,54-0,86</math>; <math>z=3,21</math>; <math>p=0</math>; <math>I^2=67,95\%</math>)</li> </ul> <p><b>Medium termijn (7 tot 12 mnd)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minder terugval (<math>RR=0,55</math>; 95% <math>CI=0,48-0,62</math>; <math>z=9,64</math>; <math>p&lt;0,0001</math>; <math>I^2=42,9\%</math>)</li> <li>Lagere score op de BPRS (psychiatrische symptomen; laag=goed; <math>MD=-8,32</math>; 95% <math>CI=-10,92</math> tot <math>-5,73</math>; <math>z=6,29</math>; <math>p&lt;0,0001</math>; <math>I^2=78,55\%</math>)</li> <li>Lagere score op mentale staat op de PANSS (laag=goed; <math>MD=-7,9</math>;</li> </ul>	<p><i>Familie-interventies vs Standaardzorg</i></p> <p><b>Termijn onbekend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gemiddelde verandering van score op <i>mental state</i> van de BPRS</li> <li>Overlijden middels suïcide</li> <li>Overlijden door andere oorzaken dan suïcide</li> </ul> <p><b>Zeer korte tot korte termijn (0 tot 6 mnd)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ziekenhuisopnames</li> <li>Terugval</li> <li>Vroegtijdig verlaten van de studie</li> <li>Onvoldoende zorg of verkeerde behandeling door de familie</li> </ul> <p><b>Medium termijn (7 tot 12 mnd)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vroegtijdig verlaten van de studie</li> <li>Werkeloosheid</li> <li>Onvermogen om zelfstandig te leven</li> </ul> <p><b>Enigszins lange termijn (13 tot 24 mnd)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ziekenhuisopname (19-24 mnd)</li> </ul> <p><b>Lange termijn (24+ mnd)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ziekenhuisopname (25-36 mnd)</li> <li>Terugval</li> </ul>	Geen

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<p>95% <i>CI</i>=-11,96 tot -3,83; <i>z</i>=3,8; <i>p</i>=0; <i>I</i><sup>2</sup>=0%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minder sociaal beperkt (<i>RR</i>=0,51; 95% <i>CI</i>=0,35-0,72; <i>z</i>=3,73; <i>p</i>=0; <i>I</i><sup>2</sup>=75,31%)</li> <li>Lagere score op de <i>Social Function Scale</i> (hoog=goed; <i>MD</i>=-8,05; 95% <i>CI</i>=-13,27 tot -2,83; <i>z</i>=3,02; <i>p</i>=0; <i>I</i><sup>2</sup>=63,28%)</li> </ul> <p><b>Enigszins lange termijn (13 tot 24 mnd)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minder ziekenhuisopnames (<i>RR</i>=0,46; 95% <i>CI</i>=0,30-0,69; <i>z</i>=3,73; <i>p</i>=0; <i>I</i><sup>2</sup>=0%)</li> <li>Minder terugval (<i>RR</i>=0,64; 95% <i>CI</i>=0,47-0,88; <i>z</i>=2,76; <i>p</i>=0,01; <i>I</i><sup>2</sup>=0%; 13-18 mnd)</li> <li>Minder terugval (<i>RR</i>=0,64; 95% <i>CI</i>=0,55-0,75; <i>z</i>=5,63; <i>p</i>&lt;0,0001; <i>I</i><sup>2</sup>=66,54%; 19-24 mnd)</li> <li>Meer verbeterd in algemene zin (<i>RR</i>=0,40; 95% <i>CI</i>=0,23-0,68; <i>z</i>=3,36; <i>p</i>=0; <i>I</i><sup>2</sup>=39,32; 6-9 mnd)</li> <li>Minder vaak vroegtijdig verlaten van de studie (<i>RR</i>=0,74; 95% <i>CI</i>=0,55-1,00; <i>z</i>=1,96; <i>p</i>=0,05; <i>I</i><sup>2</sup>=0%)</li> </ul> <p><b>Lange termijn (24+ mnd)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hogere score (hoog=goed) op <i>global state</i> van de GAF (<i>MD</i>=-8,66;</li> </ul>	<p><i>Groeps- familie-interventies vs Individuele familie-interventies</i></p> <p><b>Medium termijn (7 tot 12 mnd)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Terugval</li> </ul> <p><b>Lange termijn (13 tot 24 mnd)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Terugval (19-24 mnd)</li> </ul>	

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<p>95% CI=-14,37 tot -2,94; z=2,97; p=0; I<sup>2</sup>=0%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder vaak vroegtijdig verlaten van de studie (RR=0,42; 95% CI=0,26-0,67; z=3,62; p=0; I<sup>2</sup>=0%)</li> <li>• Lagere score (laag=goed) op de SCL-90 (symptomen; MD=-22,01; 95% CI=-30,99 tot -13,03; z=4,81; p&lt;0,001; Li, 2005)</li> <li>• Lagere score (laag=goed) op <i>mental state</i> van de PANSS (MD=-10,2; 95% CI=-13,55 tot -6,85; z=5,97; p&lt;0,0001; Liu, 2003)</li> <li>• Lagere score (laag=goed) op de positieve schaal van de PANSS (MD=-2,6; 95% CI=-4,12 tot -1,08; z=3,36; p=0; Liu, 2003)</li> <li>• Lagere score (laag=goed) op de negatieve schaal van de PANSS (MD=-3,7; 95% CI=-4,94 tot -2,46; z=5,85; p&lt;0,001; I<sup>2</sup>=100%; Liu, 2003)</li> <li>• Lagere score (laag=goed) op de SDSS (sociale handicap; MD=-1,94; 95% CI=-2,9 tot -0,98; z=3,98; p&lt;0,0001; Tan, 2007)</li> <li>• Hogere score (hoog=goed) op de QoL (kwaliteit van leven; MD=19,18; 95% CI=9,78-28,58; z=4; p&lt;0,0001; Shi, 2000)</li> </ul>		

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<p><b>Follow-up enigszins lange termijn (13 tot 18 mnd)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minder ziekenhuisopnames (RR=0,78; 95% CI=0,63-0,98; z=2,14; p=0,03; I<sup>2</sup>=31,24%)</li> </ul>		
Videogames voor schizofrenie (Roberts et al., 2021)	<p><i>Videogames + standaardzorg vs Cognitieve remediatie + standaardzorg</i></p> <p><b>Einde van de behandeling<sup>67</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lagere score op de MCCB (= slechter sociaal functioneren; MD=-3,60; 95% CI=-6,43 tot -0,76; z=2,49; p=0,01; I<sup>2</sup>=44%)</li> </ul>	<p><i>Videogames + standaardzorg vs Cognitieve remediatie + standaardzorg</i></p> <p><b>Einde van de behandeling</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Negatieve schaal score PANSS</li> <li>Positieve schaal score PANSS</li> <li>Vroegtijdig verlaten van de studie</li> <li>Score op de IMI-SR (welzijn)</li> </ul> <p><b>Follow-up korte termijn (3 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Totale score PANSS</li> </ul>	Geen
Inzet van ervaringsdeskundigen voor schizofrenie (Pitt et al., 2013)	<p><i>Ervaringsdeskundigen vs professionele behandelaars</i></p> <p><b>Follow-up enigszins lange termijn (12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minder gebruik van crisisdiensten (MD=-0,34; 95% CI=-0,6 tot -0,07; z=2,47; p=0,01; I<sup>2</sup>=0%)</li> </ul>	<p><i>Ervaringsdeskundigen vs professionele behandelaars</i></p> <p><b>Follow-up enigszins lange termijn (12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Algemene symptomen</li> <li>Tevredenheid</li> <li>Cliënt-behandelaar relatie</li> <li>Attrition (verlies door follow-up)</li> </ul> <p><i>Ervaringsdeskundigen + standaardzorg vs standaardzorg</i></p>	Geen

<sup>67</sup> De behandeling duurt 6 tot 12 weken, maar het is onduidelijk hoe lang de behandeling voor dit resultaat precies heeft geduurd.

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
		<b>Follow-up enigszins lange termijn (12 maanden)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tevredenheid,</li> <li>• Attrition (verlies door follow-up)</li> <li>• Duur van ziekenhuisopname</li> </ul>	
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met een verslaving			
<i>Intensive Community Supervision</i> (ICS; Perry et al., 2009)	<i>ICS vs v.i./reclasseringstoezicht<sup>b</sup></i> <b>Enigszins lange termijn (één jaar)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder recidive (<i>OR</i>=1,98; 95% <i>CI</i>=1,01-3,87)</li> <li>• Minder arrestaties (<i>OR</i>=1,49; 95% <i>CI</i>=0,88-2,51)</li> <li>• Minder drugs-gerelateerde arrestaties (<i>OR</i>=1,10; 95% <i>CI</i>=0,50-2,39)</li> <li>• Meer veroordelingen (<i>OR</i>=0,93; 95% <i>CI</i>=0,55-1,58)</li> <li>• Meer gevangenneming (<i>OR</i>=0,88; 95% <i>CI</i>=0,50-1,54)</li> </ul> <i>ICS + verhoogd toezicht vs ICS</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder recidive (<i>OR</i>=2,09; 95% <i>CI</i>=0,86-5,07)</li> <li>• Minder arrestaties (<i>OR</i>=1,22; 95% <i>CI</i>=0,51-2,88)</li> <li>• Minder drugs gerelateerde arrestaties (<i>OR</i>=1,29; 95% <i>CI</i>=0,35-4,85)</li> <li>• Minder gevangenneming (<i>OR</i>=1,3; 95% <i>CI</i>=0,39-4,30)</li> </ul>	Geen	

b De auteurs van de review hebben voor geen van de resultaten een significantietoets benoemd. Het is dus voor geen van de resultaten zeker of het verschil significant is of niet. Om die reden zijn deze cellen samengevoegd. Wel geven de odds ratios aan of de kans op recidive of criminaliteit kleiner of groter is voor de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep.

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
Gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag ( <i>Contingency management</i> ; Benishek et al., 2014; Hunt et al., 2019)	<p><i>Gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag vs TAU</i></p> <p><b>Zeer korte tot korte termijn (0-6 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minder middelengebruik (<math>d=0,46</math>; 95% <math>CI=0,37-0,54</math>; <math>p&lt;0,001</math>; <math>I^2=3,69\%</math>)</li> </ul> <p><b>Follow-up korte termijn (tot 6 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minder middelengebruik (<math>d=0,33</math>; 95% <math>CI=0,12-0,54</math>; <math>p=0,002</math>; <math>I^2=39,35\%</math>)</li> </ul>	<p><i>Gedragstherapie gericht op systematische bekrachtiging van doelgedrag vs TAU</i></p> <p><b>Follow-up medium termijn (6+ maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Middelengebruik</li> </ul>	Geen
Disulfiram (Jørgensen et al., 2011)	<p><i>Disulfiram vs Elke andere behandeling</i></p> <p><b>Medium termijn (tot 12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Langere alcoholonthouding (<math>OR=1,83</math>; 95% <math>CI=1,02-3,29</math>; <math>I^2=94\%</math>; <math>z=2,04</math>; <math>p=0,04</math>)</li> </ul> <p><i>Disulfiram + toezicht vs Elke andere of geen behandeling</i></p> <p><b>Medium termijn (tot 12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Langere alcoholonthouding (<math>OR=1,83</math>; 95% <math>CI=1,02-3,29</math>; <math>I^2=94\%</math>; <math>z=2,04</math>; <math>p=0,04</math>)</li> </ul> <p><i>Disulfiram zonder toezicht vs Elke andere of geen behandeling</i></p> <p><b>Medium termijn (tot 12 maanden)</b></p>	<p><i>Disulfiram vs Placebo</i></p> <p><b>Medium termijn (tot 12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alcoholonthouding</li> </ul>	Geen



Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langere alcoholonthouding (OR=1,59; 95% CI=1,07-2,37; I<sup>2</sup>=34%; z=2,27; p=0,02)</li> </ul>		
Naltrexone (Egli et al., 2011)	<p><i>Naltrexone vs counseling of gedragstherapie</i></p> <p><b>Follow-up korte termijn (3 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder criminaliteit (OR=3,21; 95% CI=1,24-8,31; p=0,02 [RE])</li> </ul>	Geen	Geen
Methadon (Egli et al., 2011)	<p><i>Methadon vs heroïne behandeling</i></p> <p><b>Follow-up korte termijn (3 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder effectief in verminderen criminaliteit (OR=2,44; 95% CI=1,27-4,69; p=0,0072 [Random effect]).</li> </ul> <p><i>Voor methadon vs na methadon</i></p> <p><b>Korte tot medium termijn (3 tot 12 maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder criminaliteit (OR=6,92; 95% CI=3,04-15,77; p&lt;0,0001 [RE])</li> </ul>	Geen	Geen
Therapeutische gemeenschap (Holloway et al., 2006)	<p><i>Therapeutische gemeenschap vs Geen of andere behandeling</i></p> <p><b>Termijn onbekend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder criminaliteit (OR=2,61; 95% CI=1,58-4,33; p&lt;0,002 [random effect]).</li> </ul>	Geen	Geen

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
Drugsbehandeling (therapeutische gemeenschap, methadon, drugsrechtbank en reclasseringstoezicht; Holloway et al., 2006)	<i>Drugsbehandeling vs Geen behandeling</i> <b>Termijn onbekend</b> • Minder criminaliteit ( $OR=1,41$ ; $95\% CI=1,26-1,58$ ; $p<0,001$ [fixed effect]; $OR=1,56$ ; $95\% CI=1,18-$ $2,07$ ; $p<0,001$ [random effect]).	<i>Drugsrechtbank en drugstest vs geen of andere behandeling</i> <b>Termijn onbekend</b> • Criminaliteit <i>Andere behandeling vs Geen behandeling</i> <b>Termijn onbekend</b> • Criminaliteit	<b>Niet-significant</b> • Geslacht • Leeftijd • Soort vergelijking (geen behandeling, andere behandeling, intensiteit)
Langdurige behandeling van verslaving (Blodgett et al., 2014)	<i>Langdurige behandeling vs Geen of minimale behandeling</i> <b>Korte tot zeer lange termijn (3 mnd tot 4 jaar)</b> • Beter overall effect (Hedges $g=0,187$ ; $p<0,001$ ; $I^2=35\%$ ) <b>Follow-up korte tot enigszins lange termijn (6 mnd tot 2 jaar)</b> • Beter overall effect (Hedges $g=0,271$ ; $p<0,01$ ; $I^2=76\%$ )  <i>Langdurige behandeling met CGT vs Geen of minimale behandeling</i> <b>Termijn onbekend</b> • Beter overall effect (Hedges $g=0,120$ ; $p=0,01$ )  <i>Langdurige behandeling met CGT of vergelijkbare interventie vs Geen of minimale behandeling</i>	<i>Langdurige behandeling met CGT vs Andere actieve interventie</i> <b>Follow-up korte tot enigszins lange termijn (6 mnd tot 2 jaar)</b> • Overall effect	<b>Significant</b> • Controlegroep: Het effect van CGT op de doorlopende behandeling was significant groter als CGT + doorlopende behandeling werd vergeleken met geen of minimale behandeling, dan met een andere actieve interventie ( $Q=4,01$ ; $p=0,05$ ) • Controlegroep: Het effect van CGT of een vergelijkbare interventie op de doorlopende behandeling was significant groter als CGT + doorlopende behandeling werd vergeleken met geen of minimale behandeling, dan met een andere actieve interventie ( $Q=4,01$ ; $p=0,05$ ) <b>Niet-significant</b> • Duur: het aantal maanden langdurige zorg

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<p><b>Korte tot zeer lange termijn (3 mnd tot 4 jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beter overall effect (Hedges <math>g=0,124</math>; <math>p&lt;0,01</math>)</li> </ul> <p><b>Follow-up korte tot enigszins lange termijn (6 mnd tot 2 jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beter overall effect (Hedges <math>g=0,060</math>; <math>p=0,05</math>)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Intensiteit: het aantal sessies per week</li> <li>Toevoegen van actieve pogingen</li> <li>Aanbieden: telefonisch of persoonlijk</li> </ul>
Toezicht/behandelprogramma's onderzocht bij justitiabelen met problematiek op verschillende leefgebieden			
Permanent ondersteunende huisvesting/ <i>Housing First</i> (Moledina et al., 2021)	<p><i>Permanent ondersteunende huisvesting/Housing first vs TAU</i></p> <p><b>Follow-up enigszins lange termijn (18+ maanden)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meer dagen stabiele huisvesting (<math>OR=3,58</math>; 95% <math>CI=2,36-5,43</math>; <math>z=5,99</math>, <math>p&lt;0,00001</math>)</li> </ul> <p><b>Follow-up lange termijn (2 jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meer verbetering op mentale gezondheid (Aubrey et al., 2016; <math>ASMD=0,17</math>; 95% <math>CI=0,05-0,30</math>; <math>p=0,01</math>)</li> <li>Sneller niet meer dakloos (Tsemberis et al., 2004; <math>F(413)=10,1</math>; <math>p&lt;0,001</math>)</li> <li>Sneller stabiele huisvesting (Tsemberis et al., 2004; <math>F(4137)=27,7</math>; <math>p&lt;0,001</math>)</li> </ul>	Geen	<p><i>Permanent ondersteunende huisvesting/Housing first vs TAU</i></p> <p><b>Significant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Leeftijd: oudere personen zonder vaste woon- of verblijfplaats in de PSH groep ervoeren een significant grotere verbetering in mentale gezondheid in vergelijking met baseline dan jongere personen zonder vaste woon- of verblijfplaats in de TAU-groep na 2 jaar, zowel op de samenvattende score (SF-12; <math>+3,82</math>, 95% <math>CI=0,46-7,19</math>) als op de ernst van de psychische symptomen (<math>-3,39</math>, 95% <math>CI=-6,24-0,54</math>; Aubry et al., 2016)</li> <li>Leeftijd: oudere personen zonder vaste woon- of verblijfplaats in de PSH groep ervoeren een significant grotere verbetering in kwaliteit van</li> </ul>

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langere stabiele huisvesting (Cherner et al., 2017; <math>MD=-68,73</math>; 95% <math>CI=-125</math> tot <math>-12,08</math>; <math>p&lt;0,05</math>)</li> <li>• Beter in staat om huisvesting te behouden voor deelnemers met problematisch middelengebruik (Cherner et al., 2017; 76% versus 50,8%, <math>p&lt;0,001</math>)</li> <li>• Minder tijd in het ziekenhuis (Tsemberis et al., 2004; <math>F(1195)=74</math>; <math>p&lt;0,01</math>)</li> <li>• Minder substantiële of ernstige problematiek met drugsgebruik voor deelnemers met problematisch middelengebruik (Cherner et al., 2017; <math>OR=0,34</math>; 95% <math>CI=0,16-0,72</math>; <math>p&lt;0,01</math>).</li> <li>• Lagere kwaliteit van leven (Cherner et al., 2017; <math>d=-0,38</math>; 95% <math>CI=-0,74</math> tot <math>-0,02</math>; <math>p&lt;0,025</math>)</li> <li>• Hogere kwaliteit van leven (Stergiopoulos et al., 2019; geen statistiek)</li> <li>• Meer verbetering op het gebied van vrije tijd (Stergiopoulos et al., 2019; geen statistiek)</li> <li>• Meer verbetering op het gebied van wonen (Stergiopoulos et al., 2019; geen statistiek)</li> </ul>		<p>leven dan jongere personen zonder vaste woon- of verblijfplaats in de TAU-groep na 2 jaar (geen statistiek; Aubry et al., 2016)</p> <p><i>Housing First + ICM vs TAU</i></p> <p><b>Significant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geboorteland: deelnemers die geboren waren in andere landen dan Canada, ervoeren een grotere daling in alcohol gerelateerde problemen dan deelnemers die in Canada waren geboren (ratio of rate ratios=<math>0,19</math>, 95% <math>CI 0,04-0,88</math>)</li> </ul>

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer verbetering op het gebied van veiligheid (Stergiopoulos et al., 2019; geen statistiek)</li> </ul> <p><b>Follow-up zeer lange termijn (5+ jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer dagen stabiele huisvesting (Stergiopoulos et al., 2019; geen statistiek)</li> </ul> <p><i>Housing First + ICM vs TAU</i></p> <p><b>Follow-up lange termijn (2 jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder dagen met alcohol gerelateerde problemen (Stergiopoulos et al., 2019; een daling van 53%)</li> <li>• Minder geld uitgegeven aan alcohol (Stergiopoulos et al., 2019; -\$52,86, 95% CI=-104,29 tot -1,43)</li> </ul> <p><i>Voor PSH/HF vs na PSH/HF</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder suicidale gedachten (Aubry et al., 2016; <math>p &lt; 0,001</math>)</li> </ul>		
<i>Halfway houses</i> (Wong et al., 2019)	<p><i>Halfway house vs Geen halfway house</i></p> <p><b>Follow-up lange termijn (tot 3 jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder recidive (<math>OR=1,27</math>; 95% <math>CI=0,19-0,29</math>; <math>z=9,27</math>; <math>p=0,001</math>; <math>I^2=99,7\%</math>)</li> </ul>	Geen	<p><b>Significant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitkomstmaat: <i>Halfway houses</i> waren effectief wanneer recidive werd gemeten als arrestaties (<math>LOR=0,012</math>, <math>z=10.97</math>, <math>p &lt; 0,0001</math>) en als gevangenneming (<math>LOR=0,347</math>, <math>z=252,44</math>, <math>p &lt; 0,001</math>), maar niet</li> </ul>

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
			wanneer recidive werd gemeten als veroordeling.
<i>Supported employment</i> (Suijkerbuijk et al., 2017)	<p><i>Supported employment vs transitional employment</i></p> <p><b>Follow-up medium termijn (tot één jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer participanten vonden concurrerend werk (<math>RR=3,49</math>; 95% <math>CI=1,77-6,89</math>; <math>z=3,60</math>; <math>p&lt;0</math>; <math>I^2=29,36\%</math>)</li> <li>• Meer weken werk (<math>RR=4,18</math>; 95% <math>CI=1,27-7,09</math>; <math>z=2,81</math>; <math>p=0</math>; <math>I^2=0\%</math>)</li> </ul> <p><b>Follow-up enigszins lange termijn (1+ jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer participanten vonden concurrerend werk (<math>RR=3,28</math>; 95% <math>CI=2,13-5,04</math>; <math>z=5,42</math>; <math>p&lt;0,001</math>; <math>I^2=65,17\%</math>)</li> <li>• Meer weken werk (<math>RR=17,36</math>; 95% <math>CI=11,53-23,18</math>; <math>z=5,84</math>; <math>p&lt;0,0001</math>; <math>I^2=54,64\%</math>)</li> <li>• Minder dagen nodig om werk te zoeken (<math>RR=-64,86</math>; 95% <math>CI=-115,95</math> tot <math>-13,77</math>; <math>z=2,49</math>; <math>p=0,01</math>; <math>I^2=36,98\%</math>)</li> <li>• Minder participanten vonden niet-concurrerend werk (<math>RR=0,22</math>; 95%</li> </ul>	<p><i>Supported employment vs transitional employment</i></p> <p><b>Follow-up medium termijn (tot één jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verkrijgen van niet-concurrerend werk</li> <li>• Drop-outs</li> </ul> <p><b>Follow-up enigszins lange termijn (1+ jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteit van leven (QOLI)</li> <li>• Drop-outs</li> </ul> <p><i>Supported employment vs prevocational training</i></p> <p><b>Follow-up medium termijn (tot één jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verkrijgen van niet-concurrerend werk</li> <li>• Kwaliteit van leven (MANSA)</li> <li>• Drop-outs</li> </ul> <p><b>Follow-up enigszins lange termijn (1+ jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantal dagen tot het vinden van werk</li> <li>• Aantal dagen tot verkrijgen van niet-concurrerend werk</li> <li>• Drop-outs</li> </ul>	Geen

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<p><math>CI=0,08-0,63</math>; <math>z=2,81</math>; <math>p=0</math>; <math>I^2=83,51\%</math>)</p> <p><i>Supported employment vs prevocational training</i></p> <p><b>Follow-up medium termijn (tot één jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer participanten vonden concurrerend werk (<math>RR= 2,52</math>; <math>95\% CI=1,21-5,24</math>; <math>z=2,48</math>; <math>p=0,01</math>; <math>I^2=26,38\%</math>)</li> </ul> <p><b>Follow-up enigszins lange termijn (1+ jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer participanten vonden concurrerend werk (<math>RR=2,31</math>; <math>95\% CI=1,85-2,89</math>; <math>z=7,34</math>; <math>p&lt;0,01</math>; <math>I^2=36,5\%</math>)</li> <li>• Meer weken werk (<math>RR=11,56</math>; <math>95\% CI=5,99-17,13</math>; <math>z=4,07</math>; <math>p&lt;0,0001</math>; <math>I^2=39,5\%</math>)</li> </ul> <p><i>Supported employment vs psychische zorg</i></p> <p><b>Follow-up medium termijn (tot één jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer weken werk (<math>RR=4,87</math>; <math>95\% CI=0,37-9,37</math>; <math>z=2,12</math>; <math>p=0,03</math>; <math>I^2=0\%</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenhuisopnames</li> </ul> <p><i>Supported employment vs psychische zorg</i></p> <p><b>Follow-up medium termijn (tot één jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verkrijgen van concurrerend werk</li> <li>• Drop-outs</li> </ul>	

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<p><b>Follow-up lange termijn (2+ jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer participanten vonden concurrerend werk (<math>RR=1,51</math>; 95% <math>CI=1,36-1,68</math>; <math>z=7,53</math>; <math>p&lt;0,0001</math>; Drake, 2013)</li> <li>• Betere kwaliteit van leven (QLI; <math>SMD=0,14</math>; 95% <math>CI=0,06-0,23</math>; <math>z=3,42</math>; <math>p=0</math>; Drake, 2013)</li> <li>• Betere mentale gezondheid (SFHS; <math>MD=2,88</math>; 95% <math>CI=1,78-3,98</math>; <math>z=5,15</math>; <math>p&lt;0,0001</math>; Drake, 2013)</li> </ul>		
Prevocational training (Suijkerbuijk et al., 2017)	<p><i>Prevocational training</i> vs psychische zorg</p> <p><b>Follow-up medium termijn (tot één jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer participanten vonden concurrerend werk (<math>RR=8,96</math>; 95% <math>CI=1,77-45,51</math>; <math>z=2,65</math>; <math>p=0,01</math>; <math>I^2=0\%</math>)</li> </ul> <p><b>Follow-up enigszins lange termijn (1+ jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer participanten vonden concurrerend werk (<math>RR=2,19</math>; 95% <math>CI=1,07-4,46</math>; <math>z=2,15</math>; <math>p=0,03</math>; <math>I^2=26,04\%</math>)</li> </ul> <p><b>Follow-up lange termijn (2+ jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lagere score (laag=goed) op positieve schaal van de PANSS</li> </ul>	<p><i>Prevocational training</i> vs psychische zorg</p> <p><b>Follow-up enigszins lange termijn (1+ jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Drop-outs</li> </ul>	Geen



Programmanaam review / meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<p>(<math>MD=-2,48</math>; 95% <math>CI=-3,95</math> tot <math>-1,01</math>; <math>z=3,3</math>; <math>p=0</math>; Xiang, 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lagere score (laag=goed) op negatieve schaal van de PANSS (<math>MD=-1,61</math>; 95% <math>CI=-2,99</math> tot <math>-0,23</math>; <math>z=2,28</math>; <math>p=0,02</math>; Xiang, 2007)</li> <li>• Lagere score (laag=goed) op de PANSS (algemene symptomen; <math>MD=-1,86</math>; 95% <math>CI=-3,09</math> tot <math>-0,63</math>; <math>z=2,96</math>; <math>p=0</math>; Xiang, 2007)</li> <li>• Minder ziekenhuisopnames (<math>RR=0,26</math>; 95% <math>CI=0,11-0,65</math>; <math>z=2,88</math>; <math>p=0</math>; Xiang, 2007)</li> </ul>		
<p><i>Augmented supported employment</i> (Suijkerbuijk et al., 2017)</p>	<p><i>Augmented supported employment vs transitional employment</i></p> <p><b>Follow-up enigszins lange termijn (1+ jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer participanten vonden concurrerend werk (<math>RR=2,45</math>; 95% <math>CI=1,69-3,55</math>; <math>z=4,73</math>; <math>p&lt;0,001</math>; <math>I^2=0\%</math>)</li> </ul> <p><b>Follow-up lange termijn (2+ jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder dagen tot het vinden van werk (<math>RR=-142,8</math>; 95% <math>CI=-238,7</math> tot <math>-46,9</math>; <math>z=2,92</math>; <math>p=0</math>; Gold, 2006)</li> </ul>	<p><i>Augmented supported employment vs supported employment</i></p> <p><b>Follow-up medium termijn (tot één jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verkrijgen van concurrerend werk</li> <li>• Verkrijgen van niet-concurrerend werk</li> <li>• Drop-outs</li> </ul> <p><i>Augmented supported employment vs transitional employment</i></p> <p><b>Follow-up enigszins lange termijn (1+ jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verkrijgen van niet-concurrerend werk</li> </ul>	Geen

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<p><i>Augmented supported employment vs prevocational training</i></p> <p><b>Follow-up enigszins lange termijn (1+ jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer participanten vonden concurrerend werk (<math>RR=5,42</math>; 95% <math>CI=1,08-27,11</math>; <math>z=2,06</math>; <math>p=0,04</math>; <math>I^2=84,59\%</math>)</li> </ul> <p><b>Follow-up lange termijn (2+ jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer weken werk (<math>RR=22,79</math>; 95% <math>CI=15,96-29,62</math>; <math>z=6,54</math>; <math>p&lt;0,001</math>; Tsang, 2010)</li> <li>• Hogere kwaliteit van leven (PWI; <math>SMD=0,41</math>; 95% <math>CI=0,06-0,77</math>; <math>z=2,26</math>; <math>p=0,02</math>; Tsang, 2010)</li> </ul> <p><i>Augmented supported employment vs supported employment</i></p> <p><b>Follow-up enigszins lange termijn (1+ jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer participanten vonden concurrerend werk (<math>RR=1,94</math>; 95% <math>CI=1,03-3,65</math>; <math>z=2,06</math>; <math>p=0,04</math>; <math>I^2=53,74\%</math>)</li> <li>• Meer weken werk (<math>RR=10,09</math>; 95% <math>CI=0,32-19,85</math>; <math>z=2,02</math>; <math>p=0,04</math>; <math>I^2=55,34\%</math>)</li> </ul>	<p><i>Augmented supported employment vs prevocational training</i></p> <p><b>Follow-up enigszins lange termijn (1+ jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Drop-outs</li> </ul>	

Programmanaam review/ meta-analyse (auteurs)	Significante resultaten	Niet-significante resultaten	Modererende factoren
	<p><i>Augmented supported employment vs psychische zorg</i></p> <p><b>Follow-up lange termijn (2+ jaar)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer participanten vonden concurrerend werk (<math>RR=4,32</math>; 95% <math>CI=1,49-12,48</math>; <math>z=2,7</math>; <math>p=0,01</math>; Chandler, 1996)</li> <li>• Meer participanten vonden niet-concurrerend werk (<math>RR=44,69</math>; 95% <math>CI=6,25-319,49</math>; <math>z=3,79</math>; <math>p=0</math>; Chandler, 1996)</li> <li>• Slechtere kwaliteit van leven (QLI; <math>SMD=-0,79</math>; 95% <math>CI=-1,05</math> tot <math>-0,54</math>; <math>z=6,09</math>; <math>p&lt;0,001</math>; Chandler, 1996)</li> </ul>		

## Bijlage 4 Kenmerken reviews en meta-analyses

**Tabel B4.1 Kenmerken reviews en meta-analyses**

Auteurs	Programma	Duur follow-up	k	N	Aantal effect-groottes	Controle-groep	% vrouw	Gemiddelde leeftijd	Land	Andere karakteristieken populatie
Archer et al., 2012	Zorg in samenwerkingsverband	6 mnd - 2+ jaar	79	24.308	90	TAU, TAU + andere interventie	NG	18+	68 VS, 10 VK, 5 Europa, 7 anders	Geen
Barnett et al., 2018	<i>Compulsory Community Treatment</i> (CCT)	6 mnd - 10 jaar	20	181.150	41	Geen CCT	NG	18+	9 VS, 3 Australië, 2 Spanje, 1 Canada, 1 VK	Geen
Benishek et al., 2014	Contingency management	6 mnd	18	2.481	19	17 Groeps- of individuele counseling, 1 geen counseling	NG	18+	17 VS, 1 anders	32% in drugs-programma's, 15% in HIV-centra, daklozenopvang of verslavings-/mentale gezondheids-programma
Blodgett et al., 2014	Langdurige behandeling	6 mnd - 2 jaar	19	3542	19	Geen of minimale behandeling	28,9%	34,7	NG	Geen
Buckley et al., 2015	Ondersteunende therapie	Geen	24	2.126	Ondersteunende therapie vs	5 TAU, 20 elke andere psychologische	NG	16-72	13 VS, 7 VK, 1 Australië, 1	11 outpatient, 3 inpatient, 7 gemixt in- en

Auteurs	Programma	Duur follow-up	<i>k</i>	<i>N</i>	Aantal effect-groottes	Controle-groep	% vrouw	Gemiddelde leeftijd	Land	Andere karakteris-tieken populatie
					standaardzorg: 20 Ondersteu-nende therapie vs elke andere psychische of psychosociale behandeling: 57 Ondersteu-nende therapie vs CGT: 42 Ondersteu-nende therapie vs familie-therapie: 15 Ondersteu-nende therapie vs psycho-educatie: 16 Ondersteu-nende therapie vs vaardig-hedstraining: 3 Ondersteu-nende therapie vs combinatie van andere	of psychosociale behandeling, 13 CGT, 2 psycho-educatie, 3 vaardigheids-training, 2 client-focused case management			Israël, 1 Italië, 1 Zweden	outpatient, 3 niet gerapporteerd

Auteurs	Programma	Duur follow-up	k	N	Aantal effect-groottes	Controle-groep	% vrouw	Gemiddelde leeftijd	Land	Andere karakteristieken populatie
					psychosociale interventies: 2 Ondersteunende therapie + client-focused case management vs client-focused case management: 3					
Dieterich et al., 2017	<i>Intensive casemanagement (ICM)</i>	36 mnd - 10 jaar	40	7.524	40	28 niet-ICM ( <i>caseload</i> -> 20), 11 standaardzorg in de gemeenschap, 1 beide controle-groepen	NG	±38	35 Australië, Canada, VS, 5 Europa	Deels personen zonder vaste woon- of verblijfplaats, mogelijk ook veteranen, co-morbide verslavingsproblematiek
Drake, 2018	<i>Intensive Supervision Programs (ISP)</i>	Tot 15 jaar	NG	17.385 (interventie)	56	TAU	NG	18+	NG	Geen
Egli et al., 2011	Naltrexone	Geen	2	54 (interventie) 32 (controle)	2	1 counseling, 1 gedragstherapie	NG	18+	NG	Geen

Auteurs	Programma	Duur follow-up	k	N	Aantal effect-groottes	Controle-groep	% vrouw	Gemiddelde leeftijd	Land	Andere karakteristieken populatie
	Methadon	Geen	15	1.769 (interventie) 1.706 (controle)	15	3 wachtlijst, 3 detoxificatie, 1 counseling, 1 placebo, 1 treatment community, 5 heroïne	NG	18+	NG	Geen
Goodley et al., 2021	<i>Intensive Community Supervision (ICS)</i>	NG	5	101.748	NG	Geen ICS	NG	18+	NG	Geen
Holloway et al., 2006	Methadon	NG	4	364 (interventie)	4	3 geen behandeling, 1 andere behandeling	NG	18+	3 VS, 1 Zwitserland	Geen
	Therapeutische gemeenschap	NG	7	1746 (interventie)	7	4 geen behandeling, 3 andere behandeling	NG	18+	7 VS	Geen
	Drugsbehandeling (therapeutische gemeenschap, methadon, drugsrechtbank en reclasserings-toezicht)	NG	28	10.552	28	14 geen behandeling, 8 andere behandeling, 5 andere intensiteit van de behandeling	NG	18+	3 VK, 1 Zwitserland, 24 VS	Geen

Auteurs	Programma	Duur follow-up	k	N	Aantal effect-groottes	Controle-groep	% vrouw	Gemiddelde leeftijd	Land	Andere karakteristieken populatie
Hunt et al., 2019	Contingency management	3-18 mnd	4	304	8	standaardzorg	35,9% (o.b.v 2 studies)	43,3 (o.b.v. 3 studies)	4 VS	Geen
	Sociale vaardigheidstraining	3-18 mnd	5	449	20	Standaardzorg	±32,3%	37,6	5 VS	Geen
Huntley et al., 2012	Groep cognitieve gedragstherapie	1 wk - 3+ mnd	29	1.428	23	14 TAU, 7 individuele CGT	NG	18+	Niet gerapporteerd	In eerstelijnszorg of in de gemeenschap
Jørgensen et al., 2011	Disulfiram	Geen	11	1.527	11	3 placebo, 2 niets, 6 ander ontwenningmiddel	<50%	15-76	4 India, 2 Denemarken, 2 VS, 1 Oostenrijk, 1 Finland, 1 Italië	10 gecombineerd met psychosociale therapie
Kisely et al., 2020	Community Treatment Orders (CTO)	1-10 jaar	12	53.170 (interventie) 164.864 (controle)	24	Vrijwillige psychische behandeling	NG	18+	Australië en Nieuw-Zeeland	Geen
Lean et al., 2019	Self-management interventions	één jaar	35	5.790	Symptomen einde behandeling: 17 Symptomen bij follow-up: 13 Positieve symptomen einde behandeling: 8	19 TAU, 3 wachtlijst conditie, 12 actieve controle-condities (e.g. groepscounseling, ergotherapie, psycho-	44%	40	VK, Canada, Hong Kong, Taiwan, VS, Denemarken, Zweden, Israël, Korea, Spanje, Nederland, Japan, Duitsland, China,	Geen



Auteurs	Programma	Duur follow-up	<i>k</i>	<i>N</i>	Aantal effect-groottes	Controle-groep	% vrouw	Gemiddelde leeftijd	Land	Andere karakteris-tieken populatie
					Positieve symptomen follow-up: 6 Negatieve symptomen einde behandeling: 9 Negatieve symptomen follow-up: 7 Depressie en angst symptomen einde behandeling: 5 Depressie en angst symptomen follow-up: 6 Gemiddeld aantal heropnames einde behandeling: 5 Gemiddeld aantal heropnames follow-up: 5	therapie), 3 combinatie van actieve controleconditie en TAU			Australië, Singapore	

Auteurs	Programma	Duur follow-up	<i>k</i>	<i>N</i>	Aantal effect-groottes	Controle-groep	% vrouw	Gemiddelde leeftijd	Land	Andere karakteris-tieken populatie
					Totaal aantal participanten heropgenomen einde behandeling: 2 Totaal aantal participanten heropgenomen follow-up: 10 Duur van opname einde behandeling: 5 Duur van opname follow- up: 7 Totaal zelfbeoordeling van herstel einde behandeling: 11 Totaal zelfbeoordeling van herstel follow-up: 7 Empowerment einde behandeling: 3					

Auteurs	Programma	Duur follow-up	k	N	Aantal effect-groottes	Controle-groep	% vrouw	Gemiddelde leeftijd	Land	Andere karakteris-tieken populatie
					Empowerment follow-up: 2 Hoop einde behandeling: 2 Hoop follow-up: 2 Self-efficacy einde behandeling: 4 Functioneren einde behande-ling: 15 Functioneren follow-up: 14 Kwaliteit van leven einde behandeling: 9 Kwaliteit van leven follow-up: 7					
Lipsey et al., 2007	Cognitieve gedrags-therapie	1- 36 mnd	52	14 - 3000	58	Geen CGT	0-100%	Meerderheid 18+	24 VS, 10 Canada, 5 VK, 1 Nieuw-Zeeland	Geen
Malone et al., 2007	<i>Community Mental Health Teams</i> (CMHT)	3 mnd - één jaar	3	587	Overlijden (elke oorzaak): 3 Overlijden (suicide): 3	standaard ziekenhuiszorg	-> 50%	16-65	3 VK	Geen

Auteurs	Programma	Duur follow-up	k	N	Aantal effect-groottes	Controle-groep	% vrouw	Gemiddelde leeftijd	Land	Andere karakteris-tieken populatie
					Overlijden (fysieke ziekte): 3 Vroegtijdig verlaten van de studie: 2 Ziekenhuis-opname: 3 Bezoek spoedeisende hulp: 3 Contact met primaire zorg: 3 Contact met sociale services: 2 Politie-contact : 2					
Moledina et al., 2021	Assertive Community Treatment (ACT)	2-3 jaar	10	NG	8	TAU	NG	18+	8 VS	Zonder vaste woon- of verblijfplaats
	<i>Intensive case management</i> (ICM)	2 jaar	17	NG	16	TAU	NG	18+	14 VS, 1 VK, 1 Australië	Zonder vaste woon- of verblijfplaats, twee adolescenten

Auteurs	Programma	Duur follow-up	k	N	Aantal effect-groottes	Controle-groep	% vrouw	Gemiddelde leeftijd	Land	Andere karakteristieken populatie
	Permanente ondersteunende huisvesting	6 mnd - 6 jaar	41	NG	15	TAU	NG	18+	11 VS, 4 Canada	I.c.m ACT of ICM, Zonder vaste woon- of verblijfplaats
	<i>Housing vouchers</i>	NG	15	NG	10	TAU	NG	18+	7 VS, 3 Canada	Zonder vaste woon- of verblijfplaats
Morriss et al., 2013	Training voor signaleren terugkeer schizofrenie symptomen	3 jaar	34	3554	41	TAU, TAU + andere psychologische therapie	NG	28-54	11 Noord-Amerika, 11 Europa, 1 Oost-Azië, 1 Australië	Tweedelijnszorg setting
Negt et al., 2016	Cognitief gedragsanalyse systeem van psychotherapie (CBASP)	Geen	6	1510	10	2 antidepressiva, 1 korte ondersteunende psychotherapie + antidepressiva, 1 interpersoonlijke psychotherapie, 1 TAU, 1 mindfulness cognitie therapie + TAU	58,7%	44	3 Duitsland, 2 VS, 1 Nederland	Geen

Auteurs	Programma	Duur follow-up	k	N	Aantal effect-groottes	Controle-groep	% vrouw	Gemiddelde leeftijd	Land	Andere karakteris-tieken populatie
Perry et al., 2009	<i>Intensive Community Supervision (ICS)</i>	6 mnd - 3,5 jaar	7	NG	7	4 routine reclasseringsto ezicht, 3 ICS (in vergelijking met ICS + extra toezicht)	27 - 3,3%	15,7-39	VS	Geen
Pharoa et al., 2010	Familie-interventies voor schizofrenie	tot 8 jaar	53	NG	<u>Familie-interventies vs standaardzorg</u> Ziekenhuis-opname: 22 Terugval: 55 Globale staat niet verbeterd: 2 Gemiddelde score GAF: 2 Gemiddelde eindscore SCL-90: 1 Gemiddelde eindscore BPRS: 3 Gemiddelde verandering score BPRS: 3 Gemiddelde eindscore PANSS: 5	Standaardzorg of TAU met medicatie	NG	16-80	28 China, 12 Europa, 10 VS, 2 Australië, 1 Canada	Geen

Auteurs	Programma	Duur follow-up	<i>k</i>	<i>N</i>	Aantal effect-groottes	Controle-groep	% vrouw	Gemiddelde leeftijd	Land	Andere karakteris-tieken populatie
					Vroegtijdig verlaten van de studie: 30 Slechte medicatie- trouw: 10 Overlijden: 11 Sociale beperking: 2 Sociaal functioneren: 3 Werkeloosheid: 5 Niet zelfstandig kunnen leven: 3 Gemiddelde eindscore SDSS: 1 Onvoldoende zorg door familie: 2 Emotie van familie: 5 Gemiddelde eindscore QoL: 1 <u>Familie-</u> <u>interventie vs</u>					

Auteurs	Programma	Duur follow-up	k	N	Aantal effect-groottes	Controle-groep	% vrouw	Gemiddelde leeftijd	Land	Andere karakteris-tieken populatie
					<u>individuele familie-interventie</u> Terugval: 5					
Pitt et al., 2013	Inzet van ervarings-deskundigen voor schizofrenie	12 mnd	11	2.796	<u>Consumer provided vs professional staff</u> Symptomen: 3 Tevredenheid: 2 Cliënt-manager relatie: 2 Gebruik mentale gezondheid services: 9 Gebruik crisisdienst: 2 <u>Consumer provided vs standaardzorg</u> Tevredenheid: 2 Attrition: 3 Duur ziekenhuisopname: 2	Professionals, TAU	NG	18+	9 VS, 1 VK, 1 Australië, 2 meerdere landen	Geen



Auteurs	Programma	Duur follow-up	k	N	Aantal effect-groottes	Controle-groep	% vrouw	Gemiddelde leeftijd	Land	Andere karakteris-tieken populatie
Roberts et al., 2021	Videogames voor schizofrenie	3 mnd	7	468	<u>Videogames + standaardzorg vs cognitieve remediatie</u> Functioneren: 3 PANSS (totaal): 4 PANSS (negatief): 2 PANSS (positief): 2 Vroegtijdig verlaten van de studie: 5 Kwaliteit van leven (einde behandeling): 2	Cognitieve remediatie, standaardzorg, gewone videogames	24%	18 - 60	Australië, China, Spanje, VS	Geen
Schmucker et al., 2017	Behandeling voor zedendelinquenten	1-7+ jaar	27	16-2557 per studie	29	Geen behandeling	0%	31,13	11 Canada, 8 VS, 3 VK, 3 Duitsland, 4 anders	Geen
Smith et al., 2018	Reclasseringsto ezicht	12-36 mnd	13	NG	25	TAU, ander niveau van toezicht, combinatie van beiden	3-23%	26-3	9 VS, 2 VK, 1 Canada, 1 Australië	Geen

Auteurs	Programma	Duur follow-up	k	N	Aantal effect-groottes	Controle-groep	% vrouw	Gemiddelde leeftijd	Land	Andere karakteris-tieken populatie
Suijkerbuijk et al., 2017	<i>Supported employment (SE)</i>	≤12-12+ mnd	22	6.000	Verkrijgen concurrerend werk: 22 Aantal weken concurrerend werk: 13 Dagen tot eerste concurrerend werk: 5 Verkrijgen niet-concurrerend werk: 12 Kwaliteit van leven: 6 Mentale gezondheid: 1 Drop-outs: 18 Ziekenhuis-opnames: 3	11 PVT, 7 TE, 4 psychische zorg,	NG	36,9 (o.b.v. 20 studies)	10 VS, 1 Zweden, 1 Nederland, 2 Zwitserland, 2 VK, 1 Japan, 1 China, 2 Australië, 1 Canada, 1 meerdere Europese landen	Geen
	<i>Prevocational training (PVT)</i>	≤12-12+ mnd	4	380	Verkrijgen concurrerend werk: 4 Mentale gezondheid: 4 Drop-outs: 2 Ziekenhuis-opnames: 1	4 psychische zorg	39,5%	34,1	2 China, 2 VS	Geen

Auteurs	Programma	Duur follow-up	k	N	Aantal effect-groottes	Controle-groep	% vrouw	Gemiddelde leeftijd	Land	Andere karakteris-tieken populatie
	<i>Augmented supported employment (SE+)</i>	≤12-12+ mnd	10	1.111	Verkrijgen concurrerend werk: 11 Aantal weken concurrerend werk: 4 Dagen tot eerste concurrerend werk: 1 Verkrijgen niet-concurrerend werk: 5 Kwaliteit van leven: 2 Drop-outs: 4	5 SE, 1 psychische zorg, 1 SE + TE, 1 SE en PVT, 1 PVT, 1 TE	40,7%	33,8 (o.b.v. 9 studies)	7 VS, 1 China, 1 Canada, 1 VK	Geen
Wong et al., 2019	Halfway House	12-36 mnd	9	16.126 (interventie) 17.075 (controle)	15	9 voorwaardelijke invrijheidsstelling	NG	18+	8 VS, 1 IJsland	Geen

## Bijlage 5 Overzicht niet-significante programma's

De studies en programma's in onderstaande tabel voldeden aan alle inclusiecriteria, maar bevatten geen significante resultaten. Omdat het rapport zich richt op *effectieve* toezicht/behandelprogramma's zijn programma's met enkel niet-significante resultaten niet meegenomen in de meta-review.

**Tabel B5.1 Niet-significante programma's**

Auteurs	Programma	Doelgroep
Drake (2018)	<i>Intensive Supervision Program (ISP)</i> met alleen toezicht	Justitiabelen (algemeen)
Drake (2018)	<i>Swift-, Certain-, Fair-supervision</i>	Justitiabelen (algemeen)
Egli et al. (2009)	Buprenorfine	Justitiabelen met een verslaving
Hunt et al. (2019)	Motiverend interviewen (+ CGT)	Justitiabelen met een psychische stoornis
Moledina et al. (2021)	<i>Critical Time Intervention</i>	Justitiabelen met een psychische stoornis
Moledina et al. (2021)	<i>Peer Supportive Interventions</i>	Justitiabelen met een psychische stoornis
Välmäki et al. (2012)	<i>Technology-mediated psychoeducation</i>	Justitiabelen met een psychische stoornis
Marshall et al. (2001)	Dagbehandeling	Justitiabelen met een psychische stoornis
Shek et al. (2010)	Dagbehandeling	Justitiabelen met een psychische stoornis
Holloway et al. (2006)	<i>Post-release supervision</i>	Justitiabelen (algemeen)
Visher et al. (2005)	<i>Ex-offender employment programs</i>	Justitiabelen (algemeen)

## Bijlage 6 Indeling categorieën uitkomstmaten

**Tabel B6.1 Indeling categorieën uitkomstmaten**

Categorie	Uitkomstmaten
Crimineel gedrag	Recidive Criminaliteit
Functioneren	Algemeen functioneren Zelfbeoordeling van herstel Zelf-effectiviteit Gevoel van empowerment Gevoel van hoop Mentale toestand Sociaal functioneren Kennis over de ziekte Vijandigheid Mentale staat PANNS Verbetering in algemene zin Cognitief sociaal functioneren Mentale gezondheid Contacten in de gemeenschap Overleven in de gemeenschap Vrije tijd Veiligheid
Huisvesting en werk	Aantal dagen stabiele huisvesting Risico op werkloosheid Zelfstandig wonen Tijd in gemeenschapshuizen Tijd in opvanglocaties Tijd op straat Werkgelegenheid Inkomen Kans op werk Huisvesting Wonen Vinden van werk Aantal weken werk Aantal dagen die nodig zijn om werk te vinden
Middelengebruik	Alcohol-, drugs- en middelengebruik Alcoholonthouding Overall effect op verslaving Dagen met alcohol-gerelateerde problemen Geld uitgeven aan alcohol
Kwaliteit van leven	Kwaliteit van leven (fysiek) Kwaliteit van leven (mentaal)
Servicegebruik	Aantal opnamedagen Heropname Gebruik van gemeenschapsdiensten

Categorie	Uitkomstmaten
	Heropnames in het ziekenhuis (Aantal) ziekenhuisopnames Bezoek aan de eerste hulp Gemiddeld aantal ziekenhuisdagen per maand Duur ziekenhuisopname Gebruik crisisdienst Risico op contactverlies met psychiatrische dienstverlening
Symptomen	Symptomen van depressie Angst Gedachtenverstoring Symptomen van schizofrenie Terugvalsymptomen van schizofrenie Terugval Suïcidale gedachten
Tevredenheid	Tevredenheid (algemeen) Tevredenheid over het leven Tevredenheid over vrije tijd Tevredenheid over financiën Tevredenheid over veiligheid Tevredenheid over gezondheid Tevredenheid over familie
Vroegtijdig verlaten van het onderzoek	Vroegtijdig verlaten van het onderzoek

Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum (WODC), Kennisinstituut voor de rechtsstaat, is een onafhankelijk kennisinstituut dat valt onder het ministerie van Justitie en Veiligheid. Het WODC draagt bij aan behoud en verbetering van de rechtsstaat via het (laten) uitvoeren van kwalitatief hoog wetenschappelijk onderzoek. En door het aanbieden van gevraagde en ongevraagde kennis, verbeterpunten en (waar mogelijk) denkrichtingen.

Meer informatie:

[www.wodc.nl](http://www.wodc.nl)