

# Forensische pilotprojecten 'medium security'

## Herval in delictgedrag na behandeling van geïnterneerden ressorterend onder CBM Gent

INGE JEANDARME<sup>a</sup>  
CLAUDIA POULS<sup>b</sup>  
CISKA WITTOUCK<sup>c</sup>  
FREYA VANDER LAENEN<sup>d</sup>  
MICHÈLE AMPE<sup>e</sup>  
RUDY VERELST<sup>f</sup>  
STEVEN DEGRAUWE<sup>g</sup>  
T.I. OEI<sup>h</sup>  
STEFAN BOGAERTS<sup>i</sup>



*Panopticon*, 36 (3), 227-247

© 2015 Maklu | ISSN 0771-1409 | May 2015

- a Coördinator, Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor), Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (Corresp.: inge.jeandarme@opzcrekem.be).
- b Onderzoekster, Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor), Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem.
- c Doctoraatsstudente, Vakgroep Psychiatrie en Medische Psychologie, Universiteit Gent.
- d Hoofddocent, Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal Recht, Institute for International Research on Criminal Policy, Universiteit Gent.
- e Assistent, Vakgroep Wiskunde en Statistiek, I-BioStat.
- f Psychiater, Sint-Kamillus Bierbeek.
- g Psycholoog en Therapeutisch Coördinator Gesloten Forensisch Rehabilitatietehuis, Sint-Kamillus Bierbeek.
- h Hoogleraar em., Faculteit Rechtsgeleerdheid, departement Strafrecht, Universiteit van Tilburg.
- i Hoogleraar, departement Ontwikkelingspsychologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit van Tilburg; hoofd onderzoek en behandelinnovatie, FPC de Kijvelanden/Dok, FPC Gent.

### ABSTRACT

#### Medium Security Units in Flanders: Relapse after Treatment of Forensic Psychiatric Patients under the Authority of the Commission of the Protection of Society Ghent

Recidivism rates for forensic medium security patients ('internees') in Flanders are lacking. The current article discusses recidivism rates in a medium security population under the authority of the Commission of the Protection of Society (CPS) Ghent. The research consisted of two studies. In the first study, recidivism was based on official convictions; in the second study a second outcome measure was taken into account ('incidents'). The base rate in the first study was 13% for general and 7% for violent recidivism. This increased to 40% in the second study, indicating that incidents are often not brought to court. Habitual offenders recidivated more than occasional offenders.

**Keywords:** recidivism, medium security, CPS

**Kernwoorden:** recidive, medium security, CBM

### 1. INLEIDING

Geïnterneerden vallen in Vlaanderen onder de bevoegdheid van een Commissie ter Bescherming van de Maatschappij (CBM) en verblijven in psychiatrische afdelingen van een gevangenis, in penitentiaire instellingen voor Sociaal Verweer (Merkplas, Turnhout of Brugge) of ze worden behandeld in een medium security afdeling (MSA) of binnen de algemene geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (VANDER LAENEN & DE CAUWER, 2011). De huidige studie gaat dieper in op de drie MSA's die in 2011 werden opgericht binnen het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum te Rekem, het Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist te Zelzate

en het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek. De benaming 'medium security' verwijst naar een gemiddeld veiligheidsrisico<sup>1</sup> voor zichzelf en de samenleving, en een gemiddeld risico op herval (MOENS & PAUWELYN, 2012). Forensische MSA behandelingen beogen het risico op recidive tot een aanvaardbaar niveau te verlagen, zodat geïnterneerden kunnen overgeplaatst worden naar een minder beveiligde omgeving. De MSAs in Vlaanderen richten zich op Nederlandstalige geïnterneerden met enige mate van motivatie en leerbaarheid en, op psychiatrisch vlak, bij voorkeur met een psychotische en/of een persoonlijkheidsstoornis. Exclusiecriteria voor opname zijn een op de voorgrond staande seksuele of verslavingsproblematiek en/of een hoge mate van psychopathie (DE SMEDT, MARIËN & VERMEIREN, 2008). Enkel de MSA van Zelzate heeft sinds 2006 ook een aanbod voor vrouwelijke geïnterneerden. Sinds de start in 2001 werd het forensisch beddenbestand uitgebreid en werd het aanbod aangevuld met forensisch psychiatrische verzorgingstehuizen en forensisch beschut wonen. Ondanks de uitbouw van dit forensisch circuit blijft het projectkarakter tot op heden behouden. Sinds 1 januari 2007 gebeurt de financiering volledig via de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, waarbij er een structureel toegekende basisfinanciering verbonden is aan 40 ziekenhuisbedden per site. Daarnaast is er een aanvullende financiering voor de extra omkadering van de ziekenhuisbedden en voor de omkadering van de forensisch psychiatrische verzorgingstehuizen en geïntegreerd wonen, geregeld in een jaarlijks te verlengen overeenkomst tussen de initiatiefnemers en de FOD Volksgezondheid (TRIEST, 2009).

Ondanks de inspanningen die de overheid doet sinds 2001 zijn de behandelmogelijkheden voor geïnterneerden nog steeds ontoereikend. Zo verbleven er in augustus 2012 nog steeds 699 geïnterneerden bij gebrek aan doorverwijsmogelijkheden in een Vlaamse gevangenis (MOENS & PAUWELYN, 2012).

Effectiviteit van een forensische behandeling wordt idealiter over een brede waaier van indicatoren gemeten, onder meer aan de hand van klinische en humanitaire uitkomstmaten zoals levenskwaliteit. Eén van de belangrijkste indicatoren betreft strafrechtelijke recidive (WARTNA, 2009; Yiend *et al.*, 2011). Toch blijkt het bestuderen van recidive in een forensische context gepaard te gaan met heel wat methodologische moeilijkheden. Studies in het forensische veld gebruiken voor de operationalisering van recidive uiteenlopende uitkomstmaten, gebaseerd op verschillende fasen in het strafrechtelijk proces (bijvoorbeeld aanhouding, veroordeling of heropsluiting in de gevangenis) en verschillende methodes zoals zelfrapportage of gestandaardiseerde instrumenten. Daarnaast variëren de follow-up periodes en de operationalisering van een delict (CHAMBERS *et al.*, 2009). Algemeen worden veroordelingscijfers als één van de meest betrouwbare bronnen voor recidive aanzien, ook al geven ze een onderschatting van de werkelijk gepleegde recidive (WARTNA, 2009). In de huidige studie wordt een onderscheid gemaakt tussen algemene en gewelddadige recidive. Algemene recidive verwijst naar het voorkomen van herval, ongeacht het type delict. Gewelddadige recidive verwijst naar herval in strafbare feiten met een gewelddadig karakter, zoals doodslag, slagen en verwondingen, verkrachting, bedreiging of diefstal met bedreiging.

<sup>1</sup> Veiligheid is een essentieel aspect in de forensische zorg en bestaat uit drie aspecten: 1) omgevings- of materiële beveiliging, 2) procedurele beveiliging en 3) relationele beveiliging (KENNEDY, 2002). Waar de twee eerste componenten uitgaan van het aanbodperspectief, is de derde component nauw verbonden met het risicoprofiel en de veiligheidsnoden van de patiënt (H. VERTOMMEN, persoonlijke communicatie, 13 augustus, 2013).

### 1.1. Recidivecijfers bij geïnterneerden in België

Nationale recidivecijfers bij geïnterneerden zijn niet voorhanden in België. Wel werd één nationaal onderzoek uitgevoerd bij gedetineerden (waaronder geïnterneerden) naar het aantal heropsluitingen na vrijlating uit de gevangenis. De auteurs vonden een hoog percentage heropsluitingen (62,3%) van geïnterneerden na een follow-up periode van 5,7 tot 8,7 jaar (ROBERT & MAES, 2012). Hoewel in deze studie geen zuivere recidivemaat werd gebruikt<sup>2</sup>, stemt dit cijfer tot nadenken.

In drie Waalse studies bij (deels overlappende) populaties van geïnterneerde seksueel delinquenten varieerden de recidivecijfers van 33 tot 34% voor algemene recidive, van 5 tot 17% voor gewelddadige recidive en van 25 tot 26% voor seksuele recidive, telkens over 2,5 tot 4,2 jaar (DUCRO & PHAM, 2006; MENGHINI, DUCRO & PHAM, 2005; PHAM & DUCRO, 2008). Een studie bij 110 geïnterneerde (seksuele) geweldsdelinquenten toonde 21% algemene en 9,1% geweldsrecidive over 3,4 jaar (PHAM, DUCRO, MARGHEM & REVEILLÈRE, 2005). In Vlaanderen zijn geen recidivecijfers gepubliceerd (MOENS & PAUWELYN, 2012).

### 1.2. Internationale recidivecijfers bij forensisch psychiatrische populaties

Een vergelijkende studie in 2006 toonde aan dat 19 van de 41 onderzochte Europese landen – waaronder België – geen nationale recidivecijfers hadden (WARTNA & NIJSSEN, 2006). Voor (gedeeltelijk) ontoerekeningsvatbare populaties worden internationaal enkel recidivecijfers bij subpopulaties gerapporteerd.<sup>3</sup> In Nederland toonde een studie bij een volledig ontoerekeningsvatbare populatie 43,5% recidive één jaar na een strafrechtelijke plaatsing<sup>4</sup> (NOWAK & NUGTER, 2014). In Zweden werden algemene recidivecijfers van 8% en 63% teruggevonden bij oplopende follow-up periodes (respectievelijk 6,1 en 8,2 jaar) en 7%, 23,8% en 46% geweldsrecidive (follow-up periodes respectievelijk 3,6, 6,1 en 8,2 jaar) (LUND, HOFVANDER, FORSMAN, ANCKARSÄTER & NILSSON, 2013; NILSSON, WALLINIUS, GUSTAVSON, ANCKARSÄTER & KEREKES, 2011; TABITA, DE SANTI & KJELLIN, 2012). In Duitsland herviel 6,6% in een gewelddadig delict na 2,5 jaar (MÜLLER-ISBERNER, FREESE, JOCKEL & GONZALEZ CABEZA, 2000). Bij medium security populaties in Engeland werd 10,4% en 15% algemene en 6% gewelddadige recidive gevonden over 2 jaar (COID, HICKEY, KAHTAN, ZHANG & YANG, 2007; EDWARDS, STEED & MURRAY, 2002; FRIENDSHIP, McCLINTOCK, RUTTER & MADEN, 1999; MADEN, SCOTT, BURNETT, LEWIS & SKAPINAKIS, 2004). Na een follow-up periode van 6 jaar stegen deze cijfers tot 30,4% en 34% voor algemene en 18% voor gewelddadige recidive (COID *et al.*, 2007; FRIENDSHIP *et al.*, 1999) en na 9,4 jaar tot 47,8% algemene recidive en 14,4% ernstige geweldsrecidive (DAVIES, CLARKE, HOLLIN & DUGGAN, 2007).

In Canada recidiveerde 19,6% na drie jaar, 22,9% na vier jaar en 36% na tien jaar met een geweldsdelict (RICE, HARRIS & LANG, 2013; M. RICE, persoonlijke communicatie, 27 februari, 2014). Een oudere Canadese studie vond lagere recidivecijfers (7,3% algemene en 1,83% gewelddadige recidive na 6,7 jaar; LUETTGEN, CHRAPKO & REDDON, 1998). In de Verenigde Staten vond men in Wisconsin 7,1% algemene recidive en 3,7% geweldsrecidive na 2,9 jaar (VITACCO *et al.*, 2008). In Saint Louis recidiveerde na het succesvol afmaken van de behandeling 14,5% en na vroegtijdige beëindiging 38% na 1 jaar (DIRKS-LINHORST & LINHORST, 2012). In Californië werden algemene recidivecijfers van 50,8% gerapporteerd na 2 jaar (LEE, 2003). In L.A. werd

<sup>2</sup> De auteurs spreken zelf over een *by proxy* recidivemaat. Of deze heraanhoudingen het gevolg zijn van herval in nieuwe feiten of het louter overtreden van de interneringsvoorwaarden, kan uit dit onderzoek niet afgeleid worden.

<sup>3</sup> Terbeschikkinggestelden (Nederland) worden in het (niet-exhaustief) overzicht buiten beschouwing gelaten omdat deze populatie te sterk afwijkt.

<sup>4</sup> Een strafrechtelijke plaatsing kan worden opgelegd voor een maximale duur van één jaar in geval van volledige ontoerekeningsvatbaarheid.

na 1,9 jaar 10,1% heraaangehouden (BERTMAN-PATE *et al.*, 2004). BONTA, BLAIS EN WILSON (2014) rapporteerden in hun meta-analyse (met voornamelijk Noord Amerikaanse studies) 39% algemene en 23% gewelddadige recidive na gemiddeld 4,9 jaar. In Nieuw-Zeeland vond men na twee jaar 15% algemene en 5,8% geweldsrecidive en na 10 jaar 40% algemene recidive (SKIPWORTH, BRINDED, CHAPLOW & FRAMPTON, 2006). In Japan tot slot werd over een mediane follow-up periode van 10,8 jaar 10,6% opnieuw gearresteerd of gevonnist wegens een geweldsdelict (YOSHIKAWA *et al.*, 2007).

Uit bovenstaande blijkt dat recidivecijfers in Europa en daarbuiten sterk variëren, meer bepaald van 7,1% tot 63% voor algemene recidive en van 1,8% tot 46% voor gewelddadige recidive. Bovenvermelde studies kunnen vanwege methodologische verschillen niet zonder meer met elkaar vergeleken worden. Belangrijke verschillen zijn onder andere de lengte van follow-up en de uitkomstmaten. Zo worden nieuwe veroordelingen in meer dan de helft van de besproken studies (52,6%) gebruikt terwijl in de andere studies ook heraanhoudingen meetellen (26,3%) of nog bredere recidivematen zoals heropname in een forensisch ziekenhuis wegens nieuwe feiten (21,1%). Ook de context waarbinnen recidive wordt gemeten verschilt. Zo includeren sommige studies periodes van heropname en/of detentie (o.a. FRIENDSHIP *et al.*, 1999; LUND *et al.*, 2013) terwijl andere studies alle periodes van (reguliere) residentiële opname excluseren (COID *et al.*, 2007). MORGAN *et al.* (2012) benadrukten het nijpend tekort aan goede studies, waardoor geen uitspraken konden gedaan worden over het effect van behandeling op strafrechtelijke recidive, hoewel er wel een positief verband was met een aantal gedragskenmerken.<sup>5</sup> In een andere meta-analyse werd een algemene vermindering gevonden in strafrechtelijke tussenkomsten zoals een afname in detentieduur en arrestaties na behandeling. Ook voor het aantal nieuwe veroordelingen bestond een positieve trend; het overtreden van voorwaarden bleek negatief gecorreleerd met behandeling (MARTIN, DORKEN, WAMBOLDT & WOOTTEN, 2012). Na een follow-up periode van 13 tot 20 jaar vonden LUND en collega's (2013) in Zweden geen verschil meer tussen delinquenten die na een forensisch onderzoek een gevangenisstraf of alternatieve sanctie kregen, dit in tegenstelling tot eerdere bevindingen na een kortere follow-up (NILSSON *et al.*, 2011).

### 1.3. Voorspellers van gewelddadige recidive bij forensisch psychiatrische populaties

Voorspellers van gewelddadige recidive bij forensisch psychiatrisch patiënten zijn gelijkwaardig aan deze bij een delinquentenpopulatie (BONTA *et al.*, 2014). Een ernstige psychiatrische stoornis zoals psychose blijkt eerder een zwakke of negatieve voorspeller te zijn van gewelddadige recidive. Intellectuele beperkingen zijn zwak gerelateerd aan criminaliteit, hoewel verstandelijk beperkte personen wel oververtegenwoordigd zijn in de forensische psychiatrie (CULLEN, GENDREAU, JARJOURA & WRIGHT, 1997; LUNSKY *et al.*, 2011; MAES, GOETHALS & VERLINDEN, 2009). Een persoonlijkheidsstoornis blijkt de kans op geweldsrecidive dan weer sterker te vergroten (COID *et al.*, 2007). Ook wanneer er sprake is van middelenmisbruik, en in het bijzonder alcoholmisbruik, verhoogt het recidiverisico (BONTA *et al.*, 2014; SPREEN, BRAND, TER HORST & BOGAERTS, 2014). Van de acht best gevalideerde risicofactoren ('Central Eight') zijn met name een antisociaal persoonlijkheidspatroon (en meer specifiek ook psychopathie), procriminele attitudes en een geschiedenis van antisociaal gedrag het best in staat om geweldsrecidive te voorspellen (BONTA *et al.*, 2014). Daarnaast stelden WARTNA, EL HARBACHI en VAN DER KNAAP (2005) een verband vast tussen gewelddadige recidive en mannelijk geslacht, veelplegers, jonge leeftijd bij ontslag, Nederlandse afkomst, type indexdelict, ontbreken van

<sup>5</sup> Alle behandelingen – ook in gevangenissen – bij delinquenten met een ernstig psychiatrisch ziektebeeld werden in deze studie geïncludeerd. Behandelings-effect werd gemeten ten opzichte van controlegroepen of pre- en postmetingen.

proefverlof en ongeoorloofde afwezigheid. Ook de hoeveelheid antecedenten en (jonge) leeftijd ten tijde van de eerste veroordeling bleken een verklarende factor te zijn (COID *et al.*, 2007; NILSSON *et al.*, 2011).

Daarnaast zijn er momenteel meer dan 100 instrumenten beschikbaar om het risico op (gewelddadig) herval te voorspellen, waarvan de *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; HARE, 2003) en de *Historical Clinical Risk Management-20* (HCR-20; WEBSTER, DOUGLAS, EAVES & HART, 1997) het meest gebruikt worden in de praktijk (HURDUCAS, SINGH, DE RUITER & PETRILA, 2014; KHIROYA, WEAVER & MADEN, 2009; SINGH *et al.*, 2014). Deze instrumenten hebben tevens hun voorspellend vermogen bewezen binnen forensisch psychiatrische populaties (DOLAN & KHAWAJA, 2004; GRAY, TAYLOR & SNOWDEN, 2008; LEISTICO, SALEKIN, DECOSTER & ROGERS, 2008).

Non-compliance<sup>6</sup> wordt klinisch vaak aanzien als een marker voor herval, maar is tot nog toe in een forensische populatie weinig onderzocht. Non-compliance bleek wel samen te hangen met een hoger risico op terugplaatsingen bij forensisch psychiatrische patiënten (BERTMAN-PATE *et al.*, 2004) en geweldsincidenten tijdens behandeling (JEANDARME *et al.*, 2015). Ook werd deze factor in verband gebracht met herval bij partnermishandeling (KINDNESS *et al.*, 2009).

#### **1.4. Slachtoffers van geweld door forensisch psychiatrische patiënten**

Studies tonen aan dat slachtoffers van geweld door psychiatrische patiënten meestal bekenden zijn van de dader, zoals familieleden, vrienden of kennissen of professionelen zoals hulpverleners of politie (JOYAL, DUBREUCQ, GENDRON & MILLAUD, 2007; NORDSTROM & KULLGREN, 2003; STEADMAN, MULVEY, MONAHAN *et al.*, 1998). Psychiatrische patiënten hebben zelf ook een hogere kans om slachtoffer te worden in vergelijking met de algemene populatie (o.a. CHOE, TEPLIN & ABRAM, 2008).

#### **1.5. Het huidig onderzoek**

De huidige studie geeft een beschrijvend overzicht van de recidivecijfers binnen een subpopulatie geïnterneerden na opname in een medium security afdeling ('studie 1'). Daarnaast werden een aantal meer concrete onderzoeksvragen geformuleerd. Ten eerste werd verwacht dat ten gevolge van de vermoedelijke onderrapportage bij het gebruik van strafregisters de base rate voor incidenten significant hoger is dan deze voor recidive ('studie 2'). Als tweede hypothese werd vooropgesteld dat, in navolging van de internationale literatuur, vooral bekenden slachtoffer worden van gewelddadige feiten. Omdat MSA's zich met name richten op de behandeling en preventie van agressief gedrag, werden geïnterneerden met en zonder (seksueel) gewelddadig feit met elkaar vergeleken op een aantal demografische, klinische, delict- en behandelingsgerelateerde variabelen. Hierbij werd als derde hypothese verwacht dat historische factoren zoals leeftijd bij eerste vonnis of aantal antecedenten herval in een geweldsdelict beter voorspellen dan klinische factoren zoals een majeure psychiatrische problematiek. Bij het ontbreken van een controlegroep – geïnterneerden of veroordeelden met een psychische stoornis die zonder behandeling werden vrijgesteld – kunnen vooralsnog geen definitieve uitspraken gedaan worden over een mogelijk behandel-effect. De beoordeling van de effectiviteit van behandeling is überhaupt geen sinecure, gezien de grote hoeveelheid aan factoren die een invloed (kunnen) uitoefenen op het al dan niet plegen van een nieuw delict (*black box*). Toch werd getracht de evolutie in delictgedrag voor en na behandeling in kaart te brengen.

<sup>6</sup> Onder non-compliance wordt verstaan dat patiënten zich niet conformeren aan behandelafspraken en -voorschriften.

## 2. METHODE

### 2.1 Procedure<sup>7</sup>

Tussen 2001 en 2010 werden 203 geïnterneerden – onder de bevoegdheid van de Gentse CBM – behandeld in een medium security afdeling. Negen onder hen werden tijdens de studieperiode niet ontslagen en twee overleden. Van de uiteindelijke onderzoekspopulatie ( $n = 192$ ) werd 64,1% behandeld in Zelzate ( $n = 123$ ), 20,3% in Bierbeek ( $n = 39$ ) en 15,6% in Rekem ( $n = 30$ ). Informatie betreffende de kenmerken van de geïnterneerden ('persoonsgerelateerd') werd verzameld via de CBM dossiers en de MSA behandeldossiers. Door gebruik te maken van secundaire data kon niet altijd worden nagegaan of de informatie op een valide en betrouwbare manier verzameld werd (LIEVENS, 2001). Waar mogelijk werden ontbrekende gegevens toegevoegd, maar met name de PCL-R en HCR-20 bleek vaak niet afgenomen te zijn. Anderzijds is het net een sterkte van de studie dat de praktijkvoering beschreven wordt.

In het kader van studie 1 werden veroordelingcijfers (hierna 'recidive') tijdens en na aflopen van de indexinternering verzameld door uittreksels van het Centraal Strafregister van de FOD Justitie op te vragen op 16/2/2012. Deze veroordelingen omvatten niet enkel gevangenisstraffen, maar tevens werkstraffen, interneringsmaatregelen, geldstraffen of (probatie-)opschortingen of uitstel. De pleegdata werden opgevraagd via de parketten. In studie 2 werd voor de periode van de indexinternering<sup>8</sup> in de CBM dossiers nagegaan of het aandeel gerapporteerde als misdrijf omschreven incidenten (hierna 'incidenten') afweek van de recidivecijfers.

De strafrechtelijke reactie op de incidenten werd nagegaan via 1) de beslissingen van de CBM over de van toepassing zijnde voorwaarden, 2) de detentiefiches uit het administratief registratiesysteem SIDIS-Griffie van het Directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen van het gevangeniswezen, en 3) de uittreksels van het strafregister, in combinatie met de inhoudelijke informatie bij de parketten (pleegdatum).

### 2.2. Uitkomstmaten

In studie 1 werd recidive gedefinieerd als elke nieuwe veroordeling en/of internering, uitgesproken na beëindiging van de (eerste) behandeling.<sup>9</sup> Gewelddadige recidive had betrekking op een nieuwe veroordeling en/of internering voor een (seksueel) geweldsdelict. Strafuittreksels werden als uitkomstmaat gekozen omdat zij aanzien worden als de meest betrouwbare bron voor recidivegegevens, boven zelfrapportage van de dader of politie-cijfers (WARTNA, 2009). Dit veronderstelt wel een betrouwbaar en up-to-date systeem (LEE, 2003). Zo bleek uit huidige studie bijvoorbeeld dat in 33,50% van de dossiers de anteceden-ten in het meest recente uittreksel afweken van het oorspronkelijk strafuittreksel. Alle vonnissen op beide strafuittreksels werden geregistreerd. Daarnaast duurde het geruime tijd vooraleer een nieuw feit berecht werd en nog een tijd vooraleer het feit op het strafuittrek-

<sup>7</sup> We willen de deelnemende afdelingen danken voor de hulp bij de dataverzameling. Dank ook aan dr. VAN MOL voor het aanleveren van de SIDIS-data en aan Henri HEIMANS, voorzitter van CBM Gent, voor alle praktische hulp evenals het kritisch nalezen van het artikel.

<sup>8</sup> Na aflopen van de indexinternering is de CBM niet langer bevoegd, waardoor er geen verdere incidentenregistratie mogelijk was.

<sup>9</sup> Veroordelingen en/of maatregelen uitgesproken in de periode na de opname, werden enkel als recidive beschouwd als de feiten zich ook effectief na de opname hadden voorgedaan. Hiervoor werden de pleegdata geraadpleegd via de parketten. Feiten met veroordelingsdatum na de follow-up periodes, maar met pleegdatum tijdens de follow-up periode, werden aanzien als recidives.

sel werd genoteerd.<sup>10</sup> Bekend is verder dat het aantal feiten zoals vermeld in het strafuit-treksel wellicht een onderrapportage is van de werkelijke recidive omdat niet alle delicten worden opgespoord door de politie. Daarnaast is het ook mogelijk dat opgespoorde feiten worden geseponeerd op parketniveau.<sup>11</sup> Om een vollediger beeld te krijgen van herval werd daarom een tweede bron geraadpleegd, namelijk bij wet strafbaar gestelde incidenten die aan de CBM Gent werden gemeld. De keuze voor deze tweede uitkomstmaat, maakt het onderzoeksdesign sterker. Toch blijft het onvoldoende als antwoord op het *dark number* probleem. Er bestaat in de klinieken en in de gevangenissen immers geen uniforme methodiek van rapportage aan de CBM of aan justitieassistent. Tevens was er een beperkte groep waarvan de interneringsmaatregel werd beëindigd, waardoor deze personen uit de 'radar' van de CBM verdwenen. In studie 2 werd een incident gedefinieerd als een potentieel strafrechtelijk vervolgbaar incident waar de CBM kennis van nam. Deze incidenten werden ingedeeld in vijf categorieën, omschreven in tabel 1. Bij het voorkomen van meerdere incidenten op hetzelfde moment ('incidentmoment'), gebeurde de kwalificatie aan de hand van het meest ernstige incident (BRAND, 2005).

TABEL 1. DEFINIËRING VAN ALS MISDRIJF OMSCHREVEN INCIDENTEN

(Seksueel) gewelddadig delict	Levensdelict, brandstichting met gevaar voor personen, eigendomsdelict met geweld, seksueel geweldsdelict tegen minder- of meerderjarigen, verbaal geweldsdelict en overig geweldsdelict
Eigendomsdelict	Eigendomsdelict zonder geweld (bijvoorbeeld diefstal, oplichting) en brandstichting zonder gevaar voor personen
Inbreuken op de drugswetgeving (hierna drugsdelict)	Bezit, gebruik en distributie van illegale drugs en niet voorgeschreven medicatie
Overig delict	Verkeersinbreuk en andere delicten zoals bijvoorbeeld vernieling of verstoring openbare orde
Niet-gewelddadig seksueel delict	<i>Hands off</i> delict bijvoorbeeld exhibitionisme

Voor studie 1 en 2 werd, naast de prevalentie van recidivisten, de frequentie en de aard van herval berekend. Ook werd nagegaan of directe slachtoffers betrokken waren bij (verbale) geweldsdelicten en wat de aard van de relatie was tussen de geïnterneerde en het slachtoffer.

In studie 1 werd per recidivist een vergelijking gemaakt tussen de delictdichtheid en de recidivegraad om de evolutie in delictgedrag in kaart te brengen (GILLEIR, EASTON & PONSAAERS, 2010). De delictdichtheid (of antecedentendichtheid) en recidivegraad (of recidivedichtheid) werden uitgedrukt in het aantal antecedenten of recidives binnen een welomschreven periode via volgende formules:

$$\text{delictdichtheid} = \frac{\text{aantal veroordelingen/interneringen vóór MSA}}{\text{tijdsduur (vanaf 18 jaar tot MSA opname)}} \times 365$$

$$\text{recidivegraad} = \frac{\text{aantal veroordelingen/interneringen na MSA}}{\text{tijdsduur (ontslag MSA t.e.m. 31/12/2010 of overlijden)}} \times 365$$

<sup>10</sup> In de huidige studie bedroeg de gemiddelde tijd tussen pleegdatum en veroordelingsdatum 459,69 dagen (*SD* = 224,24; range = 71–953). Daarnaast zijn de gegevens vanaf 2006 vermoedelijk een onderschatting vanwege een achterstand bij de registratie van de veroordelingsberichten in het centraal strafregister (Dienst voor het Strafrechtelijk beleid, 2015).

<sup>11</sup> Tijdens de onderzoeksperiode had iedere verdachte een uniek nummer binnen één arrondissement, maar geen nationaal nummer. Hierdoor was het niet mogelijk om informatie op parketniveau te verzamelen.

Een stringenter onderzoeksdesign is noodzakelijk om behandel-effecten te onderzoeken. Een controlegroep – geïnterneerden of veroordeelden met een psychische stoornis die zonder behandeling werden vrijgesteld – was echter niet voorhanden (SHERMAN *et al.*, 1998).

Tot slot werden in studie 2 geïnterneerden met ( $n = 43$ ) en zonder ( $n = 102$ ) (seksueel) gewelddadig feit (incident en/of recidivedelict) met elkaar vergeleken op een aantal demografische, klinische, delict- en behandelgerelateerde variabelen. Enkel geïnterneerden met een minimale follow-up periode van 2 jaar werden geïnccludeerd bij deze analyses.

### 2.3. Afbakening follow-up periode

De antecedentenperiode liep vanaf het 18<sup>de</sup> levensjaar tot de eerste MSA opname. De volledige follow-up periode startte de dag na het eerste ontslag uit MSA en liep tot aan het einde van de studie (31/12/2010) of overlijden. Deze periode werd opgedeeld in (1) een periode waarin de indexinternering nog van kracht was – startend de dag na het eerste ontslag tot aan de datum van definitieve invrijheidstelling of overlijden – en (2) een periode na definitieve invrijheidstelling – startend de dag na definitieve vrijstelling tot 31/12/2010. Periodes van heropname op een medium security afdeling werden niet meegerekend in (en afgetrokken van) de follow-up periode.<sup>12</sup> De gemiddelde follow-up periode tijdens de indexinternering ( $N = 192$ ) bedroeg 3,2 jaar (1156,18 dagen;  $SD = 719,00$  dagen; range = 26–3150 dagen) en na definitieve invrijheidsstelling ( $n = 44$ ) 3 jaar (1080,09 dagen;  $SD = 598,44$  dagen; range = 44–2279). De volledige follow-up periode bedroeg gemiddeld 3,8 jaar (1403,76 dagen;  $SD = 795,56$  dagen; range = 26–3165).

### 2.4. Beschrijving van de onderzoekspopulatie

De overgrote meerderheid van de geïnterneerden was man (92,19%;  $n = 177$ ).<sup>13</sup> In drie gevallen kon de nationaliteit niet achterhaald worden; in de overige gevallen ( $n = 189$ ) had de meerderheid de Belgische nationaliteit (95,24%,  $n = 180$ ). De gemiddelde leeftijd op het moment van de eerste opname was 35,7 jaar ( $SD = 10,27$ ; range = 18,77–73,38). De gemiddelde opnameduur (inclusief eventuele heropnames) bedroeg 1,7 jaar (624,98 dagen;  $SD = 471,72$  dagen; range = 8–2729 dagen). Een derde van de populatie (36,46%;  $n = 70$ ) werd bij het eerste ontslag terugverwezen naar de gevangenis of een andere medium security afdeling, waardoor niet kon worden bepaald of er sprake was van uitstroom via een forensische vervolgafdeling of niet. Van de overige groep ( $n = 122$ ) stroomde bijna twee derde (55,74%;  $n = 68$ ) uit via een forensische vervolgbehandeling en meer dan een derde (44,26%;  $n = 54$ ) via de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Bijna een vierde van de populatie (30,73%;  $n = 59$ ) was in de loop van de medium security behandeling ongeoorloofd afwezig. Bij een vierde van de populatie (23,96%;  $n = 46$ ) werden problemen in de behandelrelatie gemeld ('gebrekkige compliance', bv. weigering van therapie of medicatie of het drinken van alcohol).

De meest voorkomende DSM-IV-TR diagnoses (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000) waren persoonlijkheidsstoornissen (65,62%;  $n = 126$ ), psychotische stoornissen (45,32%;  $n = 87$ ) en verslavingsproblemen (45,32%;  $n = 87$ ). De diagnoses werden geclusterd volgens de classificatie van MONAHAN *et al.* (2001): a) majeure psychiatrische as I stoornissen (MPS) (38,02%;  $n = 73$ ); b) majeure psychiatrische as I stoornissen in combinatie met aan middelen gebonden stoornissen (MPS-MGS) (17,70%;  $n = 34$ ), inclusief direct hieraan gerelateerde complicaties;

<sup>12</sup> Herval tijdens opname werd beschreven in JEANDARME *et al.* (2013).

<sup>13</sup> Aangezien het geslacht niet geassocieerd was met de onderzochte variabelen en omwille van het kleine aantal vrouwelijk geïnterneerden worden de onderzoeksresultaten niet weergegeven voor mannen en vrouwen apart.



en c) overige stoornissen (AN) (44,27%;  $n = 85$ ) waaronder onder meer persoonlijkheidsstoornissen, verstandelijke beperking en verslavingsproblemen, of een combinatie. Van een aanzienlijk deel van de populatie (42,71%;  $n = 82$ ) was er geen *Wechsler Adult Intelligence Scale-III* (WAIS-III; WECHSLER, 2000) beschikbaar. De gemiddelde WAIS-III IQ-score bedroeg voor de overige groep (57,29%;  $n = 110$ ) 77,98 ( $SD = 17,41$ ; range = 48–135).

Bij 132 geïnterneerden (68,75%) werd geen PCL-R (VERTOMMEN, VERHEUL, DE RUITER & HILDEBRAND, 2002)<sup>14</sup> afgenomen. Voor de overige groep (31,25%;  $n = 60$ ) bedroeg de gemiddelde score 20,01 ( $SD = 7,06$ ; range = 8–32,6) waarbij bijna een derde (31,67%;  $n = 19$ ) boven de *cut-off* score van 25 scoorde. Bij 143 geïnterneerden (74,48%) werd de HCR-20 (PHILIPSE, DE RUITER, HILDEBRAND & BOUMAN, 2000)<sup>15</sup> niet afgenomen. Van de overige groep (25,52%,  $n = 49$ ) werd bijna een derde (22,45%;  $n = 11$ ) geclassificeerd als hoog risico op basis van de HCR-20.

Een minderheid (15,10%;  $n = 29$ ) had een blanco strafregister voor de indexinternering. Een geïnterneerde werd als veelpleger beschouwd indien hij als volwassen dader drie of meer strafzaken had binnen de vijf jaar voorafgaand aan het indexdelict (WARTNA & TOLLENAAR, 2004). Bij 16,67% van de populatie ( $n = 32$ ) was er omwille van de jonge leeftijd geen periode van vijf jaar of meer voor de indexinternering. Bij de overige geïnterneerden ( $n = 160$ ) kon 48,75% ( $n = 78$ ) als veelpleger worden beschouwd. De gemiddelde leeftijd bij het eerste vonnis was 24,96 jaar ( $SD = 9,77$ ; range = 9,80–66,54). Het (meest ernstige) indexdelict dat aanleiding gaf tot de beslissing tot opname in een MSA betrof voornamelijk (seksuele) geweldsdelicten (74,47%) en eigendomsdelicten (22,92%). Het merendeel van de populatie (94,27%,  $n = 181$ ) had in de voorgeschiedenis (seksuele) geweldsantecedenten gepleegd.<sup>16</sup>

## 2.5. Data-analyse

De beschrijvende statistiek en analyses werden uitgevoerd in SAS versie 9.3, R en SPSS versie 22. De continue variabelen werden weergegeven via het gemiddelde op de variabelen, de standaard deviatie en de range. De categorische variabelen werden weergegeven via percentages per categorie. De antecedentendichtheid werd met de recidivedichtheid vergeleken met behulp van een gepaarde t-test.

De associatie tussen het hervallen in een gewelddadig delict en elk van de persoons-, delict- en behandelgerelateerde kenmerken afzonderlijk, werd onderzocht door middel van de PEARSON chi-square en Fisher exact test. Het bijbehorende relatieve risico (RR) met het 95% betrouwbaarheidsinterval werd berekend. Het verschil in gemiddelde leeftijd ten tijde van het eerste vonnis tussen gewelddadige en niet-gewelddadige personen en het verschil in gemiddelde leeftijd bij de eerste opname werden getest via een ongepaarde t-test (eventueel na transformatie van de data in het geval van niet-normaliteit). Indien geen gepaste transformatie van de data gevonden werd, werden de medianen van de twee groepen vergeleken via de Mann Whitney U test. Met een negatief binomiale regressie werd het verschil in het gemiddeld aantal antecedenten tussen personen die wel en niet hervielen in een gewelddadig delict onderzocht. Vervolgens werd, op basis van de gevonden verbanden, de associatie tussen herval in een gewelddadig delict en de verschillende justitiële, klinische en behandelingskenmerken onderzocht met behulp van een meervoudige logistische regressie. Alle testen waren tweezijdig met significantieniveau 5%.

<sup>14</sup> De hoogte van deze score geeft een indicatie van de mate waarin psychopathische kenmerken aanwezig zijn. De maximale score op de PCL-R bedraagt 40. Een score van 25 of meer wordt in Europa als indicatief voor psychopathie aanzien (COOKE & MICHIE, 1999).

<sup>15</sup> Een score 'hoog' op de HCR-20 geeft een indicatie op een verhoogd risico op herval in geweldsincidenten (PHILIPSE *et al.*, 2000).

<sup>16</sup> Inclusief delict van de indexinternering.

### 3. RESULTATEN EN DISCUSSIE

#### 3.1. Resultaten studie 1 – recidive

Onderstaande resultaten hebben betrekking op de periode waarin de indexinternering nog van kracht was evenals op de periode na definitieve vrijstelling.

##### 3.1.1. Beschrijvende gegevens

**Prevalentie.** Tabel 2 toont de prevalentie van de recidivisten. Ongeveer een tiende (13,02%) van de geïnterneerden liep een nieuwe veroordeling en/of interneringsmaatregel op. Slechts veertien geïnterneerden van de totale steekproef (7,29%) recidiveerden met een geweldsdelict. In vergelijking met internationale cijfers zijn de hervalcijfers – 8,3% exclusief geldboetes – laag (o.a. COID *et al.*, 2007; FRIENDSHIP *et al.*, 1999; LUND *et al.*, 2013; NILSSON *et al.*, 2011; YOSHIKAWA *et al.*, 2007). Ook werd de huidige follow-up periode zuiver gehouden doordat periodes van MSA heropnames geëxcludeerd werden, conform de aanbeveling van SKIPWORTH *et al.* (2006). De lage recidivecijfers kunnen verschillende redenen hebben. Zo was de gemiddelde follow-up periode in deze studie korter dan doorgaans in de literatuur wordt beschreven. Ook de behandeling en de toezichtmodaliteiten (*infra*) kunnen op een aantal punten verschillen tussen diverse landen. Tot slot heeft het gebruik van strafregisters mogelijk geleid tot onderrapportage. In bijna de helft van de internationale studies werden andere uitkomsten gebruikt zoals een nieuwe arrestatie (o.a. DIRKS-LINHORST & LINHORST, 2012; YOSHIKAWA *et al.*, 2007). Een aantal van de Waalse studies baseerden zich op nieuwe veroordelingen bekend bij de CBM's. In de huidige studie werden zowel CBM dossiers als recente strafuittreksels geanalyseerd omdat bijvoorbeeld voor de hele studieperiode bleek dat meer dan de helft van de recidives (63,41%;  $n = 26/41^{17}$ ) niet bekend waren bij de CBM's.

Een andere opvallende bevinding was dat evenveel of zelfs meer geïnterneerden een nieuwe veroordeling (8,85%;  $n = 17$ ; exclusief geldboetes 4,17%,  $n = 8$ ) opliepen eerder dan een nieuwe interneringsmaatregel (4,69%;  $n = 7$ ).<sup>18</sup> Ook in andere studies werd gemeld dat patiënten na forensische behandeling als 'gedetineerde' een gevangenisstraf opliepen (FRIENDSHIP *et al.*, 1999).

TABEL 2. PREVALENTIE RECIDIVISTEN ( $N = 192$ )

	Veroordeeld		Geïnterneerd		Totaal	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Algemene recidive <sup>18</sup>	17	8,85	9	4,69	25	13,02
(Seksuele) geweldsrecidive	8	4,17	7	3,65	14	7,29

**Frequentie en dichtheid recidivisten.** Het merendeel van de recidivisten liep eenmaal een nieuw vonnis op (84%;  $n = 21/25$ ). Gemiddeld genomen liep een recidivist 1,40 nieuwe veroordelingen of interneringen op ( $SD = 1,12$ ; range = 1–6).<sup>19</sup> Dit lijkt enigszins lager te liggen in studies met vergelijkbare follow-up periodes (gemiddeld 2–3,1; o.a. EDWARDS *et al.*, 2002; LEE, 2003). De gemiddelde delictdichtheid (0,45) verschilde significant van de gemiddelde recidivegraad (0,03) ( $p = ,00$ ). De geïnterneerden pleegden significant minder strafrechtelijke feiten op jaarbasis na een (eerste) MSA opname dan voordien.

<sup>17</sup> Naast de recidives tijdens de at risk periode waren er recidives tijdens behandeling ( $n = 3$ ) en recidives met onbekende context ( $n = 3$ ).

<sup>18</sup> Eén van de geïnterneerden liep zowel een internering als een nieuwe veroordeling op.

<sup>19</sup> Event based ging het in totaal om 35 vonnissen, inclusief geldboetes ( $n = 15$ ).

**Aard recidive (tabel 3).** Meer dan de helft (56%;  $n = 14/25$ ) van de recidivisten werd opnieuw veroordeeld of geïnterneerd wegens een (seksueel) geweldsdelict. Verder pleegde een enkeling een eigendoms- (4%;  $n = 1$ ) of een drugsdelict (4%;  $n = 1$ ). Een derde (36%;  $n = 9$ ) recidiveerde met een ander delict, hoofdzakelijk verkeersdelicten. In de huidige studie werd het begrip geweld breed omschreven. Niet alle internationale studies geven hiervan een definitie, maar vermoedelijk werd bijvoorbeeld verbaal geweld niet altijd geïnccludeerd, terwijl de meeste studies wel expliciet seksueel geweld en eigendomsdelicten met geweld includeerden. Afgaande op de aard van de recidives kan geconcludeerd worden dat de recidives in de huidige studie als minder ernstig kunnen beschouwd worden (geen levensdelicten, 6,25% ( $n = 12/192$ ) non-verbale geweldsincidenten waaronder één seksuele geweldsrecidive). Ook was er bijvoorbeeld maar één veroordeling met een gevangenisstraf langer dan zes maanden. Ook in eerder onderzoek bleken recidives na forensische behandelingen minder ernstig in vergelijking met antecedenten (LEE, 2003).

TABEL 3. CONTEXT EN AARD RECIDIVE AAN DE HAND MEEST ERNSTIGE DELICT

	Recidive tijdens indexinternering				Recidive na indexinternering	Totaal
	Maatschappij met supervisie	Gevangenis	For PVT	APZ	Maatschappij zonder supervisie	
Algemene recidive	7	4	2	2	10	25
(Seksueel) geweldsdelict	4	3	1	1	5	14
Poging levensdelict	-	-	-	-	-	-
Verbaal geweldsdelict	-	1	-	1	-	2
Seksueel geweldsdelict	1	-	-	-	-	1
Eigendomsdelict met geweld	1	-	-	-	-	1
Overig geweldsdelict	2	2	1	-	5	10
Eigendomsdelict	-	-	1	-	-	1
Drugsdelict	1	-	-	-	-	1
Verkeersdelict	1	1	-	1	5	8
Overig delict	1	-	-	-	-	1

Noot: For PVT = Forensisch Psychiatrisch Verzorgingstehuis, APZ = Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis

**Context recidive ten tijde van de feiten (tabel 3).** Recidive trad voornamelijk op na beëindiging van de indexinternering ( $n = 10/44$ ; 22,73% na definitieve invrijheidstelling versus  $n = 15/192$ ; 7,81% tijdens indexinternering). De mate van toezicht of de afwezigheid hiervan lijkt dus een belangrijke rol te spelen, wat bevestigd wordt in de literatuur (BOGAERTS, WILLEMS, SPREEN, SCHURINGA & TER HORST, 2013; DIRKS-LINHORST & LINHORST, 2012). Een andere indicatie hiervoor kan gevonden worden in het feit dat de meeste patiënten recidiveerden tijdens ambulante supervisie. Van de 15 geïnterneerden die hervielen tijdens de indexinternering stond twee derde (46,67%;  $n = 7$ ) onder ambulante supervisie in de maatschappij, was een kwart gedetineerd (26,67%;  $n = 4$ ) en verbleef een kwart (26,67%) in een forensisch psychiatrisch verzorgingstehuis ( $n = 2$ ) of algemeen psychiatrisch ziekenhuis ( $n = 2$ ).

### 3.1.2. Slachtoffergegevens

In totaal waren er 32 slachtoffers, waarvan de meerderheid mannen (65,63%;  $n = 21$ ) en meerderjarigen (90,62%;  $n = 29$ ) waren. In één geval kon de relatie met het slachtoffer niet achterhaald worden. In 42% ( $n = 13/31$ ) was het slachtoffer een onbekende; in de andere ge-

vallen (58,06%;  $n = 18/31$ ) was er een persoonlijke of professionele relatie<sup>20</sup> met het slachtoffer. Deze bevindingen liggen in lijn met de literatuur (NORDSTROM & KULLGREN, 2003; YOSHIKAWA *et al.*, 2007).

### 3.2. Resultaten studie 2 – incidenten

Onderstaande resultaten hebben enkel betrekking op de periode waarin de indexinterne- ring nog van kracht was.

#### 3.2.1. Beschrijvende gegevens

**Prevalentie (tabel 4).** Na MSA behandeling was meer dan één derde van de totale steekproef (39,06%,  $n = 75$ ) betrokken bij ten minste één incident en 26,04% ( $n = 50$ ) bij een (seksueel) gewelddadig incident.

Een minderheid (7,81%;  $n = 15$ ) liep een nieuw vonnis op voor een algemeen (7,81%;  $n = 15$ ) en een geweldsdelict (4,69%;  $n = 9$ ) op. Bij twee derde van de recidivisten (66,67%;  $n = 10/15$ ) werd een vonnis uitgesproken naar aanleiding van een incidentmelding. Bij een derde van de recidivisten (33,33%;  $n = 5/15$ ) was het recidivefeit niet geregistreerd in de CBM dossiers.

Zoals verwacht was er een aanzienlijke stijging in het aantal geïnterneerden die hervielen wanneer incidentrapportages werden toegevoegd aan de recidivecijfers. In lijn met buitenlands onderzoek lag het hervalpercentage vijf keer hoger als een brede maat voor herval berekend werd (FALSHAW, BATES, PATEL, CORBETT & FRIENDSHIP, 2003). Significant meer geïnterneerden waren betrokken bij een algemeen incident dan bij een recidive (McNEMAR,  $p = ,00$ ). Hetzelfde patroon was merkbaar bij de geweldsincidenten in vergelijking met geweldsrecidive (McNEMAR,  $p = ,00$ ). Het feit dat de recidive op basis van de strafuittreksels (7,81%) steeg wanneer strafbare incidenten uit de CBM dossiers werden meegerekend (40,10%), wijst erop dat deze incidenten veelal wel door de CBM werden behandeld terwijl ze door de parketten waren geseponneerd. Opvallend is tevens dat bij bijna de helft van de geïnterneerden met een incident en/of recidive ( $n = 34/77$ , 44,16%) het proefverlof minstens eenmaal werd ingetrokken met vaak een langdurige detentie tot gevolg.<sup>21</sup> Daarentegen liep een minderheid (13,33%,  $n = 10/75$ ) ten gevolge hiervan een nieuw vonnis op.

TABEL 4. PREVALENTIE INCIDENTPLEGERS EN RECIDIVISTEN BINNEN DE TOTALE POPULATIE ( $N = 192$ )

	Incidenten		Recidive		Totaal	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Algemene recidive	75	39,06	15	7,81	77	40,10
(Seksuele) geweldsrecidive	50	26,04	9	4,69	50	26,04

**Frequentie.** Ongeveer de helft van de incidentplegers was slechts eenmaal betrokken bij een incidentmoment (48,00%;  $n = 36/75$ ). Een derde (28,00%;  $n = 21/75$ ) was betrokken bij twee tot drie incidentmomenten en 24% ( $n = 18/75$ ) bij vier of meer incidentmomenten tijdens de follow-up periode. Gemiddeld genomen was een incidentpleger betrokken bij 2,73 incidenten ( $SD = 2,70$ ; range = 1–13).

Daarentegen liep het merendeel van de recidivisten (86,67%;  $n = 13/15$ ) slechts één nieuw vonnis op.

<sup>20</sup> Onder professionele relatie worden hulpverleners zoals verpleegkundigen en sociaal assistenten ( $n = 2$ ), politieagenten ( $n = 4$ ) en cipers ( $n = 1$ ) verstaan.

<sup>21</sup> In totaal werden 34 personen (44,16%) heropgesloten naar aanleiding van een incident. Gemiddeld waren incidentplegers 642,53 dagen heropgesloten.

De gecombineerde hervalcijfers toonden een toename in het aantal plegers met meerdere feiten (50,65%;  $n = 39/77$ ).

**Aard incidenten (tabel 5).** Twee derde van de incidentplegers (65,33%;  $n = 49/75$ ) herviel in gewelddadige feiten, 16% ( $n = 12/75$ ) in drugsdelicten, 14,67% in eigendomsfeiten ( $n = 11/75$ ) en 2,67% ( $n = 2/75$ ) in seksuele niet-gewelddadige delicten. De percentages bij de recidivisten ( $n = 15$ ) lagen lager, met respectievelijk 60%, 6,67%, 6,67 en 0%.

In vergelijking met de recidives toonden de incidenten een toename van vijf procentpunten in het aantal personen met gewelddadige feiten, met name voor wat betreft verbaal en overig geweld. Daarnaast steeg het percentage personen met eigendomsdelicten en inbreuken op de drugwetgeving met respectievelijk acht en tien procentpunten.

TABEL 5. PREVALENTIE RECIDIVES EN INCIDENTEN TIJDENS DE INTERNERINGSMAATREGEL OP BASIS VAN MEEST ERNSTIGE DELICT ( $N = 192$ )

	Incidenten		Recidive		Totaal <sup>22</sup>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Algemene recidive	75	100	15	100	77	100
(Seksueel) gewelddadige recidive	49	65,33	9	60,00	49	63,64
Poging levensdelict	1	1,33	0	0,00	1	1,30
Verbaal geweld	14	18,67	2	13,33	13	16,88
Seksueel geweld	2	2,67	1	6,67	2	2,60
Eigendomsdelict met geweld	2	2,67	1	6,67	2	2,60
Overig geweld	30	40,00	5	33,33	31	40,26
Eigendomsdelict	11	14,67	1	6,67	11	14,29
Inbreuken op de drugwetgeving	12	16,00	1	6,67	12	15,58
Seksueel niet-gewelddadig	2	2,67	0	0,00	2	2,60
Overig	1	1,33	4	26,67	3	3,90

**Context incidenten.**<sup>23</sup> Incidentplegers bevonden zich tijdens de feiten voornamelijk in de gevangenis (29,33%;  $n = 22/75$ ) of tijdens een verblijf in een forensisch psychiatrisch verzorgingstehuis (36,00%;  $n = 27/75$ ).

Bij de gecombineerde hervalcijfers ( $n = 77$ ) stond bijna een vijfde (19,48%;  $n = 15/77$ ) onder ambulante supervisie in de maatschappij, verbleef 7,79% ( $n = 6/77$ ) in forensisch beschut wonen, 37,66% ( $n = 29/77$ ) in een forensisch psychiatrisch verzorgingstehuis, 12,99% ( $n = 10/77$ ) in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis en 28,57% ( $n = 22/77$ ) in detentie. Er was een daling merkbaar in het percentage personen die hervielen onder ambulante supervisie in de maatschappij. Ongeveer de helft van de recidivisten (46,67%;  $n = 7/15$ ) liep een nieuw vonnis op voor feiten die ze pleegden tijdens ambulante supervisie, in vergelijking met 19,48% wanneer incidenten en recidive werden gecombineerd.

<sup>22</sup> In sommige gevallen werd het recidivefeit – zoals dit werd teruggevonden in/op het strafregister – tevens als incident genoteerd in de dossiers, en was er dus sprake van een dubbelregistratie. In deze gevallen kreeg de recidiveregistratie voorrang. Dit maakt dat de totale prevalentie niet steeds louter de som is van de incidenten- en recidivecijfers.

<sup>23</sup> Gebaseerd op meest ernstige incident.

### 3.2.2. Slachtoffergegevens

Bij de incidenten waren 145 slachtoffers betrokken; bij de recidives daarentegen slechts 18.

Bij de gecombineerde hervalcijfers liep dit cijfer op tot 147.<sup>24</sup> Bijna alle slachtoffers waren meerderjarig (97,86%). De verhouding tussen vrouwelijke en mannelijke slachtoffers was ongeveer 1 op 2 (respectievelijk 28 en 45), hoewel informatie over het geslacht van het slachtoffer vaak ontbrak ( $n = 74$ ). In de meeste gevallen was er een persoonlijke (38,13%) of professionele (56,83%) relatie met het slachtoffer. In vergelijking met de recidivecijfers was bij de gecombineerde hervalcijfers een daling van zo'n 15 procentpunten merkbaar in het aandeel minderjarige slachtoffers en een stijging van 22 procentpunten in het aandeel bekende slachtoffers.

### 3.3. Kenmerken geassocieerd met gewelddadig gedrag

Noch op demografisch noch op klinisch vlak werden significante verschillen geobserveerd tussen geïnterneerden met en geïnterneerden zonder een (seksueel) gewelddadig feit (tabel 6). Toch werd een trend significante relatie ( $p < ,10$ ) tussen een hoge PCL-R score en herval in een geweldsdelict geobserveerd. Dat geen verband gevonden werd tussen een hoge PCL-R of HCR-score en herval dient genuanceerd te worden aangezien voor ongeveer twee derde tot drie vierde van de geïnterneerden geen PCL-R score of HCR-score werd bepaald. Meer specifiek kan de gebrekkige voorspelling op basis van de PCL-R en de HCR-20 ook verklaard worden door een beperkte *field validity*. Onderzoek heeft immers uitgewezen dat deze schalen weliswaar betrouwbare en valide resultaten behaalden wanneer ze gescoord worden door getrainde onderzoekers in een onderzoekssetting, maar dat dit veel minder het geval is wanneer ze worden gescoord door klinici in het veld. In dit laatste geval bleken de resultaten minder eenduidig positief, zowel op vlak van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid als op vlak van predictieve validiteit (o.a. MURRIE, BOCCACCINI, CAPERTON & RUFINO, 2012; VOIT, THOMSON & MARSHALL, 2013). Dat geen verschil werd gevonden tussen geslacht en personen met of zonder persoonlijkheidsstoornis is opvallend. Het feit dat mannen niet vaker dan vrouwen recidiveerden met een geweldsdelict, werd evenwel ook al in ander onderzoek gevonden (YOSHIKAWA *et al.*, 2007).

Wat de delictgerelateerde variabelen betreft bleek ook in deze studie – hoewel beperkt in vergelijking met internationale studies – gedrag uit het verleden toekomstig gedrag te voorspellen (BONTA *et al.*, 2014; COID *et al.*, 2007; NILSSON *et al.*, 2011; WARTNA *et al.*, 2005). Meer specifiek bleken veelplegers vaker te hervallen in een gewelddadig feit. Zo was er 2,24 keer meer risico op herval in een gewelddadig delict indien men als veelpleger beschouwd kon worden ( $p = ,01$ ; RR = 2,24; 95% BI RR [1,20; 4,17]). Daarnaast bleek ook leeftijd ten tijde van de eerste veroordeling herval in gewelddadig gedrag te voorspellen ( $p = ,01$ ;  $U = 1599$ ;  $z = -2,57$ ). Tot slot bleek het aantal antecedente vonnissen een trend significante voorspeller te zijn.

Wat de behandelingsgerelateerde variabelen betreft werd een significant verschil geobserveerd tussen de groepen voor ongeoorloofde afwezigheden. Een geïnterneerde die zich aan de MSA behandeling onttrok had 1,87 keer meer kans op gewelddadige recidive ( $p = ,02$ ; RR = 1,87; 95% BI RR [1,15; 3,04]). Dit is in overeenstemming met Nederlands onderzoek (WARTNA *et al.*, 2005). Er bleek geen verband te zijn met gebrekkige compliance, wat mogelijk te maken heeft met de dichotome opsplitsing (al dan niet onttrekken aan de behandeling) (KINDNESS *et al.*, 2009). Vorig onderzoek bij partnernishandelaars vond dat het belangrijk is

<sup>24</sup> In sommige gevallen werden de slachtoffers van recidivefeiten – zoals dit werd teruggevonden in de uiteenzetting der feiten – tevens als slachtoffers bij de incidenten genoteerd in de dossiers, en was er dus sprake van een dubbelregistratie. In deze gevallen kreeg de recidiveregistratie voorrang. Dit maakt dat de totale prevalentie niet steeds louter de som is van de incidenten- en recidivecijfers.

deze variabele kwantitatief te definiëren en gebruik te maken van multiple dimensies van non-compliance (KINDNESS *et al.*, 2009).

TABEL 6. PERSOONS-, DELICT-, EN BEHANDELGERELATEERDE KENMERKEN BIJ DE TOTALE POPULATIE, GEWELDDADIGE RECIDIVISTEN IN VERGELIJKING MET NIET-GEWELDDADIGE PATIËNTEN

	Totale populatie (N = 192)		Gewelddadige groep (n = 43)		Niet-gewelddadige groep (n = 102)		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Categoriale variabelen</b>							
<i>Demografische variabelen</i>							
Mannelijk geslacht	117	92,2	41	95,35	97	95,10	1,00
Belgische nationaliteit <sup>a</sup>	180	95,2	39	92,86	97	96,04	,42
<i>Justitiële antecedenten</i>							
Veelpleger	78	48,75	23	67,65	35	40,70	,01*
Indexdelict							,50
Geweld	143	74,47	29	67,44	78	76,47	
Eigendom	44	22,92	13	30,23	22	21,57	
Drugs	3	1,56	1	2,33	1	0,98	
Seksueel	1	0,52	0	0	1	0,98	
Overig	1	0,52	0	0	0	0	
<i>Behandelingskenmerken</i>							
Ongeoorloofde afwezigheid	59	30,73	20	46,51	26	25,49	,01*
Compliance	46	23,96	12	27,91	21	20,59	,39
Uitstroom via forensisch circuit	68	55,74	8	44,44	33	45,83	,92
<i>Klinische kenmerken</i>							
PCL-R $\geq 25$ <sup>b</sup>	19	31,67	8	53,33	9	25,71	,06
HCR-20 hoog <sup>c</sup>	11	22,45	1	12,50	4	25,00	,63
Psychiatrische diagnose							,96
MPS	73	38,02	17	39,53	40	39,22	
MPS-MGS	34	17,70	8	18,60	21	20,59	
AN	85	44,27	18	41,86	41	40,20	
Persoonlijkheidsstoornis	126	65,	30	69,77	65	63,73	,48
Intellectuele beperkingen							,62
Normaal begaafd	148	77,08	30	69,77	79	77,45	
Zwakbegaafd	12	6,25	4	9,30	7	6,86	
Verstandelijk beperkt	32	16,67	9	20,93	16	15,69	
<b>Continue variabelen</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	
<i>Demografische variabelen</i>							
Leeftijd bij eerste ontslag	36,98	10,21	34,73	9,71	37,60	9,74	,11
<i>Justitiële antecedenten</i>							
Leeftijd eerste vonnis	24,96	9,77	22,67	9,03	25,85	9,11	,01*
Aantal antecedenten	4,81	4,54	5,88	4,36	4,16	4,46	,08

Noot. In kolom 1 wordt de totale populatie weergegeven. De groepen in kolom 3 (n = 43) en 4 (n = 102) hebben enkel betrekking op personen met een minimale follow-up periode van 2 jaar.

HCR-20 = Historical, Clinical, Risk Management – 20; PCL-R = Psychopathy Checklist – Revised; MPS = majeure psychiatrische as I stoornis; MPS-MGS = majeure psychiatrische as I stoornis in combinatie met een middelengerelateerde stoornis, inclusief direct hieraan gerelateerde complicaties; AN = overige stoornissen.

\* p < ,05

a 1,56% missing; b 68,75% missing; c 74,48% missing.

Wanneer de kenmerken die samenhangen met gewelddadige recidive in één model werden ondergebracht, bleek enkel de variabele veelpleger zelfstandig geassocieerd te zijn met recidive in een gewelddadig delict ( $p = ,04$ ). De lage base rate voor herval in een nieuw gewelddadig feit – en bijgevolg verlies aan statistische power – zou hier een verklaring kunnen zijn voor de beperkte verbanden die gevonden werden. Daarnaast zijn andere variabelen die niet onderzocht werden mogelijk van belang. Zo bleek bijvoorbeeld de aanwezigheid van procriminele attitudes een belangrijke voorspeller (BONTA *et al.*, 2014), een variabele die met de huidige data niet kon worden onderzocht.

#### 4. CONCLUSIE

Dit is de eerste studie waar recidivecijfers bij Vlaamse geïnterneerden worden gerapporteerd. Een minderheid van de geïnterneerden (13,02%) liep na behandeling een nieuwe veroordeling of interneringsmaatregel op. De recidive was bovendien niet bijzonder ernstig (geen levensdelicten, 6,3% non-verbale geweldsincidenten waaronder één seksuele geweldsrecidive). De agressie bleek voornamelijk gericht te zijn op bekende slachtoffers. Hoewel deze cijfers een opsteker zijn voor de medium security afdelingen, kan niet geconcludeerd worden dat de vermindering in recidivedichtheid te danken is aan de behandeling. Er zijn immers veel factoren die een invloed (kunnen) uitoefenen op het al dan niet plegen van een nieuw delict (SHERMAN *et al.*, 1998). Effectonderzoek van strafrechtelijke interventies is in Vlaanderen quasi onbestaand. Zo werd in een recent uitgevoerde meta-analyse van Nederlandstalig recidiveonderzoek slechts één Vlaamse studie opgenomen (ROBERT, 2014).

Naast recidives bleken potentieel strafbare feiten die niet resulteren in een nieuw vonnis betrekkelijk vaak voor te komen. Zo liep bijvoorbeeld slechts een minderheid van de incidentplegers (13,33%) ten gevolge hiervan een nieuw vonnis op. Aan incidenten bleek voornamelijk via een andere weg gevolg te zijn gegeven. Zo werd bijna de helft van de geïnterneerden (44,16%), quasi uitsluitend op verzoek van de MSA, wegens het verbreken van de interneringsvoorwaarden terug opgesloten in de gevangenis. De hierop volgende detentieperiodes waren vaak lang, waarbij de kans op detentieschade reëel is. Dat ook een behandeltraject door wederopsluitingen onderbroken wordt, werd in een vorig artikel geproblematiseerd (JEANDARME *et al.*, 2015). De toch wel aanzienlijke base rate stijging na inclusie van incidenten, duidt op het belang van een juiste bronkeuze. Toekomstig onderzoek zou bij voorkeur dan ook gebruik moeten maken van diverse bronnen, waaronder politionele data. Een andere opvallende bevindingen was het feit dat, proportioneel gezien, drie keer meer personen hervielen na beëindiging van de interneringsmaatregel (concreet hervielen 10 van de 44 geïnterneerden die definitief in vrijheid waren gesteld), waaruit het belang van supervisie en risicomanagement blijkt. Hierbij zal het van belang zijn een evenwicht te vinden tussen de nood aan controle en het belang van het bieden van een toekomstperspectief waarbij definitieve invrijheidsstelling een reële optie blijft (To *et al.*, 2014).

Een tweede belangrijk aspect van de studie was de zoektocht naar voorspellers van gewelddadig gedrag. In tegenstelling tot de geformuleerde hypothese werden weinig verschillen gevonden tussen geïnterneerden die hervielen in een gewelddadig delict en geïnterneerden die niet hervielen in zulke feiten. Enkel veelplegers bleken een hoger risico op herval te hebben.

#### REFERENTIES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (Text Revision, 4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.



- BERTMAN-PATE, L.J., BURNETT, D.M.R., THOMPSON, J.W., CALHOUN, C.J., DELAND, S. & FRYOU, M. (2004). The New Orleans forensic aftercare clinic: A seven year review of hospital discharged and jail diverted clients. *Behavioral Sciences and the Law*, 22(1), 159-169. doi: 10.1002/bsl.575
- BOGAERTS, S., WILLEMS, M., SPREEN, M., SCHURINGA, E. & TER HORST, P. (2013). *Van HKT-30 naar HKT-R*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- BONTA, J., BLAIS, J. & WILSON, H.A. (2014). A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 19(3), 278-287. doi: 10.1016/j.avb.2014.04.014
- BRAND, E.F.J.M. (2005). *Onderzoeksrapport PIJ-dossier 2003-C. Predictieve validiteit van de FPI-lijst*. Den Haag: DJI.
- CHAMBERS, J.C., YIEND, J., BARRETT, B., BURNS, T., DOLL, H., FAZEL, S., . . . FITZPATRICK, R. (2009). Outcome measures used in forensic mental health research: A structured review. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19(1), 9-27. doi: 10.1002/cbm.724
- CHOE, J.Y., TEPLIN, L.A. & ABRAM, K.M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: Balancing public health concerns. *Psychiatric Services*, 59(2), 153-164. doi: 10.1176/appi.ps.59.2.153
- COID, J., HICKEY, N., KAHTAN, N., ZHANG, T. & YANG, M. (2007). Patients discharged from medium secure forensic psychiatry services: Reconvictions and risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 223-229. doi: 10.1192/bjp.bp.105.018788
- COOKE, D.J. & MICHIE, C. (1999). Psychopathy across cultures: North America and Scotland compared. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 58-68. doi: 10.1037/0021-843X.108.1.58
- CULLEN, F.T., GENDREAU, P., JARJOURA, C.R. & WRIGHT, J.P. (1997). Crime and the Bell Curve: Lessons from intelligent criminology. *Crime and Delinquency*, 43(4), 387-411. doi: 10.1177/0011128797043004001
- DAVIES, S., CLARKE, M., HOLLIN, C. & DUGGAN, C. (2007). Long-term outcomes after discharge from medium secure care: A cause for concern. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 70-74. doi: 10.1192/bjp.bp.106.029215
- DE SMEDT, A., MARIËN, L. & VERMEIREN, R. (2008, september). *Profileren van de medium risk geïnterneerden in forensische psychiatrische settings*. Paper gepresenteerd op het Vierde Vlaams geestelijk gezondheidscongres Gent.
- DIENST VOOR HET STRAFRECHTELIJK BELEID. (2015). *Veroordelingen, opschortingen en interneringen*. Verkregen op 29 januari, via [http://www.dsb-spc.be/web/index.php?option=com\\_content&task=view&id=28&Itemid=47&lang=dutch](http://www.dsb-spc.be/web/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=47&lang=dutch)
- DIRKS-LINHORST, P.A. & LINHORST, D.M. (2012). Recidivism outcomes for suburban mental health court defendants. *American Journal of Criminal Justice*, 37(1), 76-91. doi: 10.1007/s12103-010-9092-0
- DOLAN, M. & KHAWAJA, A. (2004). The HCR-20 and post-discharge outcome in male patients discharged from medium security in the UK. *Aggressive Behavior*, 30(6), 469-483. doi: 10.1002/ab.20044
- DUCRO, C. & PHAM, T. (2006). Evaluation of the SORAG and the Static-99 on Belgian sex offenders committed to a forensic facility. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18(1), 15-26. doi: 10.1007/s11194-006-9003-6
- EDWARDS, J., STEED, P. & MURRAY, K. (2002). Clinical and forensic outcome 2 years and 5 years after admission to a medium security unit. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 13(1), 68-87.
- FALSHAW, L., BATES, A., PATEL, V., CORBETT, C. & FRIENDSHIP, C. (2003). Assessing reconviction, reoffending and recidivism in a sample of UK sexual offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 8(2), 135-268. doi: 10.1348/135532503322362979

- FRIENDSHIP, C., McCLINTOCK, T., RUTTER, S. & MADEN, A. (1999). Re-offending: Patients discharged from a regional secure unit. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9(3), 226-236. doi: 10.1002/cbm.315
- GILLEIR, F., EASTON, M. & PONSAAERS, P. (2010). Een U-Turn voor jongvolwassen veelplegers. *Panopticon*, 31(1), 5-19.
- GRAY, N.S., TAYLOR, J. & SNOWDEN, R.J. (2008). Predicting violent reconvictions using the HCR-20. *The British Journal of Psychiatry*, 192(5), 384-387. doi: 10.1192/bjp.bp.107.044065
- HARE, R.D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist* (2nd Ed.). Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- HURDUCAS, C.C., SINGH, J.P., DE RUITER, C. & PETRILA, J. (2014). Violence risk assessment tools: A systematic review of surveys. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(3), 181-192. doi: 10.1080/14999013.2014.942923
- JEANDARME, I., WITTOUCK, C., VANDER LAENEN, F., DE VARÉ, J., GROUWELS, Y., AMPE, M. & OEI, T.I. (2013). *Disciplinary infractions in three Flemish forensic institutions: Prevalence and judicial reaction*. Paper gepresenteerd op het 8th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry Gent.
- JEANDARME, I., WITTOUCK, C., VANDER LAENEN, F., AMPE, M., GROUWELS, Y., DE VARÉ, J., ... BOGAERTS, S. (2015). Forensische pilotprojecten 'medium security': Incidenten tijdens behandeling van geïnterneerden ressorterend onder CBM Gent. *Panopticon*, 36(1), 26-45.
- JOYAL, C.C., DUBREUCQ, J., GENDRON, C. & MILLAUD, F. (2007). Major mental disorders and violence: A critical update. *Current Psychiatry Reviews*, 3(1), 33-50. doi: 10.2174/157340007779815628
- KENNEDY, H.G. (2002). Therapeutic uses of security: Mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 433-443. doi: 10.1192/apt.8.6.433
- KHIROYA, R., WEAVER, T. & MADEN, T. (2009). Use and perceived utility of structured violence risk assessments in English medium secure forensic units. *Psychiatric Bulletin*, 33, 129-132. doi: 10.1192/pb.bp.108.019810
- KINDNESS, A., KIM, H., ALDER, S., EDWARDS, A., PAREKH, A. & OLSON, L.M. (2009). Court compliance as a predictor of postadjudication recidivism for domestic violence offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(7), 1222-1238. doi: 10.1177/0886260508322197
- LEE, D.T. (2003). Community-treated and discharged forensic patients: An 11-year follow-up. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(3), 289-300. doi: 10.1016/s0160-2527(03)00039-6
- LEISTICO, A.M., SALEKIN, R.T., DECOSTER, J. & ROGERS, R. (2008). A large-scale meta-analysis relating the hare measures of psychopathy to antisocial conduct. *Law and Human Behavior*, 32(1), 28-45. doi: 10.1007/s10979-007-9096-6
- LIEVENS, J. (2001). Werken met secundaire data. In J. BILLIET & H. WAEGE (red.), *Een samenleving onderzocht: Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij, 343-363.
- LUETTGEN, J., CHRAPKO, W.E. & REDDON, J.E. (1998). Preventing violent re-offending in Not Criminally Responsible patients: An evaluation of a continuity of treatment program. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21(1), 89-98. doi: 10.1016/S0160-2527(97)00051-4
- LUND, C., HOFVANDER, B., FORSMAN, A., ANCKARSATER, H. & NILSSON, T. (2013). Violent criminal recidivism in mentally disordered offenders: A follow-up study of 13-20 years through different sanctions. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(3-4), 250-257. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.04.015
- LUNSKY, Y., GRACEY, C., KOEGL, C., BRADLEY, E., DURBIN, J. & RAINA, P. (2011). The clinical profile and service needs of psychiatric inpatients with intellectual disabilities and forensic involvement. *Psychology, Crime & Law*, 17(1), 9-23. doi: 10.1080/10683160903392277

- MADEN, A., SCOTT, F., BURNETT, R., LEWIS, G.H. & SKAPINAKIS, P. (2004). Offending in psychiatric patients after discharge from medium secure units: Prospective national cohort study. *British Medical Journal*, 328(7455), 1534. doi: 10.1136/bmj.38075.467569.EE
- MAES, B., GOETHALS, J. & VERLINDEN, S. (2009). *Personen met een verstandelijke handicap onderhevig aan een interneringsmaatregel*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- MARTIN, M.S., DORKEN, S.K., WAMBOLDT, A.D. & WOOTTEN, S.E. (2012). Stopping the revolving door: A meta-analysis on the effectiveness of interventions for criminally involved individuals with major mental disorders. *Law and Human Behavior*, 36(1), 1-12. doi: 10.1037/h0093963
- MENGHINI, M., DUCRO, C. & PHAM, T.H. (2005). Évaluation de la récidive auprès d'agresseurs sexuels issus d'un hôpital sécuritaire en Belgique francophone. *Psychiatrie et Violence*, 51(1), 39-48.
- MOENS, I. & PAUWELYN, L. (2012). *Geen opsluiting, maar sleutels tot re-integratie. Voorstellen voor een gecoördineerd zorgtraject voor geïnterneerden*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- MONAHAN, J., STEADMAN, H., SILVER, E., APPELBAUM, P., ROBBINS, P., MULVEY, E., . . . BANKS, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press.
- MORGAN, R.D., FLORA, D.B., KRONER, D.G., MILLS, J.F., VARGHESE, F. & STEFFAN, J.S. (2012). Treating offenders with mental illness: A research synthesis. *Law and Human Behavior*, 36(1), 37-50. doi: 10.1037/h0093964
- MÜLLER-ISBERNER, R., FREESE, R., JOCKEL, D. & GONZALEZ CABEZA, S. (2000). Forensic psychiatric assessment and treatment in Germany. Legal framework, recent developments, and current practice. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 467-480.
- MURRIE, D.C., BOCCACCINI, M.T., CAPERTON, J. & RUFINO, K. (2012). Field validity of the Psychopathy Checklist-Revised in sex offender risk assessment. *Psychological Assessment*, 24(2), 524-529. doi: 10.1037/a0026015
- NILSSON, T., WALLINIUS, M., GUSTAVSON, C., ANCKARSÄTER, H. & KERÉKES, N. (2011). Violent recidivism: A long-time follow-up study of mentally disordered offenders. *PLoS ONE*, 6(10), e25768. doi: 10.1371/journal.pone.0025768
- NORDSTROM, A. & KULLGREN, G. (2003). Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(6), 326-330. doi: 10.1007/s00127-003-0640-5
- NOWAK, M.J. & NUGTER, M.A. (2014). 'Ik zit mijn tijd wel uit...' II. Een replicatieonderzoek naar recidiven bij patiënten met een strafrechtelijke machtiging. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(4), 237-246.
- PHAM, T.H. & DUCRO, C. (2008). Évaluation du risque de récidive en Belgique francophone: Données préliminaires d'analyse factorielle de la 'Sex Offender Recidivism Appraisal Guide' (SORAG) et de la Statique-99. *Annales Médico-Psychologiques*, 166(7), 575-579. doi: 10.1016/j.amp.2008.06.001
- PHAM, T.H., DUCRO, C., MARGHEM, B. & RÉVEILLÈRE, C. (2005). Évaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone. *Annales Médico-Psychologiques*, 163(10), 878-881. doi: 10.1016/j.amp.2005.09.013
- PHILIPSE, M., DE RUITER, C., HILDEBRAND, M. & BOUMAN, Y. (2000). *HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2*. Nijmegen/Utrecht: Pompestichting/Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- RICE, M.E., HARRIS, G.T. & LANG, C. (2013). Validation of and revision to the VRAG and SORAG: The Violence Risk Appraisal Guide-Revised (VRAG-R). *Psychological Assessment*, 25(3), 951-965. doi: 10.1037/a0032878

- ROBERT, L. (2014). Wat werkt in Nederland en wat niet? Een meta-analyse van Nederlands recidiveonderzoek naar de effecten van strafrechtelijke interventies. *Panopticon*, 35(5), 480-485.
- ROBERT, L. & MAES, E. (2012). *Wederopsluiting na vrijlating uit de gevangenis*. Brussel: NICC.
- SHERMAN, L.W., GOTTFREDSON, D.C., MACKENZIE, D.L., ECK, J., REUTER, P. & SHAWN, D. (1998). *Preventing crime: What works, what doesn't, what's promising*. Washington, DC: National Institute of Justice, US Department of Justice.
- SINGH, J.P., DESMARAIS, S.L., HURDUCAS, C., ARBACH-LUCIONI, K., CONDEMARIN, C., DEAN, K., ... OTTO, R.K. (2014). International perspectives on the practical application of violence risk assessment: A global survey of 44 countries. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(3), 193-206. doi: 10.1080/14999013.2014.922141
- SKIPWORTH, J., BRINDED, P., CHAPLOW, D. & FRAMPTON, C. (2006). Insanity acquittee outcomes in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 1003-1009. doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01924.x
- SPREEN, M., BRAND, E., TER HORST, P. & BOGAERTS, S. (2014). *Handleiding en methodologische verantwoording HKT-R, Historisch, Klinische en Toekomstige - Revisie*. Groningen: Dr. van Mesdag.
- STEADMAN, H.J., MULVEY, E.P., MONAHAN, J. et al. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 393-401. doi: 10.1001/archpsyc.55.5.393
- TABITA, B., DE SANTI, M.G. & KJELLIN, L. (2012). Criminal recidivism and mortality among patients discharged from a forensic medium secure hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(4), 283-289. doi: 10.3109/08039488.2011.644578
- TO, W.T., VANDEVELDE, S., SOYEZ, V., DE SMET, S., BOERS, A. & VANHEULE, S. (2014). Treatment perspectives on interned mentally ill offenders in a forensic psychiatric center (FPC): A Delphi study on experts' opinions. *Psychology, Crime and Law*, 20(1), 61-77. doi: 10.1080/1068316X.2012.736511
- TRIST, K. (2009). *Internering en gedwongen opname*. Masterproef, Faculteit Rechten, Universiteit Gent.
- VANDER LAENEN, F. & DE CAUWER, B. (2011). Just-care, justitie en zorg in dialoog over internering. *Panopticon*, 32(3), 55-59.
- VERTOMMEN, H., VERHEUL, R., DE RUITER, C. & HILDEBRAND, M. (2002). *Handleiding bij de herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist*. Lisse: Swets Test Publishers.
- VITACCO, M.J., VAN RYBROEK, G.J., ERICKSON, S.K., ROGSTAD, J.E., TRIPP, A., HARRIS, L. & RODNEY, M. (2008). Developing services for insanity acquittees conditionally released into the community: Maximizing success and minimizing recidivism. *Psychological Services*, 5(2), 118-125. doi: 10.1037/1541-1559.5.2.118
- VOJT, G., THOMSON, L.D.G. & MARSHALL, L.A. (2013). The predictive validity of the HCR-20 following clinical implementation: Does it work in practice? *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(3), 371-385. doi: 10.1080/14789949.2013.800894
- WARTNA, B.S.J. (2009). *In de oude fout. Over het meten van recidive en het vaststellen van het succes van strafrechtelijke interventies*. Den Haag: WODC.
- 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*. Den Haag: WODC/Boom Juridische uitgevers.
- WARTNA, B.S.J. & NIJSSEN, L.T.J. (2006). *National studies on recidivism: An inventory of large-scale recidivism research in 33 European countries*. Den Haag: WODC.
- WARTNA, B.S.J. & TOLLENAAR, N. (2004). *Bekenden van Justitie. Een verkennend onderzoek naar de 'veelplegers' in de populatie van vervolgte daders*. Den Haag: WODC.

- WEBSTER, C.D., DOUGLAS, K.S., EAVES, D. & HART, S.D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence (Version 2)*. Burnaby, BC: Simon Fraser University.
- WECHSLER, D. (2000). *WAIS-III Nederlandstalige bewerking. Afname en scoringshandleiding*. Lisse: Swets.
- YIEND, J., CHAMBERS, J.C., BURNS, T., DOLL, H., FAZEL, S., KAUR, A., ... FITZPATRICK, R. (2011). Outcome measurement in forensic mental health research: An evaluation. *Psychology, Crime & Law*, 17(3), 277-292.
- YOSHIKAWA, K., TAYLOR, P.J., YAMAGAMI, A., OKADA, T., ANDO, K., TARUYA, T., ... KIKUCHI, A. (2007). Violent recidivism among mentally disordered offenders in Japan. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17(3), 137-151. doi: 10.1002/cbm.652