
Voorwoord

In het kader van het follow-up onderzoek Van der Hoeven Kliniek zijn gegevens over de ex-patiënten verzameld uit reeds beschikbaar materiaal: uitsneden uit de Justitiële Documentatie, en in de kliniek berustende dossiers. Dit interimrapport bevat het verslag van de op dit materiaal uitgevoerde analyses.

Bij het onderzoek zijn nogal wat personen betrokken geweest. Daarvoor kan allereerst worden verwezen naar de leden van de begeleidingscommissie (zie bijlage 1). In de personen van Piet Bruisten en Rinse Wierda wil ik de codeurs bedanken voor de wijze waarop zij het vaak moeizame codeerwerk hebben verricht. Els Barendse-Hoornweg, onderzoekassistente, heeft in verschillende fasen de nodige hulp verleend. Truus Remmelzwaal en Max Kommer hebben in grote gelijkmoedigheid geholpen bij de automatische verwerking van de gegevens. Paula Sabbé en Hannah Smits hebben van het rapport een uiterst toonbaar geheel gemaakt.

INHOUDSOPGAVE

	BLZ.
1 ACHTERGRONDEN EN PROBLEEMSTELLING	1
1.1 Achtergronden	1
1.2 De probleemstelling	2
2 OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK	5
2.1 De materiaalverzameling en de onderzoekpopulatie	5
2.2 De aard van de verzamelde gegevens	6
2.3 Presentatie van de resultaten	9
2.4 Beperkingen van het onderzoek	9
3 DE PATIENTENPOPULATIE IN DE PERIODE 1955-1977	12
3.1 Inleiding	12
3.2 Achtergronden van de opgenomen patiënten	12
3.3 Twee categorieën van de patiëntenpopulatie nader beschouwd	27
4 BEEINDIGING VAN DE BEHANDELINGSPERIODE EN RECIDIVE	33
4.1 Inleiding	33
4.2 Verblijf en beëindiging van de behandeling	33
4.3 Recidive	42
5 NABESCHOUWING	58
5.1 De aard van het onderzoekmateriaal	58
5.2 Veranderingen in de samenstelling van de patiëntenpopulatie	59
5.3 Mogelijke effecten van de behandeling	60
NOTEN	66
BIJLAGEN	72

1 ACHTERGRONDEN EN PROBLEEMSTELLING

1.1 Achtergronden

Door vertegenwoordigers van de dr. H. van der Hoeven Kliniek en het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het Ministerie van Justitie is, in overleg met medewerkers van de Pompekliniek te Nijmegen en het Stafbureau Wetenschappelijke Adviezen van de Directie TBR/R, in de tweede helft van 1975 een onderzoekvoorstel uitgewerkt ter evaluatie van de behandeling zoals die onder meer in het kader van de maatregel TBR in de Van der Hoeven Kliniek wordt gegeven. Aanleiding is geweest een vanuit de kliniek geformuleerde behoefte aan meer inzicht in het huidige functioneren van haar ex-patiënten, en in de vraag in hoeverre dat functioneren is terug te voeren op hun vroegere verblijf in de kliniek. Ook zou het onderzoek duidelijk moeten maken op welke wijze aan vragen met betrekking tot de behandeling, die op dit moment vanwege beperkingen in het beschikbare onderzoeksmateriaal onbeantwoord moeten blijven, in de komende periode systematisch aandacht kan worden gegeven. Tenslotte mag niet onvermeld blijven, dat het onderzoek mede moet worden gezien tegen de achtergrond van het 25-jarig jubileum van de kliniek in 1980. Een dergelijke bestaansperiode noodt tot het opmaken van een balans, en het inventariseren van ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden (1). Hoewel het onderzoek beperkt blijft tot de Van der Hoeven Kliniek, mag toch worden verwacht, dat ook anderen van de resultaten van dit onderzoek zullen kunnen profiteren. Naast aanzienlijke verschillen tussen de diverse klinieken zijn er zeker ook belangrijke overeenkomsten in samenstelling van de patiëntenpopulatie en aard van de gegeven behandeling. De Rechterlijke Macht zal, gezien haar rol bij de samenstelling van de kliniekbevolking, zeker geïnteresseerd zijn in de consequenties van haar handelen. Ook in ander opzicht kan het onderzoek van nut zijn: tot nu toe is er, zeker in Nederland, betrekkelijk weinig evaluatieonderzoek verricht in klinieken waar justitiabelen worden behandeld. Er is dus weinig waarop kan worden voortgebouwd. Hopelijk kan dit onderzoek deze functie vervullen voor anderen. Tenslotte is de Van der Hoeven Kliniek één van de meer op de voorgrond tredende klinieken, zodat het als een vraag van algemeen belang kan worden beschouwd wat het mogelijke effect is van de daar ontwikkelde activiteiten.

In onderling overleg is besloten het WODC te belasten met de

uitvoering van het onderzoek. Omdat behandelen interactie impliceert tussen patiënten en staf, heeft de kliniek gemeend bij presentatie naar buiten niet zichzelf te moeten onderzoeken, maar een buitenstaander in te schakelen. In de tweede helft van 1976 heeft het WODC een onderzoeker aangehouden om de uitvoering van het onderzoek (inmiddels aangeduid als "follow-up onderzoek Van der Hoeven Kliniek") ter hand te nemen, en is een begeleidingscommissie geformeerd (zie bijlage 1).

1.2 De probleemstelling

Op basis van het in 1975 gevoerde overleg werd door het WODC een onderzoekvoorstel ingediend. In dit voorstel werd de vraag naar de werking van de behandeling (voorzover vaststelbaar) centraal gesteld, en opgesplitst in de volgende vier deelvragen:

- a. In hoeverre is de aard van de patiëntenpopulatie, die in de loop der jaren bij de Van der Hoeven Kliniek in behandeling is geweest, veranderd?
- b. Welke behandelingsvormen zijn in de Van der Hoeven Kliniek op deze personen toegepast, en hoe heeft de filosofie, die aan de behandeling ten grondslag ligt, hierop ingewerkt?
- c. Op grond waarvan is de ex-patiënt ontslagen, en hoe is het daarna verder gegaan?
- d. In hoeverre zijn er verbanden te leggen tussen het welzijn van de ex-patiënt op dit moment en de behandeling in de Van der Hoeven Kliniek?

Uit het voorgaande zal duidelijk zijn, dat deelvraag d. de centrale vraag van het onderzoek is, terwijl de vragen a, b en c noodzakelijkerwijs moeten worden beantwoord alvorens in te kunnen gaan op de vraag naar de samenhang tussen huidig functioneren en de behandeling. Immers, het is denkbaar dat eventuele veranderingen in de populatie van invloed kunnen zijn op het te vinden verband, evenals de wijze van beëindiging van de behandeling. Overigens biedt de beschrijving van de populatie ook tal van vergelijkingsmogelijkheden die als zodanig van belang zijn (met name de tijd).

Binnen deze vraagstelling wordt enerzijds informatie gevraagd over individuen, te weten patiënten en oud-patiënten van de Van der Hoeven Kliniek; anderzijds richt de vraagstelling zich ook op de kliniek als zodanig: welke behandelingsvormen zijn er toegepast en op grond van welke overwegingen. Gegeven de geringe mankracht hebben we ons in het onderzoek zoals het uiteindelijk is uitgevoerd, tot de patiënten en oud-patiënten als eenheden van onderzoek beperkt en vraag b moeten laten liggen.

De formulering van de vragen is nog zodanig ruim, dat er weinig sturing van uit gaat voor het verzamelen van de gegevens nodig voor de beantwoording ervan. Daarnaast is het methodologisch karakter van de vragen niet voortdurend het-

zelfde. Zo zijn de vragen a. en c. volledig beschrijvend van karakter, terwijl vraag d, waarin een relatie wordt gelegd tussen de behandeling en het functioneren van de oud-patiënt na diens vertrek uit de kliniek, een meer verklarende doelstelling uitdrukt: kan er iets worden gezegd over de werking van de behandeling op het latere functioneren van de patiënten.

Teneinde deze probleemstelling nader te specificeren is een aantal voorbereidende activiteiten verricht, waaronder een bestudering van jaarverslagen, artikelen en scripties van medewerkers en stagiaires, een kennisnemen van de beschikbare dossiergegevens, en een aantal gesprekken met (ex)stafleden van de kliniek.

Een van de belangrijkste gevolgen van deze voorstudies is geweest het opsplitsen van het onderzoek in deelprojecten:

1. een dossieronderzoek van alle patiënten die in de periode 1955/1977 opgenomen zijn geweest;
2. een analyse van een beperkt aantal op grond van bepaalde kenmerken geselecteerde dossiers (o.a. wel of niet recidiveren);
3. het interviewen van in beginsel alle behandelde patiënten.

Dit rapport vormt het verslag van het eerste deelonderzoek, dat met name is gericht op de beantwoording van vraag a, en de vragen c en d voorzover het functioneren kan worden opgevat als delictgedrag. In het tweede deelonderzoek wordt gepoogd meer zicht te krijgen op het behandelingsproces zelf. Aard en omvang van het beschikbare materiaal maakten het n.l. onmogelijk om op systematische wijze voor alle patiënten de gewenste gegevens over de verblijfperiode in kaart te brengen. Het derde deelonderzoek is met name gericht op de vragen c en d.

De probleemstelling voor het dossieronderzoek kan als volgt nader worden gespecificeerd:

1. Hoe kan de patiëntenpopulatie worden getypeerd naar kenmerken van de voorgeschiedenis en de opnamesituatie, en welke veranderingen hebben zich in dit opzicht in de loop van de bestaansperiode van de kliniek voorgedaan?
 - a. In hoeverre zijn er verschillen in de gezinsachtergronden van de patiënten, en in hun opvoedingservaringen?
 - b. In hoeverre zijn er verschillen in de maatschappelijke situatie van de patiënten in de tijd vlak voor de opname?
 - c. In hoeverre zijn er verschillen in de delictachtergronden van de patiënten?

-
- d. Welke verschillen zijn er in de aard van het delict, dat de directe aanleiding heeft gevormd voor opname in de kliniek, en in de omstandigheden rond dit delict, alsmede een aantal meer formele gegevens als juridisch kader waarin opname plaatsvond, leeftijd bij opname en dergelijke?
2. Zijn er tussen bepaalde subpopulaties verschillen in datgene wat in de eerste vraag aan de orde is gesteld, te weten:
- a. naar delict van opname;
 - b. tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten.
3. Hoe kan de behandelingsperiode van de patiëntenpopulatie worden getypeerd en op welke wijze is de behandelingsperiode geëindigd?
Welke veranderingen hebben zich in dit opzicht in de loop van de bestaansperiode van de kliniek voorgedaan?
- a. In hoeverre zijn er verschillen in de duur van de behandeling en in de wijze waarop de behandeling is beëindigd?
 - b. In hoeverre zijn er verschillen in het voorkomen van bepaalde onregelmatigheden, zoals ongeoorloofde afwezigheid en delictgedrag?
 - c. In hoeverre corresponderen deze verschillen met bepaalde kenmerken uit de voorgeschiedenis en de opnamesituatie?
4. Hoe kan de patiëntenpopulatie worden getypeerd in termen van recidive, en welke veranderingen hebben zich in dit opzicht in de loop van de bestaansperiode van de kliniek voorgedaan?
- a. In hoeverre zijn er verschillen in aard en omvang van de recidive van de patiënten?
 - b. In hoeverre corresponderen deze verschillen met bepaalde kenmerken uit de voorgeschiedenis, de opnamesituatie en de behandelingsperiode, inclusief de wijze van beëindiging ervan?

De vraag naar verschillen in de achtergronden van de patiënten (vraag 1 en 2) wordt in hoofdstuk 3 behandeld. In hoofdstuk 4 komt allereerst de behandelingsperiode aan de orde, en de wijze waarop deze is afgesloten terwijl verder de vraag naar de werking van de behandeling in termen van recidive uitgebreid zal worden behandeld. Het verslag wordt afgesloten met een nabeschouwing in hoofdstuk 5. Voordat we echter overgaan tot de bespreking van de onderzoekresultaten, zullen we in het volgende hoofdstuk nog nader ingaan op de opzet en uitvoering van het onderzoek.

2.1 De materiaalverzameling en de onderzoekpopulatie

De onderzoekpopulatie bestaat uit al diegenen die vanaf de opening van de kliniek (begin 1955) tot de aanvang van de materiaalverzameling (eind 1977) opgenomen zijn (geweest).

Voor het verzamelen van de gegevens over de delictachtergronden van de patiënten, de criminaliteit tijdens de verblijfperiode en de recidive, zijn de uittreksels uit de Justitionële Documentatie bij de verschillende griffies opgevraagd. Tot en met 1977 zijn er 628 patiënten in de kliniek opgenomen geweest. Van 41 (ex-)patiënten was er geen of in een enkel geval slechts een onvolledig uittreksel beschikbaar. Voorzover kon worden nagegaan was het merendeel van deze patiënten inmiddels overleden.

De overige gegevens van het dossieronderzoek zijn ontleend aan de dossiers van de Van der Hoeven Kliniek. Deze zijn voor verwerking tijdelijk overgebracht naar het WODC (2).

Eén en ander impliceert, dat de gegevens over de delictachtergronden en de criminaliteit tijdens het verblijf beschikbaar zijn voor 586 personen, terwijl de overige gegevens voor 627 personen zijn vastgelegd. De recidivegegevens hebben betrekking op 517 personen, omdat 69 patiënten op het tijdstip van de materiaalverzameling nog in behandeling waren, en delicten door ons pas als recidivedelicten geteld zijn indien gepleegd na beëindiging van de verblijfsperiode in de kliniek.

In de codering zijn een aantal controles ingebouwd. De eerste tien door iedere codeur verwerkte uittreksels uit de Justitionële Documentatie werden "gedubbeld", waarna een eventuele verdere instructie volgde. Verder werd de codering steekproefsgewijs gecontroleerd, terwijl ieder codesheet werd gecontroleerd op volledigheid. De aard en de omvang van het dossiermateriaal van de kliniek maakte het noodzakelijk hieruit eerst aan de hand van een vragenschema uittreksels te vervaardigen. Door een tweede codeur werden deze uittreksels gecontroleerd op juistheid en volledigheid. De feitelijke codering vond plaats op basis van het uittreksel. Ook op deze codering zijn steekproefsgewijze controles uitgevoerd.

Hoewel het codeerschema was ontwikkeld op basis van een bestudering van een 25-tal dossiers, bleken bij de feitelijke codering de dossiers voor verschillende kenmerken van de voorgeschiedenis verre van volledig te zijn.

In bijlage 3 is een overzicht opgenomen van het aantal ontbrekende waarnemingen voor die variabelen, waarbij dat in storende mate het geval is. Uiteraard heeft dit ontbreken van waarnemingen belemmerend gewerkt op de analysemogelijkheden. Waar in dit rapport percentages worden gepresenteerd, zijn deze overigens altijd berekend op basis van het aantal beschikbare waarnemingen (3). Omdat de grootte van de percentages uiteraard hierdoor is of kan zijn beïnvloed, lijkt het ons veiliger om in voorkomende gevallen vooral aandacht te besteden aan de verschillen tussen categorieën dan aan de grootte van de percentages als zodanig. Op de dossiervorming zullen we overigens in het slothoofdstuk nog terugkomen.

2.2 De aard van de verzamelde gegevens

Patiënten die in de kliniek worden opgenomen, worden dat op met name twee gronden. Zij hebben een delict gepleegd, en er is een relatie gelegd tussen het plegen van dit delict en hun psycho-sociale situatie. Deze geconstateerde relatie heeft er als regel toe geleid, dat de betrokken personen door de rechter de maatregel TBR opgelegd hebben gekregen. Volgens Jonkers wordt de legitimerende grondslag van de maatregel TBR gevormd door het onaanvaardbaar geachte gevaar dat deze personen vanwege hun gestoordheid voor de samenleving vormen ... "gezien de grote kans dat ze spoedig opnieuw ernstig zullen derailleren" (4). Daarmee is voor hem ook het doel van de maatregel aangegeven, nl. het opheffen, inperken, neutraliseren of reduceren van dat gevaar (5). De gedwongen intramurale behandeling biedt de gewenste beveiliging op twee manieren. "Enerzijds wordt het de 'bemaatregelde' door diens insluiting feitelijk onmogelijk gemaakt strafbare feiten te plegen. Anderzijds ondergaat de tot dan toe gevaarlijke patiënt een dusdanige behandeling, dat de mogelijkheid van recidive verkleind wordt". Ook Rimmelink laat zich in soortgelijke bewoordingen uit, en voegt daaraan toe: "Normaliter zal het vermoeden van deze verstoring kunnen worden afgeleid uit de recidivekans en zal de openbare orde die verstoord werd dezelfde zijn als die dat *dreigt te worden*". Maar ook haalt hij met instemming een uitspraak van Minister Ort aan waarin deze stelt: "De dwangbehandeling is bestemd om de ziekte-toestand, welke de delinquent in sterke mate tot het begaan van strafbare feiten (in het algemeen, volgens Rimmelink) geneigd doet zijn, te genezen" (6).

Met andere woorden: hoewel er een zekere nadruk gelegd wordt op het gevaar voor de samenleving, opgevat als de kans op speciale of specifieke recidive, vormt ook de kans op recidive in algemene zin een basis voor de beoordeling van de noodzaak de samenleving door middel van het opleggen van een maatregel TBR te beveiligen. Gegeven de hier geschetste grondslag en doelstelling van de maatregel TBR vormen gegevens over de aard en de omvang van de eventuele recidive in laatste instantie de belangrijkste basis voor de beantwoor-

ding van de vraag of en zo ja in hoeverre de gestelde doeleinden zijn gerealiseerd. Het follow-up onderzoek Van der Hoeven Kliniek kan daartoe een eerste belangrijke aanzet vormen. Maar er speelt natuurlijk meer dan aard en omvang van de recidive bij de beoordeling van de mate van realisering van bedoelingen van de maatregel TBR. In eerste instantie is de behandeling zelf nl. niet rechtstreeks gericht op het doen stoppen van delictgedrag. In de filosofie van de Van der Hoeven Kliniek zal de betrokkene pas dan schadelijk gedrag achterwege kunnen laten wanneer hij heeft geleerd zich anders te gedragen, wanneer hij beschikt over gedragsalternatieven. Hij zal persoonlijk gedrag moeten ontwikkelen dat hemzelf bevrediging zal kunnen geven en anderen niet zal schaden. De basis voor die gedragsveranderingen wordt gevormd door zijn mogelijkheden, talenten en verlangens en de verwachtingen van degenen van wie hij zich afhankelijk weet, dat wil zeggen zijn relaties met voor hem belangrijke personen buiten de kliniek, zoals bv. die met partner, familie, vrienden, rechter die de maatregel heeft opgelegd, etc. "Het uiteindelijke doel van de behandeling is dat de patiënt zelf volledig de verantwoording voor zijn gedrag kan nemen en zelfstandig hulp kan vragen wanneer het nodig is". Immers "Waren zij in staat geweest vrijwillig hulp te zoeken, dan was opnemng in een onvrijwillig kader niet nodig geweest" (7). Wat ligt meer voor de hand dan voor een beoordeling van de realisering van deze doelstellingen te rade te gaan bij de direct betrokkenen? Dan van hen te vernemen hoe zij op dit moment functioneren en hoe zij dit functioneren in verband brengen met hun vroeger verblijf in de kliniek? De interviewing van de behandelde patiënten vormt dan ook een belangrijk onderdeel van het follow-up onderzoek, waarvan in een afzonderlijk rapport verslag zal worden gedaan. Wanneer we ons in het follow-up onderzoek ten doel stellen na te gaan hoe de patiënten na hun vertrek gefunctioneerd hebben, en in hoeverre dit functioneren (mede) is terug te voeren op het behandelingsproces zoals dat is verlopen, is het gewenst voor een goede beoordeling hiervan ook gegevens op te nemen over de voorgeschiedenis van de patiënten, en niet te volstaan met een beschrijving van de opnamesituatie. Nu is het niet zo eenduidig welke factoren in het onderzoek moeten worden opgenomen. Het aantal theorieën over de verklaring voor het ontstaan en de stabilisering van crimineel gedrag en psychische stoornissen is legio. Voorzover deze theorieën zijn getoetst, laten de resultaten daarvan bovendien geen eenduidige interpretatie toe. Daarnaast is er veel onderzoek verricht, het zg. predictieonderzoek, waarin bij de verzameling van gegevens theoretische verklaringsmodellen weinig sturing hebben gegeven. Vanuit een visnetgedachte worden dan ten aanzien van de meest uiteenlopende kenmerken gegevens verzameld over delinkwenten in de hoop dat analyse achteraf zal duidelijk maken welke factoren van belang zijn. Worden er al verbanden gevonden dan blijken deze nog al eens moeilijk in een zinvol en eenduidig te interpreteren kader te vallen.

Ondanks deze beperkingen kan toch wel van een aantal facto-

ren worden aangegeven, dat ze op de één of andere wijze van invloed worden geacht op het ontstaan en de stabilisering van criminaliteit en psychische stoornissen zoals blijkt uit de literatuur hierover.

Onze keuzevrijheid is overigens begrensd door de beperkingen in het beschikbare materiaal. Deze benadering is binnen het follow-up onderzoek gerechtvaardigd, gegeven zijn doelstelling. Het is niet onze bedoeling theorieën te toetsen of te ontwerpen. Wat we willen is inzicht in het functioneren van een bepaalde concreet aanwijsbare populatie, en zo mogelijk in factoren die dit functioneren kunnen verklaren, zowel binnen als buiten de behandelingssituatie.

Zoals uit de probleemstelling blijkt, zijn een aantal kenmerken opgenomen van de gezinsachtergronden van de patiënten die betrekking hebben op de maatschappelijke positie van het gezin in de samenleving (waarvoor de beroepenindeling van het ITS uit Nijmegen is gebruikt), en op een aantal structuurkenmerken, als gezinsgrootte en gezinsvolledigheid (8). Ook zijn enkele relationele kenmerken vastgelegd: harmonische of disharmonische gezinsverhoudingen, en gezagsrelaties. In navolging van Angenent zijn ook meer opvoedingsculturele kenmerken opgenomen, waarvoor hij de termen warmte en dominantie in de opvoeding hanteert (9). Daaraan hebben wij nog toegevoegd de mate waarin de ouders samen een bepaalde lijn volgen in de opvoeding, en of er van een zekere leefregelmaat in het gezin sprake is. Ook zijn nog enkele kenmerken opgenomen van de afzonderlijke gezinsleden: worden er psychische stoornissen, maatschappelijk wangedrag of justitiële contacten van ouders en broers of zusters gerapporteerd. In bijlage 2 hebben we omschrijvingen van een aantal kenmerken opgenomen, ook van de afzonderlijke gezinsleden: worden er psychische stoornissen, maatschappelijk wangedrag of justitiële contacten van ouders of broers en zusters gerapporteerd?

Andere kenmerken hebben meer op het individu betrekking zoals de continuïteit in de opvoedingssituatie tot uiting komend in bv. het aantal personen dat een opvoedende rol heeft gespeeld naast de eigen ouders, en in opvoedingservaringen buiten het ouderlijk gezin (familie, pleeggezin, inrichtingen). Verder is nagegaan of de betrokken personen een bijzondere plaats innemen in het ouderlijk gezin.

Naast het niveau van intellectueel functioneren en het opleidingsniveau is een aantal kenmerken vastgelegd die betrekking hebben op de maatschappelijke situatie van de patiënt: zijn arbeidsverleden, zijn sociale relaties en zijn woonsituatie. Verder is nog nagegaan in hoeverre de betrokkene bepaalde fysieke handicaps had die hem zouden kunnen hinderen in zijn functioneren. Hier zij erop gewezen, dat het met name de gegevens op grond van bovenstaande kenmerken zijn die met de nodige voorzichtigheid moeten worden gehanteerd door het gebrek aan betrouwbaarheid en volledigheid van de dossiers.

De delictachtergronden van de patiënten zijn uitgebreid vastgelegd. Naast een beschrijving van de eerste justitiële contacten zijn ook gegevens opgenomen die een beschrijving van het totale delictverleden mogelijk maken.

Wat de opnamesituatie betreft is niet alleen gekeken naar het delict dat uiteindelijk tot opname van de betrokkene heeft geleid, maar ook naar een aantal aspecten van de delictsituatie, bv. de sociale nabijheid van slachtoffer en dader (10). Daarnaast is een aantal feitelijke gegevens vastgelegd: het juridische kader waarin de opname heeft plaatsgevonden, het jaar van opname, de leeftijd bij opname en dergelijke.

Over de behandelingsperiode zelf is slechts een beperkt aantal gegevens vastgelegd: naast de duur van de behandeling, de wijze waarop deze beëindigd werd (proefverlof, overplaatsing etc.), en enkele onregelmatigheden als delictgedrag en ongeoorloofde afwezigheid. In de inleiding is al aangegeven dat een beperkt aantal dossiers in een aparte deelstudie nader geanalyseerd wordt. Deze is met name gericht op de behandelingsperiode zelf.

Over de periode na vertrek tenslotte is op uitgebreide wijze informatie vastgelegd over aard en omvang van de recidive.

2.3 Presentatie van de resultaten

Bij de presentatie van de gegevens is overwegend gebruik gemaakt van frequentie- en kruistabellen, en van enkele driedimensionele tabellen. Percentageverschillen zijn gehanteerd als maatstaven voor samenhang. Een belangrijke overweging voor deze werkwijze is geweest, dat hiermee een betrekkelijk grote mate van toegankelijkheid van de resultaten kan worden gerealiseerd. Een nadeel is uiteraard de betrekkelijk geringe reductienogelijkheden van de veelheid van gegevens, waardoor het problematisch kan zijn het overzicht over het geheel te bewaren (11). We hopen dit bezwaar met het slot hoofdstuk alsmede met samenvatting op andere plaatsen in het rapport te hebben ondervangen. Er is afgezien van het gebruik van significantietoetsen: omdat in dit onderzoek noch sprake is van een steekproefonderzoek noch van een experimentele opzet waarbij gerandomiseerd is, is naar ons oordeel het gebruik van significantietoetsen onjuist. Bij de presentatie van de resultaten is wel min of meer een vuistregel gehanteerd: over het algemeen zijn percentageverschillen van tenminste 10% indicatief geacht voor het bestaan van verschillen tussen de vergelijkbare categorieën. Met als afhankelijke variabelen respectievelijk het al dan niet overgeplaatst zijn, en het al dan niet recidiveren, zijn een tweetal regressie-analyses uitgevoerd. De resultaten hiervan zijn samengevat in hoofdstuk 4 terwijl de meer cijfermatige gegevens zijn opgenomen in bijlage 5.

2.4 Beperkingen van het onderzoek

Zoals ieder onderzoek heeft ook deze follow-up zijn beperkingen die onder meer zijn terug te voeren op beschikbare tijd, mankracht en financiën, de concrete situatie waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden, de gekozen probleemstelling en onderzoekopzet, en het onderwerp zelf.

Omdat de eerste twee categorieën beperkingen niet specifiek zijn voor het follow-up onderzoek, zullen we daarop niet verder ingaan, en ons beperken tot de probleemstelling en onderzoekopzet, en het onderwerp van onderzoek.

De probleemstelling, zoals die in het eerste hoofdstuk is weergegeven, is zeer ruim geformuleerd. De oorspronkelijke vraagstelling bestrijkt zo ongeveer alles wat er maar aan de Van der Hoeven Kliniek en aan de daar behandelde patiënten te bestuderen valt. Bij de uitwerking ervan zijn weliswaar een aantal aspecten komen te vervallen, niettemin is het onderzoek een zeer breed terrein blijven bestrijken. Die breedte gaat onvermijdelijk op een aantal plaatsen ten koste van een door sommigen juist daar gewenste diepgang. Op een aantal gronden is deze brede opzet toch wel te verdedigen en de keuze ervoor begrijpelijk te maken. Allereerst is al aangegeven dat het onderzoek mede moet worden gezien tegen de achtergrond van het 25-jarig bestaan van de kliniek in 1980. Een dergelijke bestaansperiode noodt tot het opmaken van een balans, maar ook tot het inventariseren van ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden. Doet zich in een dergelijke situatie de mogelijkheid voor om een onderzoek te laten verrichten, dan leidt dat er haast vanzelf toe om het onderwerp van onderzoek zeer breed te formuleren. Temeer, en daarmee kan tegelijk de tweede verklaringsgrond worden gegeven, daar er tot op heden niet of nauwelijks onderzoek is verricht rond de maatregel TBR (of algemener geformuleerd: rond behandeling in een strafrechtelijk kader): er is op dit gebied nog weinig empirisch in kaart gebracht. Zodoende ontbreekt een referentiekader en zicht op verschijnselen die nader onderzoek vereisen. Hoewel het follow-up onderzoek alleen betrekking heeft op de patiëntenpopulatie van de Van der Hoeven Kliniek, kan het juist in dit opzicht een belangrijke functie vervullen.

Deze beperking tot de Van der Hoeven Kliniek, onvermijdelijk toch ook juist vanwege de brede opzet, leidt tot een aantal zwakheden in de onderzoekopzet. Onderzoekresultaten krijgen als regel pas reliëf doordat ze ergens tegen kunnen worden afgezet. In ons onderzoek zijn die vergelijkingsmogelijkheden nagenoeg afwezig. Bovendien ontbreekt goeddeels controle op de invloed van allerlei externe factoren. Weliswaar kan men stellen, dat de gedwongen behandeling uiteindelijk tot doel heeft om toekomstig delictgedrag te stoppen of in aantal en ernst te verminderen, maar deze doelstellingen zijn noch door de inrichtingen noch door het departement vastgelegd in drempelwaarden die de te hanteren criteria moeten aannemen om al dan niet van succes te kunnen spreken. Wij hebben ons daarom moeten beperken tot vergelijkingen die tussen bepaalde subgroepen van de patiëntenpopulatie te maken zijn en tot vergelijkingen in de tijd.

Overigens zou het niet eenvoudig zijn geweest om andere vergelijkingsgroepen te vinden vanwege de selectiemechanismen die in ons strafrechtelijk systeem gangbaar zijn. Dit geldt al voor de verschillende TBR-inrichtingen, waarvan niet op voorhand mag worden aangenomen dat de patiëntenpopulaties zonder meer vergelijkbaar zijn. In nog sterkere mate is dit uiteraard van toepassing op andere categorieën delinquenten die niet TBR-gesteld zijn (geweest). TBR-gestelden vormen -in ieder geval in theorie- een speciale categorie delinquenten. Zonder hierover vóór een uit te voeren onderzoek stringente afspraken te maken, kan daarom in principe ieder

verschil in recidive (of het ontbreken daarvan) op het 'anders zijn' van TBR-gestelden worden teruggevoerd, zelfs wanneer dergelijke te vergelijken groepen op tal van kenmerken van het delictverleden gelijkgeschakeld zouden zijn: 'zonder behandeling zouden de TBR-gestelden wel gerecidiveerd of meer gerecidiveerd hebben, of ernstiger gerecidiveerd hebben'.

In de beide laatste alinea's speelt de definitie van het succes criterium een overheersende rol. In het kader van dit interimrapport, dat betrekking heeft op de uit dossiermateriaal verzamelde gegevens, betekent dit met name hoe de recidive gedefinieerd moet worden. Hoewel we de recidive vanuit verschillende gezichtspunten hebben benaderd, zoals nog zal blijken, zijn er uiteraard andere omschrijvingen mogelijk. Zo is het denkbaar om in gefixeerde tijdsperiodes van het verloop in het delictpatroon uit te gaan, zoals zich dat voor en na het verblijf in de kliniek heeft ontwikkeld. Onze materiaalverzameling belet echter een dergelijke werkwijze. Overigens kan men zich afvragen wat de meer-opbrengst van een dergelijke zeer gedetailleerde werkwijze kan zijn. Door het ontbreken van drempelwaarden (hoe hoog mag de recidive -hoe ook gedefinieerd- zijn om van het succes te kunnen spreken) lijkt die meer-opbrengst voor het follow-up onderzoek niet vanzelfsprekend. In een vergelijkend onderzoek (is bv. een behandeling succesvoller dan één of ander gevangenisregiem) is een dergelijke opzet mogelijk overbodig, omdat ook een minder gedetailleerde benadering voldoende kan zijn. Dit klemt wel omdat een dergelijke procedure gemakkelijk tot schijnexactheid leidt: zijn 10 inbraken even ernstig als 1 poging tot doodslag? Als iemand voor opname 40 inbraken gepleegd heeft en daarna 20, is zijn delictgedrag dan verminderd? Betrouwbaarheid is niet hetzelfde als geldigheid. Met het voorgaande willen we overigens geen afbreuk doen aan inzichten die een vergelijkende studie van de ontwikkeling van delictcarrières zou kunnen opleveren.

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal allereerst worden nagegaan in hoeverre de Van der Hoeven Kliniek in de loop van haar bestaan een ander aanbod van patiënten gekregen heeft. Daartoe zal een aantal kenmerken van het ouderlijk gezin en van de patiënten zelf worden besproken, gerelateerd aan een vijftal periodes waarin de patiënten in de kliniek zijn opgenomen. De indeling van de vijf periodes is als volgt tot stand gekomen. De jaren 1955 en 1956 zijn de aanvangsjaren in het bestaan van de kliniek. Alleen al om die reden heeft het zin om deze samen te nemen. Daarnaast is met name 1955 een "groot" jaar omdat daarin voor het eerst patiënten zijn opgenomen. In december 1974 verhuisde de kliniek naar het nieuwe gebouw. Daar de materiaalverzameling zich heeft beperkt tot de patiënten die tot en met 1977 in de kliniek werden opgenomen, ligt het voor de hand de laatste periode te laten bestaan uit de jaren 1975 tot en met 1977. De periode 1957 tot en met 1974 is tenslotte zodanig in drieën verdeeld, dat het aantal patiënten per deelperiode zo min mogelijk uiteenloopt. Op deze wijze ontstonden de volgende vijf deelperiodes: 1955/1956, 1957/1962, 1963/1969, 1970/1974 en 1975/1977.

In paragraaf 3.2, "Achtergronden", komen achtereenvolgens aan de orde: een aantal kenmerken van het ouderlijk gezin (12), met name ook van de opvoeding; een aantal kenmerken van de patiënten van een meer individuele aard, zoals de continuïteit in de opvoedingsituatie, het fysiek en intellectueel functioneren, het opleidingsniveau en het maatschappelijk functioneren; een beschrijving van delictachtergrond en tenslotte van het delict en de delictsituatie welke uiteindelijk tot opname in de kliniek heeft geleid. Het hoofdstuk wordt in paragraaf 3.3 afgesloten met een nadere typering van twee subcategorieën van patiënten, nl. naar het soort delict dat tot de opname geleid heeft, en naar mannelijke en vrouwelijke patiënten.

3.2 Achtergronden van de opgenomen patiënten

3.2.1 *Kenmerken van het ouderlijk gezin*

Alvorens tot de bespreking van de resultaten over te gaan, willen we er met nadruk op wijzen, dat de hier gepresenteerde percentagecijfers zijn berekend over het aantal personen

van wie iets over het desbetreffende kenmerk in het dossier werd opgemerkt. Het basisgetal waarop gepercenteerd is, kan sterk uiteenlopen. Wij verwijzen daarvoor naar de paragraaf over de materiaalverzameling in hoofdstuk 2, en bijlage 3, waarin een overzicht wordt gegeven van de aantallen ontbrekende waarnemingen bij een aantal achtergrondkenmerken. Omdat dit aantal bij sommige variabelen erg groot is, geven percentageverschillen in die gevallen meer een tendens aan dan dat aan de absolute grootte ervan wezenlijke betekenis kan worden toegekend.

Over de gehele periode 1955-1977 blijkt de helft van de opgenomen patiënten een vader (gehad) te hebben van wie het beroep behoort tot de twee laagste onderscheiden niveaus in de beroepsstratificatie van het ITS (ongeschoolde en geschoolde arbeid). Tussen de verschillende perioden zijn er niet of nauwelijks verschillen. In vergelijking met het niveau van de mannelijke Nederlandse beroepsbevolking zijn de vaders van de patiënten tweemaal zo vaak werkzaam als ongeschoolde arbeider. Daarentegen zijn de laatste minder vaak geschoolde arbeider of lagere employé. Opvallend is de overeenkomst voor de overige categorieën: kleine zelfstandigen, middelbare employé's en hogere beroepen. De verdeling van de vaders van de patiënten over deze categorieën komt volledig overeen met die van de Nederlandse bevolking. (zie bijlage 4, tabel 15) (13).

22% van de patiënten beleefden voor hun 18e jaar een echtscheiding van hun ouders. (Dit aantal is gestegen van 14% in de periode 1955/1956 tot 29% in de periode 1975/1977). Er zijn geen concrete aanwijzingen dat deze cijfers in ongunstige zin sterk afwijken van die van de bevolking als geheel. Wel maken de bevolkingsstatistieken duidelijk dat het aantal echtscheidingen in Nederland sinds 1972/1973 sterk is gestegen. (Zie maandstatistiek van bevolking en volksgezondheid, supplement: jaaroverzicht 1978, CBS, 's-Gravenhage, 1980). Bij 18% van de betrokkenen is de vader of moeder (of beiden) voor hun achttiende jaar overleden. Worden de gegevens voor scheiding en overlijden gecombineerd, dan blijkt ongeveer 40% van de opgenomen patiënten afkomstig te zijn uit onvolledige gezinnen.

Op grond van beschrijvingen van de gezinssituaties van de opgenomen patiënten in de voorlichtingsrapportage blijkt 60% afkomstig te zijn uit gezinnen, die als disharmonisch worden beschreven. Slechts een kwart van de gezinnen wordt door de rapporteurs als harmonisch beschouwd. In de overige gevallen bevatten de dossiers strijdige gegevens.

Gekeken is ook of de ouders een bepaalde lijn hanteerden bij regulerend optreden (straffen), en of zij enig gezag over de betrokken persoon hadden. Na combinatie van beide gegevens blijkt hierover bij 60% van de opgenomen patiënten iets vermeld te worden. Bij bijna de helft van hen blijkt noch het één noch het ander het geval te zijn.

Uit de dossiers komt verder naar voren dat de rapporteurs nogal eens van mening waren dat er van de ouders weinig manifeste uitingen van warmte waren ten opzichte van de betrokken patiënten. Over de periode 1955-1977 fluctueert het percentage tussen de 40% en de 60%. Evenmin zijn er bepaalde

verschuivingen te constateren in de mate waarin één (of beide) ouder(s) zich dominant opstellen tegenover de betrokkene.

Voor de periode 1955-1977 werd bij 65% van de opgenomen patiënten geconcludeerd, dat hun ouders zich ten opzichte van hen dominant gedroegen. Bij ruim de helft van de patiënten wordt iets vermeld over de mate van coördinatie tussen de ouders bij de opvoeding. Slechts bij 30% van hen werd geconstateerd dat zij één lijn volgden in de opvoeding (hetzij positief, hetzij negatief). Het betreft hier overigens een ruimer gedefinieerd kenmerk dan in de vorige alinea (regulerend optreden). Ook over een zekere leefregelmaat in het gezin wordt bij slechts ruim de helft van de populatie iets vermeld: bij 70% van hen werd geconcludeerd dat dit niet het geval was. Bij tweederde van de opgenomen patiënten wordt in de rapporten melding gemaakt van het al dan niet voorkomen van maatschappelijk wangedrag (openbare dronkenschap, prostitutie en dergelijke) of contacten met justitie van één of beide ouders. In 60% van deze vermeldingen is er sprake van wangedrag of justitiële contacten van (één der) ouders. Dit aantal stijgt geleidelijk van 54% in de periode 1955-1956 tot 77% in de periode 1975-1977. In overeenstemming met onderzoekbevindingen over de criminaliteit van mannen en vrouwen, blijkt dit soort gedragingen vaker over de vaders dan over de moeders te zijn vermeld. Bij minder dan de helft van de patiënten wordt ook melding gemaakt van het al dan niet voorkomen van maatschappelijk wangedrag of justitiële contacten van broers of zusters. Bij 60% van hen was er sprake van wangedrag of justitiële contacten. In de dossiers is ook nagegaan of er melding wordt gemaakt van psychische stoornissen van de ouders: expliciet tot uiting komend in het gebruik van psychiatrische terminologie, symptoombeschrijving, eventuele behandelingen en dergelijke, dan wel meer in termen van bepaalde karaktertrekken (driftig, zenuwachtig en dergelijke). Bij tweederde van de patiënten zijn hierover gegevens te vinden. In ongeveer 80% van deze gevallen worden over één of beide ouders stoornissen of negatieve karaktertrekken gerapporteerd. Het merendeel, ongeveer 60% van de uitlatingen, heeft betrekking op negatieve karaktertrekken.

3.2.2 *Samenvatting*

Uit het voorgaande komt een weinig positief beeld naar voren over de gezinsachtergronden van de opgenomen patiënten. Op zich hoeft dat natuurlijk geen verwondering te wekken, omdat de aanleiding van waaruit de rapporten worden geschreven van negatieve aard is. De delictsituatie creëert een kader van waaruit naar aanknopingspunten gezocht wordt om het negatief gewaardeerde gedrag begrijpelijk te maken. In hoeverre de gezinsachtergronden van de opgenomen patiënten ongunstiger zijn dan van andere personen die uit overeenkomstige maatschappelijke lagen afkomstig zijn, is bij gebrek aan vergelijkbare informatie een vraag die op dit moment goeddeels onbeantwoord moet blijven. Verder kan opvallen dat er tussen de verschillende periodes van opname nauwelijks verschillen zijn in gezinskenmerken. Een kenmerk lijkt er wat uit te springen: een toename van het aantal ouders over wie in de

rapporten melding wordt gemaakt van maatschappelijk wangedrag of justitiële contacten. Dit alles onder enig voorbehoud, gegeven een vaak groot aantal ontbrekende waarnemingen.

3.2.3 *Individuele kenmerken*

Bij nogal wat opgenomen patiënten kan moeilijk gesproken worden van continuïteit in de opvoedingssituatie (14). Zo heeft voor zover bekend 36% te maken gehad met meer dan één als vader optredende figuur (pleegvader, voogd), en 42% met meer dan één als moeder optredende persoon. Beide percentages zijn in de recentere jaren licht gestegen. Gebrek aan continuïteit in de opvoedingssituatie kan ook afgemeten worden aan opvoedingservaringen buiten het ouderlijk gezin. Van de opgenomen patiënten is 17% gedurende kortere of langere tijd bij familie en is 18% in een pleeggezin opgevoed, terwijl 60% in een inrichting geplaatst is geweest. Dit laatste percentage is toegenomen van 53 in de periode 1955/1956 tot 68 in de periode 1975/1977.

Van degenen die in inrichtingen geplaatst zijn geweest, heeft ruim 40% daar langer dan drie jaar vertoefd.

Uit allerlei opmerkingen in de dossiers kan worden afgeleid of de betrokken patient als kind een wat speciale plaats innam in het ouderlijk gezin, bv. een voorkind van de moeder dat door de stiefvader niet werd geaccepteerd, een kind dat een "zondebok"-functie vervulde, etc. Het percentage patiënten, dat op dit soort gronden een bijzondere plaats innam in het ouderlijk gezin, varieert tot 1963 tussen de 40 en de 50. Daarna stijgt het tot 60 à 70.

Wanneer een drietal niveaus worden onderscheiden in het intellectueel functioneren: normaal, boven-normaal en beneden-normaal, blijkt over de periode 1955/1977 19% van de opgenomen patiënten te behoren tot de categorie beneden normaal, 61% tot de categorie normaal en 14% tot de categorie boven normaal. Over 6% van de betrokkenen was geen eenduidige informatie beschikbaar. Het aantal personen in de categorie beneden-normaal was in de periode 1955/1956 16%, terwijl dit in de periode 1975/1977 gestegen is tot 29%.

Daarbij is er een geleidelijke daling van de categorie boven-normaal.

Van de patiënten had 37% een opleidingsniveau dat niet verder gaat dan hooguit lager onderwijs. In het 'leefsituatie-survey' van het CBS wordt een percentage van 27 vermeld voor de mannelijke bevolking (15). Op grond van het laatst uitgeoefende beroep voor opname in de kliniek behoort 74% tot de laagste 2 niveaus in de ITS-indeling (zie tabel 16, bijlage 3). Daarmee wijkt het beroepsniveau van de patiënten in ongunstige zin sterk af van dat van hun vaders. Twee gegevens benadrukken dit verschil. Allereerst is er tussen de patiënten weinig verschil wanneer gelet wordt op de leeftijd bij opname, terwijl toch een hoger beroepsniveau mag worden verwacht bij een toename in leeftijd. Maar alleen de categorie 32 jaar en ouder telt een duidelijk geringer aantal ongeschoolde arbeiders en een groter aantal lagere employées. In de tweede plaats is het aantal (on)geschoolde arbeiders

onder de patiënten ongeveer tweemaal zo groot als in alle leeftijdscategorieën werd gevonden in het 'leefsituatiesurvey' (16). Overigens is het percentage personen dat in meerdere of mindere mate regelmatig aan het arbeidsproces deelnam, gedaald van 84 in 1955/56 naar 45 na 1974. Een daling die voor rekening komt van een toenemend percentage schoolgaanden (van 0 naar 8), en vooral een groter percentage niet-werkenden (van 5 naar 34); dat wil zeggen personen die niet in het arbeidsproces waren opgenomen maar evenmin op grond van de beschikbare informatie als werkloos konden worden beschouwd. Het percentage werklozen zou volgens onze gegevens tamelijk constant zijn en circa 10 bedragen, ongeveer tweemaal zo hoog als bij de Nederlandse beroepsbevolking (17). Het percentage personen dat van een of andere uitkering leeft is na 1974 sterk gestegen tot circa 20, eveneens tenminste tweemaal zo hoog als de Nederlandse bevolking (18).

Van degenen die hebben gewerkt voor opname heeft ongeveer de helft meer dan acht werkgevers gehad en meer dan vier verschillende soorten functies uitgeoefend. Hoewel het aantal wisselingen zowel van werkgever als van beroep dus nogal groot is, hangt dit gegeven ook duidelijk samen met de leeftijd van de betrokken personen: patiënten behorend tot de oudste leeftijdscategorie (32 jaar en ouder) hebben in iedere deelperiode vaker gewisseld van beroep en werkgever dan de patiënten die bij opname jong zijn (19).

Driekwart van de opgenomen patiënten was voor opname niet gehuwd (geweest) of leefde niet duurzaam samen. Het percentage ongehuwden is gestegen van ongeveer 70 in de beginperiode naar 83 in de periode 1975/1977. Ook hier speelt de daling van de leeftijd bij opname een belangrijke rol: het percentage ongehuwden in de leeftijdsgroep 32 jaar en ouder bij opname is 43, terwijl dit in de leeftijdsgroep van 15 t/m 22 jaar ruim het dubbele is. Vergelijking met het Statistisch Zakboek (onder andere van de jaren 1964, 1970 en 1975) wijst overigens uit dat in de leeftijdsgroep ouder dan 24 jaar het aantal ongehuwden van de Nederlandse bevolking aanmerkelijk kleiner is dan bij de patiëntenpopulatie. In de categorie 25-29 jaar is het percentage ongehuwden 26; in de categorie 55-59 jaar is dit teruggelopen tot 7. Bij de patiëntenpopulatie is het percentage ongehuwden in de leeftijdsgroep van 27-31 jaar 72, en in de categorie 32 jaar en ouder nog altijd 43.

In de woonsituatie van de opgenomen patiënten treden in de periode 1955-1977 enkele veranderingen op, welke voor een deel samenhangen met de al eerder genoemde verschuiving in leeftijd en daarnaast met meer algemene maatschappelijke veranderingen. Zo is er een toename van het aantal personen dat nog thuis bij de ouders woont, een toename van het aantal personen woonachtig in een commune-achtige vorm of zelfstandig, waartegenover een afname staat van het aantal personen dat in een pension woont (zie tabel 17, bijlage 4).

In ongeveer de helft van de dossiers wordt iets vermeld over

een afgenomen EEG. Bij eenderde daarvan worden afwijkingen gerapporteerd; bij 7% had deze afwijking een epileptisch patroon. Bij eenderde van de betrokkenen wordt iets vermeld over zijn lichamelijke gesteldheid. In 37% van deze gevallen komen lichamelijke afwijkingen voor, welke een zekere belemmering zouden kunnen vormen voor het "normaal" functioneren (bv. het missen van vingers, zeer slechte ogen, zware astma). Het percentage opgenomen patiënten waarbij sprake is van verslavingsverschijnselen voor opname (alcohol, drugs, medicijnen, combinaties), is toegenomen van 36 in de periode 1955/1956 tot 75 in de periode 1975/1977. Deze toename komt goeddeels voor rekening van het meer gangbaar worden van druggebruik, nl. van 4% in de periode 1955/1956 naar 44% in de periode 1975/1977 (20). Het percentage ontbrekende waarnemingen is overigens hier bijna 60.

3.2.4 *Samenvatting*

Ook hier moeten we weer het nodige voorbehoud maken door het vaak grote aantal ontbrekende waarnemingen.

Overzien wij het voorgaande, dan wijzen de gegevens van het merendeel van de opgenomen patiënten voorzover die althans over hen bekend zijn, op een zwakke maatschappelijke positie.

In dit opzicht onderscheiden zij zich dan ook weinig van elkaar. Toch zijn er enkele verschuivingen zichtbaar die het aannemelijk maken, dat in de recentere jaren een toenemend aantal patiënten een zo mogelijk nog ongunstiger achtergrond heeft. Zo is het aantal patiënten dat voor hun 18e jaar een kortere of langere tijd in inrichtingen heeft doorgebracht gestegen, wordt van een groter aantal patiënten het intellectueel functioneren als beneden normaal getypeerd, en nam een groter aantal patiënten een in negatieve zin bijzondere plaats in het ouderlijk gezin in. Andere veranderingen, als de arbeids- en inkomenssituatie, het hebben van een partner, de toegenomen verslaving, moeten eerder toegeschreven worden aan enerzijds de daling in de leeftijd van de opgenomen patiënten en anderzijds aan veranderingen in de samenleving. Uiteraard kunnen deze veranderingen wel hun consequenties hebben voor de algehele sfeer in de kliniek, en in de te volgen werkwijze van het personeel (21).

3.2.5 *Probleemgedrag en delictverleden*

Bij 45% van de opgenomen patiënten is blijkens de voorlichtingsrapportage al in een eerder stadium (dat wil zeggen voor het delict dat de aanleiding tot opname was) melding gemaakt van psychische stoornissen. Dit percentage is overigens gedaald van 55 naar 36. Hiertegenover staat een stijging van het percentage patiënten van wie in een eerdere fase negatieve karaktertrekken worden gerapporteerd, nl. van 40 tot 62. Het onderscheid tussen psychische stoornissen en negatieve karaktertrekken is hetzelfde als wat eerder werd gemaakt bij de ouders van de patiënten. De hier aangegeven verschillen duiden mogelijk meer op accentverschuivingen in de rapportering dan op 'echte' verschuivingen. De aard van de reacties (intramurale-, ambulante-, geen behandeling) op deze stoornissen varieert wat in de loop der tijd zonder dat

er een duidelijk patroon zichtbaar wordt. Wel blijkt het percentage gevallen waarin geen reactie volgt op gerapporteerde stoornissen te dalen van 62 naar 41. De leeftijd waarop voor het eerst melding werd gemaakt van dit soort gegevens daalt eveneens.

De leeftijd waarop het eerste justitiële contact plaatsvond, is met name bij diegenen die vanaf 1975 zijn opgenomen vrij drastisch gedaald: 65% was jonger dan 18 jaar, terwijl hiervan nog eens 38% jonger was dan 16 jaar. Voor 1975 varieerde het percentage personen dat jonger was dan 18 jaar bij het eerste justitiële contact tussen de 35 en de 48. Ook in de aard van de delicten bij het eerste justitiële contact zijn nogal wat verschuivingen opgetreden, zoals blijkt uit de volgende tabel:

Tabel 3.1. Soort delict bij het eerste justitiële contact.

opnameperiode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
delictsoort	%	%	%	%	%	%
vermogensdelicten (zonder geweld)	81	75	65	63	64	69
vermogensdelicten (met geweld)	1	-	1	2	-	1
vernietiging, belediging	1	-	1	2	8	2
gewelddelicten	3	5	9	15	11	9
zededelicten (niet aanranding, verkrachting)	7	14	10	8	4	9
aanranding, verkrachting	2	2	7	7	6	5
overige delicten	6	5	7	3	6	5
	101 (n=104)	101 (n=130)	100 (n=148)	100 (n=125)	99 (n=79)	100 (n=586)

Er valt een afname te constateren van het aantal personen, van wie het eerste delict een vermogensdelict zonder gebruik van geweld tegen personen is. Verder is er een toename van het aantal gewelddelicten, ook bij de zededelicten (aanranding, verkrachting). Het aantal overige zededelicten is afgenomen.

In de wijze waarop het delict bij het eerste justitiële contact is afgehandeld, valt een sterke afname te constateren in de toepassing van vrijheidsbenemende straffen en maatregelen en een sterke toename van contacten waarin het niet tot een veroordeling komt (sepot en dergelijke). De verschuiving is des te opvallender daar het aandeel van de vermogensdelicten sterk is gedaald.

De verschuivingen in de wijze van afhandeling corresponderen met ook al elders geconstateerde veranderingen in het beleid van de Rechterlijke Macht, tot uiting komend in een grotere terughoudendheid bij het opleggen van vrijheidsbenemende straffen en maatregelen.

Tabel 3.2. Afhandeling van het delict bij het eerste justitiële contact.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
afhandeling	%	%	%	%	%	%
geen veroordeling	7	12	45	42	57	32
veroordeling (geen dreiging met vrijheidsbeneming)	12	8	3	14	16	10
dreiging met vrijheidsbeneming	22	25	16	11	9	17
vrijheidsbeneming	59	54	36	33	13	41
	100 (n=104)	100 (n=130)	100 (n=148)	100 (n=125)	100 (n=79)	100 (n=586)

In de volgende tabel is het totaal aantal delicten weergegeven, dat door de opgenomen patiënten begaan werd voor hun opname.

Tabel 3.3. Totaal aantal delicten vóór opname in de kliniek.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
aantal delicten	%	%	%	%	%	%
1 - 3	18	20	26	25	16	22
4 - 8	38	41	26	27	18	30
9 - 15	27	22	26	19	15	22
16 of meer	17	17	22	29	51	25
	100 (n=104)	100 (n=130)	100 (n=148)	100 (n=125)	100 (n=79)	99 (n=586)

Aanvankelijk stijgt het aantal personen dat één tot drie delicten heeft begaan; in de laatste periode daalt het weer. Het aantal personen met vier tot acht en negen tot vijftien

delicten daalt, terwijl het aantal personen met zestien of meer delicten eerst geleidelijk en in de laatste periode zeer sterk toeneemt. Deze laatste stijging is des te opvallender, omdat de leeftijd bij opname voortdurend is gedaald. In een wat zwakkere vorm vinden we hetzelfde patroon terug in het aantal veroordelingen dat werd uitgesproken voor opname in de kliniek: (22)

Tabel 3.4. Totaal aantal veroordelingen vóór opname.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
aantal veroordelingen	%	%	%	%	%	%
1 - 2	19	25	35	38	30	30
3 - 4	22	25	26	22	25	24
5 - 6	20	18	19	18	18	19
7 en meer	38	32	20	22	27	27
	99 (n=104)	100 (n=130)	100 (n=148)	100 (n=125)	100 (n=79)	100 (n=586)

Het aantal personen met één of twee veroordelingen voor hun opname neemt eerst toe en daalt in de periode 1975/1977, terwijl het aantal personen met zeven of meer veroordelingen, na een zeer sterke daling in de beginperioden, sinds 1970 geleidelijk weer toeneemt.

Na een aanvankelijke toename van het aantal personen met niet meer dan één veroordeling tot een vrijheidsbenemende straf of maatregel, en afname van het aantal personen met zes of meer veroordelingen tot een vrijheidsbenemende straf of maatregel, heeft de situatie zich in de laatste jaren min of meer gestabiliseerd (zie tabel I. van bijlage 4).

De totale hoeveelheid opgelegde onvoorwaardelijke gevangenisstraf of ten uitvoergelegde voorwaardelijke straf is voortdurend gedaald in de periode 1955/1977, zoals overduidelijk blijkt uit de tabel op de volgende pagina.

De leeftijd waarop de maatregel TBR werd opgelegd, is eveneens gedaald. Was in de periode 1955/1956 nog 55% van de opgenomen patiënten 25 jaar of ouder bij het opleggen van de maatregel, in de periode 1975/1977 was dit gedaald tot 39%.

Hoe heterogeen is de delictachtergrond van de opgenomen patiënten? Op basis van de categorieën vermogensdelicten, geweldsdelicten, zedendelicten en overige delicten is nagegaan, welke combinaties er voorkomen. Om het aantal combinaties te beperken, is de categorie 'overige' hierbij buiten beschouwing gelaten. Deze categorie is slechts gehanteerd voor die patiënten die delicten hebben gepleegd die uitsluitend in de categorie "overige" vallen.

Tabel 3.5. Totale hoeveelheid onvoorwaardelijke en tenuitvoergelegde voorwaardelijke straf vóór opname in de kliniek.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
hoeveel- heid straf	%	%	%	%	%	%
0 - 9 maanden	17	17	19	34	35	24
10 - 20 maanden	19	20	28	26	24	24
21 - 42 maanden	24	32	27	21	15	25
43 of meer maanden	38	28	23	13	18	24
onbekend	2	4	3	5	8	4
	100 (n=104)	101 (n=130)	100 (n=148)	100 (n=125)	100 (n=79)	101 (n=586)

Tabel 3.6. Delictpatroon vóór opname naar opnameperiode.

opnameperiode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
delictpatroon	%	%	%	%	%	%
alleen vermogensdelicten	60	55	36	23	15	39
alleen geweldsdelicten	2	5	8	10	13	7
alleen zedendelicten	7	8	10	10	4	8
vermogens- en geweldsdelicten	16	16	24	30	43	25
vermogens- en zedendelicten	12	12	14	15	11	13
gewelds- en zedendelicten	-	1	1	2	-	1
vermogens-, gewelds- en zedendelicten	3	4	6	8	14	5
alleen overige delicten	1	-	1	2	-	1
	101 (n=104)	101 (n=130)	100 (n=148)	100 (n=125)	100 (n=79)	100 (n=586)

Allereerst kan worden geconcludeerd dat over de gehele periode 1955/1977 54% van de patiënten zich heeft beperkt tot één type delict wanneer de categorie "overige" buiten beschouwing wordt gelaten. Hierbij dient wel te worden bedacht dat de categorieën zoals hier onderscheiden toch wel heel uiteenlopende delicten kunnen omvatten. Verder kan worden opgemerkt dat de heterogeniteit in de loop der jaren is toegenomen. Had in de periode 1955/56 69% één type delict begaan, in de periode 1975/77 is dit gedaald tot 32%. Een daling die grotendeels voor rekening komt van de categorie "alleen vermogensdelicten voor opname". In zeer sterke mate is dan ook de combinatie "vermogens- en geweldsdelicten" toegenomen, en ook (zeker in relatieve zin) de categorie "vermogens-, gewelds- en zedendelicten".

Ook de afzonderlijke categorie geweldsdelicten is gegroeid. Deze wijzigingen in de delictachtergrond vinden we ook duidelijk terug in de aard van het delict naar aanleiding waarvan uiteindelijke opname in de kliniek volgde, zoals we in de volgende paragraaf zullen zien. Concluderend kan dan ook worden gesteld, dat er een duidelijke verschuiving heeft plaatsgevonden in de aard van de patiëntenpopulatie: het aantal patiënten dat voor opname in de kliniek delicten heeft gepleegd, waarbij geweld tegen personen is gebruikt, is sterk toegenomen.

3.2.6 *Samenvatting*

De belangrijkste gegevens uit deze paragraaf kunnen als volgt worden samengevat. Voorzover in een vroeger stadium al melding wordt gemaakt van psychische stoornissen, valt de verschuiving in terminologie op: wordt bij de in een vroegere periode opgenomen patiënten vaker gebruik gemaakt van psychiatrische terminologie om de stoornissen te beschrijven, in latere jaren wordt dit overwegend gedaan in termen van negatieve karaktertrekken. Dit is des te opvallender, waar de psychiatrisering van gedrag sinds de vijftiger jaren eerder is toe- dan afgenomen (23). In de lijn van het jonger worden van de patiëntenpopulatie ligt het gegeven dat bij meer patiënten op jongere leeftijd melding wordt gemaakt van psychische stoornissen.

Belangrijke verschuivingen hebben zich voorgedaan in het delictverleden van de opgenomen patiënten met een toename van het aantal personen die delicten begaan met (ook) een gewelddadig karakter. Deze verandering komt zowel tot uiting in de aard van het eerste delict, als in de toename van het aantal personen die voor opname tenminste één geweldsdelict hebben gepleegd, en in de verschuivingen in het gehele delictpatroon: de delictcarrières zijn heterogener geworden, waarbij een toenemend aantal personen naast vermogens- en/of zedendelicten ook geweldsdelicten heeft begaan. Deze ontwikkeling zegt uiteraard weinig over de criminaliteitsontwikkeling als zodanig maar veel meer over de mechanismen die werkzaam zijn bij het opleggen van een TBR.

Zoals uit andere bronnen kan blijken, is het aantal TBR-gestelden in de zestiger en zeventiger jaren sterk afgenomen, een afname die voornamelijk veroorzaakt lijkt door een ge-

ringere bereidheid bij de Rechterlijke Macht om de maatregel TBR op te leggen bij personen die uitsluitend vermogensdelicten hebben begaan, en bij personen die zedendelicten begaan zonder toepassing van geweld, welke voor het merendeel bestaan uit ontucht met minderjarigen (24).

Een andere belangrijke verschuiving heeft zich voorgedaan in de leeftijd van de opgenomen patiënten: de later (huidige) opgenomen patiënten komen aanmerkelijk vaker op jongere leeftijd met justitie in aanraking, krijgen ook op jongere leeftijd de maatregel TBR opgelegd dan de in de jaren vijftig en (begin)jaren zestig opgenomen patiënten.

Vermoedelijk samenhangend met de toegenomen heterogeniteit van de delictcarrières is de stijging, met name sinds 1974, van het aantal personen dat voor opname al een bijzonder groot aantal delicten heeft gepleegd.

Wijzigingen in het beleid van de Rechterlijke Macht komen duidelijk ook tot uiting in de aard van de afdoeningen van de gepleegde delicten: in de periode 1955/1956 werd in vergelijking met de in de periode 1975/1977 opgenomen patiënten driemaal zo vaak het eerste delict afgedaan met een vrijheidsbenemende straf of maatregel. Hiertegenover staat een sterke toename van de eerste delicten waarin het niet tot een veroordeling komt (bv. sepot). Ook het totaal aantal veroordelingen, al dan niet tot vrijheidsbeneming, is afgenomen, hetgeen toch opvallend is gelet op de toename van het aantal patiënten met een bijzonder groot aantal gepleegde delicten vóór opname.

Samenvattend kan worden geconcludeerd, dat de samenstelling van de patiëntenpopulatie in relatie tot hun delictachtergrond in de loop van de bestaansperiode sterk is veranderd. In de tijd kan die verandering op met name twee tijdstippen worden gelokaliseerd: allereerst bij de overgang van de periode 1957/1962 naar 1963/1969, en vervolgens in nog sterkere mate bij de overgang van de periode 1970/1974 naar 1975/1977. Deze laatste overgang valt samen met het betrekken van het nieuwe kliniekgebouw, waarin de mate van bewegingsvrijheid meer gevarieerd kan worden dan in het oude gebouw. Gelet op het samenvallen van de hier geconstateerde verschuivingen met elders besproken ontwikkelingen (25) ligt het overigens voor de hand dat een zeer groot deel van deze verschuivingen voor rekening komt van veranderde opvattingen over de toepassing van de maatregel TBR bij de Rechterlijke Macht, die duidelijk selectiever te werk gaat: enerzijds door in een geringer aantal delictsituaties de maatregel op zijn plaats te achten, anderzijds door, vermoedelijk vanuit veranderde opvattingen over de te verwachten resultaten van dwangbehandeling, in mindere mate de maatregel op te leggen bij oudere personen en bij vermogensdelinkwenten.

3.2.7 *Kenmerken van de opnamesituatie*

Belangrijke wijzigingen hebben zich voorgedaan in de aard van het gepleegde delict naar aanleiding waarvan opname in de kliniek plaatsvond.

Dit blijkt duidelijk uit de volgende tabel:

Tabel 3.7. Delict waarop opname in de kliniek volgde.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
soort delict	%	%	%	%	%	%
vermogensdelict	75	68	60	46	38	59
gewelddelict	8	9	20	25	42	19
zedendelict	14	22	19	25	16	20
overige (+ n.v.t.)	2	1	1	4	4	2
	99 (n=117)	100 (n=142)	100 (n=156)	100 (n=133)	100 (n=79)	100 (n=627)

Er heeft zich een duidelijke verschuiving voorgedaan, waarbij het aantal personen dat op grond van een vermogensdelict werd opgenomen is gehalveerd, terwijl het aantal personen dat op grond van een gewelddelict werd opgenomen vervijfvoudigd is. In feite is deze verschuiving nog groter dan uit de tabel blijkt. Immers, in de periode 1975/1977 is bij ruim eenvierde van de vermogensdelicten ook geweld tegen personen gebruikt, terwijl dit in de periode 1955/1956 bij slechts 2% het geval was. Daarnaast betreffen de zedendelicten in de periode 1975/1977 nagenoeg alle aanranding en verkrachting, terwijl in de periode 1955/1956 het vrijwel alleen andere dan deze zedendelicten betreft (26). De verschuiving in delict komt ook duidelijk tot uiting in de volgende tabel.

Tabel 3.8. Het wel of niet gepleegd hebben van een delict met een geweldscomponent vóór opname in de kliniek.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
gewelddelict	%	%	%	%	%	%
neen	78	74	53	32	16	53
ja	22	26	47	68	84	47
	100 (n=104)	100 (n=130)	100 (n=148)	100 (n=125)	100 (n=79)	100 (n=586)

Daarin zijn de opgenomen patiënten ingedeeld in een categorie die voor opname één of meer delicten met een geweldscomponent heeft begaan en in een categorie bij wie dat niet het geval is.

Het percentage patiënten, van wie het slachtoffer een familielid dan wel een bekende was, is over de gehele periode tamelijk constant en varieert tussen de 60 en de 70 voor de patiënten die voor een geweldsdelict werden opgenomen. Van degenen die voor opname alleen (één of meer) geweldsdelicten hadden begaan, is dit percentage nog groter, nl. 76. Bij de zeden- en vermogensdelinkwenten is dit aanmerkelijk lager. Bij het coderen van het dossiermateriaal is ook informatie vastgelegd over een aantal kenmerken van de delictsituatie: de aard van de relatie met het slachtoffer hebben we al weergegeven (bekend/niet bekend, individu/organisatie), maar ook het eventueel onder invloed zijn bij het begaan van het delict, het tevoren wel of niet beraamd zijn van het delict, het samen met anderen begaan hebben van het delict en of er sprake was van een gespannen situatie met het slachtoffer. Over nogal wat personen is deze informatie erg onvolledig, en voorzover er wel informatie beschikbaar is, blijkt er niet of nauwelijks enige samenhang te zijn met de periode waarin de patiënten werden opgenomen. Ditzelfde geldt ook voor het gegeven of de patiënt in een psychisch of sociaal gespannen situatie verkeerde bij het begaan van het delict.

De dossiers bevatten verder vaak enige informatie over de houding van de opgenomen patiënten tegenover een behandeling in de kliniek (voor de eigenlijke opname). Het percentage personen over wie geschreven wordt dat ze min of meer positief tegenover opname in de Van der Hoeven Kliniek stonden is geleidelijk gedaald van 65 in de periode 1955/1956 tot 51 in de periode 1975/1977. Daartegenover staat een toename van het percentage personen, dat ambivalent staat tegenover een behandeling van 10 in de eerste periode naar 23 in de laatste periode. Het percentage personen, dat duidelijk afwijzend staat tegenover behandeling is in de gehele periode tamelijk constant en bedraagt ongeveer 20.

Al een paar keer is ter sprake gekomen, dat de leeftijd van de patiënten bij hun opname voortdurend is gedaald. Was in de periode 1955/1956 slechts 9% van de opgenomen patiënten jonger dan 23 jaar bij opname in de kliniek, in de periode 1975/1977 is dit percentage gestegen tot 44. (We hebben er overigens al op gewezen, dat ook de leeftijd waarop de maatregel TBR wordt opgelegd, is gedaald).

Wat in de leeftijdsverdeling opvalt, is het constante aandeel over de gehele periode van de categorie 23 tot 26 jaar. De zeer sterke toename van het percentage personen in de categorie 15 tot 22 jaar gaat gepaard met een sterke afname van degenen ouder dan 32 jaar (van 37 naar 11) en in wat mindere mate van de categorie 27 tot 31 jaar (zie verder tabel 2 in bijlage 4).

In de juridische titel op grond waarvan de patiënten in de

kliniek worden geplaatst, hebben zich enkele veranderingen voorgedaan (zie tabel 3 in bijlage 4).

De al elders geconstateerde toename in het aantal personen dat ex artikel 47 GM naar een TBR-inrichting wordt overgeplaatst, vinden we ook hier terug (27). De toename na 1969 van het aantal personen dat op grond van een jeugdmaatregel in de kliniek wordt opgenomen valt op, evenals het tamelijk eenmalige karakter van het relatief grote aantal personen dat in de periode 1963-1969 met een TBR-VV werd opgenomen.

Tot besluit van dit overzicht over de periode tot de opname in de kliniek enkele gegevens over de tijd die er ligt tussen eerdere gebeurtenissen en het tijdstip van opname (28).

De tijd tussen het eerste justitiële contact en de opname is korter geworden, dit als gevolg van de samenhang tussen bedoelde tijdsperiode en leeftijd bij opname: bij de op jongere leeftijd opgenomen patiënten is de tijd tussen het eerste justitiële contact en opname in de kliniek korter.

De tijd tussen opname en veroordeling (waaruit opname volgde) is korter geworden. Was deze tijd in 1955/1956 bij 47% van de opgenomen patiënten langer dan twee jaar, in de periode 1975/1977 was dit nog slechts bij 11% het geval. Toen ook werd bij 39% de opname binnen een jaar na de veroordeling gerealiseerd, terwijl dit in 1955/1956 bij slechts 14% gebeurde. Voor een deel zal aan deze ontwikkeling niet vreemd zijn de afname van het aantal personen dat op grond van hetzelfde vonnis al elders behandeld werd (29). Aan de andere kant dient ook te worden bedacht, dat de eventueel naast de maatregel opgelegde straf korter is geworden: in 1955/1956 was deze straf bij 42% van de patiënten hooguit een half jaar, terwijl dit percentage in de periode 1975/1977 gestegen is tot 66%.

In de periode 1955/1962 varieert de tijd tussen veroordeling en opname niet met de duur van de straf: ongeacht de strafduur wordt maar een klein deel (14%) van de patiënten binnen een jaar na veroordeling opgenomen. Ook voor de periode 1970/1974 is dit het geval, zij het dat toen het percentage binnen een jaar opgenomen patiënten aanmerkelijk groter was nl. 45.

In de periode 1963/1969 en 1975/1977 zijn er wel omvangrijke verschillen: patiënten met een opgelegde straf van langer dan een half jaar worden minder vaak binnen een jaar na veroordeling in de kliniek opgenomen.

Mogelijk duiden deze verschillen op specifieke capaciteitsproblemen in de betreffende perioden (zie tabel 4 in bijlage 4).

3.2.8 *Samenvatting*

De gegevens van deze paragraaf kort samenvattend kunnen we het volgende zeggen.

In de lijn van de geconstateerde veranderingen in het delictverleden van de opgenomen patiënten in de loop van de

bestaansperiode, is de verschuiving in het delict, dat de uiteindelijke aanleiding heeft gevormd voor de opname: een zeer sterke toename van het aantal patiënten dat tenminste één geweldsdelict heeft gepleegd. Had minder dan een kwart van de in de periode 1955/1956 opgenomen patiënten één of meer geweldsdelicten begaan voor zijn opname, in de periode 1975/1977 was dat 84%. Wat verder opviel was het tamelijk constante percentage patiënten, dat naar aanleiding van een geweldsdelict werd opgenomen, en van wie het slachtoffer een familielid of bekende was, zo'n 60 à 70.

Voor degenen die alleen (een) geweldsdelict(en) gepleegd had(den), was dat zelfs 76.

Verder blijken de patiënten in de recentere jaren jonger te zijn bij opname: bijna de helft was in de periode 1975/1977 jonger dan 23 jaar, terwijl dit in de periode 1955/1956 nog geen 10% was. De al eerder gememoreerde veranderingen in het beleid en de opvattingen van de rechterlijke macht, vinden we terug in de titel op grond waarvan de patiënten werden opgenomen, met name de toename van het aantal patiënten ex artikel 47 GM (al dan niet in combinatie met TBR). Het aantal personen dat voor opname in de kliniek al in een andere inrichting was behandeld geweest (in het kader van hetzelfde vonnis) liep geleidelijk terug tot éénenderde van het aantal in de periode 1955/1956.

Samenhangend met de jongere leeftijd van de opgenomen patiënten werd de tijd tussen opname en eerste justitiële contact korter. Hierbij dient wel de verandering in delictachtergrond in overweging te worden genomen. Bij een toenemend aantal patiënten was de tijd tussen laatste veroordeling en opname korter.

Naast de duur van de opgelegde straf die in de loop der tijd korter is geworden speelt hierbij mogelijk de opnamecapaciteit een rol.

3.3 Twee categorieën van de patiëntenpopulatie nader beschouwd

In het voorgaande is nagegaan welke veranderingen zich hebben voorgedaan in de kenmerken van de patiëntenpopulatie in de periode 1955-1977. Uiteraard kan deze op tal van kenmerken in categorieën worden onderverdeeld. We beperken ons hier tot een nadere typering van twee subcategorieën. Allereerst zullen patiënten met elkaar worden vergeleken die van elkaar verschillen in het soort delict waarvan de afdoening uiteindelijk tot de opname geleid heeft. Om praktische redenen moet deze vergelijking beperkt blijven tot drie categorieën, te weten zij die naar aanleiding van respectievelijk een vermogens-, een gewelds- of een zedendelict zijn veroordeeld. Daarbij dient wel bedacht te worden dat deze categorieën intern allerminst homogeen zijn. Onder vermogensdelicten vallen uiteenlopende delicten als oplichting, verduistering, diefstal (eventueel door middel van braak) etc., verschillen waarmee ongetwijfeld verschillen in andere kenmerken samenhangen. Ditzelfde is ook van toepassing op de gewelds- en de zedendelicten. Zo worden ontucht met minderjarigen, aanranding en verkrachting alle gerekend tot de categorie zedendelicten. Een verdere opsplitsing zou echter in het merendeel van de gevallen hebben geleid tot te kleine

aantallen om zinvolle vergelijkingen mogelijk te maken. Verder is om lange omschrijvingen te vermijden gebruik gemaakt van aanduidingen als vermogensdelinkwenten etc., waarmee wordt bedoeld dat de betrokken personen voor een vermogensdelict werden opgenomen. Hiermee is uiteraard niets gezegd over het al dan niet gepleegd hebben van andere dan vermogensdelicten voordat de patiënten in de kliniek werden opgenomen.

Van het begin af heeft de kliniek zowel mannelijke als vrouwelijke patiënten opgenomen. Onze tweede vergelijking is gericht op een nadere typering van deze beide categorieën. Ontbrekende waarnemingen zijn ook hier buiten beschouwing gelaten bij de berekening van percentages. Hier dient dus ook hetzelfde voorbehoud te worden gemaakt bij de beoordeling van de absolute grootte van percentages en percentageverschillen.

3.3.1 *Verschillen naar delict waarvoor opgenomen*

Achtergronden

De zedendelinkwenten blijken ruim tweemaal zo vaak als de andere patiënten geen vrienden of contacten te hebben. In relatief opzicht hebben de vermogensdelinkwenten vaker geen contacten meer met het ouderlijk gezin. Hierbij kan worden aangetekend dat tweederde van de vermogensdelinkwenten een korte of lange tijd in inrichtingen heeft doorgebracht, terwijl dit van de geweldsdelinkwenten nog niet de helft is. Van de laatsten nam daarentegen bijna driekwart in zijn jeugd een bijzondere plaats (voorkind, zondebok e.d.) in het gezin in terwijl dit bij de anderen ruim de helft is.

Van de zedendelinkwenten is bijna 60% in het arbeidsproces opgenomen. Hierbij blijven de geweldsdelinkwenten (50%), maar vooral de vermogensdelinkwenten met slechts 16% ruim achter. Ruim de helft van de laatsten heeft een erg onregelmatig arbeidsverleden, twee tot driemaal het aantal bij dat van de zeden- en geweldsdelinkwenten. Vanzelfsprekend correspondeert hiermee ook de wijze waarop men in zijn levensonderhoud voorziet. Bij de vermogensdelinkwenten vindt dit in belangrijke mate plaats middels "dubieuze" praktijken, al dan niet in een of andere wisselvallige combinatie met arbeid.

Bijna de helft van de zedendelinkwenten woont nog in het ouderlijk gezin. Bij de geweldsdelinkwenten is dit één derde, en bij de vermogensdelinkwenten slechts een kwart. Eén vierde van de vermogensdelinkwenten heeft geen vaste woon- of verblijfplaats, en eenzelfde aantal van de geweldsdelinkwenten heeft een eigen gezin. Bij de andere categorieën zijn deze aantallen te verwaarlozen.

Delictachtergronden

Er zijn duidelijke samenhangen tussen het delict waarvoor men opgenomen is, en het delict dat men gepleegd had bij het eerste justitiële contact. Bij de vermogensdelinkwenten was ook het eerste delict in vergelijking met de anderen tweemaal zo vaak een vermogensdelict. Bij de zeden- en gewelds-

delinkwenten zijn deze overeenkomsten tussen het delict bij het eerste justitiële contact en het delict van opname nog groter. Hierbij dient dan wel te worden aangetekend, dat ruim éénderde van de geweldsdelinkwenten bij opname slechts eenmaal veroordeeld was. Voor een aantal van hen valt het delict bij het eerste justitiële contact dus samen met het delict van opname. In de aard van de afdoening is er tussen de verschillende delinkwenten geen verschil bij het eerste justitiële contact: ongeveer éénderde van alle drie categorieën werd niet veroordeeld, terwijl 40% een vrijheidsbenemende straf of maatregel kreeg opgelegd. Niettemin hebben we eerder gezien, dat er een samenhang is tussen de aard van het delict en de aard van de afdoening. Voor een deel kan deze samenhang hier worden versluierd door een te grote heterogeniteit binnen de delictcategorieën. Maar daarnaast speelt ook de factor tijd zeker een rol: er werd vroeger strenger gestraft dan nu.

De omvang van de "criminele carrière" is bij de geweldsdelinkwenten het geringst: zij hebben minder delicten gepleegd, en zijn minder vaak veroordeeld. De zedendelinkwenten nemen in dit opzicht min of meer een tussenpositie in tussen de vermogens- en geweldsdelinkwenten. Van de vermogensdelinkwenten heeft éénderde tenminste 16 delicten gepleegd, terwijl dit bij de beide andere categorieën rond de 10% ligt. Eveneens ruim éénderde van de vermogensdelinkwenten is vaker dan zes keer veroordeeld. Bij de zedendelinkwenten is dit aantal éénvijfde en bij de geweldsdelinkwenten nog geen 10%. Een overeenkomstig beeld vinden we bij het aantal veroordelingen tot vrijheidsbeneming. Wat de totale opgelegde straftijd betreft, valt de categorie geweldsdelinkwenten uiteen in een groep met een relatief korte en een groep met een relatief lange straftijd. Bij de zedendelinkwenten ligt de nadruk op een kortere straftijd. Bijna éénderde van de gewelds- en zedendelinkwenten was minstens 30 jaar oud toen de maatregel TBR werd opgelegd. Bij nog niet éénvijfde van de vermogensdelinkwenten was dit het geval.

Kenmerken van de opnamesituatie

De geweldsdelinkwenten staan vaker in een meer directe relatie tot hun slachtoffer dan de vermogensdelinkwenten, terwijl de zedendelinkwenten een tussenpositie innemen. Zo was bij tweederde van de geweldsdelinkwenten (het betreft hier het delict dat tot opname leidde) het slachtoffer een bekende, en bij ruim éénvijfde een familielid. Bij nog niet éénvijfde van de vermogensdelinkwenten was het slachtoffer een bekende, en bij slechts 4% een familielid. Bij de gewelds- en zedendelinkwenten was het delict ruim driemaal zo vaak niet te voren beraamd dan bij de vermogensdelinkwenten. Bij de laatsten vooral waren er mededaders. Een gespannen situatie met het slachtoffer wordt maar sporadisch gemeld bij de vermogens- en zedendelinkwenten, daarentegen bij tweederde van de geweldsdelinkwenten. Schuldgevoelens over het gebeurde worden ruim tweemaal zo vaak gerapporteerd bij de gewelds- en zedendelinkwenten als bij de vermogensdelinkwenten.

Bij de gewelds- en zedendelinkwenten komen in de leeftijd bij opname meer de extremen voor (jongsten en oudsten), terwijl de vermogensdelinkwenten tamelijk gelijkmatig over de vier onderscheiden leeftijdscategorieën gespreid zijn. Bijna éénvijfde van de vermogensdelinkwenten is opgenomen op grond van een tenuitvoergelegde voorwaardelijke TBR.

Eenzelfde deel van de geweldsdelinkwenten werd op grond van art. 47 GM opgenomen. De helft van hen had trouwens naast een gevangenisstraf ook een TBR opgelegd gekregen. Overigens hebben we al eerder gezien, dat het tenuitvoerleggen van een voorwaardelijke TBR een tamelijk tijdgebonden verschijnsel is. Is éénvijfde van de geweldsdelinkwenten voor opname al elders behandeld geweest, bij de vermogens- en zedendelinkwenten is dit bijna eenderde. In de loop der tijd daalt het aantal reeds elders behandelenden voor alle typen delinkwenten, en worden de verschillen tussen de typen delinkwenten in dit opzicht geringer.

Bij 40% van de geweldsdelinkwenten is de tijd tussen het eerste justitiële contact en de opname in de kliniek korter dan vier jaar, tweemaal zo vaak als bij de andere categorieën. Bij ongeveer de helft van de zeden- en vermogensdelinkwenten is de tijd tussen de laatste en de voorlaatste veroordeling korter dan twee jaar. Bij de geweldsdelinkwenten is dit nog geen 30%.

3.3.2 *Verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten (30).*

Achtergronden

Tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten zijn er nauwelijks verschillen naar kenmerken van het ouderlijk gezin. In de rapporten wordt vaker melding gemaakt van maatschappelijk wangedrag of justitiële contacten van de moeders van de vrouwelijke patiënten dan van die van de mannelijke patiënten. Het aantal vrouwelijke patiënten van wie deze gegevens beschikbaar zijn, is echter wel erg klein, zodat weinig te zeggen valt over de stabiliteit van deze gegevens.

Ruim eenderde van de vrouwelijke patiënten behoort wat hun intellectueel functioneren betreft tot de categorie "beneden normaal".

Dat is tweemaal zo veel als bij de mannelijke patiënten. Het aantal met hooguit een lagere schoolopleiding ligt bij vrouwen hoger dan bij mannen. Was van de mannelijke patiënten ongeveer driekwart op de één of andere wijze opgenomen in het arbeidsproces, met 60% blijven de vrouwelijke patiënten hierbij nogal wat achter. Voor beide categorieën geldt overigens dat van ca. 60% van hen die in het arbeidsproces is opgenomen, de deelname eraan nogal onregelmatig is. Deze verschillen vinden we uiteraard ook terug in de wijze waarop men in zijn levensonderhoud voorziet. Vrouwen zijn in dit opzicht vaker van anderen afhankelijk (bv. via huwelijk), of verdienen een inkomen met "dubieuze" praktijken (prostitutie) zonder dat ze in het arbeidsproces zijn opgenomen. Overigens hebben zij ook minder vaak gewisseld van beroep of werkgever.

Ruim eenderde van de vrouwelijke patiënten is gehuwd (ge-weest), terwijl dit bij slechts een kwart van de mannelijke patiënten het geval is. In de contactensfeer (ouderlijk gezin, vrienden en kennissen) zijn er verder niet of nauwelijks verschillen tussen de mannelijke en vrouwelijke patiënten.

Bij de vrouwelijke patiënten zijn vaker afwijkingen in het EEG geconstateerd: ongeveer 45% tegen eenderde van de mannelijke patiënten. Deze verschillen hebben overigens betrekking op afwijkingen die geen epileptisch patroon volgen. Van tweederde van de mannelijke patiënten worden verslavingsverschijnselen gerapporteerd, met name van alcohol. Bij de vrouwelijke patiënten is dit aantal de helft.

Delictachtergronden

Bijna de helft van de mannelijke patiënten was jonger dan 18 jaar bij het eerste justitiële contact, het dubbele aantal van dat van de vrouwelijke patiënten. De laatsten zijn oververtegenwoordigd in de categorie ouder dan 21 jaar. Ruim 40% van hen valt hierin, terwijl slechts een vijfde van de mannelijke patiënten ouder dan 21 jaar was. Bij de vrouwelijke patiënten is in een relatief groot aantal gevallen het eerste delict een geweldsdelict, nl. een kwart tegen nog geen 10% van de mannelijke patiënten, terwijl de zedendelicten alleen gepleegd zijn door mannelijke patiënten. (Een patiënte is voor opname één keer veroordeeld voor ontucht met minderjarigen). Binnen de categorie vermogensdelicten zijn er overigens nogal wat verschillen tussen de mannelijke en vrouwelijke patiënten. Zo is het eerste delict bij een vijfde van de mannelijke patiënten diefstal door braak, terwijl dit delict bij de vrouwelijke patiënten praktisch niet voorkomt. De laatsten hebben vaker delicten gepleegd als verduistering (ruim een vijfde tegen 10% van de mannelijke patiënten). Het is dan ook niet verwonderlijk dat er tussen beide categorieën verschillen zijn in de aard van de afdoening van het eerste delict. Bij eenderde van de mannelijke en een vijfde van de vrouwelijke patiënten kwam het niet tot een veroordeling, terwijl de helft van de vrouwelijke patiënten tot een vrijheidsbenemende straf of maatregel werd veroordeeld. Bij de mannelijke patiënten is dit aantal ruim eenderde. Dit gegeven kan niet los worden gezien van het feit dat de vrouwelijke patiënten aanmerkelijk vaker dan de mannelijke patiënten slechts éénmaal veroordeeld zijn voor hun opname: 44% tegen slechts 11%.

Ruim de helft van de vrouwelijke patiënten heeft dan ook bij opname minder dan vier delicten gepleegd, terwijl dit aantal bij de mannelijke patiënten nog geen 20% is. Daarentegen heeft ruim een kwart van de mannelijke patiënten tenminste 16 delicten gepleegd. Bij de vrouwelijke patiënten is dit aantal nauwelijks meer dan 10%. Overeenkomstige verschillen zijn er in het aantal veroordelingen, al dan niet tot een vrijheidsbenemende straf of maatregel.

In de lijn van het grotere aantal vrouwen dat pas op latere leeftijd voor het eerst met justitie in aanraking komt, is het grotere aantal oudere vrouwen bij het opleggen van de

maatregel TBR.

Ruim eenderde van hen was ouder dan 29 jaar. Eenvijfde van de mannelijke patiënten was ouder dan 29 jaar.

Kenmerken van de opnamesituatie

De al eerder bij het eerste justitiële contact weergegeven verschillen tussen de aard van het gepleegde delict bij de mannelijke en vrouwelijke patiënten, vinden we ook terug bij het delict dat de aanleiding voor de opname is geweest. Eenderde van de vrouwelijke patiënten werd opgenomen naar aanleiding van een geweldsdelict. Relatief gezien het dubbele van dat bij de mannelijke patiënten. Overigens is natuurlijk op deze verschillen ook van invloed het feit dat eenvijfde van de mannelijke patiënten naar aanleiding van een zedendelict is opgenomen.

Van veel personen is de informatie over een aantal kenmerken van de delictsituatie erg onvolledig, of vertoont weinig samenhang met het man/vrouw-zijn. Enkele gegevens zijn toch wel opvallend. Hoewel het aantal situaties waarin het slachtoffer een individu is bij mannen en vrouwen ongeveer gelijk is, komt het bij de vrouwelijke patiënten aanmerkelijk vaker voor dat het slachtoffer een bekende is (45% tegen 28%). Eenvijfde van de vrouwelijke patiënten stond in een familierelatie tot het slachtoffer, ruim het dubbele van dat bij de mannelijke patiënten. Tweederde van de vrouwelijke patiënten was niet onder invloed, tegen slechts ruim eenderde van de mannelijke patiënten. Bijna 40% van de vrouwelijke patiënten verkeerde in een gespannen situatie met het slachtoffer, terwijl dit bij de mannelijke patiënten nauwelijks een kwart is.

De vrouwelijke patiënten zijn in het kader van hetzelfde vonnis minder vaak al elders behandeld geweest dan de mannelijke patiënten. Hierbij dient uiteraard wel te worden bedacht dat er voor de vrouwelijke patiënten minder keus in plaatsingsmogelijkheden is.

Terwijl bij slechts eenvijfde van de mannelijke patiënten de tijd tussen het eerste justitiële contact en de opname in de kliniek korter dan vier jaar is, is dit bij ruim de helft van de vrouwelijke patiënten het geval. Bij bijna de helft van de mannelijke patiënten is bovendien de tijd tussen de laatste de voorlaatste veroordeling korter dan twee jaar, terwijl dit aantal van de vrouwelijke patiënten slechts de helft is. Bovendien is 44% van hen niet eerder veroordeeld geweest tegen slechts 11% van de mannelijke patiënten. Verder is de tijd tussen veroordeling en opname bij de helft van de vrouwen korter dan één jaar tegen 30% van de mannelijke patiënten. Hierbij spelen waarschijnlijk twee factoren een rol. Allereerst zijn de mannelijke patiënten al elders vaker behandeld geweest. Maar bovendien is bij de helft van hen de opgelegde straf langer dan een half jaar; bij slechts eenderde van de vrouwelijke patiënten is dit het geval.

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we uitgebreid ingaan op de centrale vraag van het follow-up onderzoek, nl. die naar de werking van de behandeling. In het kader van dit interim-rapport heeft deze term uiteraard een beperkte betekenis. Zij heeft hier namelijk betrekking op de wijze waarop de behandeling is afgesloten, en op de recidive van de behandelde patiënten. Bij de bespreking van de gegevens, die uit de interviews met ex-patiënten beschikbaar zijn gekomen, zal aan andere aspecten van de werking van de behandeling aandacht kunnen worden gegeven.

Behalve aan de beëindiging van de behandelingsperiode zal ook aandacht worden geschonken aan enkele aspecten daarvan, nl. de verblijfsduur en het voorkomen van bepaalde onregelmatigheden (delictgedrag, ongeoorloofde afwezigheid).

In het onderzoek zijn twee recidivecriteria gehanteerd. Eén is gebaseerd op het voorkomen op het uittreksel uit de Justitiële Documentatie van een misdrijf na het vertrek uit de kliniek, ongeacht de afdoening ervan, met andere woorden inclusief septs, voegingen en zaken die nog in behandeling zijn. Het tweede criterium is gebaseerd op het tenminste éénmaal opnieuw veroordeeld zijn na vertrek uit de kliniek. Naast deze algemene maatstaven voor recidive zal worden gekeken naar speciale en specifieke vormen van recidive, terwijl ook in meer algemene vorm het delictpatroon voor en na verblijf in de kliniek zal worden vergeleken. Verder zal aan enkele andere aspecten van de recidive aandacht worden gegeven, zoals de recidivesnelheid, en de relatie van de recidive met de leeftijd bij vertrek, het geslacht en de wijze van beëindiging van de behandelingsperiode. Tenslotte zullen enkele resultaten van een regressie-analyse besproken worden waarin is nagegaan in hoeverre de beëindiging van de behandelingsperiode en het recidiveren vanuit een beperkt aantal variabelen uit de voorgeschiedenis van de betrokkenen te voorspellen is.

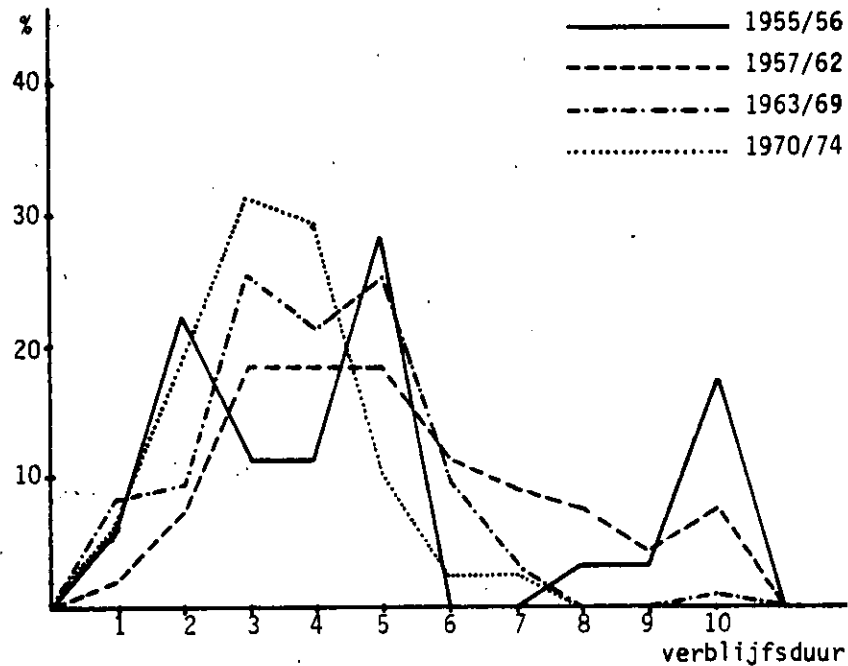
4.2 Verblijf en beëindiging van de behandeling

4.2.1 Verblijfsduur

Wanneer de verblijfsduur van de patiënten, uitgedrukt in het aantal dagen aanwezig of geoorloofd afwezig, in drie categorieën wordt onderverdeeld (minder dan 435 dagen, 435 -1076

dagen en meer dan 1076 dagen (31), dan zijn de verschillen in verblijfsduur over de 5 perioden erg gering (zie tabel 5 uit bijlage 4). Ten onrechte zou hieruit echter worden geconcludeerd dat er niets is veranderd in de verblijfsduur. In de volgende grafiek komt een verandering duidelijk tot uiting wanneer wij een onderscheid maken tussen proefverlofgangers en overgeplaatsten. Daartoe is de verblijfsduur onderverdeeld in 10 klassen van elk een jaar (= 360 dagen: de laatste klasse loopt van 3241 tot 5030 dagen). De grafiek heeft betrekking op de patiënten die de kliniek met proefverlof hebben verlaten:

Grafiek 4.1. Verblijfsduur in jaren naar periode van opname voor de proefverlofgangers



Wat daarbij allereerst opvalt is de verandering in het verloop van de getekende lijnen. Voor de in de periode 1955/56 opgenomen patiënten die de kliniek met proefverlof hebben verlaten heeft de verdeling drie toppen (bij resp. 2, 5 en 10 jaar), in latere perioden wordt de verdeling ééntoppig. Dit gaat gepaard met een toenemende concentratie eerst bij de jaren 3, 4 en 5, en vanaf 1970 bij de jaren 2 (min of meer), 3 en 4. Verder neemt het aantal proefverlofgangers in de jaren 6 t/m 10 sterk af (resp. 24%, 38%, 13% en 4%). De verblijfsduur van de proefverlofgangers is dus ook wel degelijk korter geworden. Dit geldt ook voor de overgeplaatste patiënten. De vorm van de frekwentieverdeling wijkt bij deze categorie sterk af van die van de proefverlofgangers. De verdeling is zeer scheef waarbij het grootste aantal overgeplaatsten in iedere opnameperiode in de eerste klasse is te vinden. Na 1962 neemt het percentage personen dat binnen één

jaar wordt overgeplaatst sterk toe (van 40 tot 60), terwijl het percentage personen dat pas na 5 jaar of langer wordt overgeplaatst, in 1955/1956 nog 10, tot 0 is gereduceerd in de periode 1970/1974. (Zie tabel 20 in bijlage 4).

In de gehele opnameperiode is de verblijfsduur van de overgeplaatsten korter dan die van de proefverlofgangers, maar van beide categorieën is de verblijfsduur korter geworden. Ruim de helft van de overgeplaatsten verbleef minder dan 435 dagen in de kliniek, terwijl dit bij nog geen 10% van de proefverlofgangers het geval was. Omgekeerd duurde het verblijf bij bijna 60% van de proefverlofgangers tenminste 1077 dagen, terwijl dit bij slechts 16% van de overgeplaatste patiënten het geval was.

De verblijfsduur en wijze van beëindiging van de verblijfsperiode van de patiënten loopt sterk uiteen, afhankelijk van het soort delict op grond waarvan men in de kliniek is opgenomen. Rond de helft van de zeden- en geweldsdelinkwenten heeft meer dan 1076 dagen in de Kliniek doorgebracht, het dubbele van de vermogensdelinkwenten. Daarentegen is bijna 40% van de vermogensdelinkwenten minder dan 435 dagen in de kliniek geweest, tegen ongeveer een kwart van de gewelds- en zedendelinkwenten. Dit verschil in verblijfsduur kan niet worden losgezien van de wijze waarop de behandeling in de kliniek is beëindigd. De verblijfsduur van de patiënten die hun behandeling met proefverlof afsluiten is langer dan de verblijfsduur van de patiënten die naar een andere inrichting worden overgeplaatst. En die wijze van beëindiging hangt weer samen met het delict waarvoor men werd opgenomen. Zo heeft 30% van de vermogensdelinkwenten zijn behandeling met proefverlof beëindigd, terwijl dit bij de andere delict-categorieën bijna 60% is. Van de vermogensdelinkwenten is ruim de helft naar een andere inrichting overgeplaatst tegen een kwart van de geweldsdelinkwenten, en ruim eenderde van de zedendelinkwenten.

De verschillen in de duur van het verblijf bij de verschillende typen delinkwenten kunnen ook nog op een andere wijze zichtbaar worden gemaakt. In de volgende tabel is het aantal patiënten weergegeven dat uiteindelijk met proefverlof de kliniek heeft verlaten in relatie tot de duur van het verblijf.

Tabel 4.1. Verblijfsduur naar type delinkwent bij de proefverlofgangers.

type delin- kwent	korter dan 4 jaar	4 jr. of langer	5 jr. of lange- langer	6 jr. of langer	7 jr. of langer	8 jr. of langer	aantal p.v.	% P.V. per type delin- kwent *)
vermogens	68%	32%	11%	11%	8%	6%	(n=100)	31% (n=321)
gewelds	60%	40%	15%	8%	6%	4%	(n= 52)	59% (n= 88)
zeden	51%	49%	34%	23%	11%	9%	(n= 53)	56% (n= 95)

*) De percentages hebben betrekking op alleen diegenen die de kliniek verlaten hebben.

Bij een aanmerkelijk groter aantal van de zedendelinkwenten dan van de vermogens- en geweldsdelinkwenten duurt het langer voordat zij met proefverlof de kliniek verlaten. Tussen de vermogens- en geweldsdelinkwenten zijn de verschillen gering.

In de volgende tabel is de relatie tussen verblijfsduur en type delinkwent weergegeven voor de overgeplaatsten.

Tabel 4.2. Verblijfsduur naar type delinkwent bij de overgeplaatsten.

type delinkwent	binnen 1 jr.	binnen 2 jr.	binnen 3 jr.	binnen 4 jr.	binnen 5 jr.	aantal overgeplaatsten	% Oversten* *) per type delinkwent
vermogens	48%	70%	87%	93%	94%	(n=173)	54% (n=321)
gewelds	64%	82%	91%	95%	100%	(n= 22)	25% (n= 88)
zeden	42%	54%	66%	71%	80%	(n= 35)	37% (n= 95)

* *) De percentages hebben betrekking op alleen diegenen die de kliniek verlaten hebben.

Als geweldsdelinkwenten worden overgeplaatst, wat overigens bij hen minder vaak voorkomt dan bij zeden- en vermogensdelinkwenten, gebeurt dit sneller dan bij één van de beide andere categorieën. Als de zedendelinkwenten worden overgeplaatst, hetgeen vaker bij hen voorkomt dan bij de geweldsdelinkwenten en iets minder vaak dan bij de vermogensdelinkwenten, dan duurt dit langer dan bij een van beide andere categorieën. Van de zedendelinkwenten die uiteindelijk worden overgeplaatst, is 20% zelfs na 5 jaar nog niet overgeplaatst. Zowel de verblijfsduur tot het proefverlof als de verblijfsduur tot het worden overgeplaatst is bij deze categorie dus langer dan bij de beide andere categorieën delinkwenten.

4.2.2 *Ongeoorloofde afwezigheid en gepleegde delicten tijdens de behandelingsperiode.*

In bijlage 4 zijn in een drietal tabellen enkele gegevens bijeengebracht over het verschijnsel ongeoorloofde afwezigheid (OA), verder onderscheiden in korte en lange ongeoorloofde afwezigheid (KOA, dat wil zeggen korter durend dan een kliniekdag; LOA, langer durend dan een kliniekdag). Verder wordt een overzicht gegeven van het aantal dagen dat men ongeoorloofd afwezig was voor zover het de lange ongeoorloofde afwezigheid betreft.

De omvang van de verschillende vormen van OA loopt in de hier onderscheiden vijf perioden niet erg uiteen. In ieder geval zijn er geen aanwijzingen dat de omvang van de OA is verminderd sinds de ingebruikname van het nieuwe kliniegebouw (hetgeen samenvalt met de laatste periode). Over de gehele periode is slechts 13% van de opgenomen patiënten nooit

ongeoorloofd afwezig geweest, terwijl driekwart tenminste eenmaal langer dan één (kliniek)dag afwezig was (33). (zie tabellen 6,7 en 8 in bijlage 4).

Van de vermogensdelinkwenten is ruim 60% tenminste twee keer langer dan een kliniekdag ongeoorloofd afwezig geweest. Bij de andere delictcategorieën ligt dit rond de 40%. Van bijna de helft van de vermogensdelinkwenten bedroeg de totale duur van de ongeoorloofde afwezigheid minstens 27 dagen, terwijl dit bij slechts een kwart van de gewelds- en zedendelinkwenten het geval is.

Ruim 40% van de vermogensdelinkwenten heeft tijdens de verblijfsperiode tenminste één delict gepleegd. Bij nog niet eenvijfde van de geweldsdelinkwenten is dit het geval, terwijl de zedendelinkwenten een tussenpositie innemen.

Over de periode 1955/1977 heeft 35% van alle opgenomen patiënten tenminste één delict begaan tijdens zijn verblijfsperiode in de kliniek. De verdeling over de verschillen periodes is als volgt:

Tabel 4.3. Wel of niet tenminste één delict begaan tijdens verblijf.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
delict	%	%	%	%	%	%
neen	66	69	64	56	72	65
ja	34	31	36	44	28	35
	100 (n=104)	100 (n=130)	100 (n=148)	100 (n=125)	100 (n=79)	100 (n=586)

Over de laatste periode valt nog weinig definitiefs te zeggen. Verder blijkt het aantal personen dat tenminste één delict heeft begaan tamelijk constant te zijn, hoewel de periode 1970/1974 een lichte uitschieter (?) naar boven vormt. In hoeverre deze ontwikkeling zich door zal zetten naar de periode 1975/1977, valt nu nog niet te zeggen.

In de tabellen 9, 10 en 11 in bijlage 4 is het aantal patiënten weergegeven dat respectievelijk vermogensdelicten zonder geweld, geweldsdelicten (inclusief vermogens- en zedendelicten met een geweldscomponent) en zedendelicten heeft begaan. In deze tabellen valt vooral het relatief grote aantal geweldsdelicten op sinds 1970, met name in de periode 1970/1974 (13%), maar toch ook in de laatste periode (9%) als we bedenken dat een groot aantal patiënten uit deze categorie nog in de kliniek verblijft, en zij tot het tijdstip waarop deze gegevens werden vastgesteld vaak nog maar een korte tijd in de kliniek hadden doorgebracht (34). Ook het relatief grote aantal zedendelicten in de periode 1970/1974 valt op (35).

Lang niet alle delicten leiden tot een nieuwe veroordeling, zoals uit de volgende tabel blijkt (wellicht ten overvloede:

ook hier betreft het uitsluitend de officieel geregistreerde criminaliteit).

Het aantal personen dat tenminste éénmaal is veroordeeld tijdens het verblijf, is slechts de helft van het aantal dat tenminste één delict heeft gepleegd.

Wel valt op dat in de periode 1963/69 ruim driekwart van degenen die tenminste één delict begingen tenminste ook eenmaal veroordeeld werden (vgl. tabel 4.4 en 4.3).

Tabel 4.4. Wel of niet tenminste eenmaal veroordeeld tijdens verblijf in de kliniek.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
veroordeeling	%	%	%	%	%	%
neen	83	84	72	78	89	80
ja	17	16	28	22	11	20
	100 (n=104)	100 (n=130)	100 (n=148)	100 (n=125)	100 (n=79)	100 (n=586)

4.2.3

Beëindiging van de behandeling

In de volgende tabel is de afloop van de behandeling in de kliniek weergegeven.

Tabel 4.5. Afloop van de behandeling in de kliniek naar opnameperiode.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
afloop	%	%	%	%	%	%
proefverlof	35	35	52	38	5	36
overgeplaatst	62	62	31	24	18	40
niet-verlenging tbr	2	2	6	12	4	5
anderszins	-	-	10	10	4	5
nog in de kliniek	-	-	1	15	62	12
OA, verder niet bekend	2	2	-	-	8	2
	101 (n=104)	101 (n=130)	100 (n=148)	99 (n=125)	101 (n=79)	100 (n=586)

De ontwikkelingen in de afloop van de behandeling zijn vanaf 1970 moeilijk te beoordelen: van de in de periode 1970/1974

opgenomen patiënten verblijft 15% nog in de kliniek en van de in de periode 1975/1977 opgenomen patiënten is dit aantal 62% (zoals vastgesteld op de peildatum 31-12-1977). Wel kan worden geconcludeerd, dat het aantal overplaatsingen na 1962 zeer sterk is teruggelopen, terwijl het aantal patiënten, dat zijn behandeling met proefverlof afsluit sterk is toegenomen. Ook is het aantal gevallen toegenomen waarin de behandeling door niet-verlenging van de maatregel TBR is beëindigd. Het betreft overigens nog steeds kleine aantallen. De categorie 'anderszins' betreft met name diegenen die op grond van een jeugdmaatregel of voorwaardelijk TBR zijn opgenomen, en waarvan de behandelingsduur aan een maximum is gebonden.

In de beide volgende tabellen is het aantal overplaatsingen en proefverlofgangers weergegeven in relatie tot het delict waarop opname is gevolgd. Daarbij valt op dat vooral de vermogensdelinkwenten vaker worden overgeplaatst, en bijgevolg minder vaak de Kliniek met proefverlof verlaten dan de beide andere typen delinkwenten. Ook hier zijn de veranderingen zichtbaar in aantallen proefverlofgangers en overgeplaatsten.

Tabel 4.6. Aantal overgeplaatste patiënten naar type delict bij opname en periode *).

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
type delict	%	%	%	%	%	%
vermogens	66(n= 80)	75(n= 88)	35(n= 91)	32(n= 57)	13(n= 30)	50(n=346)
geweld	25(n= 8)	0(n= 12)	27(n= 30)	19(n= 31)	18(n= 33)	19(n=114)
zeden	60(n= 15)	46(n= 28)	23(n= 26)	16(n= 32)	15(n= 13)	25(n=114)
totaal **)	62(n=104)	62(n=130)	31(n=148)	24(n=125)	18(n= 79)	41(n=586)

*) In de aantallen waarop gepercenteerd is zijn de nog in de kliniek verblijvenden meegeteld

***) Inclusief de categorie 'overig'

De afname in het aantal overgeplaatsten doet zich uiteraard het sterkst voor bij de vermogens- en zedendelinkwenten. In de periode 1975/77 is voor het eerst het aantal overgeplaatsten bij de geweldsdelinkwenten groter dan bij de beide overige categorieën.

Vooraf bij de zedendelinkwenten heeft zich tot 1970 een sterke stijging voorgedaan in aantallen proefverloven. Omdat de beëindiging van de behandeling door niet-verlenging van de TBR dan wel het verstrijken van de maximale duur van bepaalde maatregelen vooral bij de vermogensdelinkwenten voorkomt, gaat vermoedelijk de afname in aantallen overgeplaatste vermogensdelinkwenten niet samen met een toename in aantallen proefverloven bij deze categorie. Voor de gehele periode en iedere deelperiode afzonderlijk blijkt het aantal

proefverlofgangers bij de vermogensdelinkwenten kleiner te zijn dan bij de gewelds- en zedendelinkwenten.

Tabel 4.7. Aantal proefverlofgangers naar type delict bij opname en periode *).

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
type delict	%	%	%	%	%	%
vermogens	30(n= 80)	22(n= 88)	44(n= 91)	28(n= 57)	3(n= 30)	29(n=346)
geweld	62(n= 8)	92(n= 12)	63(n= 30)	47(n= 31)	6(n= 33)	46(n=114)
zeden	40(n= 15)	54(n= 28)	65(n= 26)	47(n= 32)	0(n= 13)	46(n=114)
totaal**)	35(n=104)	35(n=130)	52(n=148)	38(n=125)	5(n= 79)	36(n=586)

*) In de aantallen waarop gepercanceerd is, zijn de nog in de kliniek verblijvenden meegeteld

**) inclusief de categorie 'overig'

4.2.4 Regressie-analyse

Met als afhankelijke variabele het al dan niet overgeplaatst zijn, is een regressie-analyse uitgevoerd, waarin 18 onafhankelijke variabelen die betrekking hebben op de periode voor opname zijn betrokken. De zes belangrijkste variabelen die deze analyse heeft opgeleverd zijn, en de enkelvoudige correlaties met het al dan niet overgeplaatst zijn, in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 4.8. Enkelvoudige correlaties van de belangrijkste achtergrondvariabelen met wijze van beëindiging van de behandeling (= al dan niet zijn overplaatst).

achtergrondvariabele	correlatie
1. totaal aantal delicten voor opname gepleegd	+ .23
2. deelname aan het arbeidsproces voor opname	- .29
3. opnamedelict is een vermogensdelict	+ .26
4. opleidingsniveau bij opname	- .19
5. delicten met een geweldscomponent voor opname gepleegd	- .12
6. bijzondere plaats in het ouderlijk gezin	- .15

Samengevat komt één en ander op het volgende neer: de overgeplaatste patiënten hebben meer delicten gepleegd voor hun opname in de kliniek, zij waren minder vaak in het arbeidsproces opgenomen, en hun delict van opname was vaker een vermogensdelict.

Verder was hun opleidingsniveau bij opname vaker laag, had-

den zij minder vaak een geweldsdelict gepleegd, en hadden zij minder vaak een bijzondere plaats ingenomen in het ouderlijk gezin. Dit alles in vergelijking met de niet-overgeplaatste patiënten (proefverlof en anderszins). In het hiervoor gegeven beschrijvend overzicht zijn aanmerkelijk meer variabelen naar voren gekomen waarop beide categorieën van elkaar verschillen. Het blijkt nu, dat een deel van deze samenhangen zijn terug te voeren op het onderling samenhangen van de betrokken kenmerken.

Hoe is de keuze van de 18 variabelen tot stand gekomen?

Een eerste selectie criterium is al aangegeven: alleen die variabelen kwamen in aanmerking die betrekking hadden op de periode voor opname. Dit vanuit de bedoeling om na te gaan in hoeverre vanuit de voorgeschiedenis van de patiënten is aan te geven, of bepaalde patiënten een grotere of kleinere kans hebben om hun behandeling met een positief resultaat af te sluiten.

Verder zijn er een aantal statistische criteria gehanteerd om bepaalde variabelen al dan niet in de regressie-analyse te betrekken. Hiervoor, alsmede voor meer gedetailleerde informatie, moge verwezen worden naar bijlage 5.

4.2.5 *Samenvatting*

Deze paragraaf willen we afsluiten met een korte samenvatting van de belangrijkste resultaten. De overgeplaatste patiënten verblijven korter in de kliniek dan de proefverlofgangers. Voor beide categorieën geldt, dat de verblijfsduur in de recentere perioden korter is geworden. Zowel bij de overgeplaatsten als bij de proefverlofgangers treden er verschillen op in verblijfsduur die samenhangen met het delict naar aanleiding waarvan men is opgenomen. Voor beide categorieën geldt, dat de verblijfsduur van de zedendelinkwenten langer is dan van de vermogens- en geweldsdelinkwenten. Hoewel de geweldsdelinkwenten het minst worden overgeplaatst, gebeurt dit bij hen wel sneller in vergelijking met de vermogens- en vooral de zedendelinkwenten.

De aard en de omvang van de ongeoorloofde afwezigheid is een tamelijk constant gegeven. Daarbij kan verder worden geconstateerd, dat slechts 13% nooit ongeoorloofd afwezig is geweest, en driekwart van alle opgenomen patiënten tenminste eenmaal langer dan één kliniekdag ongeoorloofd afwezig was. Ongeveer eenderde van alle opgenomen patiënten heeft gedurende zijn verblijf in de kliniek tenminste één delict gepleegd. In de periode 1970/1974 neemt dit aantal toe, maar de gegevens ontbreken nog om te kunnen concluderen of deze toename van incidentele aard is of zich verder zal voortzetten. Ook het aantal tijdens het verblijf gepleegde geweldsdelicten vertoont een toename.

Na 1962 neemt het aantal patiënten, dat met proefverlof de behandeling afsluit sterk toe. In hoeverre na 1969 deze aantallen weer gaan dalen, dan wel zich zullen stabiliseren, is nog niet duidelijk. Overigens blijkt er van een toename van het aantal proefverloven bij de vermogensdelinkwenten geen sprake. Na 1962 is het aantal overgeplaatste patiënten tenminste gehalveerd. Deze vermindering doet zich met name voor

bij de vermogens- en zedendelinkwenten, en nauwelijks bij de geweldsdelinkwenten. In de periode 1975/1977 is het aantal overgeplaatste geweldsdelinkwenten dan ook voor het eerst groter dan het aantal overgeplaatste vermogensdelinkwenten.

4.3 Recidive

In het tweede gedeelte van dit hoofdstuk zullen we allereerst ingaan op de invloed van de duur van de periode (die de betrokkenen uit de kliniek zijn) op de hoogte van de recidivecijfers, en de verschillen in recidivesnelheid van de verschillende typen delicten. Vervolgens zullen we de overeenkomsten en verschillen bespreken in de aard van het delictgedrag van voor de opname in vergelijking met de periode na vertrek uit de kliniek, in de ernst van de recidivedelicten en de omvang van de recidive, en de recidive in relatie tot de wijze waarop de behandelingsperiode is geëindigd (overgeplaatst, proefverlof). De bespreking van deze aspecten zal duidelijk maken dat het weinig zinvol is om van 'de' recidive te spreken. We besluiten het hoofdstuk met een bespreking van de resultaten van een regressieanalyse met het al dan niet recidiveren als afhankelijke variabele. Ook voor de beoordeling van de recidivecijfers geldt dat deze met name voor de periode vanaf 1970 problematisch is, omdat de periode tussen het tijdstip van verlaten van de kliniek en het tijdstip waarop de eventuele recidive kan worden vastgesteld nog betrekkelijk kort is:

Tabel 4.9: Recidive naar opnameperiode.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
recidive	%	%	%	%	%	%
misdrif begaan	70	63	58	44	10	56
veroordeeld	61	52	44	28	3	44
	(n=104)	(n=130)	(n=146)	(n=107)	(n=30)	(n=517)

De laatste periode heeft in feite nog geen enkele betekenis. Tot en met 1974 is het percentage personen dat na het verlaten van de kliniek tenminste éénmaal opnieuw een misdrijf beging, gedaald van 70 in de periode 1955/1956 tot 44 in de periode 1970/1974. Omdat bij de berekening van de recidivecijfers is uitgegaan van de patiënten die de kliniek verlaten hebben, kan het aantal recidivisten uiteraard in deze periode nog toenemen (38). Allereerst vanwege mogelijk toekomstig delictgedrag van die personen, die nog maar kort uit de kliniek zijn, maar ook omdat patiënten die de kliniek nog niet hebben verlaten de recidivecijfers nog zullen beïnvloeden. Oitzelfde geldt uiteraard ook wanneer het al dan niet opnieuw veroordeeld zijn als recidivecriterium gehanteerd wordt. Wat daarbij verder opvalt is dat bij de hantering van dit criterium het percentage recidivisten sterker gedaald

is, namelijk van 61 in de periode 1955/1956 naar 28 in de periode 1970/1974.

Rekening houdend met de verschillende delicten waarvoor de patiënten werden opgenomen, en de hoogte van de recidivecijfers bij de tot en met 1969 opgenomen patiënten mag worden verwacht dat het uiteindelijk recidivecijfer (criterium: opnieuw veroordeeld) voor de periode 1970/1974 op ongeveer 45% zal uitkomen. Ter illustratie eerst de recidivecijfers, (dat wil zeggen op nieuw veroordeeld) naar soort delict in de verschillende perioden.

Tabel 4.10. Recidivecijfers naar soort delict waarvoor opgenomen en opnameperiode (criterium is "opnieuw veroordeeld").

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	totaal (t/m 1974)
soort delict	%	%	%	%	%
vermogensdelict	64(n=80)	61(n=88)	52(n=91)	45(n=51)	56 (n=310)
gewelddelict	38(n= 8)	0(n=12)	27(n=30)	7(n=27)	17 (n= 77)
zedendelict	60(n=15)	43(n=28)	42(n=24)	12(n=24)	37 (n= 91)

Allereerst dient bij deze cijfers te worden opgemerkt dat eigenlijk alleen zinvol percentages kunnen worden berekend voor de vermogensdelinkwenten, omdat de aantallen voor de geweldd- en zedendelinkwenten erg klein zijn. Om een voorbeeld te geven: van de acht personen die in de periode 1955/1956 voor een gewelddelict werden opgenomen, recidiveerden er drie. Zouden dit er vier geweest zijn, dan stijgt het recidivepercentage van 38 tot 50.

Tabel 4.11. Aantal opgenomen patiënten in de periode 1970:74 en verwacht recidivisme.

	aantal patiënten opgenomen in de periode 1970/1974	verwacht aantal recidivisten (% voor 1955/1969)	huidig % recidivisten van de in de periode 1970/74 opgenomen patiënten
vermogensdelict	51	30 (59%)	45%
gewelddelict	27	6 (22%)	7%
zedendelict	24	11 (46%)	12%
totaal	102	47	voor de periode 1970/'74 is verwacht recidivepercentage 46% (47/102 x 100)

In de tabel op blz. 43 zijn in de eerste kolom de absolute aantallen patiënten aangegeven, die in de periode 1970/1974 zijn opgenomen (met uitzondering van de categorie overige delicten). In de tweede kolom zijn de aantallen recidivisten aangegeven, dat men zou verwachten op basis van het totaal aantal recidivisten in de periode 1955/1969.

Het verwachte percentage staat tussen haakjes, terwijl in de laatste kolom de huidige percentages staan.

Hoe liggen de cijfers wanneer als recidivecriterium wordt gehanteerd het al dan niet voorkomen van een nieuw misdrijf op het uittreksel uit de Justitiële Documentatie, dus ongeacht of dit tot een veroordeling leidde? (Met uitzondering van die delicten, waarvoor de betrokkene werd vrijgesproken of niet vervolgd wegens gebrek aan bewijs).

Tabel 4.12. Recidive naar opnamedelict en opnameperiode.

opnameperiode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	totaal (t/m 1974)
opnamedelict	%	%	%	%	%
vermogensdelict	72%(n=80)	73%(n=88)	65%(n=91)	65%(n=51)	69%(n=310)
gewelddelict	50%(n= 8)	17%(n=12)	37%(n=30)	18%(n=27)	28%(n= 77)
zedendelict	73%(n=15)	54%(n=28)	58%(n=24)	25%(n=24)	50%(n= 91)

Allereerst blijkt dat de daling in recidive bij de vermogensdelinkwenten na 1962 minder groot is dan geconcludeerd zou worden bij hantering van het criterium opnieuw veroordeeld zijn. Belangrijker lijkt echter dat de daar geconstateerde voortzetting in de daling zich hier niet blijkt voor te doen: ook voor de periode 1970/1974 ligt het recidivepercentage voor de vermogensdelinkwenten op 65%. Omdat de daling van de recidive voor de zedendelinkwenten na 1962 niet doorzet, maken ook deze cijfers het wel waarschijnlijker dat de totale recidive voor de periode 1970/1974 nog zal toenemen, gelet op de geringere recidivesnelheid van de gewelds- en zedendelicten.

Gezien het grotere verschil in aantallen veroordeelden en aantallen recidiverenden ongeacht de afdoening in de periode 1970/1974 (65%-45%) in vergelijking met de periode 1955/1956 (72%-64%), lijkt verder de keuze van het recidivecriterium niet van belang ontbloeit: bij bestudering van recidivecijfers in de tijd is het noodzakelijk een criterium te kiezen dat zo min mogelijk gevoelig is voor veranderingen in het beleid.

4.3.1 *Recidivesnelheid*

Dat, in combinatie met het delict waarvoor de patiënten werden opgenomen, ook de recidivesnelheid in aanmerking moet worden genomen voor een evenwichtige beoordeling van het wel

of niet recidiveren illustreert de tabel op de volgende pagina, waarin de recidivesnelheid, onderscheiden naar verschillende soorten delicten, is weergegeven.

Van degenen die na hun vertrek tenminste één vermogensdelict pleegden, had 49% dit gedaan binnen twee jaar na het verlaten van de kliniek.

Tabel 4.13. Recidivesnelheid voor verschillende typen delicten.

eerste recidive- delict	tot le ver- mogensdelict		tot le ge- weldsdelict		tot le ze- dendelict		tot le recidive totaal	
	%	C%	%	C%	%	C%	%	C%
0 - 1 jaar	24	24	9	9	11	11	24	24
1 - 2 jaar	25	49	19	28	9	20	25	49
2 - 3 jaar	15	64	18	46	15	35	16	65
3 - 4 jaar	10	74	4	50	11	46	10	75
4 - 5 jaar	9	83	5	55	20	66	10	35
5 jaar en meer	17	100	45	100	34	100	15	100
	(n=245)		(n=74)		(n=54)		(n=289)	

Bij het eerste gewelds- en zedendelict na het verlaten van de kliniek zijn deze percentages respectievelijk 28 en 20.

Tabel 4.14. Recidivepercentage in relatie tot tijd uit de kliniek.

tijd uit de kliniek	recidivepercentage	aantal personen die de kliniek verlaten hebben
1. alle patiënten die de kliniek verla- ten hebben	56%	517
2. tenminste 1 jaar uit de kliniek	60%	470
3. tenminste 2 jaar uit de kliniek	62%	445
4. tenminste 3 jaar uit de kliniek	63%	431
5. tenminste 4 jaar uit de kliniek	63%	400
6. tenminste 5 jaar uit de kliniek	63%	368
7. tenminste 6 jaar uit de kliniek	64%	349

Van degenen die na het verlaten van de kliniek tenminste één vermogensdelict begingen, gebeurde bij slechts 17% dit pas voor het eerst vijf jaar na het verlaten van de kliniek. Bij het eerste gewelds- en zedendelict na het verlaten van de kliniek zijn deze percentages respectievelijk 45 en 34.

In tabel 4.14 op de vorige pagina is de relatie weergegeven tussen de hoogte van het recidivepercentage en de duur van de periode die de patiënten uit de kliniek zijn.

Ook blijkt dat het recidivepercentage 56 bedraagt wanneer het aantal recidiverenden gerelateerd wordt aan al diegenen die de kliniek verlaten hebben. Als criterium voor recidive is hier gehanteerd het begaan hebben van een nieuw misdrijf na verlaten van de kliniek, dus ongeacht of hier een veroordeling op volgde. Het recidivepercentage blijkt dan op te lopen tot 64 bij diegenen die tenminste zes jaar de kliniek verlaten hebben.

Gemiddeld bleef het aantal patiënten, dat tenminste éénmaal opnieuw veroordeeld werd 12% achter bij het aantal patiënten dat tenminste éénmaal recidiveerde, ongeacht het wel of niet veroordeeld zijn.

Het percentage personen dat tenminste éénmaal werd veroordeeld na verlaten van de kliniek varieert tussen de 44 en de 52, afhankelijk van de verstreken tijdsduur sinds het vertrek uit de kliniek.

Omdat recidivisten meestal (ook) met vermogensdelicten recidiveren, en de recidivesnelheid van de vermogensdelicten betrekkelijk groot is, zullen recidivecijfers berekend over de patiënten die tenminste twee jaar de kliniek hebben verlaten een goede indicatie geven voor de hoogte van de recidive in het algemeen. Wordt ook rekening gehouden met de geringe recidivesnelheid van de zeden- en geweldsdelicten, dan ligt een periode van vijf jaar meer voor de hand. De recidivecijfers komen in dat geval circa 8% hoger te liggen dan eerder gepresenteerd:

Tabel 4.15. Recidivecijfers naar soort delict waarop opname volgde en het al dan niet tenminste vijf jaar uit de kliniek zijn.

Soort recidive	Enig misdrijf gepleegd		Opnieuw veroordeeld	
	al dan niet tenminste 5 jaar uit kliniek	alle ex-patiënten ongeacht tijd uit de kliniek	alle ex-patiënten ongeacht tijd uit de kliniek	alleen ex-patiënten die tenminste 5 jr. uit de kliniek zijn
opnamedelict				
vermogensdelict	67%(321)	70%(256)	54%(321)	60%(256)
geweldsdelict	27%(89)	35%(43)	16%(39)	21%(43)
zedendelict	48%(95)	59%(63)	36%(35)	48%(53)
totaal (incl. overig)	56%(517)	53%(368)	44%(517)	52%(368)

Ook in de hoogte van de recidivecijfers bij de ex-patiënten die tenminste vijf jaar uit de kliniek zijn valt een daling te constateren. Het percentage veroordeelden daalt van 62 (1955/56) naar 48 (1963/69), terwijl het percentage dat enig misdrijf heeft gepleegd daalt van 72 (1955/56) naar 59 (1963/69). Bij de zedendelinkwenten dalen de recidivecijfers wat sterker dan bij de vermogensdelinkwenten (zie tabellen 23, 24 en 25 bijlage 4).

4.3.2 *Overeenkomsten in delictgedrag voor en na verblijf*

Tot zover hebben we ons beziggehouden met het vaststellen van de recidive als zodanig en gespecificeerd naar het soort delict dat uiteindelijk tot opname had geleid. Om recidive te kunnen vaststellen, zal een zekere tijd moeten zijn verstreken. Bovendien is de recidivesnelheid niet voor alle delictsoorten gelijk. Met beide factoren hebben we dan ook rekening gehouden bij het vaststellen van de recidive.

Het al dan niet recidiveren is echter niet de enige maatstaf die men zal willen hanteren bij de beoordeling van de resultaten van de behandeling. Zowel naar aard als naar omvang kan het delictgedrag na vertrek uit de kliniek verschillen van dat van voor de opname. Worden er overeenkomstige delicten gepleegd na vertrek, en zo nee is dat andere delictgedrag dan als ernstiger of minder ernstig te beschouwen?

Of is het delictgedrag in aantal afgenomen? Op deze aspecten zal in deze en de volgende paragraaf worden ingegaan.

Hoe verhoudt zich nu het delictgedrag naar soort van voor en na opname tot elkaar?

We kunnen dit illustreren aan de hand van de volgende tabel. Deze tabel is in een aantal stappen opgebouwd. Ter toelichting daarom het volgende. Eerst is voor alle patiënten nagegaan of zij voor hun opname vermogensdelicten, geweldsdelicten, zedendelicten of overige delicten begaan hebben. Vervolgens is nagegaan welke combinaties van delicten er voorkomen. Bij het bepalen van deze combinaties is de categorie "overige" buiten beschouwing gelaten. Deze komt alleen voor als afzonderlijke categorie voor die patiënten die enkel delicten hebben gepleegd die in deze categorie vallen. Op deze wijze kon het aantal combinaties tot 8 beperkt blijven. Voor de delicten welke na vertrek uit de kliniek gepleegd zijn is dezelfde procedure gevolgd.

De weergegeven cijfers in tabel 4.16 op de volgende pagina hebben betrekking op al diegenen die de kliniek hebben verlaten (39). Verder betreft het hier alle op het uittreksel voorkomende delicten, dus ongeacht de aard van de afdoening. Allereerst kan dan worden opgemerkt de bijzonder lage recidive onder diegenen die voor hun opname alleen (één) geweldsdelict(en) gepleegd hebben. De hogere recidivecijfers worden gevonden in al die categorieën waarin ook vermogensdelicten voorkomen. Van de opgenomen patiënten pleegde na vertrek 46% (30 + 11 + 4 + 1) één of meer vermogensdelicten, 15% (2 + 11 + 2) pleegde na vertrek tenminste één geweldsdelict en 10% tenminste een zedendelict. Van de patiënten die de kliniek verlieten, pleegde 56% tenminste eenmaal een nieuw misdrijf.

Tabel 4.16. Delictpatroon voor en na verblijf in de kliniek.

delictpatroon vóór	alleen vermogens	alleen geweld	alleen zeden	vermogens en geweld	vermogens en zeden	geweld en zeden	vermogens geweld en zeden	alleen overig	totaal
delictpatroon ná	%	%	%	%	%	%	%	%	%
alleen vermogens	43	3	8	26	30		21	(1)	30
alleen geweld	2	-	-	3	3	-	4	-	2
alleen zeden	1	3	35	-	9	-	-	-	4
vermogens en geweld	14	-	-	13	4	-	14	-	11
vermogens en zeden	2	-	5	2	15	(1)	11	-	4
geweld en zeden	-	-	-	1	2	-	-	-	0)
vermogens geweld en zeden	0	-	-	2	3	-	4	-	1)
alleen overig	4	-	-	2	2	-	-	-	2
geen recidive	33	94	52	51	32	(3)	46	(4)	44
nog in de kliniek	(6)	(9)	(7)	(26)	(9)	(2)	(10)	-	(69)
totaal %	99	100	100	100	100	-	100	-	99
aantal waarop %	(221)	(34)	(40)	(119)	(66)	(4)	(28)	(5)	(517)
totaal aantal	(227)	(43)	(47)	(145)	(75)	(6)	(38)	(5)	(586)

Van de 289 recidivisten hadden 266 personen voor opname één of meer vermogensdelicten gepleegd: 234 van deze 266 deden dat na het verlaten van de kliniek opnieuw (88%). Van de 289 hadden voor opname 76 personen één of meer geweldsdelicten begaan: 29 van deze 76 begingen opnieuw tenminste één geweldsdelict (38%). Van de 289 recidivisten tenslotte hadden 80 personen voor opname één of meer zedendelicten begaan: voor 39 van hen was dat ook na het verlaten van de kliniek het geval (49%).

Van de 434 personen die voor hun opname vermogensdelicten hebben gepleegd, hebben 234 personen (54%) met een vermogensdelict gerecidiveerd. Van de 185 personen die voor opna-

me zedendelicten hebben gepleegd, hebben 39 personen ook na vertrek met een zedendelict gerecidiveerd (28%). Wordt het delict dat in opname resulteerde, als uitgangspunt genomen, dan zijn deze percentages respectievelijk 61, 12 en 34. Behalve voor de patiënten die voor een geweldsdelict werden opgenomen, liggen deze percentages dus hoger dan wanneer we ons beperken tot de categorie recidiverenden binnen de verschillende delictcategorieën waarvoor opgenomen: van de recidiverende vermogensdelikwenten (dus delict opname), recidiveerde 92% ook met een vermogensdelict; van de recidiverende geweldsdelikwenten recidiveerde 46% ook met een geweldsdelict; van de recidiverende zedendelinkwenten recidiveerde 70% ook met een zedendelict.

Binnen de categorie recidiverenden zijn ook nog enkele verschuivingen nagegaan: 23 van de 289 recidivisten hadden voor opname geen vermogensdelict gepleegd, 8 van hen deden dit wel na vertrek (35%); 213 van de 289 recidivisten hadden voor opname geen geweldsdelict gepleegd, 45 van hen deden dit wel na vertrek (21%); 209 personen van de 289 recidivisten hadden voor opname geen zedendelict gepleegd, 14 van hen deden dit wel na vertrek (7%).

Vergelijken we deze percentages met eerder gegeven cijfers (tabel 4.13) dan valt op dat van de recidivisten die voor opname vermogensdelicten hebben gepleegd 88% dit delictgedrag ook na vertrek uit de kliniek weer heeft vertoond, terwijl van alle recidivisten 84% een vermogensdelict na vertrek heeft gepleegd. Bij de gewelds- en zedendelicten zijn de verschillen aanmerkelijk groter: heeft 26% van de recidivisten een geweldsdelict gepleegd, van de recidivisten die ook voor opname een geweldsdelict hebben gepleegd is dit 38%. Heeft 19% van de recidivisten een zedendelict gepleegd, van de recidivisten die ook voor opname een zedendelict hebben gepleegd is dit 49%.

Ook op een andere manier kan de continuïteit in de soort van gepleegde delicten worden nagegaan, en wel met behulp van de begrippen algemene recidive, speciale recidive (nieuw delict van een zelfde soort) en specifieke recidive (zelfde delict). Uitgangspunt voor de vergelijking vormt het delict naar aanleiding waarvan opname volgde, terwijl als recidive-criterium voor alle drie vormen van recidive het opnieuw veroordeeld zijn is gehanteerd. We hebben deze vormen van recidive nagegaan bij diegenen die tenminste vijf jaar uit de kliniek zijn, en deze groep in tweeën gesplitst op grond van de volgorde waarin de betrokken personen in de kliniek zijn opgenomen. In de volgende tabel zijn de resultaten samengevat naar soort delict waarop opname is gevolgd.

De verschillen tussen beide helften zijn niet bijzonder groot, hoewel de recidive bij de tweede helft consistent wat lager is in vergelijking met de eerste helft voor alle drie delictsoorten (41). In tabel 21 van bijlage 4 zijn gegevens weergegeven naar het specifieke delict waarop opname gevolgd is. Daarbij valt het hoge aantal recidivisten op binnen de

categorie vermogensdelicten terzake van diefstal door middel van braak. Bij deze delictcategorie is er trouwens geen verschil tussen de eerste helft (algemene recidive 71%, speciale recidive 62% en specifieke recidive 43%) en de tweede helft (resp. 71%, 60% en 53%). Voor alle drie vormen van recidive komen de hoogste percentages voor bij de categorie vermogensdelicten, en de laagste bij de geweldsdelicten. De absolute aantallen bij deze laatste categorie zijn overigens wel bijzonder klein.

Tabel 4.17. Algemene, speciale en specifieke recidive (opnieuw veroordeeld) beoordeeld naar soort delict dat tot opname in de kliniek heeft geleid.

soort recidive	eerste helft		speci-	N.1	algem.	tweede helft	speci-	N.2
soort delict bij opname	algem.	spe-	fiek			spe-	fiek	
	%	ciaal	%		%	ciaal	%	
vermogensdelict	60	55	42	136	58	52	33	120
geweldsdelict	28	21	7	14	17	7	3	29
zedendelict	50	34	25	32	45	26	19	31
totaal % rec. (incl. overig)	56	48	36	184	49	39	26	184

Afhankelijk van het soort delict waarvoor opgenomen, komt het vaker of minder vaak voor dat men voor eenzelfde (soort) delict na vertrek uit de kliniek opnieuw is veroordeeld. In hoeverre is dit latere delictgedrag ernstiger of minder ernstig dan het vroegere? Uitgaande van het delict waarvoor opgenomen, hebben we de recidivedelicten met dit delict vergeleken. Hoewel het voor bepaalde gevallen niet zo moeilijk is om vast te stellen of er sprake is van een ernstiger of minder ernstig delict gelet op de mogelijk op te leggen strafmaat (zware mishandeling in verband met diefstal bv.), zijn er natuurlijk ook situaties waar subjectiviteit een rol kan spelen. We hebben dat proberen te ondervangen door enerzijds in eerste aanleg een vrij groot aantal categorieën te hantieren en anderzijds aanvullende eisen te formuleren wilde een delict als ernstiger worden beschouwd. Zo moest, om als ernstiger gekwalificeerd te kunnen worden, een delict in ieder geval met een vrijheidsbenemende sanctie zijn afgedaan. Bij de categorie 'even ernstig' was deze maatstaf ook regel, hoewel ook een betrekkelijk groot aantal zelfde recidivedelicten als even ernstig is geteld. Dit laatste deed zich met name enkele keren voor bij de vermogensdelinkwenten. Ook hier is weer een onderscheid gemaakt tussen de eerste en de tweede helft patiënten; die tenminste vijf jaar uit de kliniek zijn.

De verschillen tussen beide helften zijn gering: iets meer dan de helft heeft niet gerecidiveerd dan wel minder ern-

stige delicten gepleegd in vergelijking met het delict waarvoor opgenomen (42). Wel is bij de tweede helft het aantal niet-recidivisten wat groter dan bij de eerste helft.

Tabel 4.18. Ernst recidivedelicten in vergelijking met het delict dat tot de opname in de kliniek had geleid.

groep	eerste helft	tweede helft
ernst	eerste %	tweede %
tenminste even ernstig	47	42
minder ernstig	23	16
geen recidive bekend	30	42
totaal	100 (n=184)	100 (n=184)

4.3.3 *Omvang van de recidive*

De recidive hangt duidelijk samen met het aantal gepleegde delicten voor opname, zoals blijkt uit de volgende tabel die betrekking heeft op diegenen die tenminste vijf jaar uit de kliniek zijn. Recidive betekent hier het voorkomen van een nieuw delict op het uittreksel uit de Justitiële Documentatie:

Tabel 4.19. Aantal delicten voor opname en recidive.

aantal delicten vóór opname	1 - 3 %	4 - 6 %	7 - 10 %	11 - 18 %	≥ 19 %	totaal %
recidive	27	58	78	80	80	63
	(n=73)	(n=83)	(n=78)	(n=79)	(n=50)	(n=368)

Tabel 4.20. Aantal delicten vóór en na verblijf in de kliniek.

aantal vóór	1 - 3	4 - 6	7 en meer	totaal
aantal na	f	f	f	f %
0	57	35	43	135 37
1 - 3	16	21	59	96 25
4 - 6	3	11	27	41 11
7 en meer	2	16	78	96 26
totaal	78	83	207	368 99

Ook tussen het aantal gepleegde delicten voor opname en het aantal recidivisten bestaat een duidelijke relatie: hoe meer delicten men heeft gepleegd voor opname des te vaker heeft men ook meer recidivedelicten gepleegd (43).

Wel kan uit deze tabel tevens worden afgeleid, dat het merendeel van de patiënten na vertrek uit de kliniek minder delicten heeft gepleegd dan voor opname in de kliniek: 66% heeft niet gerecidiveerd of een geringer aantal delicten na vertrek gepleegd, terwijl 34% evenveel of meer delicten heeft gepleegd. Kijken we naar de leeftijd bij vertrek dan blijkt de omvang van de recidive hiermee een duidelijke samenhang te vertonen: bij de jongeren (tot 26 jaar) heeft de helft na vertrek tenminste evenveel delicten gepleegd in vergelijking met de periode voor opname. Bij de ouderen daalt dit percentage, en bij hen die bij vertrek 35 jaar of ouder waren is het nog geen 20 (zie bijlage 4, tabel 29). Tussen het aantal veroordelingen voor en na verblijf bestaan overeenkomstige samenhangen. We verwijzen hiervoor naar de tabellen 26 en 27 van bijlage 4.

Tabel 4.21. Recidivepercentage voor de categorieën overgeplaatsten en proefverlofgangers naar periode.

opnameperiode	1955/56	1957/62	1963/69
categorie patiënten	%	%	%
overgeplaatsten	recidive (ongeacht afdoening) 84(n=64)	78(n=81)	76(n=46)
proefverlofgangers	44(n=36)	38(n=47)	47(n=77)
overgeplaatsten	recidive (opnieuw veroordeeld) 75(n=64)	70(n=81)	67(n=46)
proefverlofgangers	39(n=36)	21(n=47)	31(n=77)

4.3.4 Afloop van de behandeling en recidive

Van de overgeplaatste patiënten heeft een aanmerkelijk groter aantal gerecidiveerd dan van de proefverlofgangers, zoals blijkt uit tabel 4.21. Deze verschillen hangen maar in beperkte mate samen met de duur van het verblijf. Alleen van degenen die pas na tenminste drie jaar werden overgeplaatst is de recidive lager dan van de eerder overgeplaatsten, hoewel nog altijd praktisch tweemaal zo hoog als bij de proefverlofgangers. Bij de proefverlofgangers is er geen samenhang tussen recidive en verblijfsduur (zie tabel 22, bijlage 4).

Deze gegevens kunnen een verdere bevestiging zijn voor de ook al eerder door Jessen en Roosenburg geformuleerde conclusie (44) dat de proefverlofgangers een positieve selectie vormen uit het totaal van de opgenomen patiënten. De toename

in aantallen recidivisten in de periode 1963/69 in vergelijking met de periode 1957/62 staat mogelijk in verband met de sterke daling van het aantal overgeplaatsten in de periode 1963/69 in vergelijking met de periode 1957/62. Het zou wel eens kunnen zijn, dat er daardoor meer proefverlofgangers zijn met een ongunstige achtergrond sinds 1963 in vergelijking met de periode daarvoor.

Dat ook de leeftijd bij verlaten van de kliniek een rol speelt bij het al dan niet recidiveren, illustreert het gegeven dat van de patiënten die bij de beëindiging van de behandeling in de kliniek 36 jaar of ouder waren, 32% opnieuw is veroordeeld, terwijl dit voor de andere leeftijdscategorieën rond de 50% ligt.

Van de mannelijke patiënten heeft bijna 60% gerecidiveerd en is bijna de helft tenminste eenmaal opnieuw veroordeeld. Bij de vrouwelijke patiënten zijn deze percentages respectievelijk 38 en 20 (45). Overeenkomstige verschillen blijven ook bestaan wanneer de recidive wordt gekoppeld aan het delict waarop opname volgde.

Bij het verlaten van de kliniek is men als regel nog niet van de maatregel TBR af. De duur van deze maatregel loopt niet zo erg uiteen voor de verschillende delictcategorieën. Voor ongeveer de helft van alle patiënten is de totale duur van de maatregel tenminste acht jaar. Voor zover er verschillen zijn, duiden die op een iets kortere duur bij de vermogensdelinkwenten, en een wat langere duur bij de zeden-delinkwenten. Over het geheel genomen is de duur van de maatregel na 1962 korter geworden. Duurde voor 1963 de maatregel TBR bij 30% tot 40% van de opgenomen patiënten 12 jaar of langer, in de periode 1963/69 is met name het percentage personen toegenomen bij wie de maatregel hooguit vijf jaar duurde, nl. van circa 15 tot 38.

4.3,5 *Regressie-analyse*

Als afhankelijke variabele in de regressie-analyse is gebruikt het al dan niet veroordeeld zijn na beëindiging van de behandeling in de kliniek. Achttien variabelen die betrekking hebben op de periode voor opname zijn in deze analyse betrokken. In een tweede stap is daaraan de vertrekreden toegevoegd (al dan niet overgeplaatst). De zeven belangrijkste variabelen zijn in de tabel op blz. 54 met hun enkelvoudige correlaties met het recidivecriterium, weergegeven.

De recidivisten zijn vooral die personen, die op jongere leeftijd voor het eerst met justitie in aanraking zijn gekomen, vaker veroordeeld zijn, en overgeplaatst werden naar een andere inrichting. Verder zijn meer zaken van hen geseponeerd, is de tijd tussen de laatste en voorlaatste veroordeling korter, zijn ze vaker opgenomen voor 1965, en is hun opnamedelict vaker een vermogensdelict. Opvallend is de sterke samenhang van de wijze van beëindiging van de behandeling met het al dan niet recidiveren. Vergelijken we verder de resultaten van deze regressie-analyse met die uit de vorige paragraaf, dan valt op dat er twee belangrijke variabelen zijn bij de statistische verklaring van de beëindiging

van de behandeling die geen delictkenmerken betreffen (deelname arbeidsproces en opleidingsniveau), maar bovendien niet voorkomen in het overzicht van de belangrijkste variabelen voor de statistische verklaring van de recidive. Verder blijkt (zie bijlage 5) de voorspelling van recidive beter te zijn dan de voorspelling van de wijze van beëindiging van de behandeling. Van de variantie in de recidive kan ruim 28% verklaard worden uit de overige variabelen, terwijl dit percentage voor de wijze van beëindiging ruim 18% is.

Tabel 4.22. Enkelvoudige correlaties van de belangrijkste (achtergrond) variabelen met het recidivecriterium opnieuw veroordeeld.

achtergrond variabele	correlatie
1. leeftijd bij eerste justitiële contact	-.33
2. totaal aantal veroordelingen	.28
3. al dan niet overgeplaatst	.36
4. frequentie sepot voor opname	.16
5. tijd tussen laatste en voorlaatste veroordeling	-.24
6. periode-opname	-.13
7. oonamedelict is een vermogensdelict	+.29

Wat is het resultaat van beide analyses?

Allereerst is het mogelijk gebleken tot een zekere voorspelling te komen van het recidivegedrag. Bij die voorspelling spelen delictkenmerken uit het verleden (onder andere leeftijd bij het eerste justitiële contact, en het totaal aantal veroordelingen) de belangrijkste rol. Maar ook de afloop van de behandeling heeft op de recidive een belangrijke zelfstandige invloed.

Wordt een zg. stapsgewijze regressieanalyse uitgevoerd, dan wordt deze variabele zelfs als eerste geselecteerd. Dat vloeit voort uit deze procedure, omdat als eerste dan die variabele geselecteerd wordt welke de sterkste samenhang heeft met de afhankelijke variabele. Uit tabel 4.22 kan worden afgelezen dat de wijze van beëindiging van de behandeling de sterkste samenhang heeft met het al dan niet recidiveren. Wordt de totale hoeveelheid verklaarde variantie in het recidivecriterium op 100% gesteld, dan blijkt bijna de helft aan de wijze van beëindiging van de behandeling te kunnen worden toegeschreven.

De voorspelling van de afloop van de behandeling blijkt minder goed mogelijk. Naast de invloed van delictkenmerken uit het verleden daarop (onder andere totaal aantal gepleegde delicten), komen echter twee andere variabelen naar voren: de deelname aan het arbeidsproces en het opleidingsniveau van de patiënten. Bij personen met een onder andere in deze opzichten minder ongunstige achtergrond, heeft de behandeling mogelijk meer kans van slagen, in die zin dat ze minder

vaak worden overgeplaatst.

4.3.6 *Samenvatting*

Tenslotte willen we deze paragraaf in een kort overzicht samenvatten. De overgeplaatste patiënten recidiveren aanmerkelijk vaker dan de proefverlofgangers. Dit geldt zowel bij hantering van het criterium nieuw misdrijf (84% à 76% bij de overgeplaatsten en 44% à 47% bij de proefverlofgangers), als bij gebruik van het criterium opnieuw veroordeeld (75% à 67% bij de overgeplaatsten en 39% à 31% bij de proefverlofgangers). Heeft de recidive bij de overgeplaatsten een zekere neiging te dalen, bij de proefverlofgangers is dit niet het geval. Van alle patiënten die in de kliniek opgenomen zijn geweest in de periode 1955-1977, heeft 56% tenminste éénmaal gerecidiveerd, en is 44% tenminste éénmaal veroordeeld. Beperken we ons tot die patiënten die tenminste vijf jaar uit de kliniek zijn, dan heeft 63% tenminste éénmaal gerecidiveerd, en is 52% tenminste éénmaal opnieuw veroordeeld. Voor alle patiënten die in de kliniek opgenomen zijn geweest in de periode 1955-1974, daalt het recidivepercentage van 70 in 1955/1956 naar 44 in 1970/1974. Beperken we ons hier tot de patiënten die tenminste vijf jaar uit de kliniek zijn, dan daalt het recidivepercentage van 72 in 1955/1956 naar 59 in 1963/1969, en het aantal veroordeelden van 62 in 1955/1956 naar 48% in 1970/1974. Bij de vermogensdelinkwenten blijkt deze daling zich in mindere mate voor te doen, nl. van 65% opnieuw veroordeelden uit 1955/1956 naar 54% in 1963/1969. Van de recidivisten heeft 50% hun eerste delict gepleegd binnen twee jaar na beëindiging van het verblijf in de kliniek, en 85% binnen vijf jaar na vertrek uit de kliniek. Voor het eerst gepleegde vermogensdelict geldt dat 50% van de betrokken personen dit binnen twee jaar beging, en 83% binnen vijf jaar. Voor het eerste geweldsdelict zijn deze percentages respectievelijk 28 en 55, terwijl ze voor het eerste zedendelict respectievelijk 20 en 66 zijn. Naast de tijd die men uit de kliniek is, is dus de recidivesnelheid voor de onderscheiden typen delicten van belang voor de bepaling van de omvang van de recidive. Hiermee is voldoende aannemelijk gemaakt dat de recidivepercentages voor de patiënten, opgenomen sinds 1970 nog allerminst definitief zijn.

Een volgend aspect van de recidive is de omvang ervan. Van de patiënten, opgenomen tot en met 1974 en tenminste vijf jaar uit de kliniek heeft 63% tenminste éénmaal gerecidiveerd. Een kwart echter heeft 7 keer of vaker gerecidiveerd. Verder heeft een groter aantal gerecidiveerd van degenen die voor opname meer delicten gepleegd hebben en vaker veroordeeld zijn. Ook is er een duidelijke samenhang tussen het aantal delicten en veroordelingen voor opname en het aantal delicten en veroordelingen na vertrek uit de kliniek. Niettemin is voor het merendeel van de ex-patiënten het aantal na vertrek gepleegde delicten kleiner dan daarvoor. Wel speelt de leeftijd bij vertrek hierbij een belangrijke rol: van de jongeren tot 26 jaar heeft de helft evenveel delicten na vertrek gepleegd, terwijl -daarna aflopend- dit bij de

oudsten (35 jaar en ouder) nog geen 20% is.

In hoeverre verschilt nu de aard van het delictgedrag na vertrek uit de Kliniek van dat van voor de opname.

Allereerst dan de recidive naar delict van opname. Van alle opgenomen patiënten heeft 46% gerecidiveerd met tenminste één vermogensdelict, van alle opgenomen vermogensdelinkwenten is dit percentage 54%.

Van alle opgenomen patiënten heeft 15% gerecidiveerd met tenminste één geweldsdelict, van alle opgenomen geweldsdelinkwenten is dit percentage 16%. Van alle opgenomen patiënten tenslotte heeft 10% gerecidiveerd met tenminste één zedendelict, van alle opgenomen zedendelinkwenten is dit percentage 28%. Specificeren we vervolgens het delictgedrag voor en na opname binnen de categorie recidiverenden, dan blijkt dat van alle recidiverende vermogensdelinkwenten 88% recidiveerde met een vermogensdelict, terwijl van alle recidiverenden dit percentage 84 is. Van de recidiverende geweldsdelinkwenten recidiveerde 38% met een geweldsdelict, terwijl van alle recidiverenden dit percentage 26 is. Van alle recidiverende zedendelinkwenten tenslotte recidiveerde 49% met een zedendelict, terwijl van alle recidiverenden dit 19% is.

Ook kunnen we tenslotte nog bekijken in hoeverre patiënten na vertrek typen delicten pleegden, die ze voor opname nog nooit hadden begaan. Dan blijkt dat 35% van de recidiverenden die voor opname geen vermogensdelicten gepleegd hadden, dit na vertrek wel gedaan hebben. Voor de gewelds- en zedendelicten zijn deze percentages respectievelijk 21 en 7. Vooral dit laatste percentage is opvallend laag. De patiënten, opgenomen voor een vermogensdelict recidiveren dus het meest (54%), die voor een geweldsdelict het minst (16%) met hetzelfde type delict. Binnen ieder "type" delinkwent, voorzover recidiverend, is de recidive voor een overeenkomstige delictsoort groter dan voor alle recidiverenden. Dit verschil is het grootst bij de zedendelinkwenten en het kleinst bij de vermogensdelinkwenten, niet zo verwonderlijk als we bedenken dat 88% van alle opgenomen patiënten voor opname wel eens een vermogensdelict had gepleegd. De kans op andere delicttypen na vertrek in vergelijking met de periode voor opname is het grootst als het om vermogensdelicten gaat en het kleinst als het om zedendelicten gaat.

Zowel de algemene als de speciale en de specifieke recidive is bij de vermogensdelinkwenten groter dan bij de geweldsdelinkwenten en (zij het met geringer verschil) de zedendelinkwenten. Er zijn in dit opzicht nauwelijks verschillen tussen de eerste en de tweede helft opgenomen patiënten (die inmiddels langer dan vijf jaar de kliniek verlaten hebben).

Een vergelijking bij beide groepen naar de ernst van de recidivedelicten in vergelijking met het delict van opname heeft laten zien dat 40 à 50% met even ernstige of ernstiger delicten heeft gerecidiveerd. Tussen beide groepen kon in dit opzicht praktisch geen verschil worden geconstateerd.

De patiënten, die ouder zijn bij vertrek uit de kliniek recidiveren minder dan de jongeren. Van de 36-jarigen of ouderen is 32% opnieuw veroordeeld terwijl dit aantal voor de andere categorieën rond de 50% ligt.

Tenslotte een enkele opmerking over de duur van de maatregel TBR. Deze is met name na 1962 korter geworden. Duurde voor 1963 de maatregel TBR bij 30 tot 40% van de opgenomen patiënten 12 jaar of langer, in de periode 1963/1969 was dit bij nog slechts 8% het geval. In de periode 1963/1969 is met name het aantal personen toegenomen bij wie de maatregel hooguit vijf jaar duurde, nl. van circa 15% tot 38%.

We willen dit interimrapport afsluiten met enkele opmerkingen over de onderzoekresultaten in het licht van de probleemstelling. Deze opmerkingen dragen in zekere zin een voorlopig karakter, onder meer omdat de gegevens uit de interviews op dit moment nog ontbreken.

We zullen daarbij ingaan op de veranderingen in het aanbod van patiënten waarmee de kliniek in de loop der jaren te maken heeft gehad. Vervolgens zullen we enkele opmerkingen maken over de onderzoekresultaten in het perspectief van mogelijke effecten van de behandeling. Eerst echter willen we een enkel woord wijden aan de aard van het materiaal waarmee we in dit onderzoek te maken hebben gehad.

5.1 De aard van het onderzoekmateriaal

Bij de uitvoering van het besproken dossieronderzoek hebben we met enkele problemen te kampen gehad die rechtstreeks te maken hebben met de wijze van dossiervorming. Dit probleem doet zich niet zozeer voor bij de aard van de delictgegevens in enge zin: de uittreksels van de Justitiële Documentatie geven een compleet beeld van de gepleegde delicten voorzover deze door de politie zijn opgelost en ter kennis gebracht van de Officier van Justitie. Maar in vele andere opzichten is het gebruikte materiaal uiterst zwak. Bijlage 3 geeft een aan duidelijkheid niets te wensen overlatend beeld van de verschillen in bruikbaarheid van de geraadpleegde dossiers: het aantal ontbrekende waarnemingen bij tal van variabelen is bijzonder groot. Natuurlijk is het zo dat dossiervorming niet plaatsvindt ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek als zodanig. Toch zijn bepaalde tekorten duidelijk ongewenst. Naar ons oordeel dient de dossiervorming nl. zodanig plaats te vinden, dat op basis daarvan een toetsing mogelijk is van de veronderstellingen van waaruit de betrokken inrichtingen werken. Dat maakt een systematische registratie op grond van een op basis van geëxpliciteerde vooronderstellingen ontworpen categorieënsysteem onvermijdelijk. De volledigheid van de noodzakelijk geachte informatie is dan verzekerd. Ook zou in een dergelijke situatie meer eenduidige informatie beschikbaar zijn geweest over de aard van de problemen die aan de betrokken patiënten worden toegeschreven. Een belangrijke moeilijkheid voor ons is ook de wijze van afsluiten van de dossiers geweest, of liever gezegd het ontbreken daarvan. Van die patiënten die de behandeling met

proefverlof afsluiten, is uiteraard een proefverlofvoorstel van de kliniek beschikbaar. Dit voorstel kan in zekere zin worden gezien als een eindverslag van de behandeling. Van de andere patiënten echter is de dossiervorming gestopt op de dag van vertrek, zonder een afsluitend overzicht van de stand van zaken op dat moment. Het komt ons voor dat de kliniek zichzelf een belangrijk feedback-middel zou verschaffen wanneer zij, uiteraard liefst op systematische wijze, een afsluitend overzicht van de stand van zaken zou maken bij iedere beëindigde behandeling, ongeacht de reden van de beëindiging.

- 5.2 Veranderingen in de samenstelling van de patiëntenpopulatie
- Uit de resultaten, zoals die in hoofdstuk 3 zijn gepresenteerd, is gebleken dat de aard van de patiëntenpopulatie in de loop der jaren drastisch is gewijzigd. De geconstateerde veranderingen hebben met name betrekking op het delictverleden van de patiënten. In de gezinsachtergronden valt eigenlijk alleen een toename op in het aantal ouders over wie maatschappelijk wangedrag of justitiële contacten wordt gemeld. Verder blijkt een toenemend aantal patiënten al een inrichtingsverleden te hebben, terwijl in de loop der jaren ook het aantal patiënten groter is geworden van wie in de rapporten geconcludeerd wordt, dat hun niveau van intellectueel functioneren beneden normaal is. Enkele andere verschuivingen (in de arbeids- en inkomenssituatie, de relatiesfeer en de toename van het aantal patiënten over wie verslavingsverschijnselen gerapporteerd worden) moeten vermoedelijk worden toegeschreven aan maatschappelijke veranderingen enerzijds, en een sterke toename van het aantal jeugdige patiënten anderzijds. Bij de tot zover genoemde verschillen dient wel te worden aangetekend dat het aantal ontbrekende waarnemingen vaak groot is, zodat de gegevens met grote omzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Maar, zoals gezegd, de meest omvangrijke veranderingen hebben zich voorgedaan in de aard van de kenmerken van het delictverleden. Het aantal patiënten bv. dat voor opname geweldsdelicten heeft gepleegd, is zeer sterk toegenomen, terwijl ook het geheel van gepleegde delicten een aanmerkelijk heterogener karakter heeft gekregen. Verder is een verlaging geconstateerd in de leeftijd waarop de patiënten voor het eerst met justitie in aanraking zijn gekomen. Het is aannemelijk dat de veranderingen in de patiëntenpopulatie het werk voor medewerkers in de kliniek niet eenvoudiger maakt (46). Deze verschuivingen werden met name in verband gebracht met veranderingen in het beleid van de Rechterlijke Macht.
- In de afgelopen 20 jaar is het aantal personen dat een maatregel TBR opgelegd heeft gekregen sterk gedaald. De veronderstelling ligt voor de hand, dat de Rechterlijke Macht aanmerkelijk selectiever te werk gaat: wanneer er geen geweld tegen personen is gebruikt (vermogensdelicten, veel gevallen van ontucht met minderjarigen), is de neiging om een maatregel TBR te vorderen en/of op te leggen niet meer zo groot. In hoeverre hierbij de eigen inschatting van de kans op succesvolle behandelingen een rol speelt is niet bekend. Utlatingen van Rechters en Officieren van Justitie wijzen

soms in die richting. Het is ook heel goed mogelijk, dat men de maatregel wel als een erg zwaar ingrijpen ervaart, en daarmee niet altijd als acceptabel oordeelt, wanneer het andere dan geweldsdelicten betreft. Dit is niet geheel onbegrijpelijk: uit ons onderzoek blijkt bv. dat over de gehele verslagperiode genomen de totale duur van de maatregel TBR (dus inclusief eventueel proefverlof en voorwaardelijk ontslag) nauwelijks verschilt voor de verschillende typen delinkwenten. Dit betekent dat de vermogens- en zedendelinkwenten (met niet-gewelddadige gevallen van ontucht met minderjarigen) praktisch evenlang onder de maatregel TBR vallen als de geweldsdelinkwenten, terwijl er wel een verschil van tijdsduur is tussen deze categorieën in de uit te spreken straf. Er zijn overigens plannen bij het WODC en de Directie TBR/R om in de loop van 1981 een onderzoek op te zetten naar de (veranderde) opvattingen van onder andere de Rechterlijke Macht over de toepassing van de maatregel TBR.

5.3 Mogelijke effecten van de behandeling

De bespreking van de vraag naar mogelijke effecten van de behandeling in de Van der Hoeven Kliniek wordt in het bestek van dit rapport in een drietal opzichten beperkt.

In de eerste plaats door de aard van de gegevens die in dit deelonderzoek zijn gebruikt. Dit betreft gegevens over de duur van de intramurale behandeling, de afloop van de behandeling, het voorkomen van bepaalde onregelmatigheden tijdens de behandelingsperiode (ongeoorloofde afwezigheid, gepleegde delicten), het wel of niet gerecidiveerd hebben en de aard en de omvang van de recidive. In de hoofdstukken 4 en 5 van het eindrapport hebben we de gelegenheid de behandeling te bespreken vanuit het perspectief van de ex-patiënten zelf.

In die hoofdstukken nl. worden de resultaten van het deelonderzoek "interviews met ex-patiënten" besproken.

In de tweede plaats brengt de opzet van het onderzoek een beperking aan bij de bespreking van de vraag naar de mogelijke effecten (zie hoofdstuk 2 van dit rapport). Deze opzet sluit de mogelijkheid van onderlinge vergelijking uit, onder andere een vergelijking met andere instellingen waar TBR-gestelden zijn opgenomen. Dit, mede doordat er in Nederland nauwelijks recidive-onderzoek is verricht dat in het kader van onze besprekingen relevant kan zijn. Eén van de schaarse algemene recidive onderzoeken is dat van Van der Werff (47), waarop we nog zullen terugkomen.

In de derde plaats tenslotte doet het ontbreken van overeenstemming over succescriteria en het ontbreken van drempelwaarden voor deze criteria zich als een beperking voelen. Het zou interessant zijn meer inzicht te hebben in succescriteria en drempelwaarden die de verschillende inrichtingen en het departement zelf bereid zijn te hanteren voor de mate van succes van de behandeling. Naast het belang voor onderzoek wordt het hanteren van succescriteria van belang geacht voor de behandelingsmogelijkheden zelf, zoals de verwachtingen van de rechter voor het eventuele succes.

Ter bespreking van de vraag naar mogelijke effecten van de behandeling gaan wij eerst in op een aantal aspecten van de behandelingsperiode, nl. de behandelingsduur, ongeoorloofde

afwezigheid, en het voorkomen van delictgedrag en de afloop van de behandeling. Daarna stellen we enkele aspecten van de recidive aan de orde, nl. het wel of niet gerecidiveerd hebben (recidivepercentages), omvang, ernst en de snelheid van de recidive.

De duur van de behandeling is korter geworden. Met name kon een duidelijke afname worden geconstateerd in de extreem lange verblijfsduren. Enerzijds durft de kliniek klaarblijkelijk het risico, dat een proefverlof toch altijd inhoudt, in een eerder stadium te nemen. Anderzijds is van de overgeplaatste patiënten de verblijfsduur korter geworden: wanneer de kliniek weinig vertrouwen lijkt te hebben in een positieve afloop van de behandeling bij haar zelf, gaat zij sneller tot overplaatsing over. Het effect van gerechtelijk ingrijpen op die verblijfsduur is niet geheel duidelijk. Het aantal situaties waarin dit heeft plaatsgevonden (dus: beëindiging van de behandeling door niet-verlenging van de maatregel door de rechter, tegen advies van de kliniek) is toegenomen. Deze zg. contraire niet-verlengingen doen zich met name voor bij de vermogensdelinkwenten, maar we hebben niet kunnen constateren dat bij de lang-verblijvenden de maatregel op deze wijze wordt beëindigd.

Het verschijnsel ongeoorloofde afwezigheid draagt een tamelijk constant karakter in de verslagperiode. Het is ook een redelijk frekwent voorkomend verschijnsel: driekwart van de patiëntenpopulatie is tenminste éénmaal langer dan een kliniekdag wel eens ongeoorloofd afwezig geweest. Verder heeft ongeveer eenderde van alle opgenomen patiënten tijdens de behandelingsperiode tenminste één delict gepleegd. In dit verband hebben we gewezen op een zekere toename van het risico van geweldsdelicten tijdens de uitvoering van de maatregel TBR. Het gaat daarbij om betrekkelijk kleine aantallen, zodat vergaande conclusies nog moeilijk zijn te trekken. Het ligt voor de hand deze toename in verband te brengen met het toegenomen aantal geweldsdelinkwenten dat deel uitmaakt van de patiëntenpopulatie. In dat opzicht kan dan ook zeker niet gesproken worden van een verrassende ontwikkeling. Niettemin is de toename van het aantal geweldsdelicten tijdens de behandeling een verschijnsel dat vanuit het oogpunt van beveiliging zorg en aandacht verdient. In dit verband mag wel worden opgemerkt, dat de inrichtingen waar TBR-gestelden zijn opgenomen in een steeds minder aantrekkelijke situatie komen te verkeren: enerzijds houdt voortgang in de intramurale behandeling het geven van een bepaalde mate van bewegingsvrijheid in, anderzijds wordt de weging van de risico's zwaarder, juist ook in het licht van de veranderde samenstelling van de patiëntenpopulatie.

De afloop van de behandeling is aan een verandering onderhevig geweest. Het aantal patiënten dat de kliniek met proefverlof heeft verlaten is in de verslagperiode gestegen. Omdat het wel of niet met proefverlof gaan ook duidelijk samenhangt met een aantal kenmerken waarin eveneens veranderingen zijn opgetreden, is de vraag van belang in hoeverre

de kliniek er nu beter in slaagt om bepaalde categorieën patiënten met proefverlof te laten vertrekken bij wie dat vroeger niet lukte.

We hebben hiervan geen duidelijk beeld kunnen krijgen. De regressie-analyse heeft enkele variabelen opgeleverd die in zekere mate differentiëren tussen proefverlofgangers en overgeplaatsten. Het is ons echter gebleken dat enkele van deze variabelen (onder andere opleiding) na 1962 niet of nauwelijks meer differentiëren tussen beide categorieën. Tegelijkertijd is het aantal overgeplaatsten na 1962 sterk afgenomen. We zijn dan ook geneigd de indruk van de kliniek te onderschrijven, dat in de beginjaren het Ministerie sterker geneigd was om patiënten over te plaatsten wanneer zich bepaalde problemen voordeden (met name overplaatsingsverzoeken van patiënten aan het Ministerie zouden tot overplaatsing hebben geleid). Een zekere toename van het aantal recidivisten onder de proefverlofgangers in de periode 1963/1969 zou ook hierop kunnen duiden, omdat allerlei kenmerken van het delictverleden (bv. aard en aantal van de gepleegde delicten, aantal veroordelingen) wel consistent in de loop van de tijd blijven differentiëren tussen recidivisten en niet-recidivisten.

Dan nu enkele aspecten van de recidive. Alle hierna genoemde cijfers hebben betrekking op diegenen die tenminste 5 jaar uit de kliniek zijn. Naar de wijze waarop het verblijf in de kliniek is beëindigd, treden grote verschillen op in recidivepercentages volgens het criterium opnieuw veroordeeld na beëindiging van de verblijfsperiode in de Van der Hoeven Kliniek: van de overgeplaatsten is 70% tenminste éénmaal opnieuw veroordeeld, terwijl dit percentage bij de proefverlofgangers slechts 31 bedraagt (zie tabel 22b, bijlage 4). Bekijken we deze percentages naar de verschillende periodes dan hebben we een nogal regelmatige verhouding kunnen constateren in die van de proefverlofgangers en overgeplaatsten. Worden de ex-patiënten onderscheiden naar soort delict dat de directe aanleiding heeft gevormd voor de opname, dan blijkt de recidive voor de op deze wijze onderscheiden categorieën nogal uiteen te lopen: van de geweldsdelinkwenten ligt de recidive (21%) in zijn totaliteit beduidend lager dan die van de vermogens- (60%) en zedendelinkwenten (48%) (zie tabel 24.b, bijlage 4).

Voor al diegenen die tenminste vijf jaar uit de kliniek zijn, werd een recidivepercentage gevonden van 52. Het percentage recidivisten is gedurende de verslagperiode gedaald van 62 in de periode 1955/1956 naar 31 in de periode 1970/1974 (zie tabel 23, bijlage 4). Dit laatste percentage is echter gebaseerd op nog slechts 13 personen, zodat de beoordeling van de recidive vanaf 1970 problematisch is: in de daaraan voorafgaande periode 1963/1969 bedraagt de recidive 48%. Gegeven de verschuivingen in de patiëntenpopulatie op kenmerken die een samenhang vertonen met recidive, is het raadzaam daarop te controleren met daartoe geëigende analysetechnieken. Nu was dit niet of nauwelijks mogelijk, omdat bepaalde verschuivingen zich met name hebben voorgedaan in

de periode waarvoor we nog geen betrouwbare recidivecijfers voorhanden hebben, en ook het aantal eenheden wel eens te klein was om bepaalde onderscheidingen te kunnen maken.

De invloed van de sterke toename van het aantal patiënten dat voor opname geweldsdelicten heeft gepleegd, de invloed van de verlaging in de leeftijd waarop de patiënten voor het eerst met justitie in aanraking zijn gekomen en van de toename van het aantal proefverlofgangers in de populatie kan dan bij de beoordeling van de daling van het recidivepercentage worden uitgeschakeld. Conclusies over een eventueel toe- of afgenomen effectiviteit van de behandeling zijn nu dan ook moeilijk te trekken.

Het heeft naar ons oordeel eveneens weinig zin om op basis van de nu vastgestelde recidivepercentages algemene en absolute uitspraken te doen over het succes van een behandeling. In de eerste plaats door het goeddeels ontbreken van vergelijkingsmogelijkheden en intrinsieke beoordelingscriteria, dat een waardering van de hier gepresenteerde recidivecijfers subjectief zou maken. In de tweede plaats omdat de recidive nogal uiteen blijkt te lopen bij de onderscheiden deelgroeperingen, terwijl ook aan het recidivebegrip als zodanig meerdere aspecten zijn te onderscheiden. Wij zullen nu achtereenvolgens ingaan op de aspecten omvang, ernst en snelheid.

Wat de omvang betreft kan er op worden gewezen dat het aantal delicten van de ex-patiënten na vertrek lager is dan voor de opname in de kliniek (zie tabel 4.20). Eenderde van de ex-patiënten heeft na vertrek evenveel delicten gepleegd als voor opname: het merendeel heeft dus geen of een geringer aantal delicten gepleegd na vertrek in vergelijking met de periode voor opname. Dit ligt overigens voor verschillende leeftijdscategorieën anders, bv. bij de jongeren tot 26 jaar heeft de helft na vertrek evenveel delicten gepleegd als voor opname. Bij de ouderen daalt dit percentage, en bij hen die 35 jaar of ouder zijn is het nog geen 20 (zie bijlage 4, tabel 29).

Wat de aard van de recidivedelicten betreft blijkt 40% à 50% van de recidiverende ex-patiënten met even ernstige of ernstiger delicten te hebben gerecidiveerd in vergelijking met het delict dat de directe aanleiding heeft gevormd voor de opname: 50 à 60% heeft dus niet of met minder ernstige delicten gerecidiveerd.

Het was mogelijk van belang geweest om de snelheid waarmee ex-patiënten voor de opname recidiveerden te vergelijken met de recidiveersnelheid na vertrek (zie 2.4). Met de door ons verzamelde gegevens was dit niet mogelijk. Wel kunnen we het verschil in snelheid vermelden waarmee met de verschillende delictsoorten wordt gerecidiveerd. Geldt voor het eerst gepleegde vermogensdelict dat 83% daarvan binnen vijf jaar na vertrek werd gepleegd, voor de geweld- en zedendelicten zijn deze percentages respectievelijk 55 en 66%.

Zojuist hebben we gewezen op het goddeels ontbreken van vergelijkingsmogelijkheden. In het al eerder aangehaalde onderzoek van Van der Werff is de recidive nagegaan van een steekproef bestaande uit ruim 2000 veroordeelden (alle in 1966 onherroepelijk afgedane misdrijfzaken die in een veroordeling resulteerden). Zes jaar later bleek in totaal 41% van de veroordeelden uit deze steekproef opnieuw te zijn veroordeeld.

Verschillen tussen haar en onze populatie maakt een directe vergelijking van recidivepercentages niet zinvol. Zo is bij Van der Werff het percentage personen veroordeeld voor (poging tot) moord, c.q. doodslag aanmerkelijk kleiner. Het omgekeerde is het geval met betrekking tot eenvoudige mishandeling. Het is dan ook begrijpelijk dat op dit punt ook verschillen in recidivecijfers ontstaan: ruim 20% in het follow-up onderzoek Van der Hoeven kliniek en het dubbele bij Van der Werff is opnieuw veroordeeld berekend over degenen die oorspronkelijk voor een geweldsdelict werden veroordeeld. Wel zijn de overeenkomsten in recidivesnelheid en enkele samenhangen interessant.

De recidivesnelheid van de recidivisten loopt nagenoeg parallel, zij het met een jaar verschil:

	<u>Van der Werff</u>	<u>Follow-up onderzoek</u>
binnen 1 jaar	41%	24%
binnen 2 jaar	62%	49%
binnen 3 jaar	78%	65%
binnen 4 jaar	88%	75%
binnen 5 jaar	---	85%
binnen 6 jaar	100%	100%

Ook vindt Van der Werff in haar onderzoek relaties tussen enerzijds het aantal vroegere veroordelingen, leeftijd bij het eerste justitiële contact en het man/vrouw zijn, en, anderzijds recidive.

Tenslotte willen we op deze plaats nog eens wijzen op de zekere mate van voorspelbaarheid van de recidive, zoals die blijkt uit de resultaten van de regressieanalyse. De aard van de variabelen, die uit deze analyse naar voren komen (leeftijd eerste justitiële contact, totaal aantal veroordelingen, al dan niet overgeplaatst, etc.) en de samenhang van deze variabelen met andere kenmerken van het strafrechtelijk verleden (onder andere vermogenscriminaliteit, in mindere mate zedendelicten, leeftijd bij vertrek uit de kliniek en bij opname) maken het aannemelijk dat bij bepaalde categorieën (de jongere vermogensdelinkwenten) tot op dit moment de mogelijkheden van (gedwongen) behandeling voorzover het de verdere voorkoming van delictgedrag betreft, beperkter zijn geweest dan bij andere categorieën (de oudere geweldsdelinkwenten).

De in de regressieanalyse meegenomen variabelen kenmerken zich door een zekere eenzijdigheid: het zijn voornamelijk variabelen uit het delictverleden, en in mindere mate uit de sociale voorgeschiedenis, van de betrokkenen. Mogelijk had een hoger percentage verklaarde variantie kunnen worden ver-

kregen wanneer ook andere voor de behandeling relevante variabelen ingevoerd hadden kunnen worden, bv. over de aard van de te behandelen psycho-sociale problematiek en het behandelingsplan. Op grond van de resultaten van de regressie-analyse, zoals in dit onderzoek uitgevoerd, kan wel worden gesteld dat een aantal kenmerken van het delictverleden en de sociale voorgeschiedenis de uitkomst van de behandeling als zodanig (proefverlof, overplaatsing) en het eventueel verdere delictgedrag (recidive) beïnvloeden. De behandeling zal met die variabelen rekening moeten houden.

Gegeven deze uitkomsten, de besproken aspecten van recidive (aard, omvang, snelheid en ernst) en de verschillen tussen bepaalde categorieën ex-patiënten (naar soort delict, naar wijze beëindiging verblijfperiode), achten wij het van groter belang dat er meer aandacht zal worden geschonken aan de vraag naar de samenhang tussen de aard van de behandeling (programma, omgeving, behandelaar) enerzijds en type patiënt anderzijds dan die naar de effectiviteit van de behandeling als zodanig. Pas binnen een meer differentiële aanpak is die vraag zinvol te beantwoorden (48).

NOTEN

- (1) Al eerder heeft de kliniek de recidive nagegaan van een deel van haar ex-patiënten, t.w. proefverlofgangers. Zie: J.L. Jessen and A.M. Roosenburg, Treatment results at the Dr. H. van der Hoeven Clinic, Utrecht, The Netherlands, Excerpta Medica, Amsterdam 1971.
- (2) Na beëindiging van de codeerperiode bleek, door wisselingen bij de codeurs, het dossier van één patiënt niet verwerkt zijn. Ook de delictkenmerken van deze persoon zijn daarom verder buiten het onderzoek gehouden.
- (3) Wij hebben deze werkwijze gevolgd, omdat uit het onbesproken blijven in de voorlichtingsrapporten allerminst geconcludeerd kan worden dat er 'dus' niets in negatieve zin te vermelden valt.
- (4) Mr. W.H.A. Jonkers, Het penitentiair recht, strafrechtelijke sancties in Nederland, Gouda Quint B.V., Arnhem, 1975, p. IV-7.
- (5) idem, p. IV-10.
- (6) Het Wetboek van Strafrecht, mr. T.J. Noyon en mr. G.E. Langemijer, 7e druk bewerkt door mr. J. Rummelink. Gouda Quint BV, Arnhem, 1977. p. 210/220.
- (7) Zie Jaarverslag 1978 van de Dr. Henri Van der Hoeven Kliniek, Utrecht, p. 2 en 12.
- (8) Zie bv. J.L. Jessen, Ontvluchting of ongeoorloofde afwezigheid, Boom, Meppel, 1967.
- (9) Zie H.L.W. Angenent, Opvoeding, persoonlijkheid en gezinsverhoudingen in verband met kriminaliteit, Tjeenk Willink, Groningen, 1974.
- (10) Zie bv. S. Bootsma en Y.A. Werdmüller von Elgg, Een poging om enkele voor de behandeling relevant geachte kenmerken van de delicten in categorieën-systemen onder te brengen, doctoraal scriptie, Utrecht, 1972.
- (11) Het grote aantal ontbrekende waarnemingen bij een aantal kenmerken van de voorgeschiedenis maakte het bovendien onaantrekkelijk om met multivariate reductietechnieken te werken. Het aantal eenheden, waarop de resultaten dan betrekking zouden hebben, zou relatief klein zijn. We hebben er voor gekozen toch verslag te doen van de in het onderzoek opgenomen kenmerken in een tabellenbijlage.
- (12) De te bespreken gegevens over de gezinsachtergronden van de opgenomen patiënten hebben betrekking op die persoon die met hen het langst bemoeienis hebben gehad in een vader- of moederrol. In ongeveer 90% van de ge-

vallen was dit de natuurlijke vader of moeder.

- (13) Zie beroepenklapper (toelichting) I.T.S., Nijmegen 1975, p. 11.
- (14) De volgende gegevens hebben betrekking op de periode tot het achttiende levensjaar.
- (15) De leefsituatie van de Nederlandse bevolking 1977, CBS, 's-Gravenhage 1978.
- (16) De leefsituatie van de Nederlandse bevolking 1977, CBS, 's-Gravenhage 1978.
- (17) De leefsituatie van de Nederlandse bevolking 1977, CBS, 's-Gravenhage 1978.
- (18) De leefsituatie van de Nederlandse bevolking 1977, CBS, 's-Gravenhage 1978.
- (19) De betrouwbaarheid van het aantal wisselingen van beroep en werkgever is uiteraard afhankelijk van de volledigheid van het dossiermateriaal in dit opzicht. Daarover kan men terecht zijn twijfels hebben. Echter opvallend is de constante relatie tussen leeftijd bij opname en aantal wisselingen in de verschillende deelperioden, m.n. voor de oudste (32 jaar en ouder) en jongste (15-22 jaar) patiënten.
- (20) Gegeven de aard van de dossiergegevens, speelt bij de codering van de patient als verslaafd/sterk afhankelijk het interpretatiekader van de rapporteur een uiterst belangrijke rol. Gebruik van genoemde stoffen als zodanig was voor ons echter geen reden om een patient als "verslaafd" te coderen.
- (21) Zie bv. Jaarverslag Van der Hoeven Kliniek 1978, p. 12 e.v. waarin wordt ingegaan op enkele problemen o.a. voortvloeiend uit sterk toegenomen geldstroom en hiermee samenhangende toename in alcohol- en druggebruik, een daling in de leeftijd van de patiënten samenhangend het vaker voorkomen van groepsgewijs optreden.
- (22) Het aantal personen dat niet meer dan één keer veroordeeld is, schommelt rond de 14%.
- (23) Mogelijk duidt deze verschuiving echter alleen maar op een toenemend gebruik van beschrijvende diagnostische termen in plaats van diagnoses.
- (24) Zie o.m. CBS Criminele Statistieken, 1955/1975.
- (25) Zie bv. CBS, Criminele Statistieken 1955/1975. Overigens zijn er ook frappante verschillen. Tot 1963 is het aantal opgenomen vermogensdelinkwenten groter dan het aantal personen dat in die periode terzake van een ver-

mogensdelict een tbr-ov + straf opgelegd kreeg. Het omgekeerde is het geval met betrekking tot de zedendelinquenten. Vanaf 1963 komen beide verdelingen meer met elkaar overeen.

- (26) Zie bijlage 4, tabel 19. Wordt hiermee wel rekening gehouden dan stijgt het aantal 'gewelds'delicten van 9% (1955/1956) naar 63% (1975/1977).
Uit deze tabel blijkt verder dat de afname in het aantal patiënten, dat naar aanleiding van een vermogensdelict wordt opgenomen, m.n. kan worden toegeschreven aan de zeer sterke daling in de categorieën (enkelvoudige) diefstal, verduistering, oplichting en valsheid in geschrifte. M.a.w. die vermogensdelicten waarbij geen geweld tegen personen of goederen is gebruikt.
- (27) Zie bv. E.G.M. Nuyten-Edelbroek, Ter Beschikkingstelling of gevangenisstraf, WODC- Ministerie van Justitie, 1979 Den Haag.
- (28) Deze gegevens zijn opgenomen in verband met de veronderstelling dat een vroegtijdige interventie van belang is bij de behandeling van psychische stoornissen e.d. Zie bv. A.M. Roosenburg, Mental health aspects of the prevention of Crime, 1965.
- (29) Zie tabel 18, bijlage 4.
- (30) Over de gehele periode genomen is het aantal vrouwelijke patiënten 11%. In de periode 1957/1962 is dit aantal echter 15%, terwijl het in de periode 1975/1977 8% is.
- (31) Op deze wijze ingedeeld ontstaan drie categorieën die elk ongeveer evenveel personen bevatten.
- (32) Deze percentages zijn berekend over alleen diegenen die de kliniek verlaten hebben.
- (33) Zie voor een nadere toelichting op de begrippen korte en lange ongeoorloofde afwezigheid bijlage 2.
- (34) Wel zijn de absolute aantallen gering.
- (35) Van de 33 personen die tijdens de behandelingsperiode tenminste één geweldsdelict (incl. gewelddadige vermogens- en zedendelicten) hebben gepleegd, had 76% ook voor opname tenminste één geweldsdelict (incl. gewelddadige vermogens- en zedendelicten) gepleegd. Van de 29 personen die tijdens de behandelingsperiode tenminste één zedendelict hebben gepleegd, had 90% ook voor opname tenminste een zedendelict gepleegd.
- (36) In de aantallen waarop gepercenteerd is zijn de nog in de kliniek verblijvenden meegeteld.

-
- (37) Inclusief de categorie 'overig'.
- (38) Slechts 13 van de 107 personen uit de periode 1970/74 die de kliniek verlaten hebben, zijn tenminste vijf jaar uit de kliniek. Zie voor de consequenties daarvan de volgende paragraaf.
- (39) Inhoudelijk gezien blijven de conclusies hetzelfde wanneer we ons beperken tot de groep die tenminste vijf jaar uit de kliniek is. De recidive ligt dan echter wat hoger m.n. voor die categorieën die mede zedendelicten betreffen.
- (40) Incl. de categorie 'overig'.
- (41) Bij $df = 1$ en $a = 0,5$ is de kritieke waarde van X^2 3,84. De gevonden $X^2 = 1,57$ (continuïteitscorrectie toegepast): berekening heeft plaatsgevonden voor de verschillen in algemene recidive tussen eerste en tweede helft.
- (42) Iemand opgenomen naar aanleiding van (poging tot) moord of doodslag, kan volgens de gehanteerde criteria niet meer als ernstiger in zijn delictgedrag na vertrek geclassificeerd worden. Zie voor een meer gedetailleerde weergave tabel 26 in bijlage 4. Deze tabel maakt ook duidelijk dat het aantal twijfelgevallen slechts gering is. Een voorbeeld daarvan: is onder invloed iemand aanrijden met als gevolg ernstig letsel of de dood en afgedaan met bv. 6 maanden onvoorwaardelijke gevangenisstraf minder ernstig, even ernstig of ernstiger dan diefstal?
- (43) Deze relatie blijft bestaan in de drie perioden waarvoor voldoende gegevens beschikbaar zijn. Daartoe zijn beide verdelingen gedichotomiseerd. Over de gehele periode en de partiële tabellen is de associatiemaat Q berekend.
- | | |
|-----------------|--------------|
| gehele periode: | $Q = +.56$ |
| 1955/56 | : $Q = +.59$ |
| 1957/62 | : $Q = +.51$ |
| 1963/69 | : $Q = +.61$ |
- Voor het aantal recidivedelicten: geen tot en met 3 recidivedelicten vs. 4 en meer recidivedelicten.
Voor het aantal delicten voor opname 1 t/m 10 delicten vs. 11 en meer.
- (44) Zie J.L. Jessen en A.M. Roosenburg, Treatment results at the Henri Van der Hoeven Clinic, Utrecht, The Netherlands, Experta Medica, Amsterdam 1971.
- (45) Deze cijfers hebben betrekking op de patiënten die de kliniek verlaten hebben, dus ongeacht de periode die verstreken is sinds het vertrek uit de kliniek.
-

*Wat is
publiceren?*

-
- (46) Zie bv. Jaarverslag 1978 v.d. Hoeven Kliniek p. 15/16. Er zijn overigens plannen bij het WODC en de Directie TBR om in de loop van 1981 een onderzoek op te zetten naar de (veranderde) opvattingen van o.a. de Rechterlijke Macht over de toepassing van de maatregel TBR.
- (47) C. van der Werff, ^DRecidivisme en speciaal preventief effect, niet gepubliceerd WDDC-rapport, december 1978. Zie ook het artikel dat onder dezelfde naam verschenen is in het Tijdschrift voor Criminologie, 21e jrg., mei/juni 1979 p. 97-110.
- (48) Zie bv. T. Palmer, Correctional Intervention and Research Lexington Books, Lexington, Mass, 1978.

BIJLAGEN

Bijlage 1. De leden van de begeleidingscommissie ten tijde van het uitbrengen van het rapport

drs. H.L. Wiertsema, voorzitter begeleidingscommissie, directeur van de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek

W.M. van den Bergh, hoofd Medische Registratie Dr. Henri van der Hoeven Kliniek

drs. R. v. Dijk, research-medewerker prof. W.P.J. Pompekliniek te Nijmegen

mevr. drs. J.T.T.M. Feldbrugge, research-medewerkster Dr. Henri van der Hoeven Kliniek

mevr. dr. J. Junger-Tas, raadadviseur strafrechtstoepassing bij het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het Ministerie van Justitie

mevr. A. Kuipers, buitendienstfunctionaris Dr. Henri van der Hoeven Kliniek

drs. E. Langerak, research-medewerker Dr. Henri van der Hoeven Kliniek

mr. drs. J. Niemantsverdriet, medewerker voorlichting en documentatie bij de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek

mevr. A.M. Roosenburg, zenuwarts voormalig directeur dr. Henri van der Hoeven Kliniek

mevr. drs. A.L.N.M. Spanjersberg, medewerkster Stafbureau Wetenschappelijke Adviezen van de Directie TBR/R van het Ministerie van Justitie

dr. D.W. Steenhuis, hoofd Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het Ministerie van Justitie

mevr. dr. N. Vodegel, research-medewerkster Dr. Henri van der Hoeven Kliniek

mevr. drs. H. Wevers, research-medewerkster Dr. Henri van der Hoeven Kliniek

Tot zijn benoeming aan de R.U. Leiden had prof. dr. W. Buikhuisen zitting in de begeleidingscommissie in zijn hoedanigheid als Algemeen Adviseur Wetenschappelijk Werk bij het Ministerie van Justitie. Voor het Ministerie van Justitie is zijn plaats ingenomen door dr. D.W. Steenhuis. Mevr. dr. J. Junger-Tas heeft de plaats ingenomen van dr. A. Coster, tot zijn vertrek hoofd van de afdeling Onderzoek strafrechtstoepassing van het WODC. Mevr. drs. A.L.N.M. Spanjersberg is mevr. drs. M. van der Vaart opgevolgd.

Bijlage 2. Omschrijving van enkele begrippen

Gezinsverhoudingen. Gezinsverhoudingen werden als disharmonisch opgevat wanneer uit de beschrijving bleek dat er sprake was van problematische verhoudingen, veel conflicten, het zich weinig van elkaar aantrekken, het niet goed met elkaar kunnen opschieten e.d.

Warmte/koelte in de opvoeding. Kameraadschappelijke verhoudingen, aanvaarding, liefhebbend, uitpraten in plaats van lichamelijke straffen, tijd en aandacht voor het kind, met goedkeuring in plaats van afkeuring werken, zijn opgevat als indicaties van warmte. Vijandigheid, verwerping, terugtrekken, onverschilligheid, negatief, geen rekening houden met het kind, gauw lichamenlijk straffen e.d. zijn opgevat als indicaties van koelte.

Dominantie/toegeeflijkheid. Autoritair optreden, strikts gehoorzaamheid eisend, allerlei regels opleggen, weinig kans op zelfentplooiing geven, prestatie-eisend, strenge straffen, aanpassing/conformisme e.d. zijn opgevat als indicaties van dominant optreden. Veel vrijheid, weinig voorschriften, weinig straffen, onvermogen vat op het kind te krijgen e.d., zijn beschouwd als indicaties van toegeeflijkheid.

Verblijfsperiode. Een verblijfsperiode begint bij opname in de kliniek en kan eindigen door een opname elders (HvB, gevangenis, TBR-inrichting), proefverlof, beëindiging van de maatregel door de rechter of aflopen van een maximale behandelingsstermijn, overlijden van de patient. Ongeoorloofde afwezigheid als zodanig betekent niet het einde van een verblijfsperiode, maar een onderbreking ervan. Bij de vaststelling van recidivedelicten hebben we overigens een ruimere definitie gehanteerd. Daarbij is nl. een verblijfsperiode als beëindigd beschouwd wanneer een patient definitief niet meer in de kliniek is teruggekeerd. Alle delicten gepleegd tussen opname en laatste vertrek zijn opgevat als delicten gepleegd tijdens de verblijfsperiode.

Recidive. Uit de tekst blijkt, dat er twee criteria zijn gehanteerd, nl. het al dan niet veroordeeld zijn en het voorkomen van een misdrijf op het uittreksel uit de Justitiele Documentatie. Als duidelijk bleek dat er geen bewijs was, werd het delict niet megeteld. Bij gebruik van het criterium "veroordeeld zijn" dient men te bedenken dat op het meettijdstip een aantal delicten nog niet was afgedaan. Bij het laatste recidivedelict (dat voor sommigen kan samenvallen met het eerste recidivedelict) was bv. van 65 personen (=12% van het aantal patienten dat op dat moment de kliniek verlaten had) nog geen afdoening bekend.

Ongeoorloofde afwezigheid. Hiervoor zijn dezelfde definities gehanteerd als die Jessen heeft gebruikt in zijn dissertatieonderzoek. Een afwijkende inhoud wordt hierbij gegeven aan de term "dag". Een zg. kliniekdag begint om 5 uur 's morgens, en eindigt de volgende morgen om 5 uur. Een on-

geoorloofde afwezigheid welke op dezelfde kliniekdag eindigt als waarop ze begonnen is, wordt aangeduid met korte ongeoorloofde afwezigheid. In geval de afwezigheid niet op dezelfde kliniekdag eindigt wordt gesproken van een lange ongeoorloofde afwezigheid, waarvan de duur wordt vastgesteld al naar gelang het aantal kliniekdagen dat de betrokkene afwezig is. De duur van de korte ongeoorloofde afwezigheid wordt door de kliniek tot op een kwartier nauwkeurig bijgehouden. Uiteraard is het denkbaar, dat een korte ongeoorloofde afwezigheid langer duurt dan een lange ongeoorloofde afwezigheid, omdat het onderscheid berust op het tijdstip waarop een ongeoorloofde afwezigheid nog voortduurt, nl. 's morgens om 5 uur. Een ongeoorloofde afwezigheid bv. die 's morgens om half 5 begint en om 6 uur 's morgens zou eindigen is een lange ongeoorloofde afwezigheid, maar heeft korter geduurd dan een ongeoorloofde afwezigheid die 's morgens om 8 uur is begonnen en om pakweg 3 uur 's middags is geëindigd. Om deze situaties te kunnen onderscheiden, had Jessen dan ook nog een tussencategorie gemaakt: de korte lange ongeoorloofde afwezigheid (K/LOA). Omdat deze situaties feitelijk nauwelijks voorkomen, wordt door de kliniek dit onderscheid als sinds jaren niet meer gemaakt. Zie verder de jaarverslagen van de Van der Hoeven Kliniek voor de jaarlijkse gegevens over de ongeoorloofde afwezigheid.

Wangedrag. Als wangedrag is beschouwd gedrag als openbare dronkenschap, mishandeling, prostitutie, e.d., zonder dat dit heeft geleid tot een justitieel contact.

Justitiële contacten. Alle justitiële contacten, vanaf een procesverbaal, ongeacht de verdere afdoening.

Psychische stoornissen. Hierbinnen is bij de codering een onderscheid gemaakt tussen enerzijds expliciete vermeldingen, blijkend uit psychiatrische diagnose, opnames e.d., en wat kan worden aangeduid als negatieve karaktertrekken, driftig, opulieënd, nerveus e.d.

Straffen en gezag. Nagegaan is of er sprake was van enig strafbeleid, of er wel eens gestraft werd dan wel alles op zijn beloop werd gelaten. Straffen is dus niet zozeer opgevat als autoritair optreden van de ouders, maar meer als corrigeren, sturen, structuren. Voor de gezagsuitoefening geldt dit ook: hebben de ouders enige greep op de betrokkene, of onttrekt deze zich geheel en al aan hen.

Relatie van betrokkene tot slachtoffer. Bij de codering is op meerdere aspecten gelet, nl. het wel of niet bekend zijn van het slachtoffer, het al dan niet familie zijn van het slachtoffer, en het individu dan wel organisatie zijn van het slachtoffer.

Intellectueel functioneren. In de voorlichtingsrapporten is nagenoeg altijd op basis van psychologisch onderzoek een oordeel opgenomen over het intellectueel functioneren. Daarbij wordt als regel een driedeling gehanteerd: normaal, be-

neden normaal/zwakbegaafd, boven normaal. Bij de codering is deze driedeling ook aangehouden.

Afwijkingen in EEG-ritme. Een eventueel EEG-onderzoek is beschreven in termen van afwijkingen duidend op epilepsie, afwijkingen van andere aard, en geen afwijkingen. Van interpretaties hebben wij ons verder onthouden.

Lichamelijke stoornissen. (zintuigen, motoriek, algemeen). Stoornissen zijn als zodanig gecodeerd, indien de beschrijving erop duidt, dat de betrokkene erdoor zou kunnen worden belemmerd in zijn functioneren (zeer ernstige bijziendheid, zware astma).

Een lijn in de opvoeding. Gekeken is naar vermeldingen in de rapporten die het aannemelijk maken, dat de ouders min of meer dezelfde gedragslijn volgen bij de opvoeding/benadering van de kinderen of juist niet.

Leefregelmaat in het gezin. In een tweedeling is informatie vastgelegd over wel, min of meer of juist niet voorkomen van een zekere regelmaat in het gezin, bv. eten, elapen etc.

Speciale plaats in het gezin. Alle indicatoren van het hebben van een speciale plaats in het gezin zijn gehanteerd: voor-kind, kind uit eerder huwelijk, nakomertje, in fysiek of ander opzicht sterk achterblijvend, zondebokfunctie vervullend, e.d.

Verelaving. Alleen overmatig gebruik, en/of blijkene de rapporten een sterke afhankelijkheid van alcohol, drugs, medicijnen.

Voor de codering van de delicten is gebruik gemaakt van onderstaande indeling. Werden meerdere delicten ten laste gelegd of werden meerdere zaken gevoegd, dan is het delict gecodeerd waarop de zwaarste straf etaat.

Vermogensdelicten

- valsheid in geschrifte, oplichting, verduistering, benadeling schuldeiser, etc.
- diefstal
- diefstal door middel van braak
- diefstal met geweldpleging (licht letsel, dreiging met geweld)
- diefstal met geweldpleging (zwaar letsel, dood ten gevolge hebbend)
- overige vermogensdelicten, o.a. heling

Gewelddelicten

- vernieling van goederen, brandstichting, mishandeling dieren
- belediging, laster, smaad
- bedreiging, vrijheideberoving, mishandeling (met eventueel licht letsel)
- mishandeling, ernstig letsel, eventueel dood ten gevolge

hebbend

- doodslag, moord, (ook poging)
- overige geweldsdelicten, openlijke geweldpleging, wederspanningheid, brandstichting met levensgevaar

Zedendelicten

- schennis der eerbaarheid
- ontucht met minderjarigen
- aanranding (eventueel met zwaar letsel)
- verkrachting (idem)
- overige zedendelicten

Overige misdrijven

- overige misdrijven W.v.Sr.
- misdrijven WW
- misdrijven opiumwet
- misdrijven vuurwapenwet
- misdrijven overige wetten

Voor de verwerking van de verschillende wijzen van afdoening van de delicten is een vierdeling gehanteerd: - geen veroordeling (sepot, vrijspraak, ontslag rechtsevervolgung); - wel veroordeling, geen vrijheidsbeneming (berisping, geldboete, etc.); - dreiging met vrijheidsbeneming (voorwaardelijke straffen en/of maatregelen); - vrijheidsbeneming (onvoorwaardelijke straf en/of maatregel). Bij de codering is bij combinaties over meerdere categorieën het zwaarste gedeelte van de afdoening genomen.

Bijlage 3. Percentage onbekend bij de variabelen met meer dan 20% onbekend.

V 552 wangedrag vader	45%
553 justitiële contacten vader	61%
554 psychische stoornissen vader	49%
556 wangedrag moeder	72%
557 justitiële contacten moeder	81%
558 psychische stoornissen moeder	51%
563 gezagsverhoudingen bij beslissingen	58%
564 gezagsverhoudingen bij strafbeleid	51%
565 gezag over betrokkene	49%
566 warmte vader	25%
567 dominantie vader	28%
588 warmte moeder	24%
589 dominantie moeder	26%
619 onder invloed	71%
620 delict tevoren beraamd	51%
622 gespannen situatie met slachtoffer	45%
623 psychisch gespannen situatie	57%
624 sociaal gespannen situatie	26%
625 houding ten opzichte van delict	52%
626 houding ten opzichte van slachtoffer	76%
627 houding ten opzichte van behandeling	27%
631 afwijkingen in EEG	55%
632 sensorische afwijkingen	42%
633 motorische afwijkingen	41%
634 lichamelijke ziekten	37%
635 verelavingsverschijnselen	59%
638 vriendschapscontacten	27%
650 aantal malen werkloos	33%
651 langste tijd werkgever	24%
665 wangedrag broers/zusters	59%
666 justitiële contacten broers/zusters	57%
667 een lijn in opvoeding	41%
668 leefregelmaat in gezin	37%

Bijlage 4. Tabellen

Tabel 1. Totaal aantal veroordelingen tot een vrijheidsbenemende straf of maatregel vóór opname.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
aantal veroordelingen	%	%	%	%	%	%
niet meer dan 1	11	17	23	32	30	22
2 - 3	28	29	38	30	30	32
4 - 5	26	31	20	20	19	21
6 of meer	36	33	20	18	20	25
	101 (N=104)	100 (N=130)	101 (N=148)	100 (N=125)	99 (N=79)	100 (N=586)

Tabel 2. Leeftijd bij opname in de kliniek naar periode van opname.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
leeftijd	%	%	%	%	%	%
15 - 22 jaar	9	13	37	34	44	27
23 - 26 jaar	26	22	25	25	25	25
27 - 31 jaar	27	25	18	21	19	22
32 jaar en ouder	37	40	20	20	11	27
	99 (N=117)	100 (N=142)	100 (N=156)	100 (N=133)	99 (N=79)	101 (N=627)

Tabel 3. Juridische titel op grond waarvan opgenomen naar periode van opname.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
titel	%	%	%	%	%	%
TBR - OV	88	75	60	66	67	71
art. 47 G.M. (in comb. met TBR-OV)	-	-	2	6	6	3
Art. 47 G.M.	-	-	3	2	8	2
TBR-VV (t.u.l.)	12	21	12	10	5	13
TBR-VV (+ bijz. v.w.)	-	1	19	5	1	6
Straf-VV (+ bijz. v.w.)	-	-	3	2	-	1
overig:	-	3	1	1	-	1
jeugd- maatre- gel	-	-	2	8	13	4
	100 (N=117)	100 (N=142)	102 (N=156)	100 (N=133)	100 (N=79)	101 (N=627)

Tabel 4. Aantal patiënten opgenomen in de kliniek binnen één jaar na de veroordeling, naar periode van opname en duur van de opgelegde straf.

opgelegde straf periode opname	hooguit 6 maanden	langer dan 6 maanden	totaal
1955/1956	13% (N=46)	14% (N=64)	14% (N=110)
1957/1962	18% (N=66)	16% (N=68)	17% (N=134)
1963/1969	52% (N=67)	31% (N=77)	41% (N=144)
1970/1974	45% (N=76)	44% (N=36)	45% (N=112)
1975/1977	48% (N=46)	25% (N=24)	40% (N=70)

Tabel 5. Verblijfsduur in dagen naar periode van opname.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
aantal dagen	%	%	%	%	%	%
minder dan 435	29	32	31	32	50	34
435 - 1076	34	32	28	34	44	33
meer dan 1076	37	37	41	34	6	33
	100 (N=117)	101 (N=142)	100 (N=156)	100 (N=133)	100 (N=78)	100 (N=626)

Tabel 6. Aantal malen ongeoorloofd afwezig naar periode van opname.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
frekwen- tie	%	%	%	%	%	%
0 of 1 maal	21	35	31	23	32	30
2 - 5 maal	38	41	35	40	42	39
vaker dan 5 maal	33	24	33	37	26	31
	100 (N=117)	100 (N=140)	99 (N=156)	100 (N=133)	100 (N=76)	100 (N=622)

Tabel 7. Aantal malen kort afwezig naar periode van opname.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
frekwentie	%	%	%	%	%	%
geen	33	44	44	34	41	39
een maal	19	19	14	19	29	19
2 maal of vaker	48	37	43	47	30	42
	100 (N=117)	100 (N=140)	101 (N=156)	100 (N=133)	100 (N=76)	100 (N=622)

Tabel 8. Aantal dagen lang afwezig naar periode van opname.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
aantal dagen	%	%	%	%	%	%
geen	28	34	26	18	26	26
1 - 26	38	43	31	37	38	37
27 of meer	34	23	43	45	36	36
	100 (N=117)	100 (N=140)	100 (N=155)	100 (N=133)	100 (N=74)	99 (N=619)

Tabel 9. Aantal personen dat alleen vermogensdelicten zonder geweld heeft gepleegd tijdens opname, naar opnameperiode.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
vermogensdelicten	%	%	%	%	%	%
neen	73	76	69	74	82	74
ja	27	24	31	26	18	26
	100 (N=104)	100 (N=130)	100 (N=148)	100 (N=125)	100 (N=79)	100 (N=586)

Tabel 10. Aantal personen dat tenminste één delict met een geweldscomponent heeft gepleegd tijdens opname, naar opnameperiode.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
geweldsdelict	%	%	%	%	%	%
neen	98	97	97	87	91	94
ja	2	3	3	13	9	6
	100 (N=104)	100 (N=130)	100 (N=148)	100 (N=125)	100 (N=79)	100 (N=586)

Tabel 11. Aantal personen dat zedendelicten heeft gepleegd tijdens opname, naar opnameperiode.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
zedendelict	%	%	%	%	%	%
neen	96	95	96	91	99	95
ja	4	5	4	9	1	5
	100 (N=104)	100 (N=130)	100 (N=148)	100 (N=125)	100 (N=79)	100 (N=586)

Tabel 12. Heeft patiënt tijdens zijn behandeling een contactgezin gehad.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
contact- gezin	%	%	%	%	%	%
neen	39	44	42	53	55	45
ja	61	56	58	47	45	55
onbekend (absolute aantal)	(7)	(3)	(2)	(9)	(32)	(53)
	100 (N=110)	100 (N=139)	100 (N=154)	100 (N=124)	100 (N=47)	100 (N=574)

Tabel 13. Verblijfsduur naar periode van opname voor de categorie overgeplaatste patiënten.

verblijfs- duur	≤	435-1076 dagen	≥	1077 dagen	totaal
opname- periode	434 dagen				overgeplaatst
1955/56	43%(N=65)	40%(N=65)	17%(N=65)	56%(N=117)	
1957/62	46%(N=82)	34%(N=82)	20%(N=82)	58%(N=142)	
1963/69	62%(N=45)	22%(N=45)	16%(N=45)	29%(N=154)	
1970/74	64%(N=33)	21%(N=33)	15%(N=33)	29%(N=115)	
1975/77	73%(N=15)	27%(N=15)	---	50%(N= 30)	

Tabel 14. Verblifsduur naar periode voor de patiënten die met proefverlof de kliniek hebben verlaten.

opname- periode	≤		≥		totaal overgeplaatst
	434 dagen	435-1076 dagen	1077 dagen		
1955/56	6%(N=35)	31%(N=35)	63%(N=35)	30%(N=117)	
1957/62	4%(N=44)	25%(N=44)	70%(N=44)	31%(N=142)	
1963/69	9%(N=77)	32%(N=77)	58%(N=77)	50%(N=154)	
1970/74	10%(N=49)	47%(N=49)	43%(N=49)	43%(N=115)	
1975/77	(N= 5)	(N= 5)	---	17%(N= 30)	

Tabel 15. Beroepsniveau (in percentages).

	Nederlandse mannen van $\frac{15}{*}$ jaar en ou- der	Vaders van de patiënten
ongeschoolde arbeiders	11,1	20,8
geschoolde arbeiders	35,3	31,4
lagere employees	22,1	16,9
kleine zelfstandigen	17,1	16,1
middelbare employees	9,5	9,1
hogere beroepen	5,0	5,8
Totaal (=100%)	1046	539

*) Beroepenklapper (toelichting) I.T.S. Nijmegen, 1975, p. 11

Tabel 16. Beroepsniveau laatste beroep vóór opname naar periode.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
beroepsniveau	%	%	%	%	%	%
ongeschoolde arbeiders	36	44	42	48	62	45
geschoolde arbeiders	29	30	35	26	21	30
lagere employees	14	18	16	18	12	16
kleine zelfstandigen	5	2	3	2	5	3
middelbare employees	5	2	1	3	0	2
hogere beroepen	3	1	0	0	0	1
anderszins	9	2	2	3	0	3
totaal	101 (N=107)	99 (N=131)	99 (N=147)	100 (N=116)	100 (N=61)	100* (N=562)

* Van 65 was geen beroep bekend, of deze variabele niet van toepassing.

Tabel 17. Woonsituatie vóór opname naar periode.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
woonsi- tuatie	%	%	%	%	%	%
zonder vaste woon/ver- blijf- plaats	22	16	16	22	14	18
ouder- lijk ge- zin	27	27	37	26	36	32
pension	22	24	20	3	8	16
zelf- standig	9	6	7	14	14	9
eigen gezin	9	18	13	15	5	13
commune	1	2	2	3	3	3
anders- zins	3	2	3	0	3	2
inrich- ting	9	5	1	6	12	6
totaal	102 (N=105)	100 (N=128)	99 (N=152)	99 (N=124)	100 (N=76)	99*) (N=585)

*) Van 42 personen ontbreken de gegevens over de laatste woonsituatie.

Tabel 18. Reeds elders behandeld in het kader van hetzelfde vonnis op grond waarvan in de kliniek opgenomen.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
elders behandeld	%	%	%	%	%	%
ja	43	46	20	20	13	30
nee	57	54	80	80	87	70
totaal	100 (N=117)	100 (N=142)	100 (N=156)	100 (N=130)	100 (N=76)	100 _{*)} (N=621)

*) van 6 personen ontbreken de gegevens.

Tabel 19. Delict waarop opname volgde, naar periode van opname.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
delictsoort	%	%	%	%	%	%
valsheid in geschrifte, oplichting, verduistering e.d.	25	18	10	6	5	13
diefstal	32	34	26	11	5	24
diefstal d.m.v. braak	15	13	19	22	19	18
diefstal met geweldpleging (licht letsel)	2	1	4	6	8	4
diefstal met geweldpleging (ernstig letsel)	-	-	-	1	4	1
overige vermogensmisdrijven	1	-	1	-	-	0
vernieling, mishandeling dieren, brandstichting	2	1	2	2	5	2
bedreiging, vrijheidsberoving	2	-	2	3	4	2
mishandeling (ernstig letsel)	-	3	3	4	13	4
(poging tot) doodslag, moord	3	6	13	14	18	10
overige geweldsdelicten ^{**}	1	-	-	3	2	1
schennis eerbaarheid	-	1	1	-	-	0
ontucht met minderjarigen	14	15	10	8	2	10
aanranding	1	4	4	8	4	4
verkrachting	-	2	4	9	10	5
overige delicten	2	1	1	3	1	2
totaal	100 (N=117)	99 (N=142)	100 (N=156)	100 (N=131)	100 (N=79)	100 (N=625) ^{*)}

*) bij twee personen is dit gegeven niet van toepassing

***) incl. brandstichting met levensgevaar, openlijke geweldpleging.

Tabel 20. Verblijfsduur voor de overgeplaatsten naar periode

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	1975/77	totaal
verblijfs- duur	%	%	%	%	%	%
≤ 360 dagen	42	42	59	60	64	49
361 - 720	25	22	15	10	21	20
721 - 1080	16	17	11	17	14	15
1081 - 1440	5	7	6	10	0	6
1441 - 1800	3	1	4	3	0	2
1801 - 2160	3	2	2	0	0	2
2161 - 2520	0	1	0	0	0	0
2521 - 2880	3	1	2	0	0	2
2881 - 3240	2	2	0	0	0	1
> 3241 dagen	2	2	0	0	0	1
totaal	101 (N=64)	97 (N=81)	99 (N=46)	100 (N=30)	99 (N=14)	98 (N=235)

Tabel 21. Algemene, speciale en specifieke recidive (groep opnieuw veroordeeld) naar delictsoort dat tot opname heeft geleid, voor de eerste en tweede helft patiënten.

	eerste helft				tweede helft			
	alg. f	spec. f	specif. f	N.1	alg. f	spec. f	specif. f	N.2
valsheid in geschrifte, oplichting, verduistering e.d.	22	22	18	41	9	8	4	22
diefstal	45	40	30	71	32	29	16	53
diefstal d.m.v. braak	15	13	9	21	27	24	20	38
diefstal met geweldpleging (licht letsel)	-	-	-	2	2	1	-	6
diefstal met geweldpleging (ernstig letsel)	-	-	-	-	-	-	-	-
overige vermogensmisdrijven	-	-	-	1	-	-	-	1
vernieling, mishandeling dieren, brandstichting	2	1	1	2	1	1	-	5
bedreiging, vrijheidsberoving	-	-	-	-	1	-	-	2
mishandeling (ernstig letsel)	-	-	-	3	1	-	-	6
(poging tot) doodslag, moord	1	1	-	8	2	1	1	16
overige geweldsdelicten	1	1	-	1	-	-	-	-
schennis eerbaarheid	-	-	-	-	1	1	-	1
ontucht met minderjarigen.	12	8	7	26	6	5	5	19
aanranding	4	3	1	6	4	2	1	5
verkrachting	-	-	-	-	4	2	1	6
overige delicten	1	-	-	<u>2</u>	1	-	-	<u>4</u>
				184				184

Tabel 22. Recidive (opnieuw veroordeeld) en verblijfsduur voor overgeplaatsten en proefverlofgangers.

a. voor alle overgeplaatsten en proefverlofgangers

verblijfsduur	korter dan 1 jaar	1 - 3 jaar	langer dan 3 jaar
recidive voor	%	%	%
overgeplaatsten	67% (n=115)	65%(n=83)	51% (n= 37)
proefverlofgangers	25% (n= 12)	26%(n=77)	24% (n=121)

b. voor overgeplaatsten en proefverlofgangers die tenminste vijf jaar uit de kliniek zijn.

verblijfsduur	korter dan 1 jaar	1 - 3 jaar	langer dan 3 jaar
recidive voor	%	%	%
overgeplaatsten	74% (n= 94)	70%(n=70)	54% (n= 26)
proefverlofgangers	33% (n= 9)	33%(n=48)	29% (n= 86)

Tabel 23. Recidive bij diegenen die tenminste vijf jaar uit de kliniek zijn naar opnameperiode.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	1970/74	totaal
recidive	%	%	%	%	%
misdrijf begaan	72	62	59	46	63
veroor- deeld	62	52	48	31	52
	(n=102)	(n=128)	(n=125)	(n=13)	(n=368)

Tabel 24. Recidivecijfers naar soort delict waarvoor opgenomen en opnameperiode (criterium is "opnieuw veroordeeld") bij diegenen die tenminste vijf jaar uit de kliniek zijn.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	totaal (incl. 1970/74)
opname delict	%	%	%	%
vermogens	65(n=79)	62(n=88)	54(n=83)	60(n=256)
geweld	43(n= 7)	0(n=12)	29(n=21)	21(n= 43)
zedes	60(n=15)	42(n=26)	45(n=20)	48(n= 63)

Tabel 25. Recidivecijfers naar soort delict waarvoor opgenomen en opnameperiode (criterium "enig misdrijf gepleegd") bij diegenen die tenminste vijf jaar uit de kliniek zijn.

periode	1955/56	1957/62	1963/69	totaal (incl. 1970/74)
opname- delict	%	%	%	%
vermogens	73(n=79)	73(n=88)	60(n=83)	70(n=256)
geweld	57(n= 7)	17(n=12)	38(n=21)	35(n= 43)
zedes	78(n=15)	50(n=26)	55(n=20)	59(n= 63)

Tabel 26. Ernst recidivedelicten in vergelijking met het delict waarvoor opgenomen.

groep ernst	eerste helft		tweede helft		
	n	%	n	%	
ernstiger	16	9	10	5	
vermoede- lijk ern- stiger	5	3	14% 47%	- 0	9% 42%
in ieder geval even ernstig	4	2	7	4	
even ern- stig	61	33	60	33	
mogelijk even ern- stig	-	0	4	2	
vermoe- delijk minder ernstig	9	5	21% 53%	2 1	15% 58%
minder ernstig	30	16	21	11	
nauwe- lijks mee te tel- len	3	2	32%	2 1	43%
geen re- cive- delict bekend	56	30	78	42	
totaal	184	100	184	99	

Tabel 27. Aantal veroordelingen voor en na verblijf in de kliniek.

aantal voor	1	2	3	4 - 5	6 - 8	≥ 9	totaal	
aantal na	f	f	f	f	f	f	f	%
0	32	36	27	37	28	15	175	48
1	3	6	6	17	15	12	59	16
2	5	3	9	15	14	9	55	15
3	1	2	4	5	10	8	30	8
4	2	4	1	8	4	5	24	6
5 - 7	0	1	2	9	8	5	25	7
totaal	43	52	49	91	79	54	368	100

Tabel 28. Aantal recidivisten naar aantal veroordelingen voor opname.

aantal veroordelingen	1 %	2 %	3 %	4-5 %	6-8 %	≥ 9 %	totaal %
recidive percentage	26	31	45	59	64	72	52
	(n=43)	(n=52)	(n=49)	(n=91)	(n=79)	(n=54)	(n=368)

Tabel 29. Aantal delicten vóór opname in vergelijking met het aantal delicten na vertrek naar leeftijd bij vertrek.

leeftijd	17-21	21-22	23-25	26-29	30-34	35-40	41-50	51-63	totaal
aantal	%	%	%	%	%	%	%	%	%
evenveel of meer	27	50	51	42	35	22	14	7	34
minder of geen	73	50	49	58	65	78	86	93	66
totaal	(n=11)	(n=18)	(n=61)	(n=87)	(n=75)	(n=60)	(n=43)	(n=13)	(n=368)

Bijlage 5. Regressie-analyse

Met behulp van een regressie-analyse is nagegaan hoeveel van de variantie in de wijze van beëindiging van de behandelingsperiode "verklaard" kan worden met behulp van de kenmerken die betrekking hebben op de periode voor opname in de kliniek. Om deze analyse mogelijk te maken is allereerst de wijze van beëindiging van de behandelingsperiode gedichotomiseerd: een categorie bestaat uit de overgeplaatste patiënten, terwijl alle andere patiënten in de andere categorie zijn ondergebracht. Vervolgens is op grond van een aantal criteria een beperking aangebracht in het aantal kenmerken, dat in de regressie-analyse zou worden betrokken. Zo bleken een aantal kenmerken, bv. de leeftijd waarop bepaalde gebeurtenissen hadden plaatsgevonden, zeer sterk met elkaar samen te hangen. Van die variabelen die een onderlinge correlatie .80 hadden, werd er een geselecteerd voor de regressie-analyse. Verder zijn alle variabelen uit de regressie-analyse gehouden die een samenhang van .10 hadden met de afhankelijke variabele (hier dus: wel of niet overgeplaatst). Ook zijn die variabelen buiten de analyse gehouden die een negatief effect hadden op het aantal analyse-eenheden. Daarbij werd gemikt op een aantal personen dat tenminste driekwart van alle vertrokken patiënten zou betreffen. Uiteindelijk is de analyse uitgevoerd op 399 personen.

Er zijn twee procedures toegepast, een "normale" en een zog. stapsgewijze regressie. Bij de eerste procedure wordt de bijdrage van iedere variabele afzonderlijk aan de variantie in de afhankelijke variabele vastgesteld op een zodanige wijze, dat de bijdrage van alle overige variabelen daaruit is verwijderd. In de stapsgewijze procedure wordt als eerste die variabele ingevoerd, welke de grootste enkelvoudige correlatie met de afhankelijke variabele heeft. Vervolgens wordt de variabele ingevoerd die daarna de grootste bijdrage levert aan de verklaarde variantie van de afhankelijke variabele. Zolang de nieuw ingevoerde variabelen aan bepaalde criteria voldoen (aantal predictoren, F-waarde, tolerantiewaarde) wordt deze procedure voortgezet. Wordt bij de "normale" regressie-analyse de bijdrage van iedere variabele afzonderlijk vastgesteld op een zodanige wijze dat de eventuele bijdrage van alle andere variabelen daaruit is verwijderd, bij de stapsgewijze analyse gebeurt dit alleen voor de variabelen die in een eerdere stap zijn ingevoerd. De stapsgewijze procedure heeft het voordeel dat tot een optimale voorspelling kan worden gekomen met een zo gering mogelijk aantal variabelen. Zij heeft echter als nadeel dat de verkregen waarden in de regressievergelijking sterk afhankelijk zijn van de volgorde waarin de desbetreffende variabelen in de analyse worden ingevoerd. In die zin zijn de resultaten dan ook "biased". Een voorbeeld kan dit verduidelijken. Het al dan niet opgenomen zijn in het arbeidsproces heeft de sterkste enkelvoudige correlatie met de wijze van beëindiging van de behandeling ($r = -.29$). Deze variabele wordt dus in de stapsgewijze regressie-analyse als eerste geselecteerd, waarbij ze een bijdrage levert van ruim 8% aan de

verklaring van de variantie in de afhankelijke variabele, dat wil zeggen 45% van de totale hoeveelheid verklaarde variantie. Volgens de normale regressie-analyse is de bijdrage krap 3%, dit is 16% van de totale hoeveelheid verklaarde variantie.

De sterkere reductie blijkt ook uit de volgende tabel waarin de variabelen met een bijdrage van $\geq 1\%$ aan de verklaring van de wijze van beëindiging zijn opgenomen volgens resp. de normale regressie-analyse en de stapsgewijze procedure.

<u>normale regressieanalyse</u>		<u>stapsgewijze regressieanalyse</u>	
1. totaal aantal veroordelingen	4,7%	1. deelname arbeidsproces	8,3%
2. deelname arbeidsproces	2,9%	2. 1e delict leidend tot vrijheidsbenaming vermogensdelict	3,9%
3. opname delict vermogens	2,6%	3. bijzondere plaats in gezin	1,9%
4. opleidingsniveau	1,6%	4. opleidingsniveau	1,8%
5. geweldsdelicten voor opname	1,5%		
6. bijzondere plaats in gezin	1,1%		
	<u>totaal 14,4%</u>		<u>totaal 15,9%</u>

dit is 78% van de totale verklaarde variantie (=18,4%)

dit is 86% van de totale verklaarde variantie (=18,4)

Overigens blijken beide procedures ook sterk overeenkomstige resultaten op te leveren voor wat betreft de aard van de variabelen. Wel voegt de normale regressie-analyse nog een tweetal delictkenmerken toe. Voor het overige moge verwezen worden naar enkele gedeelten van de computeroutput welke verderop is opgenomen.

Bij de regressie van het al dan niet recidiveren op de achtergrondkenmerken zijn dezelfde procedures gevolgd, terwijl ook dezelfde selectiecriteria zijn toegepast. Een selectie-criterium is toegevoegd: het jaar van vertrek mocht uiterlijk 1975 zijn. Ook hier levert de stapsgewijze regressie-analyse een grotere reductie op:

<u>normale regressieanalyse</u>		<u>stapsgewijze regressieanalyse</u>	
1. leeftijd eerste justitiële contact	7,3%	1. vertrekreden	13,1%
2. totaal aantal veroordelingen	5,9%	2. leeftijd eerste justitiële contact	7,3%
3. vertrekreden	3,7%	3. opname delict is een geweldsdelict	3,0%
4. frequentie sepot voor opname	2,7%	4. tijd tussen laatste en voorlaatste veroordeling	1,9%
5. tijd tussen			

laatste veroor- deling	1,8%
6. jaar opname	1,6%
7. opnamedelict is een vermogensde- lict	1,1%

totaal 24,1%

dit is 85% van de totale
verklaarde variantie (28,3%)

totaal 25,3%

dit is 89% van de totale
verklaarde variantie
(28,3%)

Voor meer gedetailleerde gegevens wordt verwezen naar enkele gedeeltes van de computeroutput.

We hebben vervolgens een tweede regressie-analyse uitgevoerd met die variabelen die de belangrijkste bijdrage geleverd hadden in de eerste analyse van de wijze van beëindiging van het verblijf. Het criterium "wijze beëindiging van het verblijf" hebben we daarbij in die zin gewijzigd dat we de patienten buiten beschouwing hebben gelaten die niet met proefverlof zijn vertrokken en evenmin zijn overgeplaatst. Ondanks het geringere aantal variabelen blijkt de totale hoeveelheid verklaarde variantie nu toe te nemen van 18% tot 20%. De belangrijkste variabelen geven we hieronder weer:

normale regressie-analyse

stapsgewijze regressie-analyse

1. totaal aantal ver- oordelingen	5,0%
2. opnamedelict is vermogensdelict	4,9%
3. deelname arbeids- proces	3,0%
4. geweldsdelicten voor opname	1,9%
5. leeftijd eerste justitiële contact	1,7%
6. opleidingsniveau	1,6%
7. bijzondere plaats in het gezin	1,4%

totaal 19,5%

dit is 96% van de totale ver-
klaarde variantie (=20.4%)

1. opnamedelict is vermo- gensdelict	10,6%
2. deelname arbeide- proces	4,1%
3. opleidingsniveau	2,2%
4. bijzondere plaats in het gezin	1,5%
5. leeftijd eerste justitiële contact	1,1%

totaal 19,5%

dit is 96% van de totale ver-
klaarde variantie (=20.4%)

VD. HOEVEN KLINIEK 0152-2.ABF; DS 40,PROG45; FILE23.

12/14/79

PAGE 5

FILE VDH (CREATION DATE = 12/13/79) 0152-2.ABF VD. HOEVEN KLINIEK BESTANDEN A T.M. F.

***** MULTIPLE REGRESSION ***** VARIABLE LIST 1
REGRESSION LIST 1

DEPENDENT VARIABLE.. V432 VERTREKREDEN (Normal Regression)

VARIABLE(S) ENTERED ON STEP NUMBER 1..

T157	AGRESSIEVE DEL. VOOR OPNAME
T154	VERMOGENSDEL. ZONDER AGRESSIE VOOR OPN.
T140	TOTAAL AANTAL VEROORDELINGEN
T153	TOT AANT DELIKTEN VOOR OPNAME
V377	LEEFT TTV IE JUS CONTACT I
V155	FREQ DIEFSTAL VOOR OPNAME
S574	DELIKISOORT N.A.W. OPGENOMEN 1
T574	DELIKISOORT N.A.W. OPGENOMEN 2
T628	TIJD TUSSEN LAATSTE EN VOORL. VEROORDELI
T127	IE DEL. <VRIJH.BEN.> ALLEEN VERMOGENS
R541	UITHUISPLAATSING IN INRICHTING
D523	AANTAL KINDEREN OUDERL. GEZIN
R647	OPLEIDINGSHIVEAU
R636	WOONSITUATIE VOOR OPNAME II
R648	DEELN. ARBEIDSPROCES VOOR OPN. II
R649	INKOMSTENBRON II
R656	PLAATS KINDERRIJ
R658	BIJZONDERE PLAATS

MULTIPLE R	0.42941	ANALYSIS OF VARIANCE	DF	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARE	F
R SQUARE	0.18439	REGRESSION	18.	18.26757	1.01486	4.77287
ADJUSTED R SQUARE	0.14576	RESIDUAL	380.	80.80010	0.21263	
STANDARD ERROR	0.46112					

----- VARIABLES IN THE EQUATION -----

VARIABLE	B	BETA	STD ERROR B	F
----------	---	------	-------------	---

----- VARIABLES NOT IN THE EQUATION -----

VARIABLE	BETA IN	PARTIAL	TOLERANCE	F
----------	---------	---------	-----------	---

T157	0.3842053D-02	0.00383	0.08005	0.002
T154	-0.4988089D-01	-0.04879	0.08407	0.352
T140	0.8126097D-02	0.05342	0.00938	0.750
T153	-0.1377518D-03	-0.00355	0.00296	0.002
V377	-0.2708628D-02	-0.03328	0.00449	0.364
V155	-0.8112686D-03	-0.00986	0.00599	0.018
S574	0.9649204D-01	0.09561	0.09863	0.957
T574	-0.3955602D-01	-0.03623	0.09654	0.168
T628	-0.3133477D-01	-0.03135	0.04873	0.413
T127	0.9528998D-01	0.09263	0.06983	1.862
R541	0.5857341D-01	0.05708	0.05309	1.217
D523	0.1008156D-01	0.01012	0.05192	0.038
R647	-0.1195209	-0.11554	0.05158	5.369
R636	-0.4622390D-01	-0.04637	0.04904	0.889
R648	-0.1982935	-0.19896	0.05265	14.184
R649	-0.2204689D-02	-0.00221	0.05717	0.001
R656	-0.5283236D-01	-0.05084	0.05274	1.003
R658	-0.1142581	-0.11330	0.04956	5.314
(CONSTANT)	0.6516439			

ALL VARIABLES ARE IN THE EQUATION

STATISTICS WHICH CANNOT BE COMPUTED ARE PRINTED AS ALL NINES.

FILE VDH (CREATION DATE = 12/13/79) OI52-2.ABF VD. HOEVEN KLINIEK BESTANDEN A T.M. F.

***** MULTIPLE REGRESSION ***** VARIABLE LIST 1

REGRESSION LIST 1

DEPENDENT VARIABLE.. V432 VERTREKREDEN (Normal Regression)

SUMMARY TABLE

VARIABLE		MULTIPLE R	R SQUARE	RSQ CHANGE	SIMPLE R	B	BETA
T157	AGRESSIEVE DEL. VOOR OPNAME	0.12430	0.01545	0.01545	-0.12430	0.3842053D-02	0.00383
T154	VERMOGENSDEL. ZONDER AGRESSIE VOOR OPN.	0.13390	0.01793	0.00248	0.12290	-0.4988089D-01	-0.04879
T140	TOTAAL AANTAL VERDOORDELINGEN	0.25461	0.06483	0.04690	0.23060	0.8126097D-02	0.05342
T153	TOT AANT DELIKTEN VOOR OPNAME	0.25638	0.06573	0.00091	0.14850	-0.1377518D-03	-0.00355
V377	LEEFT TIV IE JUS CONTACT 1	0.27139	0.07365	0.00792	-0.15508	-0.2708628D-02	-0.03328
V155	FREQ DIEFSTAL VOOR OPNAME	0.27341	0.07475	0.00110	0.16379	-0.8112686D-03	-0.00986
S574	DELIKTSOORT N.A.W. OPGENOMEN 1	0.31692	0.10044	0.02569	0.26541	0.9649204D-01	0.09561
T574	DELIKTSOORT N.A.W. OPGENOMEN 2	0.31718	0.10060	0.00017	-0.22175	-0.3955602D-01	-0.03623
T628	TIJD TUSSEN LAATSTE EN VOORL. VERDOORDELI	0.31866	0.10154	0.00094	-0.10705	-0.3133477D-01	-0.03135
T127	IE DEL. <VRIJH.BEN.> ALLEEN VERMOGENS	0.32896	0.10822	0.00668	0.25750	0.9528998D-01	0.09263
R541	UITHUISPLAATSING IN INRICHTING	0.33277	0.11073	0.00252	0.13169	0.5857341D-01	0.05708
D523	AANTAL KINDEREN OUDERL. GEZIN	0.34357	0.11804	0.00731	0.10332	0.1008156D-01	0.01012
R647	OPLEIDINGSNIVEAU	0.36565	0.13370	0.01566	-0.18835	-0.1195209	-0.11554
R636	WOONSITUATIE VOOR OPNAME II	0.37311	0.13921	0.00551	-0.15532	-0.4622390D-01	-0.04637
R648	DEELN. ARBEIDSPROCES VOOR OPN. II	0.41057	0.16857	0.02936	-0.28819	-0.1982935	-0.19896
R649	INKOMSTENBRON II	0.41065	0.16864	0.00007	-0.16290	-0.2204689D-02	-0.00221
R656	PLAATS KINDERRIJ	0.41592	0.17299	0.00435	-0.05860	-0.5283236D-01	-0.05084
R658	BIJZONDERE PLAATS	0.42941	0.18439	0.01141	-0.14748	-0.1142581	-0.11330
(CONSTANT)						0.6516439	

VD. HOEVEN KLINIEK OI52-2.ABF; DS 40,PROG45; FILE23.

12/14/79

PAGE 22

FILE VDH (CREATION DATE = 12/13/79) OI52-2.ABF VD. HOEVEN KLINIEK BESTANDEN A T.M. F.

***** MULTIPLE REGRESSION ***** VARIABLE LIST 1
REGRESSION LIST 2

DEPENDENT VARIABLE.. V432 VERTREKREDEN (Stepwise Regression)

VARIABLE(S) ENTERED ON STEP NUMBER 15.. D523 AANTAL KINDEREN OUDERL. GEZIN

MULTIPLE R	0.42940	ANALYSIS OF VARIANCE	DF	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARE	F
R SQUARE	0.18438	REGRESSION	15.	18.26645	1.21776	5.77223
ADJUSTED R SQUARE	0.15244	RESIDUAL	383.	80.80122	0.21097	
STANDARD ERROR	0.45931					

----- VARIABLES IN THE EQUATION -----

VARIABLE	B	BETA	STD ERROR B	F
R648	-0.1987132	-0.19938	0.05072	15.349
T127	0.9552424D-01	0.09286	0.06838	1.951
R658	-0.1141010	-0.11315	0.04907	5.406
R647	-0.1194728	-0.11549	0.05074	5.544
T140	0.7982295D-02	0.05247	0.00880	0.823
S574	0.9825205D-01	0.09735	0.09164	1.150
R541	0.5833258D-01	0.05685	0.05270	1.225
R656	-0.5302038D-01	-0.05102	0.05246	1.022
R636	-0.4635044D-01	-0.04650	0.04879	0.902
T154	-0.5182520D-01	-0.05069	0.06479	0.640
T628	-0.3129761D-01	-0.03131	0.04841	0.418
V377	-0.2743965D-02	-0.03371	0.00442	0.385
T574	-0.3703482D-01	-0.03392	0.08112	0.208
V155	-0.9800863D-03	-0.01192	0.00469	0.044
D523	0.9805316D-02	0.00984	0.05156	0.036
(CONSTANT)	0.6519787			

----- VARIABLES NOT IN THE EQUATION -----

VARIABLE	BETA IN	PARTIAL	TOLERANCE	F
T157	0.00360	0.00234	0.34373	0.002
T153	-0.00325	-0.00221	0.37729	0.002
R649	-0.00144	-0.00132	0.68269	0.001

F-LEVEL OR TOLERANCE-LEVEL INSUFFICIENT FOR FURTHER COMPUTATION

VD. HOEVEN KLINIEK 0152-2.ABF; DS 36,PROG42; FILE22.

12/07/79

PAGE 5

FILE VDH (CREATION DATE = 11/29/79) 0152-2.ABF VD. HOEVEN KLINIEK BESTANDEN A T.M. F.

***** MULTIPLE REGRESSION ***** VARIABLE LIST 1
REGRESSION LIST 1
DEPENDENT VARIABLE.. R264 RECIDIVE MET VEROORDELING (Normal Regression)

VARIABLE(S) ENTERED ON STEP NUMBER 1..	D514	JAAR OPNAME
	T471	TIJD TUSSEN 1E JUST. CONT. EN OPNAME
	T137	FREQ SEPOT VOOR OPNAME
	T157	AGRESSIEVE DEL. VOOR OPNAME
	T140	TOTAAL AANTAL VEROORDELINGEN
	T153	TOT AANT DELIKTEN VOOR OPNAME
	V377	LEEFT TIV 1E JUS CONTACT 1
	V155	FREQ DIEFSTAL VOOR OPNAME
	S574	DELIKTSOORT N.A.W. OPGENOMEN 1
	T574	DELIKTSOORT N.A.W. OPGENOMEN 2
	T628	TIJD TUSSEN LAATSTE EN VOORL. VEROORDELT
	T127	1E DEL. <VRIJH.BEN.> ALLEEN VERMOGENS
	L514	LEFFTijd BIJ 1E OPN. VDII-KLINIEK
	R541	UITHUISPLAATSING IN INRICHTING
	R647	OPLEIDINGSNIVEAU
	R636	WOONSITUATIE VOOR OPNAME II
	R648	DFELN. ARBEIDSPROCES VOOR OPN. II
	R649	INKOMSTENBRON II
	V432	VERTREKREDEEN

MULTIPLE R	0.53245	ANALYSIS OF VARIANCE	DF	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARE	F
R SQUARE	0.28351	REGRESSION	19.	26.64284	1.40225	7.41392
ADJUSTED R SQUARE	0.24527	RESIDUAL	356.	67.33322	0.18914	
STANDARD ERROR	0.43490					

----- VARIABLES IN THE EQUATION -----					----- VARIABLES NOT IN THE EQUATION -----				
VARIABLE	B	BETA	STD ERROR B	F	VARIABLE	BETA IN	PARTIAL	TOLERANCE	F

D514	-0.6467770D-01	-0.06164	0.05315	1.481
T471	-0.9143249D-02	-0.11963	0.02168	0.178
T137	0.1246330D-01	0.04926	0.01502	0.688
T157	0.2618286D-01	0.02539	0.06188	0.179
T140	0.2333930D-01	0.15196	0.01179	3.920
T153	-0.3889466D-02	-0.09109	0.00337	1.334
V377	-0.2056932D-01	-0.23976	0.02220	0.859
V155	0.5720802D-02	0.06597	0.00610	0.880
S574	0.8492089D-01	0.08246	0.09139	0.863
T574	-0.1086275	-0.09306	0.09191	1.397
T628	-0.1285728	-0.12762	0.04854	7.015
T127	-0.7410058D-01	-0.07099	0.06802	1.187
L514	0.1294703D-02	0.02059	0.02168	0.004
R541	0.8170779D-02	0.00801	0.05110	0.026
R647	-0.7659618D-01	-0.07458	0.04903	2.440
R636	-0.2908490D-01	-0.02903	0.04793	0.368
R648	-0.3077014D-01	-0.03074	0.05224	0.347
R649	0.1084923D-01	0.01084	0.05475	0.039
V432	0.2152862	0.21516	0.05015	18.425
(CONSTANT)	0.8976935			

ALL VARIABLES ARE IN THE EQUATION

STATISTICS WHICH CANNOT BE COMPUTED ARE PRINTED AS ALL NINES.

VD. HOEVEN KLINIEK OI52-2.ABF; DS 36,PROG42; FILE22.

12/07/79

PAGE 25

FILE VDH (CREATION DATE = 11/29/79) OI52-2.ABF VD. HOEVEN KLINIEK BESTANDEN A T.M. F.

***** MULTIPLE REGRESSION ***** VARIABLE LIST 1
REGRESSION LIST 2

DEPENDENT VARIABLE.. R264 RECIDIVE MET VERDOORDELING (Stepwise Regression)

VARIABLE(S) ENTERED ON STEP NUMBER 18.. R541 UITHUISPLAATSING IN INRICHTING

MULTIPLE R	0.53245	ANALYSIS OF VARIANCE	DF	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARE	F
R SQUARE	0.28350	REGRESSION	18.	26.64217	1.48012	7.84750
ADJUSTED R SQUARE	0.24737	RESIDUAL	357.	67.33389	0.18861	
STANDARD ERROR	0.43429					

----- VARIABLES IN THE EQUATION -----

VARIABLE	B	BETA	STD ERROR B	F
V432	0.2152379	0.21512	0.05008	18.473
V377	-0.1927211D-01	-0.22464	0.00457	17.783
T574	-0.1084373	-0.09290	0.09173	1.397
T628	-0.1285232	-0.12757	0.04847	7.031
T140	0.2338274D-01	0.15224	0.01175	3.960
R647	-0.7667038D-01	-0.07465	0.04895	2.454
T471	-0.7883228D-02	-0.10314	0.00497	2.513
D514	-0.6447749D-01	-0.06145	0.05297	1.482
R648	-0.3103144D-01	-0.03100	0.05198	0.356
R636	-0.2919305D-01	-0.02914	0.04783	0.373
T127	-0.7381416D-01	-0.07071	0.06775	1.187
S574	0.8492102D-01	0.08246	0.09126	0.866
V155	0.5717953D-02	0.06594	0.00609	0.882
T153	-0.3909123D-02	-0.09155	0.00335	1.365
T137	0.1246907D-01	0.04928	0.01500	0.691
T157	0.2631849D-01	0.02552	0.06175	0.182
R649	0.1094031D-01	0.01093	0.05465	0.040
R541	0.8283534D-02	0.00812	0.05099	0.026
(CONSTANT)	0.8974981			

----- VARIABLES NOT IN THE EQUATION -----

VARIABLE	BETA IN	PARTIAL	TOLERANCE	F
L514	0.02059	0.00317	0.01693	0.004

F-LEVEL OR TOLERANCE-LEVEL INSUFFICIENT FOR FURTHER COMPUTATION

STATISTICS WHICH CANNOT BE COMPUTED ARE PRINTED AS ALL NINES.

VD. HOEVEN KLINIEK OI52-2.ABF; DS 36,PROG42; FILE22.

12/07/79

PAGE 26

FILE VDH (CREATION DATE = 11/29/79) OI52-2.ABF VD. HOEVEN KLINIEK BESTANDEN A T.M. F.

***** MULTIPLE REGRESSION ***** VARIABLE LIST 1
 REGRESSION LIST 2

DEPENDENT VARIABLE.. R264 RECIDIVE MET VEROORDELING (Stepwise Regression)

SUMMARY TABLE

VARIABLE		MULTIPLE R	R SQUARE	RSQ CHANGE	SIMPLE R	B	BETA
V432	VERTREKREDEN	0.36140	0.13061	0.13061	0.36140	0.2152379	0.21512
V377	LEEFT TTV IE JUS CONTACT 1	0.45144	0.20380	0.07319	-0.33294	-0.1927211D-01	-0.22464
T574	DELIKTISOORT N.A.W. OPGENOMEN 2	0.48400	0.23426	0.03046	-0.24560	-0.1084373	-0.09290
T628	TIJD TUSSEN LAATSTE EN VOORL. VEROORDELI	0.50321	0.25322	0.01897	-0.24460	-0.1285232	-0.12757
T140	TOTAAL AANTAL VEROORDELINGEN	0.50953	0.25962	0.00640	0.27644	0.2338274D-01	0.15224
R647	OPLEIDINGSHIVEAU	0.51448	0.26469	0.00507	-0.17112	-0.7667038D-01	-0.07465
T471	TIJD TUSSEN IE JUST. CONT. EN OPNAME	0.52006	0.27046	0.00577	0.09393	-0.7883228D-02	-0.10314
D514	JAAR OPNAME	0.52269	0.27321	0.00275	-0.12790	-0.6447749D-01	-0.30145
R648	DEELN. ARBEIDSPROCES VOOR OPN. II	0.52424	0.27483	0.00163	-0.21380	-0.3103144D-01	-0.03100
R636	WOONSITUATIE VOOR OPNAME II	0.52519	0.27583	0.00100	-0.11297	-0.2919305D-01	-0.02914
T127	IE DEL. <VRIJH.BEN.> ALLEEN VERMOGENS	0.52613	0.27681	0.00099	0.21028	-0.7381416D-01	-0.07071
S574	DELIKTISOORT N.A.W. OPGENOMEN 1	0.52826	0.27906	0.00224	0.28885	0.8492102D-01	0.08246
V155	FREQ DIEFSTAL VOOR OPNAME	0.52902	0.27986	0.00080	0.23823	0.5717953D-02	0.06594
T153	TOT AANT DELIKTEN VOOR OPNAME	0.53062	0.28156	0.00170	0.16593	-0.3909123D-02	-0.09155
T137	FREQ SEFOT VOOR OPNAME	0.53196	0.28298	0.00142	0.15584	0.1246907D-01	0.04928
T157	AGRESSIEVE DEL. VOOR OPNAME	0.53232	0.28336	0.00038	-0.10827	0.2631849D-01	0.02552
R649	INKOMSTENBRON II	0.53240	0.28345	0.00009	-0.15911	0.1094031D-01	0.01093
R541	UITHUISPLAATSING IN INRICHTING	0.53245	0.28350	0.00005	0.16598	0.8283534D-02	0.00812
(CONSTANT)						0.8974981	