



Nationaal Rapporteur Mensenhandel
en Seksueel Geweld tegen Kinderen

Gewogen risico

*Deel 2: Behandeling opleggen
aan zedendelinquenten*



Gewogen risico

Deel 2: Behandeling opleggen aan zedendelinquenten

C.E. Dettmeijer-Vermeulen

Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen

L.M.E. Menenti

Colofon

Referentie: Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2017). *Gewogen risico. Deel 2: Behandeling opleggen aan zedendelinquenten*. Den Haag: Nationaal Rapporteur.

Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen

Postbus 20301

2500 EH Den Haag

070-3704514

www.nationaalrapporteur.nl

Grafische en digitale realisatie: Studio Kers

Omslag:

"The Ancestors"

Julia Ousley

Gepoedercoat staal

2016, Fort Worth, Texas, Verenigde Staten

© Nationaal Rapporteur 2017

Inhoud

	Woord vooraf	7
1	Inleiding	8
	1.1 Inleiding	8
	1.2 Het Nederlandse systeem	9
	1.3 Wat werkt	11
	1.4 Wijze van risicotaxatie	12
	1.5 Dit onderzoek	14
	1.6 Leeswijzer	15
2	Juridisch kader voor het opleggen van een behandeling aan zedendelinquenten	16
	2.1 Inleiding	16
	2.2 Bijzondere voorwaarden in het kader van een voorwaardelijke veroordeling	17
	2.2.1 De voorwaardelijke veroordeling	17
	2.2.2 De voorwaarden	17
	2.2.3 Vereisten voor het opleggen van bijzondere voorwaarden	19
	2.3 Beveiligingsmaatregelen	20
	2.3.1 Terbeschikkingstelling	20
	2.3.1.1 Tbs is een beveiligingsmaatregel	20
	2.3.1.2 Vereisten voor het opleggen van tbs	20
	2.3.1.3 Twee varianten van tbs	22
	2.3.2 Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis	23
	2.4 Wettelijke eisen aan het advies aan de rechter	24
	2.4.1 De rol van het advies	24
	2.4.2 Gedragsdeskundigen en de rapportage pJ	24
	2.4.3 Reclasseringswerkers en het reclasseringsadvies	25
	2.5 Conclusie	25
3	Advies door de rapporteur pro Justitia	27
	3.1 Inleiding	27
	3.2 Risicotaxatie: beleid	28
	3.3 Risicotaxatie voor zedendelinquenten: praktijk	33
	3.3.1 Instrumenten	33
	3.3.2 Het oordeel over risico	34
	3.3.3 Gebruik instrumenten en oordeel over risico	36
	3.4 Risicofactoren	38
	3.4.1 Onderbouwde risicofactoren	38
	3.4.2 Stoornissen	38
	3.4.3 Verband met oordeel over risiconiveau	40

3.5	Advies	42
3.5.1	Adviezen	42
3.5.2	Advies en risico	43
3.6	Conclusie	46
4	Het reclasseringsadvies	49
4.1	Inleiding	49
4.2	Risicotaxatie: beleid	49
4.3	Risicotaxatie: praktijk	50
4.4	Advies	53
4.4.1	Wat adviseert de reclassering?	54
4.4.2	Past het advies bij het risiconiveau?	56
4.5	Conclusie	58
5	De adviezen vergeleken	61
5.1	Inleiding	61
5.2	Risico	61
5.2.1	Vergelijking oordeel over risico tussen rapporten	61
5.2.2	De oordelen over risico en het actuariële risico	62
5.3	Advies	64
5.3.1	Vergelijking adviezen tussen rapporten	64
5.3.2	Het advies en het actuariële risico	65
5.4	Conclusie	66
6	De opgelegde behandeling	68
6.1	Inleiding	68
6.2	De beslissing	69
6.2.2	Bijzondere voorwaarden	70
6.2.3	Maatregelen	71
6.2.4	Behandelzwaarte	71
6.3	Risico en behandeling	73
6.3.1	Past de opgelegde behandeling bij het risiconiveau zoals vastgesteld door de rapporteur pJ en reclassering?	73
6.3.2	Past de opgelegde behandeling bij het werkelijke risiconiveau?	75
6.4	Adviezen en behandeling	76
6.5	Risico, advies en behandeling	77
6.6	Conclusie	78
7	De discussie over risicotaxatie in Nederland	79
7.1	Inleiding	79
7.2	“Het aantal vals-positieven is hoog”	80
7.3	“Risicotaxatie gaat over de groep, niet het individu”	82
7.4	“Risicotaxatie geeft geen richting aan behandeling”	84
7.5	“Risicotaxatie kan niet als de verdachte niet meewerkt”	85
7.6	Conclusie	85

8	Conclusie en aanbevelingen	87
8.1	Inleiding	87
8.2	Samenvatting	88
8.2.1	Wordt het recidiverisico adequaat vastgesteld?	88
8.2.2	Past het behandeladvies bij de kans op recidive?	91
8.2.3	Past de opgelegde behandeling bij de kans op recidive?	92
8.3	Conclusies	93
8.4	Recente ontwikkelingen	95
8.5	Aanbevelingen	96
	Literatuur	98
B1	Onderzoeksverantwoording	104
B2	Standaardvraagstelling rapportage pro Justitia	115

Woord vooraf

Dit is mijn laatste rapport binnen mijn mandaat seksueel geweld tegen kinderen. Het eerste, *Op goede grond*, ging over acht beslissingen die medewerkers van Veilig Thuis, zedenrechercheurs, hulpverleners, officieren van justitie, burens, rechters, en vele anderen, iedere dag weer nemen over potentiële slachtoffers en potentiële plegers van seksueel geweld tegen kinderen. Het ging over hoe moeilijk deze beslissingen te nemen zijn en over hoe beleidsmakers de mensen die ze nemen daarin zo goed mogelijk kunnen ondersteunen, zodat beleid doet wat het moet doen: de maatschappij veiliger maken.

In dit rapport staat, toepasselijk genoeg, de allerlaatste beslissing die in *Op goede grond* de revue passeerde centraal: de beslissing een zedendelinquent behandeling op te leggen. Deze beslissing wordt genomen door de rechter, maar zoals uit dit rapport blijkt leveren gedragsdeskundigen en reclasseringswerkers een onmisbare bijdrage. Ook de beslissing waarvoor zij staan is moeilijk. In feite vragen de rechter en de officier van justitie hun een toekomstvoorspelling te doen: wat is de kans dat deze verdachte ooit een nieuw zedendelict pleegt? Helaas zijn mensen niet heel goed in het doen van toekomstvoorspellingen. We kunnen allemaal voorspellen dat het binnenkort gaat regenen als we zwarte wolken aan de hemel zien. Maar het jaren vooruit voorspellen van iemands gedrag na een paar uur aan gesprekken is iets wat de capaciteit van het menselijk brein in feite overstijgt, óók dat van de deskundige.

Gelukkig blinkt het menselijk brein wél uit in het ontwikkelen van gereedschap om moeilijke taken makkelijker te maken. Het goede nieuws is dan ook dat er geschikt en getest gereedschap voor het doen van die toekomstvoorspelling beschikbaar is. Mijn rapport laat zien dat dat in Nederland onvoldoende wordt gebruikt. En dat betreurt ik. Ik hoop dat dit rapport alle bij dit beslissingsproces betrokken instanties er toe zal aanzetten de beschikbare instrumenten onverwijld ter hand te nemen: het goed voorspellen van de kans dat een zedendelinquent een nieuw delict pleegt en het opleggen van de juiste behandeling om die kans te verkleinen helpt nieuwe slachtoffers voorkomen en maakt de maatschappij veiliger.

Dit onderzoek had niet tot stand kunnen komen zonder de data en dossiers beschikbaar gesteld door de volgende organisaties: het Nederlands Instituut voor Forensische Psychologie en Psychiatrie, Reclassering Nederland, de Stichting Verslavingsreclassering, het Leger des Heils, de Raad voor de rechtspraak en alle rechtbanken. Ik dank hen voor hun bijdrage, en hoop dat het resultaat hen verder helpt.

Daarnaast wil ik graag medewerkers van de volgende instanties bedanken voor het lezen en commentariëren van delen van dit rapport: het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, Reclassering Nederland, het Openbaar Ministerie en de Raad voor de rechtspraak. Wineke Smid en Peter van der Laan wil ik graag in het bijzonder bedanken voor hun behulpzame commentaar en suggesties.

Meerdere stagiairs hebben bijgedragen aan het onderzoek beschreven in dit rapport. Daarvoor wil ik hen danken. En vooral wil ik graag mijn medewerkers bedanken, zonder wie dit rapport er niet was geweest.

Corinne Dettmeijer-Vermeulen

Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen

1.1 Inleiding

Op enkele uitzonderingen na keren alle plegers van seksueel geweld tegen kinderen op termijn terug in de maatschappij. De meesten vertrekken er zelfs überhaupt niet uit: in 2008-2012 kreeg 61% van de veroordeelde plegers géén (geheel of deels) onvoorwaardelijke vrijheidsstraf opgelegd.¹ Om te voorkomen dat veroordeelde daders opnieuw een delict plegen (als zij eenmaal vrij zijn) kan een interventie nodig zijn, vaak in de vorm van toezicht en/of behandeling.

Het gevaar een nieuw (zeden-)delict te plegen is echter niet voor iedere pleger hetzelfde, en dus heeft niet iedere dader dezelfde interventie gericht op het verminderen van recidive nodig. Om de maatschappij veiliger te maken en tegelijkertijd geld te besteden waar het effect heeft, is de vraag relevant *wie welke* risico-verlagende interventie nodig heeft. Onderbehandeling draagt het evidente risico dat onnodig nieuwe slachtoffers gemaakt worden. Maar iederéén behandelen is ook niet de oplossing: daders met een laag risico worden hier niet beter, en soms zelfs slechter van.² Overbehandeling is dus in het beste geval geldverspilling, en mogelijk zelfs contraproductief.

Hoe een behandeling toegewezen kan worden die effectief is in het tegengaan van recidive, is een onderwerp waarnaar internationaal uitvoerig onderzoek is gedaan. De uitkomst hiervan zijn de zogenoemde *What Works* principes (zie §1.3), die als de *evidence-based* standaard gelden.³ Deze principes schrijven voor waaraan een interventie moet voldoen om effectief te zijn in het tegengaan van recidive. In dit onderzoek staat het risico-principe, één van de *What Works* principes, centraal: de opgelegde behandeling moet passen bij het risico op recidive van de pleger. Dit houdt in: een intensieve behandeling voor daders die een hoog risico lopen een nieuw delict te plegen, een lichtere behandeling voor daders met een matig recidiverisico en géén behandeling voor laag risico plegers.

Nederlandse zedendelinquenten worden zowel onder- als overbehandeld ten opzichte van hun risiconiveau: zedendelinquenten met volwassen slachtoffers worden vaker onderbehandeld (maar ook overbehandeling komt voor), plegers van seksueel geweld tegen kinderen juist vaker overbehandeld (maar

1 Nationaal Rapporteur (2014).

2 Bonta, Wallace-Capretta, & Rooney (2000).

3 Andrews & Bonta (2010).

ook onderbehandeling komt voor).⁴ De vraag die dit onderzoek beoogt te beantwoorden is in hoeverre de huidige praktijk in het opleggen van behandeling aan plegers van seksueel geweld tegen kinderen het risico-principe (behandeling naar gelang het risico) volgt. In het Nederlandse systeem doen desgevraagd een psycholoog en/of een psychiater (de rapporteurs pro Justitia, verder rapporteurs pJ) en een reclasseringswerker een onderzoek en brengen advies uit aan de officier van justitie en de rechter over de gewenste vorm van interventie (zie §1.2). De officier van justitie kan dan oplegging van behandeling en/of toezicht eisen en de rechter beslist hierover. Handelen de spelers in dit systeem op zo'n manier dat uiteindelijk de meest recidivegevaarlijkste plegers de meest intensieve behandeling opgelegd krijgen?

Om het risico-principe gestalte te geven in dit systeem is een aantal stappen nodig:

1. Allereerst moet het risiconiveau van de pleger op betrouwbare wijze vastgesteld worden, zodat deze inschatting een adequate voorspelling is van de kans dat de pleger later recidiveert;
2. Vervolgens moet degene die het risiconiveau vaststelt (de reclasseringswerker en de rapporteur pJ) een behandeladvies geven dat past bij dit risiconiveau;
3. De rapporteur pJ en de reclasseringswerker moeten beiden zowel de informatie over risico als het daaruit voortvloeiende interventie-advies over kunnen brengen aan de officier van justitie en de rechter;
4. De officier van justitie en de rechter moeten in staat zijn de informatie over risico en het daaruit volgende interventie-advies te begrijpen;
5. En tot slot moeten de officier van justitie in de eis en de rechter in het vonnis hetzelfde verband tussen risico en niveau van interventie volgen, en dus een interventie eisen/opleggen conform het risiconiveau.

Wanneer deze stappen gevolgd worden ontstaat er een duidelijke lijn tussen het vaststellen van het risiconiveau (stap 1) en het opleggen van een interventie (stap 5). Dit onderzoek valt uiteen in twee delen, waarvan nu het tweede voor u ligt. Het eerste deel beschouwde factoren 3 en 4: de communicatie over risico en de kennis die daarvoor nodig is.⁵ Dit tweede deel kijkt naar factoren 1, 2 en 5: de risicotaxatie, het behandeladvies en de beslissing van de rechter.

1.2 Het Nederlandse systeem

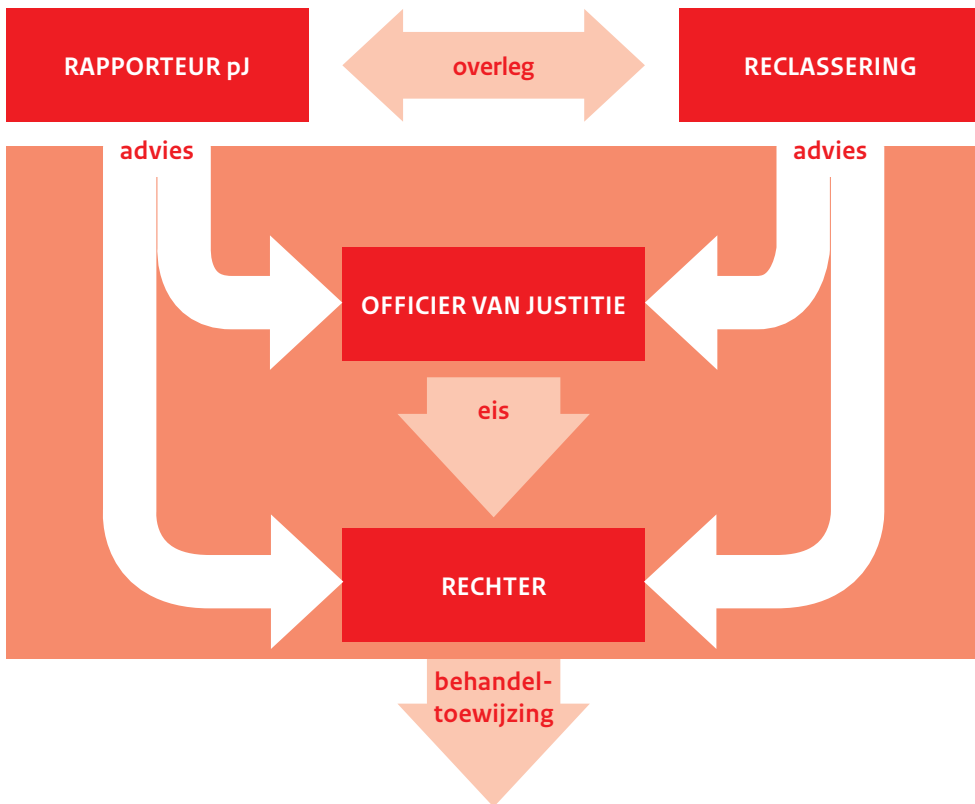
Veel (zeden-)daders krijgen een vorm van behandeling opgelegd in hun strafzaak: de rechter legt dan niet alleen een straf op (bijvoorbeeld een – geheel of deels voorwaardelijke – gevangenisstraf of taakstraf), maar legt daarnaast ook behandeling op. Daarbij heeft de rechter niet alleen de keuze uit wel of niet doen behandelen, maar kan hij of zij ook kiezen uit interventies met verschillende zwaarte: van ambulante behandeling tot een klinische opname in een zorginstelling (zie Hoofdstuk 2). De behandelsetting zegt uiteraard niet alles over de intensiteit van de behandeling: die kan zowel ambulant als klinisch nog flink variëren. De intensiteit wordt bij de start van de behandeling via een indicatiestelling bepaald. De rechter beslist tijdens het strafproces alleen over de setting en het juridisch kader. De rechter (en de officier van justitie) laat zich hierin vaak adviseren door reclassering en/of rapporteur pJ, zeker

4 Smid, Kamphuis, Wever, & Van Beek (2013).

5 Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2017).

bij zedendelinquenten. In een steekproef van 140 zaken van veroordeelden voor ontucht met kinderen was bijvoorbeeld voor 91% een reclasseringsadvies en/of een rapportage pJ aangevraagd.⁶

De reclasseringwerker en/of de rapporteur pJ rapporteren (al dan niet na onderling overleg) aan de officier van justitie en de rechter over het risico op recidive dat zij de verdachte toedichten en welke interventie zij noodzakelijk vinden. De officier van justitie en de rechter lezen deze informatie en kunnen de rapporteurs daar desgewenst over bevragen. Het advies wordt vervolgens meegenomen in de beslissing over de afdoening van de strafzaak: de officier van justitie kan de geadviseerde interventie al dan niet eisen en de rechter kan al dan niet conform de eis beslissen. Schematisch is dit weergegeven in Figuur 1.1.



Figuur 1.1 Proces van behandeltoewijzing in het Nederlandse strafproces.

Forensische zorg

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg of verstandelijk gehandicaptenzorg die onderdeel uitmaakt van een straf of maatregel waartoe iemand wegens het plegen van een strafbaar feit

⁶ Aanvullende berekeningen op basis van Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2016).

is veroordeeld.⁷ Het doel van forensische zorg is het verminderen van recidive, dus het tegengaan van nieuwe strafbare feiten door veroordeelde daders.⁸ Forensische zorg kan geleverd worden onder zeventwintig verschillende zorgtitels, onderverdeeld in zeven categorieën.⁹ Voor het doel van dit onderzoek is de *vorm* waarin die zorg geleverd wordt van belang en niet zozeer de juridische zorgtitel. Wanneer forensische zorg gecombineerd wordt met verblijf in een beveiligde instelling is sprake van klinische forensische zorg. Wanneer forensische zorg plaatsvindt terwijl de veroordeelde thuis woont is sprake van ambulante forensische zorg. In dit rapport worden steeds klinische forensische zorg, ambulante forensische zorg en géén forensische zorg onderscheiden. Dit is een grofmazige indeling van behandelzwaarte, maar correspondeert wel aan de beslissing zoals die tijdens het strafproces genomen wordt.

1.3 Wat werkt

Volgens de als evidence-based standaard geldende *What Works* principes is een interventie effectief in het verminderen van het recidivegevaar als deze aansluit op het *Risk-Need-Responsivity* model (ook wel RNR-model).¹⁰ Dit model houdt in dat de interventie:

1. Past bij het risiconiveau van de pleger (*Risk-principle*/risico-principe): Hoog risico plegers krijgen een intensieve behandeling, plegers met een gemiddeld risico kunnen volstaan met een ambulante behandeling, en laag risico plegers hebben geen behandeling nodig.
2. Past bij de risicofactoren van de pleger (*Need-principle*/behoefte-principe): De behandeling moet zich richten op de beïnvloedbare factoren die het recidiverisico van de pleger het meest verhogen.
3. Afgestemd is op de mogelijkheden van de delinquent, zoals zijn leerstijl, begaafdheid, talenten en beperkingen (*Responsivity-principle*/responsiviteitsprincipe).

Het risico-principe (1) behelst het bepalen van de juiste zwaarte van behandeling voor een pleger, terwijl het behoefte-principe (2) vervolgens zorgt voor een behandeling die ook daadwerkelijk recidiveverlagend werkt. Het responsiviteit-principe (3) gaat op een gedetailleerder niveau in op hoe een behandeling precies ingezet moet worden. Deze *What Works* principes worden internationaal breed in de praktijk toegepast, met name in Angelsaksische landen.¹¹ Dit onderzoek beperkt zich tot het risico-principe. In lijn met het risico-principe zou de zwaarste en meest beveiligde vorm van zorg (klinische zorg) opgelegd moeten worden aan daders die een hoog risico hebben op het plegen van een nieuw delict.

7 Art. 2 van het Interimbesluit forensische zorg.

8 <https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische-zorg-in-de-praktijk> geraadpleegd 1 september 2017.

9 <https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische-zorgtitels> geraadpleegd 1 september 2017.

10 Andrews & Bonta (2010); zie ook *Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen* (2014, pp. 251-252).

11 Zie bijvoorbeeld Canada: Bonta & Andrews (2007); Verenigde Staten: Colorado division of criminal justice - office of research and statistics (2007); Verenigd Koninkrijk: Home Office Research Development and Statistics Directorate (2005); Australië: Heseltine, Day, & Sarre (2011); Nieuw-Zeeland: Strategy Policy and Planning Department of Corrections New Zealand (2009).

1.4 Wijze van risicotaxatie

Om het risico-principe te kunnen volgen is het allereerst nodig dat het recidiverisico van een pleger op een betrouwbare wijze wordt voorspeld. Globaal zijn er drie verschillende methoden waarmee het recidiverisico van een verdachte kan worden ingeschat (zie Tabel 1.1). Allereerst de ongestructureerde, klinische methode, waarbij de beoordelaar op basis van zijn eigen expertise, ervaring en inzicht tot een oordeel over de verdachte komt. De beoordelaar maakt hierbij geen gebruik van een risicotaxatie-instrument. Een tweede manier is het gestructureerd professioneel/gestructureerd klinisch oordeel. Hierbij neemt de beoordelaar een risicotaxatie-instrument af bij de betrokkene waarin risicofactoren zijn opgenomen waarvan is vastgesteld dat deze samenhangen met recidive. Om tot een eindoordeel te komen interpreteert en weegt de beoordelaar vervolgens de gescoorde risicofactoren op basis van zijn vakkennis en ervaring. Bij de actuariële methode, tot slot, neemt de beoordelaar een empirisch gevalideerd risicotaxatie-instrument af. De risicofactoren worden vervolgens gewogen en gescoord volgens een vast algoritme dat automatisch het recidiverisico van de verdachte bepaalt. Actuariële risicotaxatie-instrumenten kunnen vaak snel en goedkoop worden afgenomen.¹²

Tabel 1.1 Vormen van risicotaxatie, met bijbehorende instrumenten, in gebruik in Nederland.

NIFP: Nederlands Instituut voor de Forensische Psychiatrie en Psychologie,
3RO: reclasseringsorganisaties, RvdK: Raad voor de Kinderbescherming.¹³

Vormen van risicotaxatie		
Ongestructureerd	De beoordelaar bepaalt op basis van eigen ervaring en inzicht het recidiverisico.	
Gestructureerd	De beoordelaar neemt een risicotaxatie-instrument af waarin wetenschappelijk bewezen risicofactoren zijn opgenomen. Het wegen van deze factoren en het komen tot een conclusie wordt overgelaten aan de beoordelaar.	<ul style="list-style-type: none"> - QuickScan (3RO; algemeen) - J-SOAP (RvdK; zeden) - SVR-20 (forensische zorg, NIFP; zeden) - LIJ 2A en 2B (RvdK; algemeen) - HKT-30 (forensische zorg, NIFP; algemeen) - HCR-20 (forensische zorg, NIFP; algemeen)
Actuariel	De beoordelaar neemt een wetenschappelijk onderbouwd risicotaxatie-instrument af. Het eindoordeel voor het recidiverisico volgt uit de scores op de afzonderlijke factoren.	<ul style="list-style-type: none"> - StatRec (in QuickScan, 3RO; algemeen) - RRasor (in QuickScan, 3RO; zeden) - Static-99(R) (3RO; zeden) - STABLE-2007 (3RO; zeden) - LIJ 1 (RvdK; algemeen) - RISC (3RO; algemeen)

¹² Helmus, Hanson, Babchishin, & Thornton (2014).

¹³ Met aanpassingen overgenomen uit *Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen* (2014, p. 252).

In internationaal onderzoek is inmiddels aangetoond dat er van de actuariële methode een grotere voorspellende waarde uitgaat dan van de ongestructureerde of gestructureerde methode.¹⁴ Bovendien blijkt uit meerdere studies dat de voorspellende waarde zelfs afneemt wanneer beoordelaars de score van actuariële risicotaxatie-instrumenten achteraf naar eigen inzicht mogen aanpassen.¹⁵ Ook blijkt dat wanneer risicofactoren in een instrument voor gestructureerd oordeel simpelweg bij elkaar worden opgeteld, in plaats van naar eigen inzicht gewogen, de voorspelling van latere recidive beter is.¹⁶ Dit alles betekent dat een zelfstandig gebruikt instrument beter voorspelt dan wanneer het resultaat van het instrument wordt gecombineerd met inzicht van de professional. Onderzoek naar de voorspellende validiteit van ongestructureerde risicotaxatie wijst uit dat deze gelijk aan of zelfs lager dan kansniveau is.¹⁷ Oftewel: een uitspraak over risico zonder gebruik van een risicotaxatie-instrument zegt niets over latere recidive. Het is vergelijkbaar met het opgooien van een muntje. Deze conclusie is niet nieuw of uniek voor het taxeren van risico op recidive. In een invloedrijke¹⁸ meta-analyse naar de voorspellende waarde van ongestructureerde en actuariële methodes van risico-inschatting concludeerden de auteurs al in 1996:

“We know of no social science controversy for which the empirical studies are so numerous, varied, and consistent as this one.”¹⁹

Het gebruik van een risicotaxatie-instrument bij het inschatten van het recidivegevaar van zedenverdrachten is internationaal inmiddels dan ook gemeengoed. De actuariële Static-99(R) is daarbij het meest gehanteerde risicotaxatie-instrument voor zedendelinquenten en is routine in onder meer de Verenigde Staten, Canada, Australië en het Verenigd Koninkrijk.²⁰ In Nederland lijkt er nog geen eenduidigheid te zijn in de manier waarop het inschatten van het recidiverisico moet plaatsvinden door de verschillende instanties betrokken bij de risicotaxatie (zie ook [Hoofdstuk 7](#)).²¹ Dit onderzoek brengt in kaart op welke wijze het risico in de praktijk wordt vastgesteld door rapporteurs PJ ([Hoofdstuk 3](#)) en reclassering ([Hoofdstuk 4](#)). Hoofdstuk 7 gaat aan de hand van wetenschappelijke literatuur nader in op enkele in het Nederlandse veld regelmatig genoemde bezwaren tegen actuariële risicotaxatie.

Dynamische en statische risicofactoren

Er zijn twee verschillende soorten risicofactoren.²² Allereerst zijn er historische, statische factoren. Deze factoren geven een goed beeld van het basisrisico van een verdachte, op grond van bijvoorbeeld strafrechtelijke antecedenten of demografische kenmerken. Deze factoren zijn echter per definitie onveranderbaar, en daarmee niet geschikt om interventies op te richten. Daarnaast zijn er dynamische, beïnvloedbare factoren. Deze factoren verbeteren de inschatting van

14 Hanson & Morton-Bourgon (2005) , Hanson & Morton-Bourgon (2009).

15 Hanson, Helmus, & Harris (2015), Gore (2007).

16 Hanson & Morton-Bourgon (2009).

17 Hanson, Morton-Bourgon, & Harris (2003) , Smid, Klein Haneveld, De Vogel, & Van Horn (2014) .

18 Dit artikel is tot op heden 1303 maal geciteerd in de wetenschappelijke literatuur. https://scholar.google.nl/scholar?oe=utf-8&gws_rd=cr&dc=0&um=1&ie=UTF-8&lr&cites=14186137140745158194, geraadpleegd 30 augustus 2017.

19 Grove & Meehl (1996, p. 318).

20 Hanson, Thornton, Helmus, & Babchishin (2016, p. 2); Smid (2014, pp. 22-23).

21 Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2014, pp. 252, 258).

22 Zie bijvoorbeeld <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrccs/pblctns/pprchs-rsksm/index-en.aspx>, geraadpleegd 31 augustus 2017.

het recidiverisico en geven een beeld van welke veranderbare factoren voor een bepaalde verdachte het meest van invloed zijn op de kans opnieuw een delict te plegen.²³ Behandeling moet dan gericht zijn op het ten positieve beïnvloeden van deze factoren (het behoefte-principe).

1.5 Dit onderzoek

De Nationaal Rapporteur stelde eerder dat risicotaxatie in Nederland niet op actuariële wijze plaatsvindt.²⁴ Deze constatering deed zij op basis van beleidsstukken, gesprekken met de relevante organisaties en eerdere onderzoeken. Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) wilde daarop graag een recenter beeld krijgen van risicotaxatie in rapportages pJ.²⁵ Dit onderzoek komt tegemoet aan die wens. Hoofdmoot van dit rapport is een analyse van een steekproef van strafzaken tegen verdachten van seksueel geweld tegen kinderen uit 2012 en 2013.²⁶ Voor deze strafzaken zijn de rapportage pJ, het reclasseringsadvies en het vonnis geanalyseerd en gecombineerd met registratiedata van NIFP en de reclasseringsorganisaties (3RO).

Onderzoeksmethode

Het onderzoek staat in meer detail beschreven in Bijlage 1 (Onderzoeksverantwoording). Op hoofdlijnen is het als volgt in zijn werk gegaan: het proces is begonnen met een steekproef van 282 zaken uit de registratie van het NIFP. Het NIFP heeft de registratiedata voor deze zaken geleverd aan de Nationaal Rapporteur en de bijbehorende (geanonimiseerde) adviesrapportages ter inzage op locatie beschikbaar gesteld. Via een Trusted Third Party zijn deze zaken op basis van het parketnummer (het nummer waarmee alle zaken in de strafrechtketen geïdentificeerd worden) gekoppeld aan de registratie van de reclassering. De reclassering heeft eveneens de registratiedata en de geanonimiseerde rapportages aan de Nationaal Rapporteur geleverd. Tot slot zijn bij de rechtspraak via een tussenpersoon de vonnissen behorend bij de parketnummers opgevraagd en door de tussenpersoon geanonimiseerd en vervolgens aan de Nationaal Rapporteur geleverd.

Medewerkers van de Nationaal Rapporteur hebben vervolgens de rapportages pJ, de adviesrapportages van de reclassering en de vonnissen gecodeerd op de voor dit onderzoek relevante variabelen. De data van de rapportages pJ zijn gekoppeld aan de registratiedata van het NIFP en worden beschreven in Hoofdstuk 3. De data van de adviesrapportages zijn gekoppeld aan de registratiedata van de reclasseringsorganisaties en staan beschreven in Hoofdstuk 4. Vervolgens zijn alle (vijf) databronnen aan elkaar gekoppeld op basis van het gepseudonimiseerde parketnummer. Deze data worden gepresenteerd in Hoofdstukken 5 en 6. Omdat bij iedere koppeling tussen bronnen zaken af zijn gevallen is het aantal zaken in de verschillende hoofdstukken niet gelijk.

Doel van de analyse was het verkrijgen van inzicht in 1) de wijze van risicotaxatie; 2) het oordeel over het recidiverisico; 3) het advies dat rapporteur pJ en reclasseringsswerker uitbrengen en de rol die risico

23 J. W. Van den Berg et al. (2017).

24 Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2014).

25 Mondelinge informatie NIFP, 4 december 2014.

26 Toen het onderzoek van start ging waren dit de meest recente jaren waarvoor data beschikbaar waren.

hierin speelt en 4) de behandelvorm die de rechter oplegt en de rol die risico hierin speelt. De analyse in dit onderzoek is statistisch van aard. Bijvoorbeeld: is er een verband te ontdekken tussen het vastgestelde risiconiveau en de opgelegde behandeling? In een dergelijke analyse blijft het beslissingsproces van rapporteur pJ, reclasseringswerker en rechter buiten beschouwing. Het gaat er dan niet om of betrokkenen al dan niet *zeggen* dat iets een rol speelt, alleen of die rol in de uitkomst van het proces te ontdekken valt.

In die zin valt dit rapport te beschouwen als de analyse van het systeem van opleggen van behandeling aan zedendelinquenten. Dat systeem bestaat uit verschillende componenten (zie §1.2), maar die componenten samen zorgen ervoor dat een ‘input’ (een verdachte met een bepaalde kans op recidive) leidt tot een ‘output’ (een opgelegde behandeling). De vraag die dit rapport beoogt te beantwoorden is of dit systeem ertoe leidt dat de opgelegde behandelvorm past bij de delinquent die deze opgelegd krijgt.

1.6 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 schetst het juridisch kader waaronder genoemd systeem werkt: welke opties heeft de rechter om behandeling op te leggen, en aan welke vereisten moet hiervoor steeds voldaan zijn? **Hoofdstuk 3** behandelt de risicoanalyse in rapportages pro Justitia en het advies dat daaruit volgt, terwijl **Hoofdstuk 4** dezelfde vragen behandelt voor reclasseringsadviezen. Omdat de rechter in de hier behandelde zaken op basis van twee adviezen één beslissing moet nemen, vergelijkt **Hoofdstuk 5** de twee adviezen op een aantal centrale punten. **Hoofdstuk 6** behandelt de uitkomst van het systeem, de behandeling die de rechter oplegt en de rol die risico hierin speelt. Na het uiteenzetten van de stand van zaken van risicotaxatie in de praktijk in Hoofdstukken 3 t/m 6 worden in **Hoofdstuk 7** enkele in Nederland regelmatig genoemde bezwaren tegen actuariële risicotaxatie besproken aan de hand van de wetenschappelijke literatuur. **Hoofdstuk 8** tot slot bevat een samenvatting van de bevindingen en sluit af met aanbevelingen om de rol van recidiverisico in de Nederlandse strafrechtstketen te versterken.

Juridisch kader voor het opleggen van een behandeling aan zedendelinquenten

2.1 Inleiding

Dit onderzoek gaat over het opleggen van behandeling aan zedendelinquenten in relatie tot hun recidiverisico. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de mogelijkheden die de rechter in het kader van de straftoemeting heeft, om een zedendelinquent tot een behandeling te verplichten.¹ Daartoe bestaan kort gezegd twee modaliteiten, namelijk de voorwaardelijke veroordeling onder bijzondere voorwaarde(n) en de oplegging van een beveiligingsmaatregel zoals de terbeschikkingstelling (tbs) of plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis.² In §2.2. komt de voorwaardelijke veroordeling aan bod. Wanneer kan de rechter een voorwaardelijke veroordeling opleggen en welke bijzondere voorwaarde(n) kan hij daaraan verbinden? En wat wordt met het stellen van bijzondere voorwaarde(n) beoogd? In §2.3 wordt ingezoomd op de beveiligingsmaatregelen. Allereerst komt de tbs aan de orde: wat houdt tbs precies in, wanneer kan tbs worden gelast en welke vormen van tbs bestaan er? Daarna wordt kort ingegaan op de maatregel plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. Tot slot gaat in §2.4 de aandacht uit naar het advies dat is uitgebracht aan de rechter over de persoon van de verdachte ten behoeve van de sanctieoplegging. Welke invloed heeft dit advies bij het opleggen van een voorwaardelijke veroordeling respectievelijk een beveiligingsmaatregel? Wat bepaalt de wet ten aanzien van de gedragsdeskundigen en reclasseringswerkers die de verdachte onderzoeken en over hem of haar rapporteren? En aan welke wettelijke eisen dienen de rapportage en het advies te voldoen?

1 In dit hoofdstuk wordt naar de zedendelinquent, de verdachte en de veroordeelde verwezen met mannelijke voor- naamwoorden. Omdat ongeveer 6% van de onderzoeksgroep een vrouw is (zie [Bijlage 1](#)), worden daarmee ook vrouwelijke zedendelinquenten, verdachten en veroordeelden bedoeld.

2 De maatregel plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (isd) wordt buiten beschouwing gelaten, nu deze maatregel tot op heden niet aan een zedendelinquent is opgelegd. Zie: [Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen 2014](#), p. 222.

2.2 Bijzondere voorwaarden in het kader van een voorwaardelijke veroordeling

2.2.1 De voorwaardelijke veroordeling

De rechter kan bij het opleggen van bepaalde straffen (waaronder gevangenisstraffen van korter dan vier jaar en taakstraffen) bepalen dat (een deel van) die straf, het zogenaamde voorwaardelijke strafdeel, niet ten uitvoer zal worden gelegd.³ Dit wordt ook wel de voorwaardelijke veroordeling genoemd. De rechter kan aan het voorwaardelijke strafdeel (een) bijzondere voorwaarde(n) verbinden waaraan de veroordeelde zich tijdens zijn of haar proeftijd moet houden. Leeft de veroordeelde deze bijzondere voorwaarde(n) niet na, dan kan de rechter bevelen dat de veroordeelde het voorwaardelijke strafdeel alsnog moet ondergaan.⁴ De rechter stelt de duur van de proeftijd vast. De proeftijd is in beginsel ten hoogste drie jaar, maar deze kan worden verhoogd tot maximaal tien jaar, indien er ernstig rekening mee moet worden gehouden dat de veroordeelde wederom een misdrijf zal plegen dat gericht is tegen of gevaar veroorzaakt voor de onaan-tastbaarheid van het lichaam van een persoon.⁵ In dit laatste geval kan de rechter ook bevelen dat de gestelde voorwaarde(n) onmiddellijk na het doen van de uitspraak uitvoerbaar en van toepassing zijn, in plaats van wanneer de uitspraak onherroepelijk is geworden omdat er geen cassatie of hoger beroep meer tegen openstaat.⁶

Door bijzondere voorwaarde(n) te verbinden aan een voorwaardelijke straf kan gericht worden gewerkt aan een gedragsverandering bij de veroordeelde en aan het voorkomen van recidive. De veroordeelde, het door hem gepleegde delict en het risico dat de veroordeelde vormt voor de samenleving zijn belangrijke indicatoren voor het toepassen van een voorwaardelijke veroordeling.⁷ Het is dus van belang dat de rechter een duidelijk beeld krijgt van het recidiverisico van de veroordeelde en dat hij goed wordt geadviseerd over op welke wijze dit recidiverisico het beste kan worden verminderd.

2.2.2 De voorwaarden

Aan een voorwaardelijke veroordeling zit in ieder geval altijd de algemene voorwaarde verbonden dat de veroordeelde zich in zijn proeftijd niet schuldig mag maken aan een ander strafbaar feit.⁸ Daarnaast kan de rechter bijzondere voorwaarde(n) verbinden aan de voorwaardelijke veroordeling. Artikel 14c lid 2 Sr geeft een niet uitputtende opsomming van bijzondere voorwaarden die kunnen worden gesteld.⁹ Een aantal van deze bijzondere voorwaarden verplichten tot het ondergaan van een behandeling of andere vorm van gedragsinterventie:

3 Art. 14a van het Wetboek van Strafrecht (Sr).

4 Art. 14g Sr.

5 Art. 14b Sr. Zedendelicten betreffen misdrijven waarbij de lichamelijke integriteit van een persoon in het geding is.

6 Art. 14e lid 1 Sr.

7 *Kamerstukken II 2009/10, 32319, 3.*

8 In het geval de rechter ook bijzondere voorwaarde(n) oplegt, komen daar op grond van art. 14c lid 1 onder b Sr nog twee algemene voorwaarden bij. Eén van deze voorwaarden betreft het verlenen van medewerking aan reclasseringstoezicht.

9 Opgemerkt wordt dat art. 14c Sr recentelijk is gewijzigd en dat de thans in lid 2 opgesomde bijzondere voorwaarden gelden vanaf 1 april 2012 (*Stb.* 2011, 545). In dit onderzoek zijn vonnissen uit 2012-2013 geanalyseerd waarop mogelijk (afhankelijk van de pleegdatum van het begane delict) het oude art. 14c Sr van toepassing is. De gedragsvoorwaarde uit art. 14c lid 2 onder 2 Sr (oud) bood toen echter de mogelijkheid om dezelfde bijzondere voorwaarden op te leggen als die nu expliciet in lid 2 staan genoemd.

Opneming van de veroordeelde in een zorginstelling (artikel 14c lid 2 sub 10 Sr)

De rechter kan bepalen dat de veroordeelde wordt opgenomen in een zorginstelling. Het gaat hierbij om veroordeelden bij wie een psychische stoornis is geconstateerd.¹⁰ De rechter bepaalt de duur en plaats van de opname. De duur van de opname is niet langer dan de vastgestelde proeftijd. Verschillende zorginstellingen komen in aanmerking, waaronder een forensische psychiatrische kliniek of een verslavingskliniek.¹¹ In beginsel gaat om gaat om opname *ter verpleging* en niet om een opname ter behandeling.

Een verplichting zich onder behandeling te stellen van een deskundige of zorginstelling (artikel 14c lid 2 sub 11 Sr)

De rechter kan ook bepalen dat de veroordeelde een ambulante behandeling dient te volgen. Deze voorwaarde wordt gesteld wanneer een opname in een zorginstelling niet noodzakelijk is, maar de veroordeelde wel gebaat is bij een behandeling. Deze voorwaarde maakt het ook mogelijk dat de veroordeelde een reeds ingezette behandeling moet voortzetten. Het verplicht nemen van medicatie valt ook onder deze bijzondere voorwaarde.¹²

Het deelnemen aan een gedragsinterventie (artikel 14c lid 2 sub 13 Sr)

Deze voorwaarde betreft het verplicht deelnemen aan bepaalde cursussen, opleidingen of andere interventies, die een gedragsverandering bij de veroordeelde teweeg kunnen brengen. Het is de bedoeling dat alleen gedragsinterventies worden opgelegd die zijn erkend door de Erkenningscommissie Justitiële Interventies.¹³ Voorbeelden van dergelijke interventies zijn 'Grip op Agressie' en de cognitieve vaardigheidstraining 'Cova 2.0'.¹⁴ Er zijn overigens tot op heden geen erkende interventies specifiek gericht op volwassen zedendelinquenten.¹⁵

Een gedragsvoorwaarde (sub 14)

Dit betreft een soort restcategorie die het de rechter mogelijk maakt een gedragsbeïnvloedende voorwaarde te stellen die de rechter passend en proportioneel acht, maar die niet uitdrukkelijk in de wet staat.¹⁶ Onder gedrag dient in dit geval te worden verstaan: handel en wandel thuis en in de samenleving, goed levensgedrag en gedrag waartoe de veroordeelde uit een oogpunt van betamelijkheid is gehouden.¹⁷ De voorwaarde zal over het algemeen zien op het doen en (na)laten van de veroordeelde en kan een aanvulling zijn op een opgelegde behandeling of gedragsinterventie.

De in artikel 14c lid 2 Sr opgesomde bijzondere voorwaarden kunnen overeenkomsten vertonen met de voorwaarden die in het kader van een tbs met voorwaarden kunnen worden gesteld (zie §2.3.1.3). Met andere woorden: zowel de voorwaardelijke veroordeling als de tbs met voorwaarden kunnen de ver-

10 Zie J.W. Fokkens, aantekening 11 in het commentaar op art. 14c Sr, in: Noyon/Langemeijer/Remmelink Strafrecht, Deventer: Wolters Kluwer (online).

11 Zie F.W. Bleichrodt, in: Handboek strafzaken 51.5.c, Deventer: Wolters Kluwer (online).

12 Zie J.W. Fokkens, aantekening 12 bij art. 14c Sr, in: Noyon/Langemeijer/Remmelink Strafrecht, Deventer: Wolters Kluwer (online).

13 *Kamerstukken II* 2009/10, 32319, 3 (p. 10).

14 <https://www.justitieinterventies.nl/erkende-interventies> (geraadpleegd op 3 mei 2017).

15 [https://www.justitieinterventies.nl/erkende-interventies?search_term=&field_age_group_tid\[\]=2&field_subject_tid\[\]=14&field_goal_tid\[\]=8](https://www.justitieinterventies.nl/erkende-interventies?search_term=&field_age_group_tid[]=2&field_subject_tid[]=14&field_goal_tid[]=8) (geraadpleegd 13 september 2017).

16 *Kamerstukken II* 2009/10, 32319, 3 (p. 10).

17 HR 15 maart 1926, *NJ* 1926/422, respectievelijk HR 26 november 1968, *NJ* 1970/123.

plichting omvatten tot het volgen van (dezelfde) ambulante behandeling of een klinische opname. In zoverre hangt de behandelintensiteit niet per se samen met de sanctiemodaliteit, maar kan deze ook afhankelijk zijn van de nadere invulling die daaraan wordt gegeven.

2.2.3 Vereisten voor het opleggen van bijzondere voorwaarden

Anders dan dat het op grond van artikel 14a Sr mogelijk moet zijn om een voorwaardelijke veroordeling op te leggen, noemt de wet verder geen vereisten voor het stellen van bijzondere voorwaarden. Dit in tegenstelling tot de in §2.3 te bespreken maatregelen, ten aanzien waarvan dergelijke vereisten wel gelden (zoals bijvoorbeeld dat een rapportage moet worden opgesteld door gedragsdeskundigen die de verdachte hebben onderzocht). Dit neemt niet weg dat het toepassen van (een) bijzondere voorwaarde(n) nauwelijks mogelijk is zonder een voorafgaande rapportage pro Justitia (pJ) en/of reclasseringsadvies.¹⁸ Het doel van de voorwaardelijke veroordeling, zoals bedoeld in dit onderzoek, is immers het verlagen van het recidiverisico door een gedragsverandering teweeg te brengen bij de veroordeelde. De rechter baseert zijn of haar oordeel over het recidiverisico doorgaans op de rapportage pJ en/of het reclasseringsadvies. Datzelfde geldt ten aanzien van de wijze waarop (en dus door middel van welke bijzondere voorwaarde) een gedragsverandering het beste kan worden bewerkstelligd. En ook indien de rechter een proeftijd wil opleggen van langer dan drie jaar of de bijzondere voorwaarde(n) dadelijk uitvoerbaar wil verklaren, vormt de rapportage pJ en/of het reclasseringsadvies de basis voor het oordeel dat 'er ernstig rekening mee moet worden gehouden dat de veroordeelde wederom een misdrijf zal begaan dat gericht is tegen of gevaar veroorzaakt voor de onaantastbaarheid van het lichaam van een persoon.'

De Wet langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding en vrijheidsbeperking

Op 1 januari 2018 treedt de Wet langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding en vrijheidsbeperking in werking.¹⁹ Deze wet introduceert een gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel. Deze (beveiligings)maatregel vertoont overeenkomsten met de voorwaardelijke veroordeling onder bijzondere voorwaarde(n). De rechter kan de maatregel opleggen aan zedendelinquenten die worden veroordeeld tot een (deels) onvoorwaardelijke gevangenisstraf.²⁰ De maatregel houdt in dat een zedendelinquent na afloop van de gevangenisstraf onder toezicht komt te staan van de reclassering. Aan dit toezicht kunnen gedragsbeïnvloedende en/of vrijheidsbeperkende voorwaarden worden verbonden, zoals bijvoorbeeld een opname van de veroordeelde in een zorginstelling of een verplichting zich onder behandeling te stellen.²¹ Anders dan bij de voorwaardelijke veroordeling, die een maximale proeftijd kent, is de totale duur van het toezicht niet aan een wettelijke maximum gebonden. In feite kan een zedendelinquent dus levenslang onder toe-

18 Zie P.M. Schuyt, aantekening 13 bij het commentaar op art. 14c Sr, Tekst & Commentaar, Deventer: Wolters Kluwer 2016 (online).

19 Stb. 2016, 493. Voluit: Wet van 25 november 2015 tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering in verband met het laten vervallen van de maximale duur van de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege, het verlenen van de proeftijden van de voorwaardelijke invrijheidsstelling en de invoering van een langdurige gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel voor terbeschikkinggestelde en zeden- en geweldsdelinquenten (Stb. 2015, 460).

20 Zie art. 38z Sr (nieuw). De gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel kan alleen worden opgelegd aan personen die tot een (deels) onvoorwaardelijke gevangenisstraf worden veroordeeld ter zake van een misdrijf dat is gericht tegen of gevaar veroorzaakt voor de onaantastbaarheid van het lichaam van een of meer personen.

21 Zie art. 38ab lid 2 onder b en c Sr (nieuw).

zicht komen te staan.²² Een ander verschil is dat het toezicht pas gaat lopen wanneer daartoe een rechterlijke last is afgegeven kort voor het eindigen van de vrijheidsstraf.²³ In deze last worden ook pas de aan het toezicht te verbinden voorwaarde(n) bepaald.²⁴ Het enige vereiste voor de oplegging van de maatregel aan een zedendelinquent is, dat deze wordt opgelegd ‘ter bescherming van de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen.’ De rechter zal op basis van een reclasseringsadvies met een risicotaxatie een inschatting moeten maken van het recidiverisico.²⁵ In tegenstelling tot de oplegging van tbs of plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis is voor het opleggen van deze maatregel niet vereist dat de zedendelinquent (enigszins of sterk) verminderd toerekeningsvatbaar of ontoerekeningsvatbaar is (zie §2.3).

2.3 Beveiligingsmaatregelen

2.3.1 Terbeschikkingstelling

2.3.1.1 Tbs is een beveiligingsmaatregel

Tbs is een beveiligingsmaatregel en is bestemd voor verdachten die een strafbaar feit hebben begaan onder invloed van een psychische stoornis en die een ernstig gevaar opleveren voor de samenleving. Ondanks dat deze verdachten gevaarlijk zijn, kan aan hen geen straf worden opgelegd omdat het delict niet aan hen kan worden verweten (in het geval van ontoerekenbaarheid) of kan niet worden volstaan met een strafoplegging (wat het geval kan zijn indien sprake is verminderde toerekenbaarheid). Anders dan een straf, waarmee primair vergelding wordt beoogd, is het doel van een beveiligingsmaatregel de bescherming van de maatschappij.

2.3.1.2 Vereisten voor het opleggen van tbs

Om tbs op te kunnen leggen, moet aan een aantal vereisten zijn voldaan. Allereerst is vereist dat bij de verdachte sprake is van een gebrekkig ontwikkeling van de geestesvermogens of een ziekelijke stoornis (tezamen ook wel aangeduid als een psychische stoornis).²⁶ Daarnaast moet deze psychische stoornis tijdens het plegen van het strafbare feit aanwezig zijn geweest: het delict moet in enigerlei of overwegende mate onder invloed van de psychische stoornis zijn begaan.²⁷ Kortom, de verdachte moet (enigszins of sterk) verminderd toerekeningsvatbaar of ontoerekeningsvatbaar zijn. Ook moet de verdachte een gevaar vormen voor anderen (dat wil zeggen voor bepaalde personen) of voor de algemene veiligheid van personen (iedereen) of goederen.²⁸ Dit wordt ook wel het gevaarscriterium genoemd. Deze

22 Deze wet houdt overigens ook in dat voor zedendelinquenten de proeftijd bij de voorwaardelijke invrijheidstelling telkens opnieuw met twee jaar kan worden verlengd, indien er ernstig rekening mee dient te worden gehouden dat de veroordeelde opnieuw een misdrijf begaat of als dit nodig is ter voorkoming van ernstig belastend gedrag van de veroordeelde richting slachtoffers of getuigen (*Kamerstukken I, 2014/15, 33 816, A*).

23 Zie art. 38aa Sr (nieuw). Aldus kan tegen het einde van de gevangenisstraf aan de hand van actuele omstandigheden opnieuw worden beoordeeld of het noodzakelijk is dat de zedendelinquent bij zijn terugkeer in de maatschappij onder toezicht staat en of aan dat toezicht voorwaarden moeten worden verbonden.

24 Zie art. 38ab lid 1 Sr (nieuw).

25 Dreessen (2016)

26 Art. 37a lid 1 Sr.

27 Art. 37a lid 1 Sr. Zie ook: HR 22 januari 2008, *NJ* 2008/193.

28 Art. 37a lid 1 onder 2 Sr.

gevaarlijkheid moet worden veroorzaakt door de psychische stoornis.²⁹ De rechter beoordeelt of en in welke mate het delict aan de verdachte kan worden toegerekend. Daarnaast beoordeelt de rechter in hoeverre sprake is van een gevaar voor herhaling en of dit gevaar de oplegging van tbs eist. De rechter moet zich daarbij laten adviseren door gedragsdeskundigen (en soms ook de reclassering), maar is niet gebonden aan de adviezen die door hen zijn uitgebracht.³⁰

Gradaties van toerekenbaarheid

Door gedragsdeskundigen werden tot voorkort vijf gradaties van toerekenbaarheid gehanteerd, namelijk toerekeningsvatbaar, enigszins verminderd toerekeningsvatbaar, verminderd toerekeningsvatbaar, sterk verminderd toerekeningsvatbaar en ontoerekeningsvatbaar. Inmiddels is door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie het aantal gradaties van toerekenbaarheid bijgesteld naar drie gradaties, te weten toerekeningsvatbaar, verminderd toerekeningsvatbaar en ontoerekeningsvatbaar.³¹ In het geval van ontoerekeningsvatbaarheid kan het strafbare feit in zijn geheel niet aan de verdachte worden verweten, waardoor aan hem geen straf kan worden opgelegd.³² Een mogelijke sanctie is dan de plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (zie §2.3.2) of tbs. Als de verdachte (enigszins of sterk) verminderd toerekeningsvatbaar is, dan vloeit het door hem begane strafbare feit in verminderde mate voort uit zijn psychische stoornis. Aan de verdachte kan dan tbs worden opgelegd. Omdat het delict in bepaalde mate aan de verdachte kan worden verweten, kan in dit geval naast tbs ook nog een straf aan de verdachte worden opgelegd.³³ Als het strafbare feit volledig aan de verdachte kan worden toegerekend, is de oplegging van een beveiligingsmaatregel uitgesloten.³⁴ De voorwaardelijke veroordeling onder bijzondere voorwaarde(n) biedt dan uitkomst om de verdachte tot een behandeling te verplichten, mocht de rechter dat noodzakelijk vinden.

Daarnaast kan tbs alleen worden opgelegd ten aanzien van bepaalde misdrijven. Het betreft in ieder geval de misdrijven waarop een gevangenisstraf van in ieder geval vier jaar of meer is gesteld.³⁵ Het merendeel van de zedendelicten heeft een strafbedreiging van een gevangenisstraf van (tenminste) vier jaar. Uitzondering zijn de artikelen 240 (pornografie), 240a (bescherming van jeugdigen beneden de 16 jaar tegen het vertonen van schadelijke voorwerpen), 248d (seksueel corrumperen), 248e (grooming), 250 (koppelarij), 252 (toedienen van bedwelmende drank), 254 (ontucht met dieren) en 254a (dierenpornografie) Sr.

Voorts bestaan diverse vereisten die zijn gericht op voorlichting van de rechter door gedragsdeskundigen over de persoon van de verdachte: lijdt hij aan een psychische stoornis, wat is de doorwerking hiervan geweest in het begane delict en in hoeverre is hij gevaarlijk? Vereist is allereerst dat een advies is uitgebracht door tenminste twee gedragsdeskundigen van verschillende disciplines, onder wie een psy-

29 HR 9 november 1982, NJ 1983/268.

30 HR 18 december 2012, ECLI:NL:HR:2012:BY5355.

31 Zie de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2012, pp. 64-65 en Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (2017a, p. 7).

32 Art. 39 Sr.

33 Art. 37a lid 2 Sr. In dit verband wordt opgemerkt dat in Nederland niet wordt gestraft volgens het beginsel 'straf naar de mate van schuld' (HR 12 november 1985, NJ 1986/327). Bij een geringe mate van verwijtbaarheid kan dus alsnog een forse straf worden opgelegd.

34 Dit wordt anders na de inwerkingtreding van de Wet langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding en vrijheidsbeperking (zie kadertekst in §2.2.3).

35 Art. 37a lid 1 onder 1 Sr.

chiater. Dit is de rapportage pJ. Deze gedragsdeskundigen moeten de verdachte hebben onderzocht. Het advies moet met redenen zijn omkleed, gedagtekend en ondertekend door de deskundigen die het hebben opgesteld. Daarnaast mag het advies niet ouder zijn dan één jaar. Van deze laatste eis kan met instemming van procespartijen worden afgeweken. In aanvulling hierop neemt de rechter ook nota van de inhoud van andere zich in het strafdossier bevindende adviezen en rapporten over de persoonlijkheid van de verdachte. Overige adviezen en rapporten kunnen bijvoorbeeld zijn reclasseringsadviezen of pJ-rapportages uitgebracht ten behoeve van een andere strafzaak van de verdachte.

Indien een verdachte weigert mee te werken aan het onderzoek dat nodig is om een advies over zijn persoon te kunnen uitbrengen (een zogenaamde weigerende observandus), dan gelden voornoemde processuele vereisten niet.³⁶ De gedragsdeskundigen dienen voor zover mogelijk wel een rapport op te maken over de reden van weigering. De rechter dient zich op basis van andere rapporten en adviezen (vaak zijn dit rapporten en adviezen opgemaakt in eerdere strafzaken waaraan de verdachte wel zijn medewerking heeft verleend), te laten voorlichten of tbs noodzakelijk is. Omdat het oordeel over de toerekeningsvatbaarheid en de gevaarlijkheid van de verdachte aan de rechter is, blijft de oplegging van tbs ook mogelijk in de gevallen waarin gedragsdeskundigen geen advies hebben kunnen geven hierover.

Tot slot slaat de rechter bij de oplegging van tbs ook acht op de ernst van het begane delict en op de veelvuldigheid van de eerdere veroordelingen van de verdachte voor een misdrijf.³⁷

2.3.1.3 Twee varianten van tbs

Er bestaan twee varianten van tbs, namelijk de tbs met dwangverpleging en de tbs met voorwaarden. Tbs met dwangverpleging is aan de orde wanneer sprake is van zeer ernstig recidivegevaar waartegen de maatschappij dient te worden beveiligd. Tbs met dwangverpleging houdt in dat de veroordeelde (of in dit geval ook wel: de terbeschikkinggestelde) van overheidswege intramuraal wordt verpleegd in een daartoe bestemde (speciale) inrichting. De dwangverpleging wordt gerechtvaardigd door de noodzaak de samenleving te beschermen tegen personen die in relatie met een psychische stoornis een ernstig delict hebben begaan en waarvan het gevaar groot is dat zij zullen recidiveren.³⁸ Het karakter van de maatregel is *dwangverpleging* en niet *dwangbehandeling*.³⁹ Daar waar het bij verpleging om passieve verzorging gaat, vereist behandeling een actieve medisch-psychiatrische gedragsbeïnvloeding die de terbeschikkinggestelde raakt.⁴⁰ Uiteraard wordt aan de terbeschikkinggestelde wel een behandeling aangeboden, zodat bij hem een gedragsverandering kan worden bewerkstelligd en aldus het recidiverisico kan worden verminderd. De totale duur van tbs met dwangverpleging is in beginsel niet langer dan vier jaar.⁴¹ Indien tbs met dwangverpleging is opgelegd ten aanzien van een geweldsmisdrijf (waaronder

36 Zie art. 37 lid 3 Sr.

37 Art. 37a lid 4 Sr.

38 Zie M.J.F. van der Wolf, in: Handboek Strafzaken 53.3.3 Deventer: Wolters Kluwer (online).

39 Zie E.J. Hofstee, aantekening 1 in het commentaar op art. 37b Sr, in: Noyon/Langemeijer/Remmelink Strafrecht, Deventer: Kluwer (online). Vgl. ook art. 1 onder u van de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden met art. 1 onder v van deze wet.

40 Zie E.J. Hofstee, aantekening 5 bij het commentaar op art. 37a Sr, in: Tekst & Commentaar, Deventer: Wolters Kluwer 2016 (boek).

41 Art. 38e lid 1 Sr.

begrepen een zedenmisdrijf), dan kan het bevel daartoe steeds worden verlengd. In deze gevallen is de totale duur van de tbs met dwangverpleging niet aan een wettelijk maximum gebonden.⁴²

In bepaalde gevallen kan worden volstaan met een minder ingrijpend middel dan dwangverpleging en wordt tbs met voorwaarden opgelegd. De oplegging van tbs met voorwaarden is voorbehouden aan verdachten die niet te gevaarlijk zijn (het recidiverisico wordt aanvaardbaar geacht), een niet te ernstig misdrijf hebben begaan en een betrouwbare bereidheid tot medewerking aan de gestelde voorwaarden tonen.⁴³ De gestelde voorwaarden betreffen het gedrag van de verdachte en zien op de bescherming van de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen. Artikel 38a Sr bepaalt dat deze voorwaarden kunnen inhouden dat de terbeschikkinggestelde zich laat opnemen in een inrichting, dat hij zich onder behandeling laat stellen of dat hij voorgeschreven medicatie inneemt. Alhoewel deze voorwaarden een eigen wettelijke grondslag kennen, vertonen zij inhoudelijk veel overeenkomsten met de bijzondere voorwaarden opgesomd in artikel 14c lid 2 Sr (zie §2.2.2). Indien de terbeschikkinggestelde de voorwaarden niet naleeft of de (algemene) veiligheid van personen of goederen dit eist, kan de rechter alsnog dwangverpleging bevelen.⁴⁴ De totale duur van tbs met voorwaarden is in beginsel twee jaar, maar kan telkens worden verlengd totdat de totale duur maximaal negen jaar draagt.⁴⁵

2.3.2 Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis

Een andere beveiligingsmaatregel betreft de plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis.⁴⁶ Deze maatregel kan worden toegepast in het geval dat de verdachte ontoerekeningsvatbaar (en dus niet strafbaar) is, maar de oplegging van een sanctie noodzakelijk wordt geacht ter bescherming van de van de maatschappij of ter bescherming van de verdachte zelf. Om de plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis te kunnen gelasten dient aan een aantal vereisten te zijn voldaan.⁴⁷ De vereisten ten aanzien van de voorlichting van de rechter over de persoon van de verdachte zijn gelijk aan die voor het opleggen van tbs (zie §2.3.1.2). Ook de overige vereisten vertonen veel overeenkomsten met die van de tbs, met dien verstande dat plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis alleen kan worden gelast in het geval de verdachte ontoerekeningsvatbaar is (en dus niet in het geval de verdachte verminderd toerekeningsvatbaar is). Verder geldt ook nu het zogenaamde gevaarscriterium, waarbij wordt opgemerkt dat plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis ook kan plaatsvinden indien de verdachte een gevaar vormt voor zichzelf. Anders dan tbs kan de maatregel plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis ten aanzien van elk misdrijf en elke overtreding worden opgelegd. De verdachte wordt voor een termijn van één jaar in een psychiatrisch ziekenhuis geplaatst. Na afloop van deze termijn kan het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis worden voortgezet op basis van een machtiging als bedoeld in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ).

42 Art. 38e lid 3 Sr.

43 Zie E.J. Hofstee, aantekening 2 onder c bij het commentaar op art. 37a Sr, in: *Tekst & Commentaar*, Deventer: Wolters Kluwer 2016 (online).

44 Art. 38c Sr.

45 Art. 38e lid 2 Sr.

46 Art. 37 Sr.

47 Deze vereisten volgen uit het bepaalde in art. 37 Sr. Momenteel is bij de Eerste Kamer de Wet forensische zorg (Wfz) aanhangig die een volledige inhoudelijke wijziging van art. 37 Sr beoogt. Kort en goed houdt deze wetswijziging in dat er andere vereisten komen te gelden voor de maatregel plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis dan die hier staan genoemd (zie art. 7.1 onder E in de *Kamerstukken I* 2012/13, 32398, nr. D).

2.4 Wettelijke eisen aan het advies aan de rechter

2.4.1 De rol van het advies

De rechter moet zich een goed beeld kunnen vormen van de psychische gesteldheid van de verdachte, zijn recidiverisico en het gevaar dat hij mogelijk vormt voor de samenleving, om te kunnen beoordelen of het opleggen van een behandeling noodzakelijk en wenselijk is. Een goede voorlichting daaromtrent is dan ook van belang. In de voorgaande paragrafen is gebleken dat gedragsdeskundigen en reclaseringswerkers een belangrijke rol vervullen in deze voorlichting. Een voorwaardelijke veroordeling onder bijzondere voorwaarden is nauwelijks mogelijk zonder dat daar een reclaseringsadvies of een rapportage pJ aan ten grondslag ligt. En bij oplegging van tbs is een rapportage pJ zelfs vereist. Het advies aan de rechter omtrent de persoon van de verdachte is dan ook van invloed op de beslissing welke sanctie dient te worden toegepast en welke invulling daaraan dient te worden gegeven.

2.4.2 Gedragsdeskundigen en de rapportage pJ

Het Wetboek van Strafvordering (Sv) stelt geen specifieke eisen aan gedragsdeskundigen die ten behoeve van een strafzaak over de verdachte rapporteren. Het Wetboek van Strafvordering voorziet wel in een regeling voor deskundigen in strafzaken.⁴⁸ Psychologen en psychiaters (gedragsdeskundigen) kunnen in een strafzaak tot deskundige worden benoemd, in welk geval deze regeling op hen van toepassing is.

Gedragsdeskundigen kunnen tot deskundige worden benoemd door de officier van justitie en de rechter-commissaris.⁴⁹ De officier van justitie kan alleen gedragsdeskundigen benoemen die in het Nederlands Register van Gerechtelijk Deskundigen (het NRGD) staan geregistreerd. In het NRGD staan deskundigen geregistreerd die aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen en die zich aan de Gedragscode NRGD moeten houden.⁵⁰ De kwaliteitseisen die van toepassing zijn op NRGD zien met name op de kennis en ervaring waarover een geregistreerd deskundige dient te beschikken. De Gedragscode NRGD omvat verplichtingen ten aanzien van integer, onafhankelijk en onpartijdig handelen, de zorg voor de vereiste kwaliteit van het onderzoek, de omgang met vertrouwelijke gegevens, de zorg voor een begrijpelijk en deugdelijk gemotiveerd verslag en het onderhoud en de ontwikkeling van de vakbekwaamheid.⁵¹ De rechter-commissaris kan ook niet-geregistreerde gedragsdeskundigen tot deskundige benoemen, mits hij of zij motiveert op grond waarvan hij of zij deze persoon deskundig acht.⁵² De rechter-commissaris zal bij de invulling van de motivering zoveel mogelijk moeten aansluiten bij de kwaliteitseisen die gelden voor geregistreerd deskundigen.

Doorgaans benoemen de officier van justitie en de rechter-commissaris een deskundige op voordracht van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP). Het NIFP is onder meer belast met de psychische zorgverlening aan gedetineerden en het in forensische context onderzoek doen naar de persoonlijkheid van de verdachte in strafzaken. Het NIFP maakt gebruik van NRGD-geregistreerde gedragsdeskundigen.⁵³

48 Zie de artt. 51i tot en met 51m Sv.

49 Door de officier van justitie op grond van art. 150 Sv dan wel door de rechter-commissaris op grond van art. 176 Sv.

50 Zie artt. 12 lid 2 en 13 lid 2 onder f van het Besluit register deskundigen in strafzaken.

51 Gedragscode NRGD (Strct. 2015, 47958).

52 Art. 51k lid 2 Sv.

53 Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (2017a).

In de benoeming wordt de opdracht vermeld die de deskundige moet vervullen.⁵⁴ De benoemer (de officier van justitie of de rechter-commissaris) is dus opdrachtgever van het onderzoek en draagt daarmee ook de verantwoordelijkheid voor de onderzoeksvraag. In het geval van een rapportage PJ wordt vaak een standaardvraagstelling gehanteerd. Deze vraagstelling ziet op de aanwezigheid van een psychische stoornis, de (mate van) doorwerking van de psychische stoornis, de toerekenbaarheid en het recidiverisico en het advies van de gedragsdeskundige ter zake van de op te leggen sanctie.⁵⁵ De deskundige brengt een met redenen omkleed verslag uit aan de opdrachtgever en hij of zij geeft daarbij zo mogelijk aan welke methode is toegepast, in welke mate deze methode en de resultaten betrouwbaar kunnen worden geacht en welke bekwaamheid hij of zij heeft bij de toepassing van deze methode.⁵⁶ Het verslag moet zijn gedagtekend en ondertekend door de deskundigen die het hebben opgesteld en mag in beginsel niet ouder zijn dan één jaar.⁵⁷ Het verslag moet verder in goed en begrijpelijk Nederlands zijn geschreven en ook duidelijk zijn voor leken op gedragskundig gebied. Vooral de beschrijving van de mogelijke doorwerking van de psychische stoornis in het delict moet inzichtelijk zijn, zodat de conclusie over de mate van toerekenbaarheid daar logisch uit voortvloeit.⁵⁸

2.4.3 Reclasseringswerkers en het reclasseringsadvies

Eén van de taken van de reclassering is het doen van onderzoek naar en het geven van voorlichting en advies over de persoon van de verdachte ten behoeve van de vervolging, afdoening en berechting van strafzaken.⁵⁹ De reclassering doet dit uit eigen beweging of in opdracht van de officier van justitie, de rechter-commissaris of de rechter.⁶⁰ Reclasseringswerkzaamheden kunnen uitsluitend worden verricht door instellingen die door de minister als reclasseringsinstelling zijn erkend.⁶¹ Door de reclasseringsinstelling kan als reclasseringswerker worden aangewezen degene die in het bezit is van een diploma dat ziet op maatschappelijk werk en dienstverlening, die in dienst is van de instelling en die beschikt over een verklaring omtrent het gedrag.⁶² Een reclasseringswerker legt de eed of de belofte af dat hij of zij de taak overeenkomstig de gestelde voorschriften naar geweten zal vervullen.⁶³ Aan het door de reclasseringswerker uit te brengen reclasseringsadvies zijn geen wettelijke eisen gesteld.

2.5 Conclusie

De rechter beschikt in het kader van de straftoemeting over twee modaliteiten om een zedendelinquent tot een behandeling te verplichten, namelijk een voorwaardelijke veroordeling onder bijzondere voorwaarde(n) en een beveiligingsmaatregel zoals tbs. Een beveiligingsmaatregel betreft een modaliteit

54 Art. 51 lid 1 Sv.

55 Voor de standaard vraagstelling zie [Bijlage 2](#) en Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (2017b).

56 Art. 51 lid 1 Sv.

57 Artt. 37 lid 2 juncto 37a lid 3 Sr.

58 van Esch (2012, p. 875).

59 Zie art. 8 lid 1 onder a van de Reclasseringsregeling 1995. Een andere taak van de reclassering is bijvoorbeeld het houden van toezicht op de naleving van de (bijzondere) voorwaarde die aan de dader zijn opgelegd (art. 8 lid 1 onder b van de Reclasseringsregeling 1995).

60 Artt. 140 lid 1, 177 lid 2 en 310 Sv en art. 9 Reclasseringsregeling 1995.

61 Art. 4 van de Reclasseringsregeling 1995.

62 Art. 2 lid 1 van de Uitvoeringsregeling reclassering 2005.

63 Art. 6 lid 2 van de Reclasseringsregeling 1995 en art. 4 van de Uitvoeringsregeling reclassering 2005.

die bedoeld is voor delinquenten die het delict als gevolg van of onder invloed van hun psychische stoornis hebben begaan, en dus verminderd toerekeningsvatbaar of ontoerekeningsvatbaar zijn, en die een gevaar vormen voor de samenleving. De voorwaardelijke veroordeling onder bijzondere voorwaarden(n) kan daarentegen worden opgelegd aan verdachten die toerekeningsvatbaar zijn, maar waarbij een behandeling toch geboden is vanwege het bestaan van een zeker recidiverisico. Bij beide modaliteiten wordt met de behandeling hetzelfde doel nagestreefd, namelijk het bewerkstelligen van een gedragsverandering bij de verdachte en zo het recidiverisico (en dus het gevaar dat hij vormt voor de samenleving) te verminderen.

De rapportage pJ en/of het reclasseringsadvies speelt zowel bij de beveiligingsmaatregel als de oplegging van een voorwaardelijke veroordeling onder bijzondere voorwaarde(n) een belangrijke rol. Oplegging van een beveiligingsmaatregel is in beginsel niet mogelijk zonder dat een rapportage pJ is opge maakt waarin gedragsdeskundigen verslag doen van de psychische gesteldheid van de verdachte de mate van toerekenbaarheid en het risico dat hij vormt voor de samenleving. En ook het verbinden van bijzondere voorwaarden aan een voorwaardelijke veroordeling is nauwelijks mogelijk zonder dat daar een reclasseringsadvies en/of een rapportage pJ aan ten grondslag ligt. De rechter moet zijn of haar oordeel ten aanzien van het recidiverisico en de noodzaak en wenselijkheid van een behandeling immers ergens op baseren.

Een goede voorlichting door gedragsdeskundigen en/of reclasseringswerkers over de persoon van de verdachte in het algemeen en het recidiverisico in het bijzonder is dus van groot belang. Het advies dat daaromtrent wordt uitgebracht is van invloed op de uiteindelijke sanctietoepassing en de invulling die daaraan wordt gegeven. Hoofdstukken 3, 4 en 5 behandelen daarom de adviezen die gedragsdeskundigen en reclasseringswerkers uitbrengen. Hoofdstuk 6 behandelt vervolgens de uiteindelijk door de rechter opgelegde behandeling in relatie tot deze adviezen. Hierbij staat steeds de rol van recidiverisico centraal.

3 Advies door de rapporteur pro Justitia

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt het advies van de rapporteur pro Justitia (rapporteur PJ of kortweg rapporteur) aan de officier van justitie en de rechter. De rapporteur PJ is een psycholoog of psychiater die in opdracht van de officier van justitie of rechter-commissaris een persoonlijkheidsonderzoek doet naar een verdachte in een strafzaak (zie §2.4.2).¹ De formele achtergrond van de opdracht is een uitspraak te doen over de mate waarin het gepleegde delict de verdachte toegerekend kan worden. De rapporteur moet de vraag beantwoorden of de verdachte ten tijde van het delict leed aan een stoornis, en of deze doorwerkte in zijn² keuzevrijheid.³ De richtlijn *Best practice* over ambulante rapportage van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychologie en Psychiatrie (NIFP), dat de bemiddeling en kwaliteitscontrole van rapportages pro Justitia (rapportages PJ) verzorgt, stelt vervolgens dat:

‘Deze formele achtergrond in bijna alle zaken de aanleiding [is] om te voorzien in de veel dringender gevoelde behoefte aan een deskundigenoordeel, namelijk een (risico)prognose en concrete adviezen om een ongunstige prognose te beïnvloeden.’⁴

Dit hoofdstuk behandelt de werkwijze van de rapporteur PJ bij het beantwoorden van deze laatste vraag in het licht van het risico-principe.⁵ Volgens dit principe is een behandeling gericht op het verminderen van het recidiverisico van een dader het meest effectief als deze past bij zijn risiconiveau (zie §1.3). Voor de rapportage PJ zou dit idealiter betekenen dat:

1. de rapporteur PJ het risico op recidive op betrouwbare wijze vaststelt, zodat deze inschatting een adequate voorspelling is van de kans dat de pleger later recidiveert;
2. de rapporteur PJ een behandeladvies geeft dat past bij dat recidiverisico;
3. de rapporteur PJ informatie over recidiverisico en gerelateerde behandeling goed overbrengt aan de officier van justitie en de rechter, de gebruikers van de rapportage PJ.

1 In 151 van de 234 zaken was sprake van één rapporteur PJ. In het vervolg van dit hoofdstuk zal steeds gesproken worden over ‘de rapporteur’, hier kan steeds ook het meervoud gelezen worden.

2 Ongeveer 6% van de verdachten in dit onderzoek is vrouw (zie [Bijlage 1](#)). Daarom zal voor de verdachte steeds gesproken worden over ‘hij’, ‘hem’ en ‘zijn’ maar kan daar ook steeds voor gelezen worden ‘zij’ of ‘haar’.

3 Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (2007); zie ook §2.4.2.

4 Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (2007, p. 15).

5 Andrews & Bonta (2010); zie [Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen](#) (2014, pp. 251-260) voor een uitgebreidere beschrijving van deze principes en de toepassing ervan in de Nederlandse praktijk.

Dit hoofdstuk legt de rapportages in de onderzochte steekproef langs deze meetlat. §3.2 behandelt beleid dat invloed heeft op de manier waarop risico in rapportages pJ wordt vastgesteld. §3.3, §3.4 en §3.5 behandelen een dossier-onderzoek naar 234 strafzaken tegen verdachten van seksueel geweld tegen kinderen met een rapportage pJ (zie §1.5 en Bijlage 1). §3.3 gaat in op het vaststellen van het risiconiveau in rapportages pJ, §3.4 behandelt de relatie tussen gerapporteerde risicofactoren en het vastgestelde risiconiveau, en §3.5 tot slot behandelt het uiteindelijke advies en het verband dat dit heeft met het vastgestelde risiconiveau. §3.6 bevat een korte samenvatting van de bevindingen en de conclusie.

3.2 Risicotaxatie: beleid

In de rapportage pJ beantwoordt de rapporteur pJ een serie, veelal gestandaardiseerde, vragen over toerekenbaarheid en risico (zie Bijlage 2 voor de standaardvraagstelling). Dit onderzoeksrapport gaat over het vaststellen van het recidiverisico. De vragen over de toerekenbaarheid staan hier los van; de uitspraak die de rapporteur pJ hierover doet en de wijze waarop hij of zij tot die uitspraak is gekomen, blijven dan ook buiten beschouwing.

De Nationaal Rapporteur concludeerde eerder dat risicotaxatie in rapportages pJ het beste te karakteriseren valt als een mengvorm van ongestructureerd en gestructureerd klinisch oordeel.⁶ Een recent onderzoek van het NIFP zelf concludeerde hetzelfde: over een steekproef van rapportages genomen in vijf jaren in de periode 2007-2015 bevatte 66% geen risicotaxatie-instrument, en vond risicotaxatie dus ongestructureerd plaats. Wel was hierin een ontwikkeling richting méér gebruik van gestructureerde risicotaxatie zichtbaar.⁷ Zoals in §1.4 en Hoofdstuk 7 uiteengezet, heeft ongestructureerde klinische risicotaxatie geen voorspellende waarde voor latere recidive. Gestructureerde klinische risicotaxatie wel, maar actuariële risicotaxatie voorspelt beter. Deze paragraaf neemt eerst het beleid onder de loep: welke standaarden hanteert het NIFP op het gebied van risico-inschatting? Het NIFP publiceert formats en richtlijnen voor de wijze van rapporteren en toetst rapportages voor zij afgerond worden. Het NIFP is ook verantwoordelijk voor opleiden en bijscholen van rapporteurs pJ.⁸ Het instituut heeft dus een belangrijke sturende rol in hoe risicotaxatie in rapportages pJ plaatsvindt. Hieronder passeren een aantal van de instrumenten die het NIFP in handen heeft om de risicotaxatie te sturen de revue. Het gaat hierbij nadrukkelijk om sturen en niet bepalen: rapportages pJ worden opgesteld en ondertekend door onafhankelijk opererende gedragsdeskundigen. De instrumenten worden besproken op volgorde van het moment in het proces waarop zij aan bod komen: ten eerste de eisen die aan iemand gesteld worden voor hij of zij rapportages pJ mag opstellen, vervolgens de vragen die de start van een opdracht vormen, gevolgd door richtlijnen voor het uitvoeren van het onderzoek. Daarna volgt de schrijfwijzer voor het opschrijven van de bevindingen en tot slot het kwaliteitskader dat het NIFP hanteert bij het toetsen van de rapportages. De vraag is steeds op welke manier deze instrumenten de rapporteur leiden tot een bepaalde wijze van risicotaxatie, op andere aspecten van de rapportage pJ gaat deze paragraaf (en dit rapport) niet in.

6 Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2014, p. 258).

7 Leenderts, Berends, Duits, & Rinne (2016).

8 <https://www.nifpnet.nl/NIFP/Beoordelen/Ambulanterapportagevolwassenen.aspx> geraadpleegd 3 februari 2017.

Kwaliteitseisen Nederlands Register Gerechtelijk Deskundigen

Niet iedere psycholoog of psychiater mag optreden als gedragsdeskundige in een strafproces. Hiervoor moet hij of zij in het Nederlands Register Gerechtelijk Deskundigen (NRGD) geregistreerd staan (zie §2.4.2). Daarvoor gelden ten eerste algemene eisen betreffende opleiding en ervaring met het opstellen van forensische rapportages.⁹ Ook stelt het College gerechtelijk deskundigen, verantwoordelijk voor het NRGD, eisen aan de kennis die gedragsdeskundigen moeten hebben. Zij moeten 'beschikken over specifieke kennis en vaardigheden gerelateerd aan de vraagstelling', waarbij op het gebied van risicoprognose minimaal het volgende wordt geëist:

- 'kennis van de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van risicotaxatie-instrumenten, alsmede van de mogelijkheden en beperkingen van die instrumenten voor het voorspellen van recidive op individueel niveau;
- kennis en beheersing van het state-of-the-art opstellen van een risicoprognose waarbij de prognose is gebaseerd op de optimale integratie van klinische en gestructureerde risicotaxatie;
- gemaakte keuzen voor het al dan niet gebruik van (specifieke) risicotaxatie-instrumenten dienen expliciet in de rapportage te worden opgenomen en beargumenteerd;
- de verschillende vastgestelde relevante risico- en beschermende factoren dienen te zijn benoemd, waarbij de weging van deze factoren, afzonderlijk en in onderlinge samenhang, dient te zijn geëxpliciteerd, alsook tot welk oordeel die weging leidt en op welke gronden. Eventuele aspecten die een beperkende invloed hebben op de geldigheid van een risicoprognose dienen te worden geëxpliciteerd;¹⁰

Bovenstaande eisen sturen de rapporteur dus richting gestructureerde klinische risicotaxatie: een 'optimale integratie van klinische en gestructureerde risicotaxatie'.¹¹ De rapporteur dient het gebruik van instrumenten en de weging van risicofactoren te beargumenteren. Gestructureerd klinische (ook wel bekend als gestructureerd professionele) risicotaxatie levert niet de beste voorspelling van het recidiverisico op (zie §1.4 en Hoofdstuk 7).

Vraagstelling rapportages

Een eerste element in het sturen van de rapportage zelf zijn de vragen die de opdrachtgever (de officier van justitie of rechter-commissaris) aan de rapporteur pJ stelt over het recidiverisico van de dader. Hiervoor wordt doorgaans een standaardvraagstelling gehanteerd, die in 2016 is geactualiseerd (zie Bijlage 2). Tabel 3.1 geeft zowel de versie die gold tijdens de onderzoeksperiode als de geldende versie ten tijde van publicatie van dit rapport weer.

9 Zie het Beoordelingskader Forensische Psychiatrie, Forensische Psychologie en Forensische Orthopedagogiek https://www.nrgd.nl/binaries/Beoordelingskader%20FPPO%204.0_tcm39-83019.pdf geraadpleegd 18 augustus 2017.

10 Zie het Beoordelingskader Forensische Psychiatrie, Forensische Psychologie en Forensische Orthopedagogiek https://www.nrgd.nl/binaries/Beoordelingskader%20FPPO%204.0_tcm39-83019.pdf geraadpleegd 6 februari 2017.

11 Zie het Beoordelingskader Forensische Psychiatrie, Forensische Psychologie en Forensische Orthopedagogiek https://www.nrgd.nl/binaries/Beoordelingskader%20FPPO%204.0_tcm39-83019.pdf geraadpleegd 6 februari 2017, p. 13.

Tabel 3.1 Vraag over risico in vorige en huidige standaardvraagstelling rapportage pro Justitia.

Vraagstelling 2010 ¹²	Vraagstelling 2016 ¹³
Welke factoren voortkomend uit de stoornis van betrokkene kunnen van belang zijn voor de kans op recidive?	Welke verwachting heeft u, gelet op de hiervoor beschreven stoornis, ten aanzien van het risico op recidive ?
Welke andere factoren en condities moeten hierbij in ogenschouw worden genomen?	Welke beschermende functies in de persoonlijkheid of functioneren dienen hierbij in ogenschouw te worden genomen?
	Welke contextuele, situatieve of andere condities dienen hierbij in ogenschouw te worden genomen?
Is iets te zeggen over eventuele onderlinge beïnvloeding van deze factoren en condities?	Is er iets te zeggen over eventuele onderlinge beïnvloeding van deze factoren en condities?

De rapporteur PJ werd tot voor kort dus gevraagd een analyse te maken van *risicofactoren*, waarbij hij of zij een onderscheid moet maken tussen factoren die voortkomen uit de stoornis en andere factoren, plus de onderlinge beïnvloeding. Hij of zij hoefde dus niet een oordeel te vellen over de *hoogte* van het recidiverisico (het risiconiveau) van de verdachte. In de nieuwe versie is dit veranderd: de rapporteur behoort een *verwachting* uit te spreken ten aanzien van het *risico op recidive*.

In beide versies van de eerste deelvraag staat de stoornis centraal: in de oude versie gaat het om *risicofactoren voortkomend uit de stoornis* en in de nieuwe versie moet de verwachting over risico volgen uit de stoornis. De vraag impliceert hiermee in beide gevallen dat de stoornis, en niet de risicofactoren, centraal staat in de risicoanalyse. Het is op zich logisch dat de stoornis een grote rol speelt in de rapportage PJ, aangezien deze centraal staat in het beantwoorden van de vraag naar toerekenbaarheid (zie §2.3.1.2). Er is echter geen empirisch bewijs voor een dergelijke centrale rol van stoornissen in het recidiverisico (zie ook §7.3).¹⁴

In beide versies van de vraagstelling is de rapporteur vrij in de selectie van risicofactoren, beschermende factoren, en andere relevante condities. De vragen richten zich niet specifiek op bewezen relevante risicofactoren.

Richtlijn ambulante rapportage

Het NIFP hanteert een richtlijn voor het onderzoek in rapportages PJ. Hierin beveelt het NIFP het volgende aan:

‘Bij het psychologische pro-Justitia-onderzoek vindt specifieke inschatting van het recidiverisico tot nu toe hoofdzakelijk plaats volgens ongestructureerde klinische taxatie [...]. Uit onderzoek blijkt dat voorspellingen aanzienlijk verbeterd kunnen worden door het gebruik van gestandaard-

12 Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (2007).

13 Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (2017b).

14 Bonta, Blais, & Wilson (2014).

diseerde instrumenten. Het is daarom aan te bevelen dat ook bij pro-Justitia-onderzoek ten behoeve van de risicotaxatie de methode wordt gehanteerd van de gestructureerde klinische taxatie waarbij er een klinische afweging plaatsvindt van een vaste lijst van risicofactoren.’¹⁵

In deze richtlijn neemt het NIFP dus duidelijk afstand van de ongestructureerd klinische methode en beveelt gestructureerde klinische risicotaxatie aan. De actuariële methode wordt niet genoemd.

Schrijfwijzer

Het NIFP levert rapporteurs pJ ook schrijfwijzers voor het opstellen van rapportages pJ. Hierin zijn alle onderdelen van de rapportage pJ opgenomen en kort toegelicht. De risicotaxatie werd in de schrijfwijzer die in de periode waarop dit onderzoek betrekking heeft geldig was, als volgt toegelicht:

‘Risicoprognose

Leg uit wat de kans op herhaling van soortgelijke delicten is bij het voortbestaan van de aange troffen stoornis(sen). Benoem eventuele andere risicofactoren (zo mogelijk met behulp van een geaccepteerde checklist). Benoem eventuele evidente beschermende factoren (zo mogelijk met behulp van een geaccepteerde checklist).’¹⁶

Begin 2017 is een nieuwe schrijfwijzer van kracht geworden, waarin deze passage als volgt is geworden:

‘Leg vanuit klinisch gedragsdeskundig oogpunt uit wat de kans is op herhaling van soortgelijke feiten als het ten laste gelegde bij het voortbestaan van de aangetroffen stoornis(sen) en de daaruit voortkomende beperkingen en disfuncties. Dit uiteraard in combinatie met de kans van het opnieuw optreden of ‘ensceneren’ van relevante contextuele factoren. Gebruik de methode van de Structured Professional Judgement (SPJ), zo mogelijk met behulp van een geaccepteerde checklist).

Benoem eventuele evidente beschermende factoren (zo mogelijk met behulp van een geaccepteerde checklist).

Vat het resultaat van de analyse kernachtig samen in termen van een ‘lage’ kans versus een (op termijn) reële kans.

Maak onderscheid tussen onmiddellijk gevaar, gevaar voor de korte termijn (< half jaar), middel-lange termijn (< 3 jaar) en lange termijn (> 3 jaar).’¹⁷

15 Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (2007, p. 76). De geldende versie is gepubliceerd in 2007. Later in 2017 wordt een nieuwe versie verwacht (mondelinge informatie NIFP 24 januari 2017, schriftelijke informatie NIFP 21 augustus 2017).

16 Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (2010, p. 4).

17 Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (2017b, pp. 10-11).

De rapporteur PJ wordt nu duidelijk gevraagd een uitspraak te doen over de kans op herhaling van soortgelijke delicten. De rapporteur moet aangeven of de kans ‘laag’ of ‘reëel’ is. Wat onder laag of reëel verstaan wordt, is niet nader gedefinieerd.¹⁸

Daarnaast benoemt de schrijfwijzer een ‘geaccepteerde checklist’ die ‘zo mogelijk’ gebruikt moet worden. Ook hier wordt verder een verband gelegd tussen (het voortbestaan van) stoornissen en recidiverisico.

Kwaliteitskader rapportage

Het NIFP hanteert tot slot ook een Kwaliteitskader Strafrechtelijke pro Justitia rapportages, aan de hand waarvan het de kwaliteit van rapportages bevordert.¹⁹ De ‘uitgangspunten bij de kwaliteitsverbetering op casusniveau’ vormen de leidraad waarmee NIFP-medewerkers door onafhankelijke rapporteurs opgestelde rapportages voorzien van feedback. Over risico staat hierin het volgende:

‘De forensisch psychiatrische of psychologische rapportage wordt door het NIFP bekeken aan de hand van de reguliere beroepsstandaard van de beide professies, maar nadrukkelijk ook met betrekking tot specifiek forensische aspecten: de eventuele doorwerking van de stoornis in het delict, de mate en wijze van doorwerking, de recidivekans, het zorg- en beveiligingsarrangement en het passende juridische behandel-kader.’²⁰

Het kwaliteitskader bevat ook ‘Aandachtspunten kwaliteitsfeedback rapportages’, waarin ‘opbouw en conclusie van de prognoses – met betrekking tot de herhalingsrisico’s en met betrekking tot de handelbaarheid of beheersbaarheid’ genoemd staan. Het kwaliteitskader vereist dus dat NIFP-medewerkers in de feedback aan rapporteurs aandacht besteden aan de risicoanalyse. De wijze waarop dit moet plaatsvinden is niet nader gespecificeerd.

Conclusie

Bovengenoemde beleidsinstrumenten kan het NIFP gebruiken om rapporteurs PJ richting een bepaalde vorm van risicotaxatie te sturen. Het beeld dat ontstaat uit het totaal is dat rapporteurs PJ richting gestructureerde klinische risicotaxatie gestuurd worden: zowel de *Best practice* ambulante rapportage als de kwaliteitseisen van het NRGD bevelen de gestructureerd klinische methode nadrukkelijk aan. De schrijfwijzer beveelt aan een ‘geaccepteerde checklist’ te gebruiken. Wel gebeurt deze sturing met zachte hand: er wordt in alle drie deze documenten expliciet ruimte gelaten om van deze methode af te wijken. De *state-of-the-art* methode actuariële risicotaxatie wordt nergens expliciet genoemd. In zowel de standaardvraagstelling, de schrijfwijzer, als de *Best practice* speelt de stoornis voorts een grote rol in de risicotaxatie. Uit onderzoek is echter gebleken dat de aanwezigheid van een stoornis geen voorspellende waarde heeft voor het recidiverisico bovenop de aparte risicofactoren die ermee kunnen samenhangen. De aanwezigheid van een stoornis is dus niet bepalend voor de kans op recidive (zie ook §7.3).²¹

18 Zie *Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2017)*.

19 Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (2011).

20 Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (2011, p. 4).

21 Bonta et al. (2014).

3.3 Risicotaxatie voor zedendelinquenten: praktijk

Bovenstaande paragraaf lichtte de instrumenten uit die het NIFP tot zijn beschikking heeft bij het beïnvloeden van de inhoud van rapportages pJ op het gebied van risicotaxatie. Deze paragraaf spiegelt het beleid aan de praktijk, door te analyseren hoe risico-informatie is vastgesteld en gebruikt in de rapportages pJ in 234 strafzaken uit 2012-2013 (zie §1.5 en Bijlage 1 voor de beschrijving van het onderzoek).

Om het risicoprincipe na te kunnen leven is het ten eerste nodig dat de risicotaxatie op betrouwbare wijze het risico op recidive van de pleger voorspelt (§1.3, §1.4). In deze en de volgende twee paragrafen worden de data zoals gecodeerd uit de rapportages pJ voor verdachten van seksueel geweld tegen kinderen gepresenteerd (zie §1.5 en Bijlage 1). §3.3.1 behandelt de gebruikte risicotaxatie-instrumenten en de wijze waarop zij gebruikt worden. De risicotaxatie moet vervolgens niet alleen kloppen, maar ook goed gecommuniceerd worden.²² §3.3.2 beschouwt daarom het oordeel dat de rapporteur pJ uiteindelijk velt over het risiconiveau van de verdachte en §3.3.3 brengt dat in verband met het gebruik van risicotaxatie-instrumenten.

Alle resultaten in dit hoofdstuk zijn gerapporteerd op het niveau van *strafzaken* ($n=234$). In sommige strafzaken zijn meerdere rapportages opgemaakt (zie Bijlage 1). Deze rapportages samen vormen de informatie waarop de rechter zijn of haar oordeel over behandeling moet baseren. Daarom is in dit hoofdstuk gekeken welke informatie *per verdachte* beschikbaar is (ook wanneer deze gecombineerd moet worden uit meerdere rapportages opgesteld voor de strafzaak), en niet *per rapportage*.

3.3.1 Instrumenten

Allereerst is in de steekproef van zaken gekeken of er een instrument voor risicotaxatie gebruikt is. In 46% van de zaken wordt géén instrument voor risicotaxatie in de rapportage pJ gebruikt. Daarmee is nog niet in al die zaken per definitie sprake van een ongestructureerd klinische risicotaxatie: in een deel (47%) van de zaken doet de rapporteur pJ géén uitspraak over risico. In dat geval hoeft hij of zij dus geen instrument te gebruiken (maar zie §3.3.3). In 49% van alle zaken komt een instrument specifiek bedoeld voor het inschatten van recidiverisico van zedendelinquenten voor, al dan niet in combinatie met een algemeen risicotaxatie-instrument §3.3.3 gaat in op het verband tussen het wel of niet gebruiken van een risicotaxatie-instrument en het wel of niet doen van een uitspraak over recidiverisico.

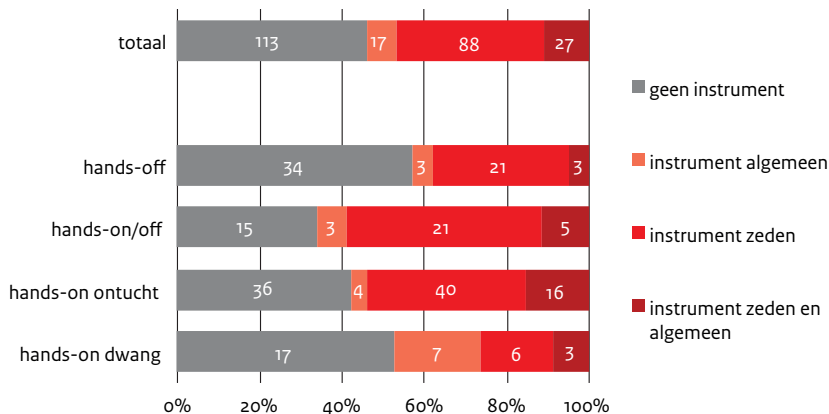
Figuur 3.1 toont ook de verschillen in gebruik van risicotaxatie-instrumenten in de verschillende categorieën zaken betreffend seksueel geweld tegen kinderen (zie Tabel 1.1 voor een overzicht en typering van instrumenten). Instrumenten voor zedendelinquenten worden in hands-on dwang en hands-off zaken minder gebruikt dan in de andere categorieën zedenzaken.^{23,24} Voor hands-off zaken is dit mogelijk verklaarbaar uit de beperkte beschikbaarheid van geschikte instrumenten. Zo zijn bijvoorbeeld de Sta-

²² Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2017).

²³ Zie Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2014, p. 25) voor de definitie van de delictscategorieën. Hands-on dwang zaken betreffen zaken waarin in ieder geval aanranding of verkrachting ten laste is gelegd, hands-on ontucht zaken alle andere zaken met alleen hands-on delicten ter zake seksueel geweld tegen kinderen.

²⁴ Effect categorie zedenzaak: $F(241,3): 4,2; p=0,01$; hands-on dwang vs. hands-on/off: $p<0,01$, vs. hands-on ontucht: $p=0,01$. Hands-off vs. hands-on/off: $p=0,03$; vs. hands-on ontucht: $p<0,05$.

tic-99(R)²⁵ en Stable-2007, twee veelgebruikte actuariële instrumenten voor zedendelinquenten, niet geschikt voor gebruik voor verdachten van uitsluitend hands-off delicten.²⁶



Figuur 3.1 Gebruikte risicotaxatie-instrumenten in rapportages pro Justitia voor verdachten van seksueel geweld tegen kinderen (N=234).

Bron: steekproef rapportages pro Justitia 2012-2013

In 42 zaken (=18% van alle zaken) is een actuariel risicotaxatie-instrument voor zedendelinquenten gebruikt, in 72 zaken (=31%) is een risicotaxatie-instrument voor gestructureerd klinisch oordeel voor zedendelinquenten gebruikt. Bijna altijd gaat dit dan om de SVR-20. Over de voorspellende waarde van dit instrument zijn echter twijfels.²⁷ Wanneer de rapporteur pJ een actuariel instrument gebruikt heeft, wil dit niet zeggen dat hij of zij ook actuariële risicotaxatie heeft gedaan: hiervoor is vereist dat de uitkomst van het instrument bepalend is voor het uiteindelijke oordeel. In bijna de helft (=43%) van de zaken waarin een instrument gebruikt is, ontbreekt in de rapportage pJ de uitkomst van het instrument zelf. Tegelijk ontbreekt in 56% van de zaken een (categoriseerbaar) oordeel over risico. Al met al valt niet op betrouwbare wijze na te gaan welke rol het instrument uiteindelijk gespeeld heeft in het oordeel van de rapporteur.

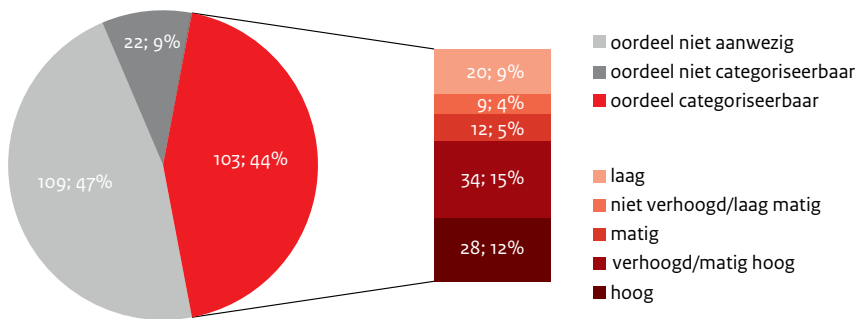
3.3.2 Het oordeel over risico

Uiteindelijk dient de rapporteur pJ te komen tot een oordeel over het recidiverisico van de verdachte. Figuur 3.2 toont dit eindoordeel.

25 De Static-99R is de herziene (en meest actuele) versie van de Static-99. Afhankelijk van de context zal in dit rapport gesproken worden over de Static-99 voor de oude versie, over de Static-99R voor de nieuwe versie, en over de Static-99(R) als het gaat over beide versies.

26 Smid, Koch, & van den Berg (2014), Harris, Phenix, Hanson, & Thornton (2003).

27 Smid, Kamphuis, Wever, & Van Beek (2014).



Figuur 3.2 Eindoordeel rapporteur over de omvang van het recidiverisico (N=234).

Bron: steekproef rapportages pro Justitia 2012-2013

Allereerst blijkt in bijna de helft van de rapportages zo'n oordeel over het recidiverisico te ontbreken. Twee regelmatig voorkomende verklaringen die de rapporteur pJ zelf geeft voor het niet kunnen inschatten van het recidiverisico zijn dat er geen stroomnis gediagnosticeerd is, of dat de verdachte ontkent.²⁸

Risico zonder stroomnis of bekentenis?

Het rapporteren van een risiconiveau is in beide gevallen echter wel mogelijk. Zoals in §3.2, §3.4.2 en §7.4 uiteengezet, zijn de meeste wetenschappelijk aangetoonde risicofactoren voor (zedendelinquenten niet stroomnisgerelateerd. Dat een delinquent geen aan een stroomnis gerelateerde risicofactor heeft (bijvoorbeeld geen seksuele deviantie), betekent enkel dat één van de relevante risicofactoren voor hem geen rol speelt. Sommige stroomnissen zijn zelfs in het geheel niet risicorelevant (zie ook §3.4.2). Met behulp van een risicotaxatie-instrument kan een rapporteur alle relevante risicofactoren nagaan en daarmee de omvang van het recidiverisico berekenen.

Of een verdachte het delict ontkent is evenmin relevant voor een inschatting van het recidiverisico. Statische risicofactoren zijn te scoren op basis van historische informatie waarvoor dus een dossier veelal volstaat. Dynamische risicofactoren kunnen wel beter gescoord worden op basis van informatie van de verdachte, maar deze informatie gaat niet specifiek over het gepleegde delict. Hoewel het inderdaad moeilijk is het verband tussen een eventuele stroomnis en het delict vast te stellen zonder te kunnen spreken over het delict, en hiermee een advies over toerekenbaarheid lastig te geven is, geldt dit dus niet voor het risiconiveau. Wel moet opgemerkt worden dat wanneer een (al dan niet ontkenkende) verdachte uiteindelijk niet schuldig wordt bevonden, het inschatten van een risico op *herhaling* automatisch niet meer valide is.

Figuur 3.2 toont verder dat ook wanneer de rapporteur ogenschijnlijk een oordeel geeft over de omvang van het recidiverisico, dit regelmatig geen interpreteerbare informatie oplevert. De figuur toont een categorie 'oordeel niet categoriseerbaar' voor 9% van de rapporten. Hier gaat het om formuleringen waarbij wel iets gezegd lijkt te worden over de omvang van het recidiverisico, maar waaruit eigenlijk niks specifiek afgeleid kan worden over die omvang (zie kader voor voorbeelden). In de meeste gevallen gaat dit om formuleringen die op één of andere wijze impliceren dat er een kans op recidive bestaat. Aangezien het hier om een toekomstvoorspelling gaat, bestaat de kans op recidive altijd, en levert deze vaststelling dus geen nieuwe informatie op.

28 Zie ook van Esch (2012, p. 329).

Wat is 'niet categoriseerbaar'?

“[recidive] kan niet worden uitgesloten”, “[risico is] aanwezig”, “risico op seks.grensov.gedrag zeer wel mogelijk”, “Hij zal deze [spanning] zoveel mogelijk proberen te vermijden en negeren door middel van (antisociale) gedragingen andere spanningen op te zoeken, gelijkend op het tenlastegelegde, indien bewezen.”, “risico op seksueel grensoverschrijdend gedrag zeer wel mogelijk”, “(...) wat een risico vormt”, “[risicofactoren] zijn in negatieve zin van invloed op de algemene kans op recidive”, “[recidive] kan niet worden uitgesloten”, “kwetsbaar”, “de kans dat dit hem in de toekomst weer in de problemen brengt op relationeel/seksueel/arbeidstechnisch vlak is groot zonder dat dit tot strafbaar gedrag hoeft te leiden”, “terugval is niet onmogelijk”

In 44% van de zaken staat in de rapportages wel een oordeel dat te categoriseren valt op een schaal tussen laag en hoog, dus waarin informatie over het geschatte risiconiveau is af te leiden. De regelmatig gebruikte formuleringen ‘verhoogd risico’ en ‘niet verhoogd risico’ roepen wel vragen op: ten opzichte van wat is iets al dan niet verhoogd? Hoe hoog is het dus? Uit deel 1 van dit onderzoek bleek dat de recidivekans bij ‘verhoogd’ door de meeste respondenten wordt geschat ergens tussen ‘gemiddeld’ en ‘hoog’ te liggen, en ‘niet verhoogd’ ergens tussen ‘gemiddeld’ en ‘laag’. Deze categorieën zijn in de figuur, en in de rest van dit rapport, dan ook zo geplaatst.²⁹

Uit deel 1 van dit onderzoek blijkt dat het niet duidelijk is welke recidivekans de rapporteur in gedachten heeft wanneer hij of zij bijvoorbeeld ‘laag’ of ‘hoog’ opschrijft, en welke kans de rechter of officier van justitie denkt dat dit betekent. Is ‘hoog’ bijvoorbeeld relatief hoog voor zedendelinquenten (=30% in tien jaar), meer dan 50% kans, of ‘zeer waarschijnlijk’, bijvoorbeeld 80%? Uit deel 1 van dit onderzoek bleek dat de overeenstemming over de precieze betekenis van de woorden ‘laag’ en ‘hoog’ onder rapporteurs pj, maar ook onder reclasseringswerkers, officieren van justitie en rechters, gering is. Waar de ene rapporteur pj bij ‘laag risico’ denkt aan 5% kans op recidive binnen tien jaar kan de volgende denken aan 20%. De Nationaal Rapporteur heeft dan ook aanbevolen te komen tot uniforme standaarden voor risico-communicatie in zedenzaken.³⁰

Al met al blijkt uit bovenstaande dat in rapportages pj in bijna de helft van de gevallen informatie over de kans op recidive ontbreekt, dat in ruwweg één tiende de beschrijving van het risico niet informatief is over de ingeschatte kans op recidive, en dat in minder dan de helft wel informatie over die kans staat. De rapportage pj is dus in de meerderheid van de gevallen niet informatief waar het gaat om het bepalen van het risiconiveau van zedendelinquenten, terwijl deze informatie volgens de *What Works* principes cruciaal is voor het bepalen van de juiste behandelintensiteit.

3.3.3 Gebruik instrumenten en oordeel over risico

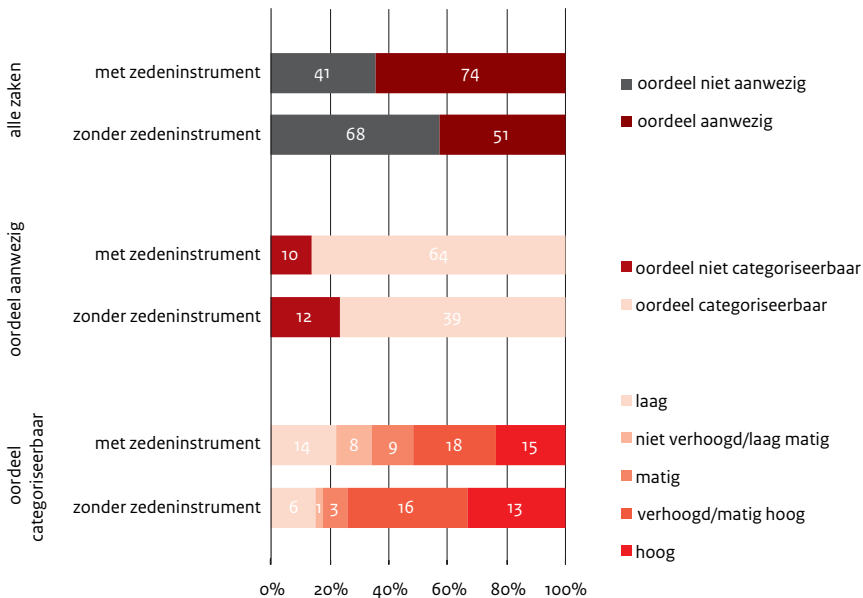
Uit §3.3.1 blijkt dat rapporteurs pj in ongeveer de helft van de zaken geen risicotaxatie-instrument gebruiken. Uit §3.3.2 blijkt dat zij eveneens in ongeveer de helft van de zaken géén oordeel over het risiconiveau vermelden. Het is dus mogelijk dat rapporteurs pj vooral geen risicotaxatie-instrument gebruiken in zaken waarin zij geen oordeel over risiconiveau willen vermelden, omdat zij dat niet mogelijk achten en wel een instrument gebruiken wanneer zij wel een oordeel over risico willen geven. Hoewel het niet vermelden van risico-informatie niet in alle gevallen terecht is (zie hierboven), is het op zich

²⁹ Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2017).

³⁰ Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2017).

logisch dat de rapporteur geen risicotaxatie-instrument gebruikt als hij of zij meent geen uitspraak over het risico te kunnen doen. De data tonen aan dat dit een deel van, maar niet de gehele, verklaring is voor het ontbreken van een instrument in ongeveer de helft van de zaken. Er is wel een verband tussen het gebruik van een risicotaxatie-instrument en het vermelden van risiconiveau, maar dit verband is verre van volledig (zie Figuur 3.3): er zijn gevallen waarin de rapporteur géén instrument gebruikt en wel een uitspraak over risico doet (22%; dit is ongestructureerd klinisch oordeel), en er zijn gevallen waarin de rapporteur wel een instrument gebruikt maar zich vervolgens onthoudt van een uitspraak (18%).³¹

Voor dat deel van de zaken waarin de rapporteur pJ wel een inschatting van het risico rapporteert, heeft het gebruik van een zeden-instrumenten geen statistisch significant effect op of het oordeel wel of niet informatief is.³² Figuur 3.3 lijkt te suggereren dat voor die zaken waarin een categoriseerbaar oordeel wordt gegeven, dit oordeel in zaken zonder zedeninstrument wat hoger uitvalt dan met instrument, al is dit verband net niet statistisch significant.³³



Figuur 3.3 Verband tussen gebruik zeden-instrument en oordeel over risiconiveau.

Bovenste rij: verband tussen gebruik zeden-instrument en de aan- of afwezigheid van een oordeel (N=234). Middelste rij: verband tussen gebruik zeden-instrument en of een oordeel informatief is, voor zaken waarin een oordeel aanwezig is (N=125). Onderste rij: verband tussen gebruik zeden-instrument en de uitspraak over risico, voor die zaken waarin het oordeel categoriseerbaar (en dus informatief) is (N=103).

Bron: steekproef rapportages pro Justitia 2012-2013

31 $\chi^2(1) = 10,9; p = 0,001.$

32 $\chi^2(1) = 2,1; p = 0,148.$

33 $Q = -0,185; p = 0,061.$

3.4 Risicofactoren

Een adequate inschatting van het risiconiveau wordt gemaakt op basis van een wetenschappelijk onderbouwd risicotaxatie-instrument, dat risicofactoren bevat waarvan is aangetoond dat zij het risico op recidive voorspellen. Uit §3.3.1 is gebleken dat risicotaxatie in rapportages pJ regelmatig zonder risicotaxatie-instrument geschiedt. Om toch iets meer te kunnen zeggen over de risicoanalyse in rapportages pJ gaat deze paragraaf nader in op risicofactoren die genoemd worden in rapportages.

Het principe van actuariële risicotaxatie-instrumenten is betrekkelijk simpel: hoe meer (wetenschappelijk onderbouwde) risicofactoren bij iemand aanwezig zijn, hoe hoger de risicoscore en dus het risiconiveau. Is een dergelijk verband ook terug te vinden in de rapportages pJ? Deze paragraaf beschouwt de relatie tussen risicofactoren die in de rapportages genoemd worden en het oordeel over recidiverisico.

3.4.1 Onderbouwde risicofactoren

Er bestaan verschillende soorten risicofactoren: statische risicofactoren gaan over onveranderbare kenmerken van de dader, bijvoorbeeld het justitiële verleden, zijn historie met relaties, of zijn leeftijd. Deze factoren geven, wanneer op de juiste wijze vastgesteld en gewogen, een goede indicatie van het basisrisiconiveau, maar bieden per definitie geen aanknopingspunten voor interventie: het zijn immers historische factoren. Dynamische risicofactoren zijn factoren die wel veranderbaar zijn. Het goed vaststellen van deze factoren leidt ten eerste tot een betere voorspelling van het risiconiveau³⁴, en geeft ten tweede aan op welke punten een interventie zich idealiter kan richten wil deze risicoverlagend zijn: volgens het behoefte-principe moet de interventie zich richten op de relevante risicofactoren (zie §1.3).

Van de 234 zaken bevatten de rapportages in 34 zaken geen enkele risicofactor. Dit waren in bijna alle gevallen (=33) zaken waarin de rapporteur pJ geen uitspraak deed over het recidiverisico (zie §3.3.2). De risicofactoren zoals genoemd in de rapportages zijn in dit onderzoek gecodeerd volgens de codeerinstrucities voor de instrumenten Static-99R en Stable-2007 (de twee internationaal meest gebruikte actuariële instrumenten voor het voorspellen van recidive bij zedendelinquenten) en de SVR-20 (het instrument dat in de rapportages in dit onderzoek het meest gebruikt werd, zie §3.3.1).³⁵ In twintig zaken werd géén van de factoren uit deze instrumenten genoemd, maar werden uitsluitend andere (niet-onderbouwde) risicofactoren genoemd. In de overige 180 zaken werden risicofactoren uit in ieder geval één van deze instrumenten genoemd, al dan niet in combinatie met niet bewezen risicofactoren.

3.4.2 Stoornissen

In de rapportage pJ ligt de nadruk sterk op het diagnosticeren van eventuele stoornissen, de eventuele relatie hiervan met het delict, en een advies tot behandeling (zie §3.2). Deze nadruk is begrijpelijk gezien de opdracht aan de rapporteur, en de vereisten die de wet stelt aan het opleggen van maatregel (zie §3.2 en §2.3). De impliciete aanname van de focus op stoornissen is dat een psychiatrische stoornis niet alleen bepalend is voor de toerekenbaarheid van een verdachte voor het delict, maar ook voor het recidiverisico. Voor deze aanname is echter geen empirische ondersteuning (§7.3).

34 J. W. Van den Berg et al. (2017).

35 Deze codering kent echter zijn beperkingen, zie Bijlage 1 (Onderzoeksverantwoording).

Sommige stoornissen omvatten wel kenmerken die een aantoonbaar verband hebben met (zeden-)recidive, zoals bijvoorbeeld psychopathie of seksuele stoornissen (parafilieën).³⁶ Dit geldt echter lang niet voor alle psychiatrische stoornissen, zo zijn depressie en schizofrenie bijvoorbeeld geen relevante risicofactoren voor het opnieuw plegen van (seksuele) delicten. Een recente meta-analyse laat zien dat wanneer alle bekende en onderbouwde risicofactoren in acht worden genomen, geen enkele stoornis daar bovenop significant bijdraagt aan het recidiverisico.³⁷ Kijken naar alle psychiatrische stoornissen kan dus leiden tot overschatting van het recidiverisico: niet recidiverelevante stoornissen zouden dan ten onrechte als risicofactor worden meegewogen. Tegelijk zijn vele bewezen risicofactoren geen stoornis of symptoom ervan. Uitsluitend kijken naar stoornissen kan dus juist ook leiden tot onderschatting van het risiconiveau: andere relevante risicofactoren dan de eventuele stoornis zouden dan ten onrechte buiten beschouwing worden gelaten. Een te grote nadruk op psychiatrische stoornissen kan dus leiden tot zowel overschatting als onderschatting van het recidiverisico, wat de kwaliteit van de risicoprognose kan compromitteren. In §3.3.2 bleek al dat rapporteurs regelmatig geen oordeel over risico vellen omdat zij geen stoornis hebben gediagnosticeerd. Het ontbreken van een stoornis wil echter niet zeggen dat er geen recidiverisico is.

Risicorelevante stoornissen zijn stoornissen die aantoonbaar effect hebben op de kans op (seksuele) recidive. Specifieke risicotaxatie-instrumenten voor zedendelinquenten bieden het beste overzicht van welke dit zijn, omdat deze instrumenten de recidive van zedendelinquenten beter voorspellen dan algemene instrumenten.³⁸ Uit zes bekende risicotaxatie-instrumenten specifiek voor zedendelinquenten³⁹ komen de volgende met stoornissen samenhangende symptomen naar voren als risicorelevant:

- Afwijkende seksuele voorkeuren: deze kunnen samenhangen met de diagnose van parafiele stoornissen waaronder een pedofiele stoornis.
- Problemen met impulscontrole: deze kunnen samenhangen met impulsgerelateerde stoornissen.
- Antisociaal gedrag: dit kan samenhangen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis of psychopathie.
- Middelenmisbruik: dit kan samenhangen met verslaving of middelenmisbruikstoornissen.

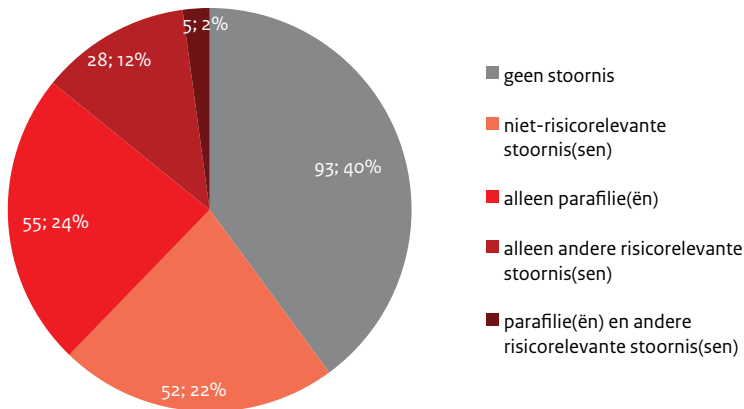
Figuur 3.4 toont de verdeling in diagnoses van de 233 verdachten van wie de diagnoses zijn geregistreerd door het NIFP. Tweënvijftig verdachten (=24%) hebben een niet-risicorelevante stoornis. Bij geen van de verdachten met deze diagnoses diagnosticeert de rapporteur tegelijk ook een risicorelevante stoornis. De risicorelevante stoornissen zijn verdeeld in parafilieën ($n=60$) en andere risicorelevante stoornissen ($n=33$). Vijf verdachten hebben beide categorieën risicorelevante stoornissen.

36 Hanson & Morton-Bourgon (2005).

37 Bonta et al. (2014).

38 Hanson & Morton-Bourgon (2009).

39 Static-99R, Stable-2007, SVR-20, SONAR, VRS-SO, SORAG.



Figuur 3.4 Gediagnosticeerde stoornissen (N=233).

Bron: registratiebestanden NIFP voor steekproef rapportages.

3.4.3 Verband met oordeel over risiconiveau

De relevante vraag voor dit onderzoek is hoe de genoemde risicofactoren verband houden met het oordeel over risiconiveau. Verwacht zou ten eerste mogen worden dat het oordeel over risiconiveau hoger uitvalt naarmate een rapporteur meer wetenschappelijk onderbouwde risicofactoren noemt. Ten tweede zouden alleen risicorelevante stoornissen invloed moeten hebben op het oordeel over risiconiveau; niet risicorelevante stoornissen horen hierbinnen geen rol te spelen.

Deze hypothesen zijn getoetst met een statistische analyse. Hierin is bekeken of de volgende variabelen invloed hebben op het oordeel dat de rapporteur geeft over het recidiverisico van een verdachte:

- Het aantal genoemde factoren uit de SVR-20.
- Het aantal genoemde factoren uit Static-99R of Stable-2007.⁴⁰
- De aanwezigheid van één of meer risicorelevante stoornissen.
- De aanwezigheid van één of meer niet risicorelevante stoornissen.

Alleen de tweede hypothese wordt bevestigd: de aanwezigheid van risicorelevante stoornissen houdt verband met het oordeel over risico, de aanwezigheid van niet risicorelevante stoornissen (net) niet.⁴¹ Het aantal genoemde factoren uit de Static-99(R)/STABLE-2007 of de SVR-20 heeft echter geen statistisch significante invloed op het oordeel over recidiverisico. Uit deze resultaten blijkt weer de sterke nadruk die in rapportages p[er] ligt op risicotaxatie gebaseerd op stoornissen: wanneer het effect van gediagnosticeerde stoornissen en genoemde risicofactoren op het oordeel over risiconiveau in elkaars context bepaald worden, blijkt dat alleen gediagnosticeerde (risicorelevante) stoornissen een effect hebben op het oordeel over risico, en dat genoemde risicofactoren geen (significante) aanvullende invloed hebben. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt juist dat de aanwezigheid van een stoornis geen aanvullende voorspellende waarde heeft voor het recidiverisico bovenop de aanwezigheid van (al dan niet met een

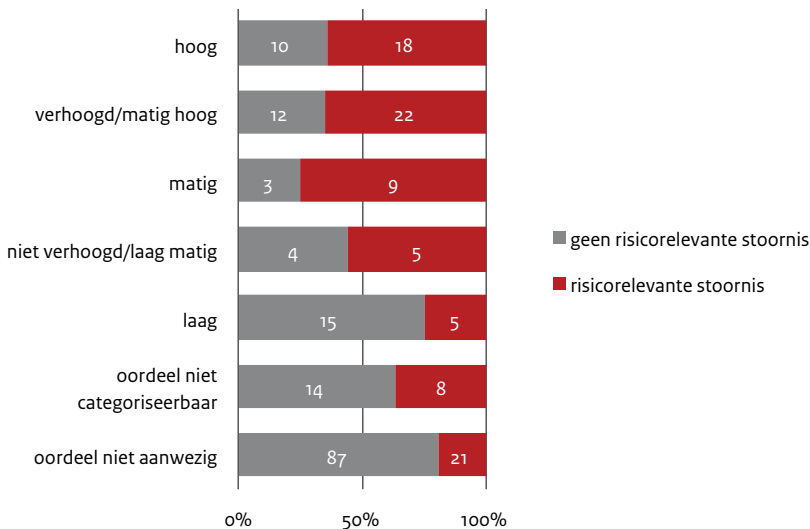
⁴⁰ Deze twee instrumenten kunnen ook samen beschouwd worden als één instrument met een statisch deel (Static-99R) en één dynamisch deel (Stable-2007).

⁴¹ Risicorelevante stoornissen: $\chi^2(6)=28,7$; $p<0,001$. Niet risicorelevante stoornissen: $\chi^2(6)=11,4$; $p=0,076$.

stoornis samenhangende) risicofactoren.⁴² Hieronder wordt het effect van de aanwezigheid van een risicorelevante stoornis op het oordeel over risico door rapporteurs pJ nader uitgelicht.

(Niet) risicorelevante stoornissen

Uit de resultaten blijkt dat rapporteurs in hun oordeel over risiconiveau het juiste onderscheid maken tussen stoornissen die wel en niet risicorelevant zijn. Wanneer een verdachte een risicorelevante stoornis heeft, geven rapporteurs minder vaak het oordeel 'laag risico' dan het oordeel 'verhoogd/matig hoog risico' of 'hoog risico' (Figuur 3.5).⁴³ Het verschil met het oordeel 'matig risico' is net niet statistisch significant.⁴⁴ Dit wijst erop dat een risicorelevante stoornis leidt tot een hogere inschatting van het recidiverisico. Wel lijkt het oordeel niet gradueel te zijn maar eerder in twee categorieën te vallen: laag bij gebrek aan een risicorelevante stoornis, een hogere risicocategorie bij aanwezigheid ervan. De afwezigheid van een risicorelevante stoornis vergroot ook de kans dat een oordeel over recidiverisico ontbreekt ten opzichte van de oordelen 'matig', 'hoog' of '(niet) vergroot/verhoogd'.⁴⁵ Dit bevestigt wat in §3.3.2 vermeld is: wanneer rapporteurs geen stoornis diagnosticeren onthouden zij zich regelmatig van een oordeel over de omvang van het risiconiveau, al zou dit niet hoeven.



Figuur 3.5 Relatie tussen aanwezigheid risicorelevante stoornis en oordeel over risiconiveau (N=234).

Bron: Steekproef rapportages pro Justitia 2012-2013 en registratiebestanden NIFP

42 Bonta et al. (2014).

43 Laag-verhoogd/matig hoog: $\beta=0,054$, $p=0,002$. Laag-hoog: $\beta=0,18$, $p=0,03$.

44 Laag-matig: $\beta=0,156$, $p=0,067$.

45 Oordeel niet aanwezig-matig: $\beta=0,153$, $p=0,032$. Oordeel niet aanwezig-verhoogd/matig hoog: $\beta=0,053$, $p<0,001$. Oordeel niet aanwezig-hoog: $\beta=0,176$; $p<0,004$.

3.5 Advies

Uiteindelijk draait het allemaal om het advies dat de rapporteur pJ aan de rechter geeft. Deze paragraaf behandelt die adviezen. §3.5.1 geeft de adviezen weer die de rapporteurs pJ verstrekken, §3.5.2 onderzoekt het verband tussen de hiervoor behandelde variabelen (het gebruik van instrumenten, risiconiveau) en het uiteindelijke advies. Doel van deze analyse is iets te kunnen zeggen over de basis waarop rapporteurs pJ hun advies bouwen. In lijn met het risico-principe zou het risiconiveau een doorslaggevende rol moeten spelen bij de intensiteit van de geadviseerde behandeling.

3.5.1 Adviezen

Tabel 3.2 geeft de adviezen van de rapporteurs pJ weer.⁴⁶ Rapporteurs kunnen meerdere adviezen geven. Regelmatig geven zij bijvoorbeeld het advies tot behandeling én toezicht, of adviseren zij twee vormen van behandeling waarbij de ene het alternatief is voor de andere – bijvoorbeeld klinische behandeling als tbs met voorwaarden en mocht dat niet haalbaar zijn ambulante behandeling als bijzondere voorwaarde.

Tabel 3.2 Gegeven adviezen en categorieën.⁴⁷ NB: veel verdachten krijgen meerdere adviezen, waardoor de totalen in de tabel optellen tot meer dan 234. Bijz. vw.: bijzondere voorwaarde. ISD: plaatsing in een instelling voor stelselmatige delinquenten. TBS: terbeschikkingstelling.

	totaal
maatregel - PIJ	0
maatregel - ISD	1
maatregel - TBS voorwaarden	17
maatregel - TBS dwangverpleging	8
bijz. vw.- klinische behandeling	23
bijz. vw.- dagklinische behandeling	7
bijz. vw.- ambulante behandeling	114
bijz. vw.- training	3
bijz. vw.- toezicht	1
bijz. vw.- begeleiding reclassering	118
bijz. vw.- beschermd wonen	5
bijz. vw.- medicatie	4
bijz. vw.- anders	5
bijz. vw.- geen	2

Bron: NIFP-registratiebestanden 2012-2013

⁴⁶ Zie Hoofdstuk 2 voor een uitleg van de maatregelen en bijzondere voorwaarden.

⁴⁷ De categorieën bijzondere voorwaarden zijn afkomstig uit de registratie van het NIFP. Deze corresponderen niet alle precies met de bijzondere voorwaarden zoals genoemd in §2.2.2. Zo kunnen de hier genoemde bijzondere voorwaarden 'klinische behandeling', 'dagklinische behandeling', 'ambulante behandeling' en 'medicatie' alle vallen onder de bijzondere voorwaarde 'Een verplichting zich onder behandeling te stellen van een deskundige of zorginstelling' (Art 14c lid 2 Sr, sub 11).

Zoals blijkt uit Tabel 3.2, worden met name ambulante behandeling en reclasseringsbegeleiding vaak geadviseerd, en meestal samen: negentig verdachten krijgen ambulante behandeling én reclasseringsbegeleiding geadviseerd.

De vormen van geadviseerde behandeling zijn in categorieën ingedeeld (Tabel 3.3). Wanneer een rapporteur pJ twee vormen van behandeling adviseert is het advies bij de categorie ingedeeld bij de zwaarste geadviseerde vorm. Deze categorieën vormen de basis van de analyses in de volgende paragraaf.

Tabel 3.3 Indeling adviezen tot behandeling in categorieën.

Categorie	N	Adviezen
klinische behandeling	39	in ieder geval tbs dwang, tbs voorwaarden, isd, of bijz.vw. klinische behandeling geadviseerd
ambulante behandeling	115	in ieder geval bijz.vw. dagklinische behandeling, bijz.vw. ambulante behandeling of bijz.vw. training geadviseerd, en géén advies uit de categorie klinische behandeling
geen behandeling	80	geen van bovenstaande adviezen gegeven
totaal	234	

Bron: NIFP-registratiebestanden 2012-2013

3.5.2 Advies en risico

Interessanter dan het aantal adviezen in een bepaalde richting is voor dit onderzoek met welke factoren deze adviezen samenhangen. Het risico-principe dicteert dat het risiconiveau doorslaggevend moet zijn bij het opleggen van forensische zorg. Ook het NIFP adviseert dit aan de rapporteurs:

‘De ernst van het recidiverisico gecombineerd met de ernst van het ten laste gelegde zal [...] bepalend zijn bij het niveau van de interventie en het te adviseren juridisch kader.’⁴⁸

Deze paragraaf beschrijft het verband tussen de in dit hoofdstuk beschreven factoren en het uiteindelijke advies. Dit verband kan aangetoond worden met een statistische analyse waarin al deze factoren samen zijn meegenomen als mogelijke voorspellers van de behandelintensiteit (zie [Bijlage 1 – Onderzoeksverantwoording](#)). De volgende variabelen zijn meegenomen als mogelijke voorspellers:

- De aanwezigheid van een risicorelevante stoornis.⁴⁹
- De aanwezigheid van een niet risicorelevante stoornis.⁵⁰
- Het aantal genoemde risicofactoren uit de Static-99R/Stable-2007.⁵¹
- Het aantal genoemde risicofactoren uit de SVR-20.⁵²
- Het oordeel over risiconiveau.⁵³

48 Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (2007).

49 Wald $\chi^2(1)=10,4$, $p=0,001$.

50 Wald $\chi^2(1)=9,5$, $p=0,002$.

51 Wald $\chi^2(1)=11,7$, $p=0,001$.

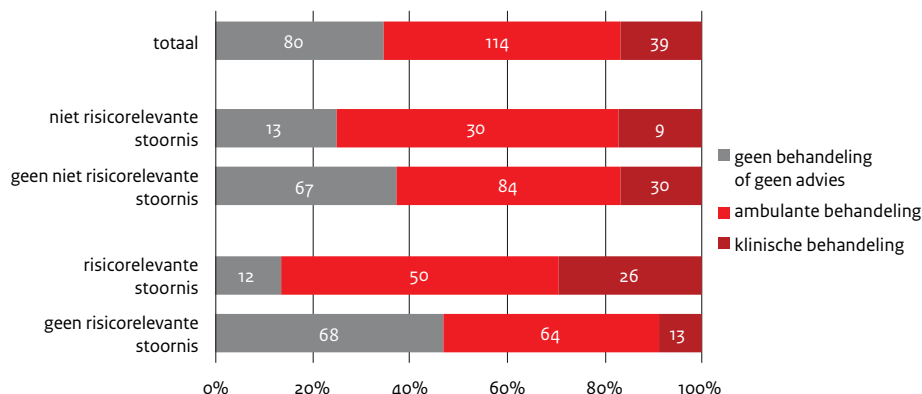
52 Wald $\chi^2(1)=0,6$, $p=0,442$.

53 Wald $\chi^2(1)=22,22$, $p=0,001$.

Hiervan is alleen het aantal genoemde risicofactoren uit de SVR-20 *niet* van invloed op het oordeel over het risiconiveau. De rest van deze paragraaf beschrijft in meer detail de invloed van de factoren die in deze analyse een effect op het behandeladvies blijken te hebben.

Stoornissen

Om klinische behandeling via een maatregel te adviseren moet een rapporteur een stoornis vaststellen (zie §2.3.1). Zoals in §3.4.2 uiteengezet, zijn niet alle stoornissen echter risicorelevant. Het risico-principe zou dan ook dicteren dat alleen in het geval van risicorelevante stoornissen deze invloed heeft op het vastgestelde risiconiveau en daarmee op de geadviseerde behandelintensiteit. Andersom zou er volgens dit principe ook klinische behandeling opgelegd moeten kunnen worden aan hoog risico daders wanneer zij géén stoornis hebben. Uit de analyse blijkt dat de aanwezigheid van risicorelevante stoornissen (parafilie of andere risicorelevante stoornissen) het geadviseerde behandelniveau verhoogt, maar dat de aanwezigheid van een niet risicorelevante stoornis dat ook doet (zie Figuur 3.6). De aanwezigheid van een niet-risicorelevante stoornis maakt dus het oordeel over risiconiveau niet hoger (§3.4.3), maar de geadviseerde behandelintensiteit wel.

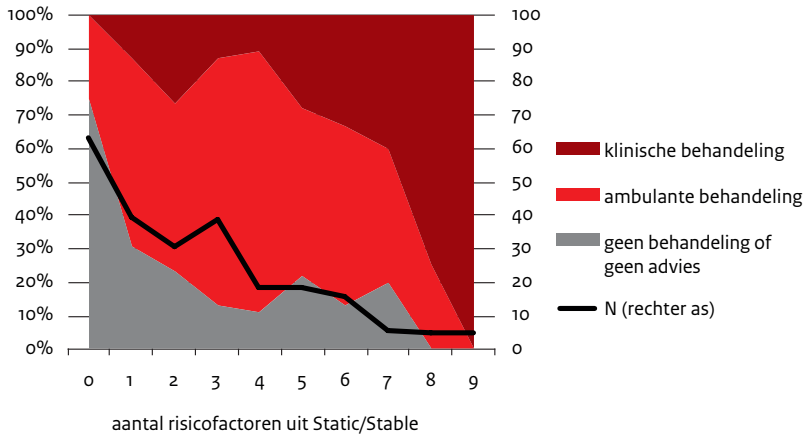


Figuur 3.6 Verband tussen aanwezigheid van stoornissen en intensiteit behandeladvies (N=234).

Bron: Steekproef rapportages pro Justitia 2012-2013 en registratiebestanden NIFP

Risicofactoren

Hoe groter het aantal risicofactoren uit de Static-99R/Stable-2007 dat in rapportages wordt genoemd, hoe groter de kans op een zwaarder behandeladvies (Figuur 3.7). Zo krijgen bijvoorbeeld alle (vier) verdachten met negen risicofactoren klinische behandeling geadviseerd, en géén van de verdachten zonder genoemde risicofactoren. Dit is globaal in lijn met het risicoprincipe: hoe meer wetenschappelijk onderbouwde risicofactoren, hoe hoger het risiconiveau, hoe intensiever de behandeling moet zijn.



3.7 Verband tussen aantal risicofactoren uit Static-99R en Stable-2007 en intensiteit behandeladvies (N=234). De vlakken geven het percentage van iedere categorie behandeladvies per aantal genoemde risicofactoren uit de Static-99R/Stable-2007. De zwarte lijn geeft het totaal aantal verdachten met genoemd aantal risicofactoren: er zijn bijvoorbeeld dertig verdachten (zwarte lijn) met twee risicofactoren (horizontale as). Rapporteurs pj hebben voor 23% (=7; onderste vlak) geen behandeling geadviseerd, voor 50% (=15; middelste vlak) ambulante behandeling en voor 27% (=8; bovenste vlak) klinische behandeling.

Bron: Steekproef rapportages pro Justitia 2012-2013 en registratiebestanden NIFP

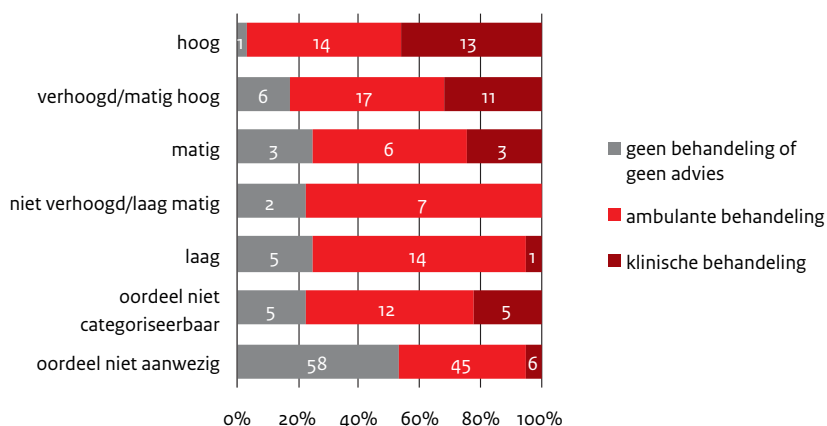
Risiconiveau

Het risico-principe dicteert dat hoe hoger het risiconiveau is, hoe hoger de (geadviseerde) behandeling van een delinquent moet zijn. §3.3 laat zien dat de wijze waarop het oordeel over risiconiveau tot stand komt in rapportages pj vaak niet overeenkomt met de beste werkwijze (actuariële risicotaxatie), wat maakt dat het oordeel van de rapporteur niet noodzakelijkerwijs overeenkomt met het daadwerkelijke risiconiveau. Het risico-principe kan dus hier alleen getoetst worden op de *interne* validiteit: is het advies van de rapporteur(s) in overeenstemming met het risiconiveau *zoals zij dat zelf vaststellen?*

Het door de rapporteur genoemde risiconiveau van verdachten heeft inderdaad een effect op de kans op een zwaarder behandeladvies. Er zijn twee duidelijke patronen: rapporteurs pj geven een zwaarder behandeladvies over verdachten met een 'hoog' risico dan over de meeste andere groepen op twee uitzonderingen na: de verdachten met het oordeel 'laag risico' (maar dit verschil is wel bijna significant) en de verdachten over wie het oordeel niet categoriseerbaar is.⁵⁴ En rapporteurs pj geven een lichter behandeladvies over verdachten over wie zij geen oordeel over risico vermelden dan over verdachten over wie het oordeel niet categoriseerbaar, laag, matig, verhoogd/matig hoog of hoog risico is. Tussen alle andere risiconiveaus maken de rapporteurs pj geen onderscheid bij het adviseren van

54 Hoog risico versus: -oordeel niet aanwezig: $\beta=7,8$, $p=0,001$; -oordeel niet categoriseerbaar: $\beta=2,1$, $p=0,246$; -laag risico $\beta=3,0$, $p=0,083$; -niet verhoogd/matig laag risico $\beta=8,4$, $p=0,008$; -matig risico $\beta=4,5$, $p=0,040$; -verhoogd/matig hoog risico $\beta=3,0$, $p=0,039$.

behandeling (Figuur 3.8).⁵⁵ Rapporteurs PJ maken bij het adviseren van behandeling dus grofweg onderscheid tussen drie categorieën: verdachten over wie zij géén oordeel over risico vellen krijgen gemiddeld het lichtste behandeladvies, verdachten over wie zij oordelen dat het risico op recidive hoog is krijgen het zwaarste behandeladvies, en alle andere risicocategorieën vallen hier tussen in. Zo valt op dat de rapporteur PJ ook over verdachten die hij of zij zelf kwalificeert als laag risico in 75% van de zaken behandeling adviseert.



Figuur 3.8 Verband tussen risiconiveau en behandeladvies.

Bron: Steekproef rapportages pro Justitia 2012-2013 en registratiebestanden NIFP

In **Hoofdstuk 5** wordt het advies door de rapporteur PJ ook in verband gebracht met de best beschikbare voorspelling van het recidiverisico, het resultaat van het actuariële instrument Static-99: deze is door de reclassering in ongeveer de helft van de zaken afgenomen, en kan in dit onderzoek gekoppeld worden aan het advies van de rapporteur. Hieruit blijkt dat het risiconiveau van de verdachten voor wie de rapporteur PJ klinische behandeling adviseert hoger is dan van de verdachten voor wie de rapporteur PJ ambulante behandeling adviseert, in lijn met het risico-principe. Het risiconiveau van de groep voor wie geen behandeling wordt geadviseerd, of waar de rapporteur PJ geen advies over uitspreekt, ligt niet lager dan de groep met een ambulant behandeladvies, maar ligt tussen de twee groepen in.

3.6 Conclusie

Om effectief te kunnen zijn, moet de behandeling die een zedendelinquent krijgt opgelegd passen bij het risico dat hij of zij vormt: weinig tot geen behandeling bij laag risico, intensieve behandeling bij hoog risico. Om een dergelijke beslissing door de rechter mogelijk te kunnen maken, moeten rapporteurs PJ voldoen aan drie voorwaarden, zoals beschreven in de inleiding. Deze conclusie beziet aan de hand van de in dit hoofdstuk gerapporteerde bevindingen in hoeverre aan deze voorwaarden voldaan wordt.

⁵⁵ Oordeel niet aanwezig versus: -oordeel niet categoriseerbaar: $\beta = 0,3$, $p = 0,011$; -laag risico: $\beta = 0,4$, $p = 0,050$; -niet verhoogd/matig laag risico: $\beta = 1,1$, $p = 0,918$; -matig risico: $\beta = 0,6$, $p = 0,414$; -verhoogd/matig hoog risico: $\beta = 0,4$, $p = 0,036$; -hoog risico: $\beta = 0,1$, $p < 0,001$.

1. *De rapporteur pj moet het risiconiveau op betrouwbare wijze vaststellen, zodat deze inschatting een adequate voorspelling is van de kans dat de pleger later recidiveert.*

De beste voorspelling van het recidiverisico is te maken door het gebruik van *actuariële risicotaxatie*, een methode waarbij een instrument dat bewezen risicofactoren bevat in zijn geheel gescoord wordt waarna er rechtstreeks een risiconiveau uit volgt. Aanpassingen aan dat niveau kunnen bij uitzondering en onderbouwd met literatuur toegevoegd worden. Uit de analyse van beleidsinstrumenten in §3.2 blijkt dat het NIFP rapporteurs echter stimuleert (maar niet verplicht) *gestructureerd klinische risicotaxatie* te doen. In deze werkwijze scoort de rapporteur wel een bestaand instrument dat bewezen risicofactoren omvat, maar weegt deze naar eigen inzicht bij het bepalen van het risiconiveau. Dit is te prefereren boven een risicoanalyse zonder gebruik van enig instrument (*ongestructureerde klinische risicotaxatie*), maar niet optimaal. Bovendien laten de richtlijnen van het NIFP voldoende ruimte om alsnog ongestructureerde klinische taxatie toe te passen.

Uit de resultaten vermeld in §3.3 blijkt over risicotaxatie samengevat het volgende: in 47% van de zaken doet de rapporteur geen uitspraak over risico, en is dus in wezen geen sprake van risicotaxatie (Figuur 3.2). In nog eens 22% van de zaken komt de rapporteur pj zonder het gebruik van een instrument tot een uitspraak over risico (Figuur 3.4), en is dus sprake van ongestructureerde risicotaxatie. Deze uitspraken over risico hebben in feite geen voorspellende waarde voor de daadwerkelijke kans op recidive. In de zaken waarin wel een instrument gebruikt wordt, komt de rapporteur pj in 4% tot een niet-informatieve uitspraak over het recidiverisico, zoals dat het risico ‘niet uitgesloten’ kan worden (Figuur 3.4). In de overgebleven 27% is sprake van gebruik van een instrument en doet de rapporteur pj een informatieve uitspraak over het risico. Het kan niet worden vastgesteld in hoeverre het instrument leidend is geweest voor de uitspraak, en dus of actuariële risicotaxatie heeft plaatsgevonden. Gezien het beleid beschreven in §3.2 en het feit dat de meerderheid van de aangetroffen instrumenten niet voor actuariële risicotaxatie bedoeld is, ligt dit echter niet voor de hand.

Het NIFP is momenteel bezig het beleid aangaande risicotaxatie te heroverwegen. De wijzigingen in de schrijfwijzer en standaardvraagstelling zijn in §3.2 besproken. Deze komen er grofweg op neer dat minder vrijblijvend ingezet wordt op gestructureerde risicotaxatie. Daarnaast gaat het NIFP eigen medewerkers trainen op het gebruik van de Static-99R en Stable-2007, twee actuariële instrumenten geschikt voor zedendelinquenten die tezamen de recidivekans kunnen bepalen en behandeldoelen kunnen identificeren.⁵⁶ Het is wel belangrijk dat deze instrumenten ook *bepalend* worden voor uitspraken over recidiverisico: wanneer de uitkomst gecombineerd wordt met professionele weging achteraf is de voorspellende waarde slechter (zie §7.3) en is in feite geen sprake van actuariële risicotaxatie.

2. *De rapporteur pj moet een behandeladvies geven dat past bij dat recidiverisico.*

Deze vraag kan op twee manieren bekeken worden. Ten eerste kunnen we kijken naar de relatie tussen het recidiverisico zoals ingeschat door de rapporteur en het uiteindelijke behandeladvies om te zien of de rapporteur het risicoprincipe in zijn of haar advies volgt. Aan deze voorwaarde blijkt deels voldaan te worden: de rapporteur pj adviseert een zwaardere categorie behandeling voor verdachten die hij of zij als hoog risico aanmerkt vergeleken met de meeste andere risicocategorieën. Rapporteurs maken echter geen significant onderscheid tussen de andere risicocategorieën bij het adviseren van de gewenste behandelintensiteit. Zo valt op dat ook wanneer het risico als ‘laag’ wordt ingeschat er toch nog in 75% van

de gevallen behandeling wordt geadviseerd. Dit is geldverspilling: een laag risico wordt door behandeling niet lager.⁵⁷ Behandelen bij een laag risico kan zelfs contraproductief zijn en dus de kans op recidive vergroten.⁵⁸ Een tweede manier om naar de relatie tussen risico en behandeladvies te kijken gaat uit van de best beschikbare voorspelling van het recidiverisico, los van het oordeel van de rapporteur: de score op het actuariële instrument Static-99 zoals gescoord door de reclassering (zie §3.3.1). De vraag of dit recidiverisico correspondeert met de geadviseerde behandelzwaarte wordt behandeld in §5.3.2. Een derde manier om naar de relatie tussen risico en behandeladvies te kijken sluit aan op een centraal element in rapportage pJ: de stoornis. De aanwezigheid van een stoornis vergroot de kans op een zwaarder behandeladvies. Dit is begrijpelijk nu een stoornis in het huidige systeem een vereiste is om behandeling in het kader van een maatregel op te kunnen leggen (zie §2.3.1). In het licht van het risico-principe zou het echter beter zijn wanneer alleen de aanwezigheid van *risicorelevante* stoornissen zou leiden tot een zwaarder behandeladvies.

3. De rapporteur pJ moet informatie over recidiverisico en gerelateerde behandeling kunnen overdragen aan de gebruikers van het rapport pJ, de officier van justitie (OvJ) en de rechter.

Uit §3.3.2 blijkt dat de zaken waarin de rapporteur pJ een informatieve uitspraak doet over de hoogte van het recidiverisico een minderheid vormen. In 49% van de zaken vermeldt de rapporteur géén oordeel over risico, en in nog eens 9% van de zaken spreekt hij of zij van bijvoorbeeld een ‘aanwezig’, of een ‘niet uitgesloten’ risico – formuleringen die in feite niet informatief zijn over het risiconiveau. Voorts heeft Deel 1 van dit onderzoek laten zien dat de interpretaties van zowel rapporteurs pJ als hun ketenpartners van woorden als ‘laag’, ‘verhoogd’ of ‘hoog’ risico, uiteenlopen.⁵⁹

Tot slot

Uit de analyse in dit hoofdstuk blijkt dat de implementatie van het risico-principe in rapportages pJ op meerdere punten verbeterd kan worden. Het risico kan beter worden vastgesteld, de relatie met het behandeladvies bestaat wel maar onderscheidt in feite twee risiconiveaus, en informatie over risico kan eenduidiger gecommuniceerd worden.

57 Makarios, Sperber, & Latessa (2014).

58 Lovins, Lowenkamp, & Latessa (2009; Lowenkamp & Latessa (2004).

59 Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2017).

4 Het reclasseringsadvies

4.1 Inleiding

Hoofdstuk 3 beschreef de wijze van risico-inschatting in rapportages pro Justitia en het behandeladvies. Dit hoofdstuk beschrijft voor grotendeels dezelfde steekproef van zaken de risico-inschatting en behandeladvies door de reclassering. Het aantal zaken is hier 197 (zie [Bijlage 1 Onderzoeksverantwoording](#)). Niet voor alle zaken beschreven in Hoofdstuk 3 was een adviesrapportage beschikbaar of vindbaar bij de reclassering. §4.2 beschrijft het beleid van de reclassering op het gebied van risicotaxatie en advisering. Ook beschrijft deze paragraaf de instrumenten die binnen de reclasseringsorganisaties gebruikt worden om het recidiverisico vast te stellen. §4.3 beschrijft hoe dit vastgestelde risiconiveau samenhangt met de geadviseerde behandeling.

4.2 Risicotaxatie: beleid

Ook de reclassering adviseert regelmatig in strafzaken, en dus ook in zedenzaken. Het advies van de reclassering geeft antwoord op de vraag welke afdoening, sanctie, interventies en voorwaarden voor een verdachte passend zouden zijn. Ook geeft het advies mogelijkheden aan voor het verminderen van dynamische risicofactoren.¹ De reclasseringsorganisaties (Reclassering Nederland, Stichting Verslavingsreclassering en Leger des Heils, samen ook wel bekend als 3RO) gebruiken standaard het instrument RISc voor risicotaxatie.² De RISc is een actuariel instrument: scores op deelschalen van de RISc worden op basis van een vaste weging in een totaalscore omgezet met een bijbehorend risiconiveau. Wel ontbreken in de RISc, anders dan gebruikelijk voor actuariële instrumenten, normtabellen met recidivepercentages behorend bij iedere score. Met andere woorden, het instrument is niet genormeerd. Uit onderzoek in 2009 bleek dat de predictieve validiteit (de mate waarin de risicoscore het uiteindelijke recidivepercentage voorspelt) van de RISc voor het voorspellen van zedenrecidive door zedendelinquenten onvoldoende was.³

1 Handboek Reclassering 3RO.

2 https://www.reclassering.nl/documents/Bibliotheek/2012/documenten/Factsheet_RISc_voor_opdrachtgevers_september_2009.pdf, geraadpleegd 7 september 2017.

3 van der Knaap & Alberda (2009).

Vanwege de problemen met de predictieve validiteit van de RiSc voor zedenrecidive is het beleid dat reclasseringswerkers voor zedendelinquenten naast de RiSc waar mogelijk een Static-99⁴ afnemen om de kans op zedenrecidive beter te bepalen. De Static-99 is een actuariel instrument specifiek bedoeld voor zedendelinquenten.⁵ Dit instrument heeft een gemiddelde tot goede voorspellende waarde, ook in Nederland.⁶ De Static-99 wordt, wanneer afgenomen, in principe meegewogen bij het bepalen van het professioneel oordeel over het recidiverisico.

Reclasseringswerkers worden na het scoren van de instrumenten en het bepalen van het daaruit voortvloeiende risiconiveau expliciet aangemoedigd hun eigen professioneel oordeel mee te wegen.⁷ De reclasseringswerker oordeelt dus over risico op basis van één of twee instrumenten, die hij of zij naar eigen inzicht combineert met het eigen professioneel oordeel. Al met al is het beleid bij de reclasseringsorganisaties dus dat risicotaxatie plaatsvindt via gestructureerd professioneel oordeel: hoewel er actuariële instrumenten worden gebruikt kunnen reclasseringswerkers deze naar eigen inzicht combineren en daar expliciet op basis van hun eigen professionele oordeel van afwijken.

4.3 Risicotaxatie: praktijk

De gegevens van de reclassering die onderzocht zijn voor dit onderzoek komen overeen met het beleid. Ten eerste wordt de RiSc inderdaad standaard gebruikt: in 195 van de 197 zaken is een RiSc afgenomen. De Static-99 wordt ook regelmatig als aanvulling gebruikt: dit instrument is voor 105 van de 197 verdachten terug te vinden in de registratie. In sommige gevallen mag de Static-99 volgens de instructies niet gebruikt worden: bij vrouwelijke verdachten en bij verdachten van uitsluitend hands-off delicten. Dit komt omdat de Static-99 voor deze groepen niet genormeerd is. Voor zeven van de acht vrouwelijke verdachten in de steekproef is inderdaad geen Static-99 aangetroffen. Het percentage verdachten voor wie géén Static-99 is gescoord, is het grootst voor hands-off zedenzaken (namelijk 70%), maar het verband tussen categorie zedendelict en het al dan niet aanwezig zijn van een Static-99 is niet statistisch significant.⁸ Dat voor een grote minderheid van de steekproef geen Static-99 is aangetroffen kan dus niet volledig verklaard worden door zaken die niet voldoen aan de instructies van de Static-99.

Risiconiveau

Figuur 4.1 geeft de uitspraak over het recidiverisico (het professioneel oordeel) van de reclasseringswerker weer. Hieruit blijkt dat de reclassering in 23% van de zaken géén uitspraak over het recidiverisico geeft. Dit is minder vaak dan in rapportages pJ (47%, zie §3.3.2), maar nog altijd betekent het dat in een kwart van de reclasseringsadviezen de vraag naar recidiverisico niet beantwoord wordt. In deze adviezen is dus geen sprake van risicotaxatie.

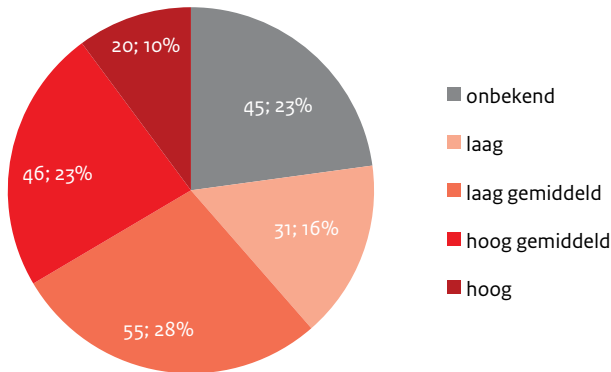
4 De Static-99R is de herziene (en meest actuele) versie van de Static-99. Afhankelijk van de context zal in dit rapport gesproken worden over de Static-99 voor de oude versie, over de Static-99R voor de nieuwe versie, en over de Static-99(R) als het gaat over beide versies.

5 Hanson & Morton-Bourgon (2009).

6 Babchishin, Hanson, & Helmus (2012), Smid, Kamphuis, et al. (2014).

7 Mondelinge informatie Reclassering Nederland, 14 november 2014, 15 november 2016.

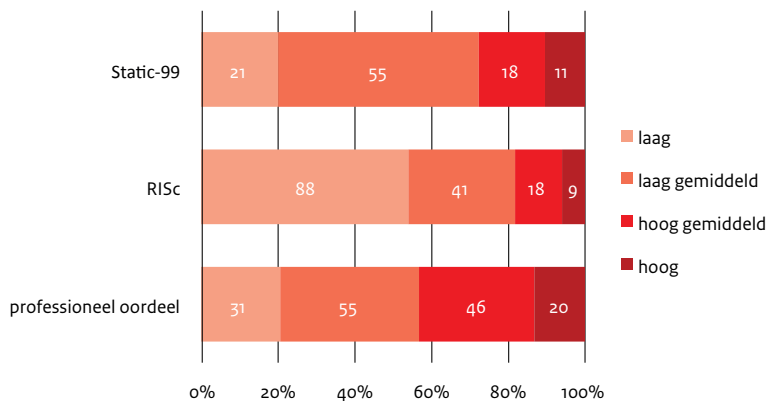
8 $\chi^2=8,16$; $p=0,15$.



Figuur 4.1 Professioneel oordeel van de reclassering over het recidiverisico.

Bron: registratie 3RO 2012-2013 voor de steekproef reclasseringsadviezen 2012-2013

De volgende vraag is dan op welke wijze het risico in de overige adviezen getaxeerd wordt. De registratie van de reclassering bevat naast het professioneel oordeel ook de uitkomsten van alle gebruikte instrumenten, wat maakt dat de wijze van risicotaxatie goed inzichtelijk gemaakt kan worden. Figuur 4.2 geeft drie vormen van oordeel over recidiverisico weer voor die zaken waarin alle gegevens beschikbaar waren: het uiteindelijke professioneel oordeel van de reclasseringswerker, de gecategoriseerde score van het instrument RISC, en de gecategoriseerde score van het instrument Static-99. Anders dan in rapportages pJ hanteert de reclassering vaste categorieën voor het aanduiden van risico (laag, laag gemiddeld, hoog gemiddeld, en hoog), al blijkt uit deel 1 van dit onderzoek dat niet iedereen hetzelfde onder die categorieën verstaat.⁹ Allereerst laat de figuur zien wat het eindoordeel is over risico dat de reclasseringswerkers aan de rechter doorgeven, als zij een uitspraak over risico doen: 20% laag (= 16% van alle zaken), 36% laag gemiddeld (=28% van alle zaken), 30% hoog gemiddeld (=23% van het totaal) en 13% hoog risico (=10% van het totaal). De figuur toont ook dat de verdeling van RISC-categorieën lager ligt (53% krijgt hier een laag risico), en voor de Static-99 hoger ligt dan de verdeling van de RISC, maar nog altijd lager dan het professioneel oordeel. De reclasseringswerker schat het risico dus doorgaans hoger in dan op basis van beide instrumenten zou gebeuren.



Figuur 4.2 Verdeling risicocategorieën voor professioneel oordeel (eindoordeel) en de instrumenten RISC en Static-99. In 49 zaken is het risiconiveau van de RISC niet berekend, en in 45 zaken ontbreekt een uiteindelijk professioneel oordeel over risico. Deze zaken zijn in de buiten beschouwing gelaten.

Bron: registratie 3RO 2012-2013 voor de steekproef reclasseringsadviezen 2012-2013

De gecategoriseerde score op beide instrumenten is van invloed op het professioneel oordeel: het eindoordeel komt regelmatig overeen met de risicocategorie van één of beide instrumenten.¹⁰ Het verband tussen de risicocategorieën voor de RISC en Static-99 onderling is niet statistisch significant.¹¹ Dat laatste laat zien dat RISC en Static-99(R) niet hetzelfde meten. Voor zedelinquenten is bekend dat de Static-99(R) een betere inschatting vormt van de kans op recidive van zedelinquenten dan de RISC.¹²

In een nadere statistische analyse kan het effect van beide instrumenten op het eindoordeel tegelijk bepaald worden.¹³ Hieruit blijkt dat zowel de score op de RISC als op de Static-99 invloed hebben op het professioneel eindoordeel.¹⁴ Helaas is het met deze statistische analyse niet mogelijk te bepalen *in welke mate* het oordeel van de reclasseringswerker bepaald wordt door de instrumenten. Figuur 4.3 geeft wel een illustratie. Deze figuur toont de spreiding van scores binnen de vier risicocategorieën voor het professionele eindoordeel. Als het instrument actueel gebruikt zou worden, zou er niet of nauwelijks overlap moeten bestaan tussen de scores in de verschillende categorieën: dan zou één bepaalde score altijd moeten horen bij één bepaald risiconiveau. De figuren laten echter zien dat hoewel er een verband is tussen de scores en het niveau (de scores zijn bij ieder volgend niveau duidelijk hoger dan bij het voorgaande), er ook veel overlap bestaat tussen de scores in de ene categorie en de daaropvolgende.

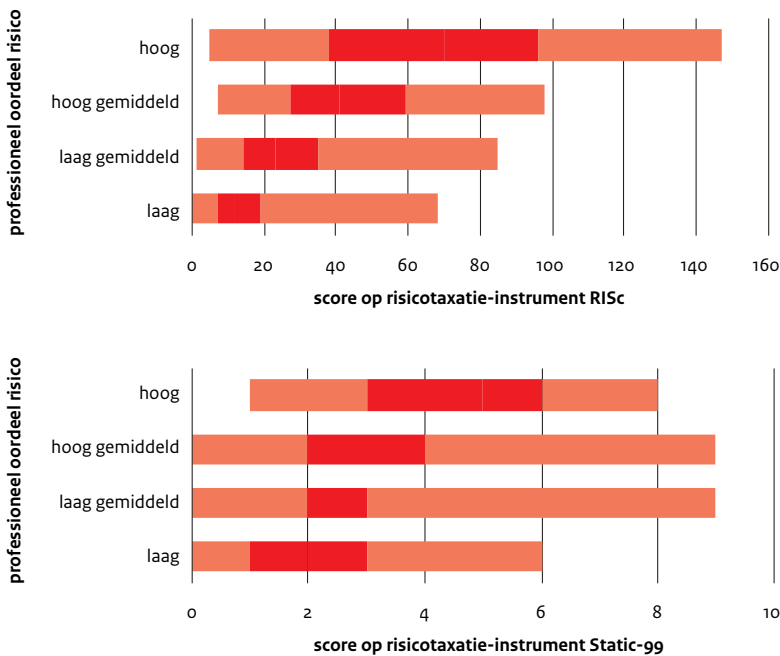
10 Professioneel oordeel – RISC: Kendall's $\tau=0,41$, $p<0,001$. Professioneel oordeel – Static-99: Kendall's $\tau=0,42$, $p<0,001$.

11 RISC-Static-99: Kendall's $\tau=0,04$, $p=0,30$.

12 van der Knaap & Alberda (2009); Smid, Kamphuis, et al. (2014).

13 Voor de 79 zaken waarin beide instrumenten gescoord zijn. Een herhaling van deze analyse voor de gehele populatie verdachten van seksueel geweld tegen kinderen in 2012-2013 levert grofweg dezelfde resultaten op.

14 RISC score: Wald $\chi^2=24,64$, $p<0,001$. Static-99 score: Wald $\chi^2=15,48$, $p<0,001$.



Figuur 4.3 Verband tussen scores op RISC (bovenste figuur) en Static-99 (onderste figuur) en uiteindelijk professioneel oordeel over risico. De eerste lichte staaf geeft de laagste 25% van de scores op het instrument in een bepaalde risicocategorie (verticale as) weer. De donkere staaf geeft de middelste 50% van de scores in die categorie weer, en de laatste lichte staaf geeft de hoogste 25% van de scores in de categorie weer.

Bron: registratie 3RO 2012-2013 voor de steekproef reclasseringsadviezen 2012-2013

Deze resultaten zijn in overeenstemming met het beleid van de reclasseringsorganisaties. Hoewel de RISC in potentie een actuariel instrument is (de factoren worden gewogen tot een eindscore, die met een het risiconiveau aangeeft), wordt reclasseringswerkers nadrukkelijk gevraagd naar hun professionele oordeel.¹⁵ Voor zedelinquenten is de (actuariële) Static-99 hierbij een aanvullend instrument. De resultaten laten zien dat zowel RISC als Static-99 invloed hebben op het eindoordeel, maar dat geen van beide instrumenten bepalend is.

4.4 Advies

Het professioneel oordeel en alle risicofactoren moeten leiden tot een advies over de passende interventies. Zoals in [Hoofdstuk 1](#) uiteengezet, past de geadviseerde interventie idealiter bij het risiconiveau van de pleger.

¹⁵ Mondelinge informatie Reclassering Nederland, 14 november 2014, zie ook Nationaal Rapporteur (2014).

De reclassering kan adviseren over *bijzondere voorwaarden* (zie §2.2). Dit zijn voorwaarden behorend bij een voorwaardelijke straf. De verdachte moet zich er gedurende zijn¹⁶ proeftijd aan houden, doet hij dit niet dan wordt het voorwaardelijk deel van zijn straf alsnog tenuitvoergelegd. Er zijn verschillende categorieën bijzondere voorwaarden: controlerende, vrijheidsbeperkende, reparatoire (schadeherstellende) en, centraal in dit onderzoek, gedragsbeïnvloedende. Het is deze laatste categorie die verplichte behandeling mogelijk maakt (zie §2.2). De reclassering kan in opdracht van de officier van justitie ook advies uitbrengen over de wenselijkheid en invulling van de maatregel tbs met voorwaarden.¹⁷ Uit de hier geanalyseerde gegevens blijkt ook dat de reclassering regelmatig zelf aanstuurt op een dergelijke opdracht door te adviseren een maatregelrapport aan te vragen. Deze rapportages maakten, ook indien daadwerkelijk aangevraagd, geen onderdeel uit van de selectie adviesrapportages in dit onderzoek.

4.4.1 Wat adviseert de reclassering?

Figuur 4.4 toont de door de reclassering geadviseerde bijzondere voorwaarden in de steekproef van zaken.



Figuur 4.4 Geadviseerde bijzondere voorwaarden (N=197). Het totaal aantal geadviseerde bijzondere voorwaarden is hoger dan 197 omdat meerdere bijzondere voorwaarden tegelijk geadviseerd kunnen worden. Zo wordt een behandelverplichting bijvoorbeeld doorgaans geadviseerd in combinatie met een meldingsplicht bij de reclassering. Voor uitleg van de gedragsbeïnvloedende bijzondere voorwaarden, zie §2.2.2.

Bron: steekproef reclasseringsadviezen 2012-2013.

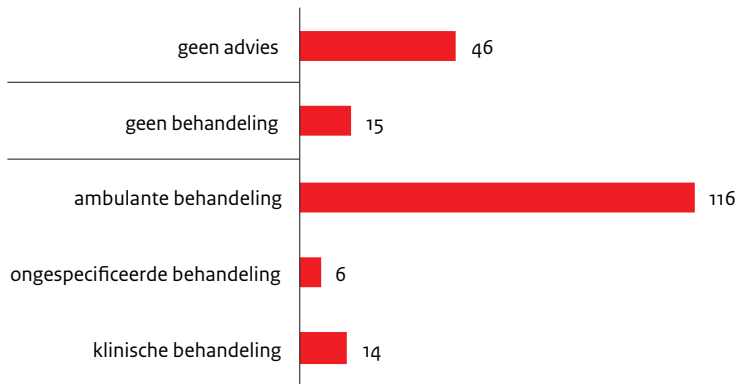
In 46 zaken (=23%) onthoudt de reclassering zich van advies. Redenen die hiervoor genoemd worden zijn bijvoorbeeld dat de verdachte ontkent (n=17), dat het pJ-rapport nog ontbreekt maar wel onontbeerlijke informatie zal bevatten (n=15) of dat de reclassering afwacht of de rechter opdracht geeft tot een

16 In dit hoofdstuk wordt naar de zedendelinquent, de verdachte en de veroordeelde verwezen met mannelijke voornaamwoorden. Omdat ongeveer 6% van de onderzoekgroep een vrouw is (zie Bijlage 1), worden daarmee ook vrouwelijke zedendelinquenten, verdachten en veroordeelden bedoeld.

17 Schriftelijke informatie, Reclassering Nederland 10 juli 2017.

maatregeladvies ($n=8$). Zoals al in §3.3.3 uiteengezet, hoeft een ontkennende verdachte echter geen reden te zijn geen oordeel te geven, mits duidelijk is dat het advies alleen geldt wanneer het tenlastegelegde bewezen wordt verklaard. In de andere zaken wordt veelvuldig een meldingsgebod (bijvoorbeeld melden bij de reclassering) geadviseerd: in 68% van alle zaken (dat is 89% van de zaken waarin advies wordt uitgebracht). Ook de bijzondere voorwaarde behandelverplichting komt veel voor: in 64% van alle zaken (=84% van de zaken met advies).

Voor dit rapport is het van belang ook te kijken naar de geadviseerde behandelzwaarte (Figuur 4.5). Wanneer de reclassering advies uitbrengt, is een gedragsbeïnvloedende voorwaarde gericht op behandeling daar bijna altijd onderdeel van: in 90% (=136) van de zaken waarin advies gegeven wordt.¹⁸ Het advies is dan overwegend de verdachte ambulant te laten behandelen ($n=116$). Ambulante behandeling wordt geadviseerd in 85% van de gevallen waarin behandeling geadviseerd wordt (dat is 77% van de zaken waarin advies wordt uitgebracht en 59% van alle zaken).



Figuur 4.5 Behandeladviezen van de reclassering (N=197).

Bron: steekproef reclasseringsadviezen 2012-2013

Het eerste opvallende gegeven is dus dat er weinig differentiatie lijkt in het geadviseerde behandelniveau: voor bijna alle verdachten adviseert de reclassering, als zij een advies uitbrengt, behandeling, en in een ruime meerderheid van de gevallen is dit een advies de verdachte ambulant te behandelen. Al met al adviseert de reclassering de officier van justitie en de rechter in 59% van de hier geanalyseerde zaken de verdachte ambulant te laten behandelen. Hoewel de duur en intensiteit van ambulante behandeling van daders erg kan variëren, zit de gemiddelde intensiteit tussen die van klinische behandeling en geen behandeling in. De adviezen van de reclassering (en van rapporteurs pl) bevatten geen specifiekere aanbevelingen over de beoogde intensiteit van de geadviseerde ambulante behandelingen. Voor de beoogde zwaarte van een behandeling wordt na de strafoplegging een indicatie gesteld. Welke organisatie dit doet hangt af van welke categorie behandeling is opgelegd.¹⁹

¹⁸ Behandeling kan via behandelverplichting, maar ook via andere bijzondere voorwaarden zoals opname in een zorginstelling. Voor deze analyse is uit de reclasseringsrapporten gecodeerd welke vorm van behandeling de reclasseringswerker gespecificeerd heeft.

¹⁹ Zie <https://www.forensischezorg.nl/indicatiestelling-plaatsing/indicatiestelling>, geraadpleegd 22 juli 2017.

Het moet wel benadrukt worden dat het in dit onderzoek per definitie gaat om zaken waarin ook een rapportage pro Justitia is aangevraagd. Deze zal vaker aangevraagd worden als de officier van justitie al aanstuurt op behandeling. Het zou dan ook kunnen dat in een generieke steekproef van reclasseringsadviezen over zedendelinquenten minder vaak behandeling geadviseerd wordt. Uit eerder onderzoek bleek echter dat 60% van alle verdachten van seksueel geweld tegen kinderen in de periode 2010-2012 gedragsbeïnvloedende bijzondere voorwaarden geadviseerd kreeg (waaronder behandeling): minder dan in de huidige steekproef, maar niet een andere orde van grootte.²⁰

De belangrijkste vraag voor dit onderzoek is of het behandeladvies samenhangt met het risiconiveau. De hiernavolgende paragrafen bekijken achtereenvolgens of het risiconiveau samenhangt met het uitbrengen van een advies, en – voor de zaken met een advies – of het risiconiveau samenhangt met het uitgebrachte advies over behandelintensiteit.

4.4.2 Past het advies bij het risiconiveau?

Volgens het risico-principe moet het behandelniveau van een verdachte passen bij het risiconiveau. De reclasseringsorganisaties onderscheiden vier categorieën risiconiveau. Zoals uit §4.3 blijkt hangen die categorieën wel samen met de score op RISC en Static-99, maar niet volledig. Het beleid van de reclasseringsorganisaties is dan ook niet gericht op actuariële risicotaxatie maar op gestructureerd professioneel oordeel. Daarom valt de vraag of het geadviseerde behandelniveau samenhangt met het risiconiveau uiteen in twee deelvragen: 1) hangt het geadviseerde behandelniveau samen met het eindoordeel over risico van de reclasseringswerker? Dat wil zeggen, handelt de reclasseringswerker volgens het risico-principe door zijn of haar behandeladvies af te laten hangen van het door hem of haar vastgestelde risiconiveau? En 2) hangt het geadviseerde behandelniveau samen met de best beschikbare voorspelling van het risico, de uitkomst van het actuariële instrument Static-99?

1 Hangt het behandeladvies samen met het eigen oordeel over risico?

Om te beginnen is het percentage verdachten waarover de reclassering géén advies uitbrengt niet hetzelfde per risicocategorie (Figuur 4.6, bovenste paneel). Voor hoog- en hoog-gemiddeld risico verdachten (zoals door henzelf ingeschat) brengt de reclassering minder vaak advies uit dan voor laag-gemiddeld risico verdachten.²¹ Eerder beschreven redenen die de reclassering noemt om geen rapport uit te brengen kunnen hier een gedeeltelijke verklaring van zijn: zo wacht de reclassering een opdracht tot maatregeladvies vermoedelijk vooral af in gevallen waarin zij een maatregel denkbaar achten, en wordt het ontbreken van een PJ-rapport vooral problematisch gevonden in zaken waarin de problematiek van de verdachte als zwaar wordt beoordeeld waardoor de verdiepende gedragskundige diagnostiek van de rapporteur PJ nodig wordt geacht om te kunnen adviseren.

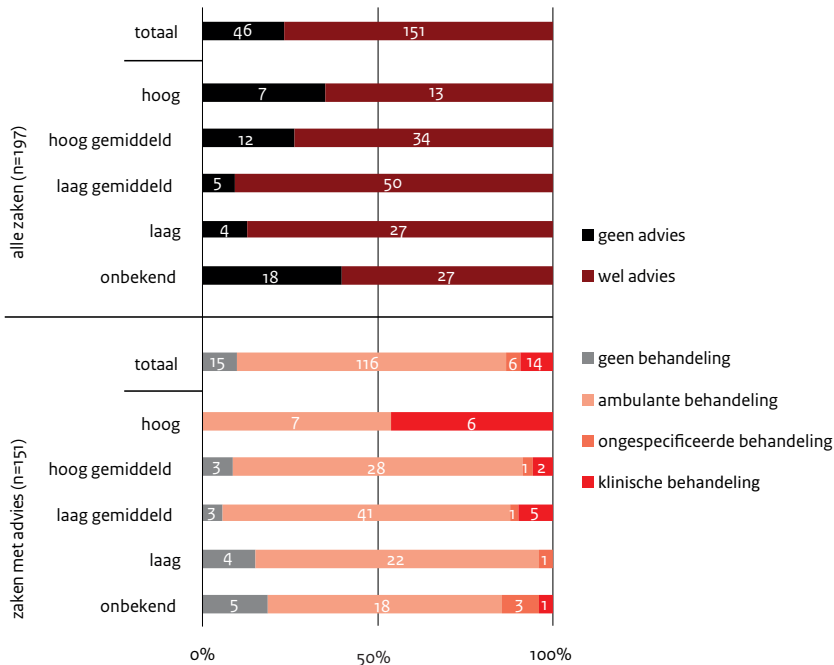
Het verschil tussen hoog-/hoog-gemiddeld risico verdachten en laag risico verdachten ziet er ongeveer hetzelfde uit, maar dit effect is niet statistisch significant.²² Tevens brengt de reclassering vaker advies uit over verdachten met een laag of laag-gemiddeld risico dan over verdachten waarvan het recidiverisico

20 Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2014, p. 214).

21 Verband risico-uitbrengen advies: Wald $\chi^2 = 15,04$, $p=0,005$. Verschil hoog-laag gemiddeld: $p=0,011$; Verschil hoog gemiddeld-laag gemiddeld: $p=0,029$.

22 Verschil hoog-laag: $p=0,170$. Verschil hoog gemiddeld-laag: $p=0,070$.

onbekend is.²³ Hoofdstuk 6 behandelt de vraag wat de rechter uiteindelijk met dit gebrek aan advies doet: betekent het ook dat hoog risico verdachten uiteindelijk minder vaak behandeling opgelegd krijgen?



Figuur 4.6 Behandeladvies naar risiconiveau (professioneel oordeel).

Bovenste paneel: het al dan niet uitbrengen van advies naar risiconiveau.

Onderste paneel: het advies indien uitgebracht naar risiconiveau.

Bron: steekproef reclasseringsadviezen 2012-2013

Het tweede paneel in Figuur 4.6 toont voor de zaken waarin de reclassering wel advies heeft uitgebracht het geadviseerde behandelniveau naar het reclasseringsoordeel over risiconiveau. Het professioneel oordeel over risiconiveau hangt inderdaad samen met de geadviseerde behandelintensiteit.²⁴ Dit effect is te vinden in een verschil tussen de geadviseerde behandelintensiteit bij hoog risico verdachten enerzijds en de drie andere niveaus anderzijds.²⁵ Het effect is in de verwachte richting: verdachten die als hoog risico zijn aangemerkt hebben een grotere kans op behandeling dan de lagere risiconiveaus. Dit is ook te zien in Figuur 4.6.

Het is opvallend dat de andere drie risiconiveaus niet van elkaar verschillen in geadviseerde behandelintensiteit. Dit komt overeen met de bevindingen in §3.5.2 voor de adviezen in rapportages pro Justitia.

23 Verschil laag–onbekend: $p=0,015$. Verschil laag gemiddeld–onbekend: $p=0,001$.

24 Verband risiconiveau – behandelniveau: Wald $\chi^2=15,83$, $p=0,003$.

25 Hoog risico vs. hoog gemiddeld: $p=0,002$, vs. laag gemiddeld: $p=0,004$, vs. laag: $p<0,001$, vs. onbekend: $p=0,001$.

Het valt dan met name op dat de reclasseringswerker zelfs voor verdachten die hij of zij zelf kwalificeert als laag risico nog in 85% van de zaken behandeling adviseert.

Hangt het behandeladvies met het actuariële risiconiveau?

Deze vraag komt in §5.3.2 uitgebreider aan bod, samen met dezelfde vraag voor rapportages pJ. Hier blijkt uit dat het risiconiveau van verdachten voor wie de reclassering klinische behandeling adviseert hoger lijkt dan dat van verdachten voor wie zij ambulante behandeling adviseert, al is dit verschil niet statistisch significant. Wel valt op dat het risiconiveau van verdachten over wie de reclassering geen advies uitbrengt niet lager is dan dat van verdachten voor wie het advies is ze te ambulant te behandelen.

4.5 Conclusie

Om effectief te kunnen zijn moet de behandeling die een zedendelinquent krijgt opgelegd passen bij het risico dat hij vormt: geen behandeling bij laag risico, intensieve behandeling bij hoog risico. Om de rechter in staat te stellen een dergelijke beslissing te nemen, moeten reclasseringsadviezen, net als rapportages pro Justitia, voldoen aan drie voorwaarden: 1) het risiconiveau moet op betrouwbare wijze worden vastgesteld; 2) het behandeladvies moet volgen uit het vastgestelde risiconiveau; 3) informatie over risico en behandeladvies moeten adequaat gecommuniceerd worden aan de opdrachtgever (de officier van justitie of rechter). Deze conclusie beziet aan de hand van de in dit hoofdstuk gerapporteerde bevindingen in hoeverre aan deze voorwaarden voldaan wordt.

1 De reclassering moet het risiconiveau op betrouwbare wijze vaststellen, zodat deze inschatting een adequate voorspelling is van de kans dat de pleger later recidiveert.

Om te voldoen aan het risico-principe moet ten eerste een goede risicotaxatie gedaan worden. Het meest betrouwbaar gaat dit op de actuariële wijze (§1.4): een actuariel instrument, specifiek voor zedendelinquenten, is leidend in het bepalen van het risiconiveau. Het is positief dat de reclasseringsorganisaties actuariële instrumenten gebruiken. Ook positief is dat, omdat bekend is dat het algemene instrument RISC minder bruikbaar is bij zedendelinquenten, dit instrument regelmatig wordt aangevuld met de Static-99, een actuariel instrument voor zedendelinquenten. Dit gebeurt ongeveer in de helft van de gevallen. Reclasseringswerkers mogen echter nadrukkelijk afwijken van de actuariel vastgestelde score, en zij doen dit ook (§4.2 en §4.3). De wijze van risicotaxatie van de reclassering valt zowel zoals vastgelegd in beleid als zoals blijkt in de praktijk dus te karakteriseren als gestructureerd professioneel oordeel. Dit levert daarmee niet de best mogelijke voorspelling van het risico op. Actuariële risicotaxatie, met een instrument geschikt voor zedendelinquenten, is hiervoor de beste methode. Bovendien ontbreekt in 23% van de zaken een uitspraak over het recidiverisico, wat maakt dat er in deze zaken géén sprake is van risicotaxatie. De vraag wordt dan wat officier van justitie en rechter met dit gebrek aan informatie over recidiverisico doen.

Reclassering Nederland is momenteel in opdracht van de drie reclasseringsorganisaties het risicotaxatiebeleid grondig aan het hervormen.²⁶ Diagnose en advies zullen uitgevoerd worden via een triagemodel: dit houdt in dat het gekozen instrumentarium af zal hangen van de verdachte. Dit model vervangt het instrument RISC. Een aantal modules in dit nieuwe instrument zullen voor alle verdachten verplicht

ingevuld moeten worden, een aantal andere kiest de reclasseringswerker al naar gelang kenmerken van de zaak of de verdachte. De Static-99R en Stable-2007 worden zo'n aanvullende module. Deze moeten in principe standaard afgenomen worden bij zedendelinquenten. Reclassering Nederland is op dit moment dan ook bezig reclasseringswerkers te trainen in het gebruik van dit instrument.²⁷ Het gebruik ervan voor zedendelinquenten is echter niet verplicht. Het beleid blijft daarbij nadrukkelijk gericht op gestructureerd professioneel oordeel: de reclasseringswerker kiest zelf welke instrumenten in te vullen en bepaalt uit de combinatie ervan naar eigen inzicht zijn of haar uiteindelijke advies over risico.²⁸ Dat betekent dat de instrumenten niet bepalend zullen zijn voor de uitspraak over recidiverisico. Dit is wel een vereiste voor actuariële risicotaxatie. In §7.3 wordt nader ingegaan op wetenschappelijk onderzoek dat aantoont dat de voorspellende waarde van actuariële instrumenten slechter is met professionele weging achteraf dan zonder.

2 De reclassering moet een behandeladvies geven dat past bij dat recidiverisico.

Ten tweede moet volgens het risico-principe het geadviseerde behandelniveau bepaald worden door het vastgestelde risiconiveau. §4.3 laat zien dat de mate waarin advies wordt uitgebracht verschilt per risiconiveau zoals door de reclassering beoordeeld: voor hoog- en hoog gemiddeld risico verdachten brengt de reclassering vaker een rapport zonder advies uit dan voor laag- en laag gemiddeld risico verdachten. Uit de uitleg die reclasseringswerkers geven voor het achterwege blijven van een advies is dit te verklaren: regelmatig onthoudt de reclassering zich van advies omdat een opdracht tot maatregeladvies wordt afgewacht, of omdat de verdiepende informatie uit de rapportage PJ noodzakelijk wordt geacht vanwege de problematiek, maar nog niet beschikbaar is. Of dit ook betekent dat deze verdachten ook minder behandeling opgelegd krijgen blijkt in Hoofdstuk 6.

Voor die verdachten waarover de reclassering wel advies uitbrengt geldt dat voor hoog risico verdachten gemiddeld intensievere behandeling wordt geadviseerd dan voor de andere categorieën, in lijn met het risico-principe. Tussen de categorieën hoog gemiddeld, laag gemiddeld en laag risico blijkt statistisch geen verschil in geadviseerde behandelintensiteit, waarmee het risiconiveau voor de lagere niveaus zoals ingeschat door de reclassering dus geen significante invloed heeft op het geadviseerde behandelniveau. Zo valt het op dat de reclassering voor 85% van de verdachten door henzelf gekwalificeerd als laag risico, behandeling adviseert. De reclasseringswerkers volgen dus in hun handelen het risico-principe ten dele, net als de rapporteurs PJ: hoog risico verdachten hebben meer kans op intensieve behandeling, maar tussen de overige risiconiveaus ontbreekt dit onderscheid. In het volgende hoofdstuk blijkt dat ongeveer hetzelfde opgaat voor de samenhang tussen het behandeladvies en het actuariële bepaalde risiconiveau.

3 De reclassering moet informatie over recidiverisico en gerelateerde behandeling kunnen overdragen aan de gebruikers van het rapport PJ, de officier van justitie en de rechter.

Het eerder gepubliceerde deel 1 van dit onderzoek betrof dit punt. Uit de resultaten van een vragenlijst beantwoord door rapporteurs pro Justitia, reclasseringswerkers, officieren van justitie en rechters bleek dat zowel binnen als tussen beroepsgroepen gedeelde kennis ontbreekt over wat nu precies een 'laag', 'matig' of 'hoog' risico is. Zonder deze gemeenschappelijke basis is succesvolle communicatie over risico onmogelijk. Deelnemers denken dat ze elkaar verstaan omdat ze dezelfde woorden gebruiken,

27 Schriftelijke informatie Reclassering Nederland, 10 juli 2017; mondelinge informatie Reclassering Nederland, 11 juli 2017.

28 Mondelinge informatie Reclassering Nederland, 14 november 2016, 11 juli 2017.

maar de betekenis van die woorden is voor iedereen anders. Bovendien bleken alle beroepsgroepen het risico te overschatten ten opzichte van recidivistatistieken. Zonder een reëel beeld van *hoe hoog* precies het risico is, is een behandeling opleggen passend bij dat risico niet goed mogelijk.

Wel positief is dat de reclassering vaste categorieën hanteert voor het spreken over risico. Zij hanteren voor zowel de instrumenten RlSc en Static-99 als voor het uiteindelijke professioneel oordeel vier categorieën: laag, laag gemiddeld, hoog gemiddeld en hoog. Wanneer de reclassering een uitspraak doet over risico valt het oordeel in één van deze categorieën. Voor de instrumenten geldt daarnaast dat scores eenduidig leiden tot één van deze categorieën (actuariële risicotaxatie), al wijkt het uiteindelijke oordeel daarvan regelmatig af. Voor het professionele oordeel over risico bestaan geen definities van de vier categorieën. In het eerste deel van dit rapport heeft de Nationaal Rapporteur dan ook de relevante ketenpartners, waaronder de reclasseringsorganisaties, aanbevolen te komen tot eenduidige definities van risicocategorieën.²⁹

Tot slot

Al met al tonen de resultaten in dit hoofdstuk dus dat de reclasseringsorganisaties het risico-principe ten dele naleven. Zij gebruiken wel actuariële instrumenten maar deze instrumenten hoeven niet bepalend te zijn voor het oordeel over risico. Zij hanteren dus het gestructureerd professioneel oordeel. Het eigen eindoordeel over risico hangt vervolgens wel in enige mate samen met de geadviseerde behandelintensiteit, maar dit geldt voornamelijk voor verdachten met een hoog risico vergeleken bij de andere risiconiveaus. Ook de reclassering doet regelmatig geen uitspraak over recidiverisico.

29 Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2017).

5 De adviezen vergeleken

5.1 Inleiding

Hoofdstukken 3 en 4 behandelden de adviezen die respectievelijk de rapporteur pro Justitia (PJ) en de reclasseringswerker in opdracht van de officier van justitie of de rechter-commissaris uitbrengen over de verdachte. Wanneer in één zaak beide soorten rapportages worden aangevraagd, en in de zaken in dit onderzoek is daar per definitie sprake van, krijgen de officier van justitie en de rechter twee rapportages die deels vergelijkbare vragen beantwoorden: zowel de reclasseringswerker als de rapporteur PJ doen uitspraken over het recidiverisico, en beiden brengen ook advies uit over mogelijke interventies om dat risico terug te dringen. De reclasseringswerker en de rapporteur PJ voeren doorgaans overleg. Ook blijkt uit §4.4.1 dat de reclassering in ieder geval regelmatig het rapport PJ afwacht alvorens het eigen advies af te ronden. Het is dan ook te verwachten dat de rapporteur PJ en reclassering de twee rapporten tot op zekere hoogte met elkaar in overeenstemming brengen. Dit hoofdstuk beziet in hoeverre de uiteindelijke uitspraken over recidiverisico (§5.2.1) en adviezen over behandeling (§5.3.1) met elkaar overeenkomen. Ook beantwoordt het hoofdstuk een andere prangende vraag: in hoeverre komen de uitspraken over recidiverisico (§5.2.2) en behandeladviezen (§5.3.2) in beide rapporten overeen met de best beschikbare, actuariële, voorspelling van het recidiverisico? Deze vraag kan beantwoord worden omdat de reclassering in een deel van de zaken het actuariële instrument Static-99 heeft gescoord.

5.2 Risico

5.2.1 Vergelijking oordeel over risico tussen rapporten

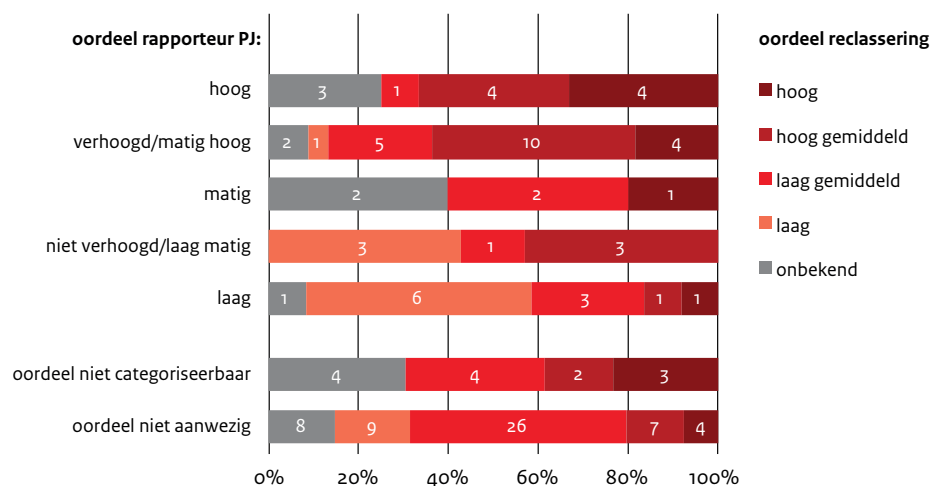
Figuur 5.1 toont het verband tussen het oordeel over risico van de rapporteur PJ en het oordeel over risico van de reclassering.¹ Dit verband is statistisch sterk te noemen.² Omdat het rapport PJ doorgaans voorafgaat aan het advies van de reclassering is zowel in de figuur als in de statistische analyse het verband tussen de twee rapportages weergegeven als het effect van het oordeel van de rapporteur PJ op het oordeel van de reclasseringswerker. Er is inderdaad een effect van het oordeel over risico van de rapporteur PJ op dat van de reclassering.³ Voor verdachten die door de rapporteur PJ als hoog of verhoogd/

1 $\chi^2 = 53,1$, $p = 0,001$.

2 $\phi = 0,652$; Cohen (1977).

3 Wald $\chi^2 = 13,0$, $p < 0,044$.

matig hoog risico worden ingeschat, is het risiconiveau volgens de reclassering hoger dan voor de verdachten die de rapporteur als laag risico inschat, of over wie de rapporteur geen uitspraak over risico doet.⁴ Voor de overige categorieën zoals onderscheiden door de rapporteur pJ bestaat geen significant verschil in het risico-oordeel van de reclassering. De groep verdachten over wie de rapporteur pJ geen uitspraak doet (bijvoorbeeld omdat zij geen stoornis hebben of ontkennen, zie §3.3.2) valt volgens de reclassering dus in de laagste risicogroep. Het is relevant in herinnering te roepen dat de twee risico-oordelen verschillend van aard zijn: de rapporteur pJ is geheel vrij in het formuleren van het oordeel over risico (de categorisering is ten behoeve van dit onderzoek gedaan) terwijl de reclasseringswerker geacht wordt te kiezen uit de genoemde categorieën.



Figuur 5.1 Verband tussen oordeel over risico door rapporteur pJ en door reclassering (N=125).

Bron: steekproef rapportages pro Justitia en reclasseringadviezen 2012-2013.

5.2.2 De oordelen over risico en het actuariële risico

Uit de Hoofdstukken 3 en 4 is gebleken dat noch in rapportages pJ, noch in reclasseringadviezen het risiconiveau op actuariële wijze wordt vastgesteld. Hoewel het niet bepalend is voor het eindoordeel, neemt de reclassering wel regelmatig een actuariële instrument voor zedendelinquenten af (zie §4.2). De combinatie van data in dit onderzoek biedt daarom de kans om de uitspraak die de rapporteur pJ en reclasseringswerker doen over het recidiverisico te vergelijken met het oordeel zoals dat op actuariële wijze tot stand zou komen. Figuur 5.2 toont de gemiddelde score op de Static-99⁵ (en dus het actuariële bepaalde recidiverisico) voor iedere risicocategorie in rapportages pJ en reclasseringadviezen. Hierbij moet wel benadrukt worden dat de rol die het actuariële risico speelt in de twee gevallen verschillend is:

4 Hoog versus -oordeel niet aanwezig: $\beta=4,2$, $p=0,025$; -laag risico: $\beta=6,2$, $p=0,018$; Verhoogd/matig hoog versus: -oordeel niet aanwezig: $\beta=3,5$, $p=0,006$; -laag risico: $\beta=5,3$, $p=0,009$. Alle andere $p > 0,1$.

5 De Static-99R is de herziene (en meest actuele) versie van de Static-99. Afhankelijk van de context zal in dit rapport gesproken worden over de Static-99 voor de oude versie, over de Static-99R voor de nieuwe versie, en over de Static-99(R) als het gaat over beide versies.

ingedeeld in drie groepen (oordeel ontbreekt of is onduidelijk,⁶ oordeel is laag tot matig,⁷ oordeel is verhoogd of hoog⁸), dan is er ook statistisch een verband tussen de risicocategorie volgens de rapporteur pJ en het actuariële recidiverisico.⁹ Dit verband is uitsluitend te vinden als een verschil tussen de groep waarin het risico-oordeel ontbreekt (oordeel niet aanwezig of niet categoriseerbaar) en de groep laag tot matig risico (laag, niet verhoogd/ laag matig, matig), waarbij het actuariële bepaalde risico hoger is voor de groep over wie het oordeel ontbreekt of niet categoriseerbaar is.¹⁰ Er is dus géén significant verschil in actuariële risicoscore (en dus in de beste voorspelling van het risiconiveau) tussen de groep die de rapporteurs pJ aanmerken als verhoogd/matig hoog of hoog risico en de groep over wie zij geen oordeel uitspreken, of een oordeel uitspreken dat niet informatief is. Deze groepen zouden dus volgens het risico-principe een even zware behandeling opgelegd moeten krijgen. Of dat ook het geval is blijkt in §6.3.

Ook voor de reclasseringsadviezen is het van belang eerst naar de data in de figuur te kijken. Dan is een duidelijk oplopende lijn te zien van laag naar hoog risico. Op het oog correspondeert het actuariële risico dus aardig met het risico-oordeel, al is dit verband niet perfect (zie ook Figuur 4.3). Ook bij de reclasseringsadviezen valt op dat de actuariële risicoscore van de verdachten over wie een uitspraak over risico ontbreekt, relatief hoog is. Ook statistisch is er een verband tussen de score op de Static-99 en de risicocategorie.¹¹ Het actuariële risico is hoger voor de verdachten bij wie de reclasseringwerker het risico hoog noemt dan voor verdachten bij wie de reclasseringwerker het risico laag of laag gemiddeld noemt.¹² Tussen de overige categorieën is het onderscheid niet statistisch significant.

5.3 Advies

5.3.1 Vergelijking adviezen tussen rapporten

Om te begrijpen welke invloed de adviezen van rapporteur pJ en reclassering op de beslissing van de rechter hebben, is het belangrijk te weten hoe die twee adviezen met elkaar samenhangen. In Figuur 5.3 is dit verband weergegeven. Het is duidelijk dat er een verband is tussen de adviezen:¹³ voor iedere categorie reclasseringsadviezen is het advies van de rapporteur pJ in de meerderheid van de zaken gelijk. Het verband is statistisch gezien sterk.¹⁴ Toch is ook zichtbaar dat deze overeenstemming niet perfect is. In 68% van de zaken adviseren reclassering en rapporteur gelijklopend (of onthouden zich van advies), in 18% van de zaken adviseert de reclassering een lagere behandelintensiteit en in 14% een hogere. De vraag rijst dan welk advies de rechter volgt in die zaken waar de rapporteur pJ en de reclassering verschillend adviseren. Deze vraag is het onderwerp van §6.4.

6 Gemiddelde Static-99 score = 3,18.

7 Gemiddelde Static-99 score = 1,83.

8 Gemiddelde Static-99 score = 3,10.

9 $F(2,65)=3,2$, $p=0,046$.

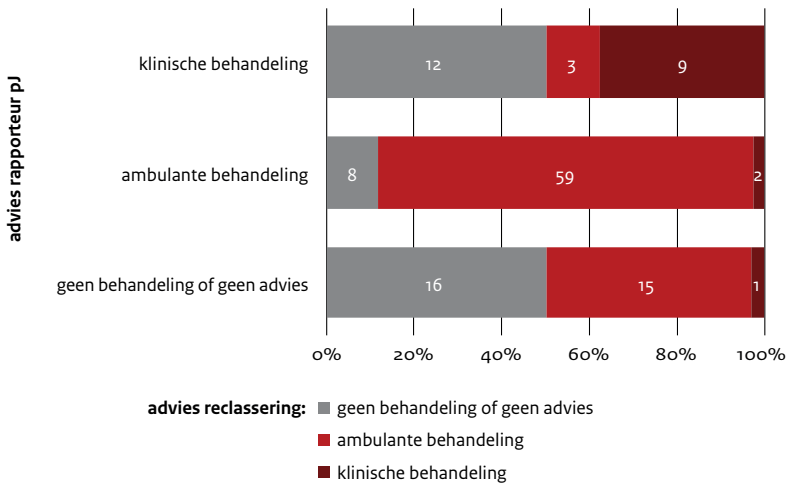
10 $p=0,05$.

11 $F(4,65)=3,8$, $p=0,009$.

12 Hoog-laag: $p=0,008$. Hoog-laag gemiddeld: $p=0,016$.

13 $\chi^2=56,8(4)$; $p<0,001$.

14 $\phi=0,674$; Cohen (1977).

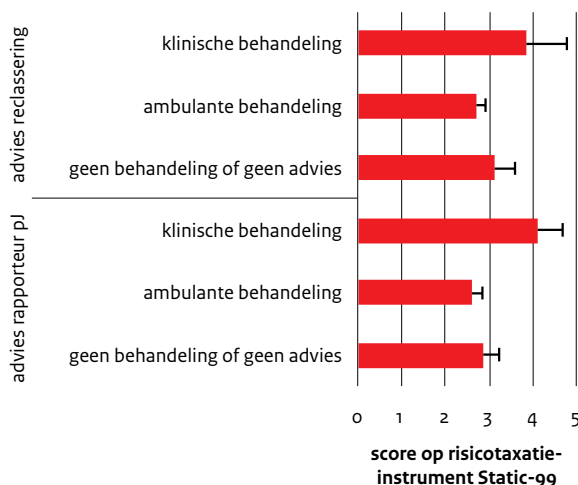


Figuur 5.3 Verband tussen behandeladvies rapporteur PJ en reclassering (N=125).

Bron: steekproef rapportages pro Justitia 2012-2013, steekproef reclasseringsadviezen 2012-2013, NIFP –registratiebestanden 2012-2013.

5.3.2 Het advies en het actuariële risico

Het risico-principe vereist dat het behandeladvies in lijn is met het risiconiveau. In Hoofdstukken 3 en 4 is gebleken dat de wijze van risicotaxatie die rapporteurs PJ en reclassering hanteren afwijkt van de *state-of-the-art*. Daarom valt de vraag naar de relatie tussen risico en behandeladvies uiteen in twee onderdelen. Ten eerste, komt het behandeladvies van reclassering en rapporteurs PJ overeen met het *eigen* oordeel over risico? Dat wil zeggen, volgen de deskundigen in hun eigen handelen het risico-principe bij het adviseren over behandeling? In respectievelijk §3.5.2 en §4.4.2 is deze vraag behandeld. En ten tweede, komt het behandeladvies overeen met de best beschikbare voorspelling van het recidiverisico, de score op het actuariële instrument Static-99? Deze vraag is het onderwerp van deze paragraaf.



Figuur 5.4 Verband tussen behandeladvies van reclassering en rapporteurs pJ en het actueel bepaalde risiconiveau ($N=66$).

Bron: steekproef rapportages pro Justitia 2012-2013, steekproef reclasseringsadviezen 2012-2013, NIFP –registratiebestanden 2012-2013, registratiebestanden reclassering 2012-2013.

Figuur 5.4 toont de score op het instrument Static-99 in verband met de adviezen van de reclassering (boven) als die van rapporteurs pJ (onder). Er lijkt op het oog verschil in gemiddelde Static-99 score voor plegers die klinische behandeling geadviseerd kregen en plegers die ambulante behandeling geadviseerd kregen. Bij de pJ rapportage was dit verschil net wel significant,¹⁵ bij de reclassering niet.¹⁶ Dit kan mogelijk veroorzaakt worden doordat de reclassering ook bij een aantal plegers met relatief lage scores klinische behandeling adviseerde.

5.4 Conclusie

Dit hoofdstuk presenteert een vergelijking tussen de adviezen van rapporteur pJ en reclassering aan officier en rechter. Immers, zij ontvangen twee adviezen en moeten aan de hand daarvan één beslissing nemen. Uit de resultaten blijkt dat zowel het oordeel over risico als het uiteindelijke (gecategoriseerde) behandeladvies sterk met elkaar overeenkomen. Dat betekent dat de informatie die de officier van justitie en de rechter van twee adviseurs ontvangen doorgaans, in dit onderzoek in 68% van de zaken, dezelfde richting op zal gaan. Dit is goed verklaarbaar aangezien de rapporteur pJ en reclasseringwerker normaliter overleg voeren en rapportages op elkaar afstemmen. Toch blijkt ook uit de resultaten dat ze het niet altijd eens zijn. In §6.4.2 blijkt dat de rechter in deze gevallen vaker het oordeel van de rapporteur pJ volgt.

¹⁵ $F(2,65)=3,7; p=0,031$.

¹⁶ $F(2,65)=1,4; p=0,262$.

Ten tweede is in dit hoofdstuk de rol van het actuariel bepaalde risico besproken. Volgens het risico-principe zou het actuariële risiconiveau bepalend moeten zijn voor het risico-oordeel en, belangrijker nog, leidend voor het behandeladvies. De score op het instrument Static-99 blijkt inderdaad een verband te hebben met het oordeel over risico door de reclassering en door de rapporteur pJ (§5.2.2). Deze invloed is niet compleet: zo lijken rapporteurs pJ vooral in staat de laag risico verdachten te onderscheiden van alle overige categorieën, maar verschilt het actuariële risiconiveau niet tussen de andere door rapporteurs pJ onderscheiden risicocategorieën. Wanneer het risico in lijn met het risico-principe op actuariële wijze zou worden bepaald zou de conclusie over risico geheel moeten volgen uit de risicoscore. Bij de reclassering zijn uitspraken over risico meer in lijn met het actuariële risico. Dit heeft er vermoedelijk mee te maken dat de reclassering het actuariel bepaalde risico ook daadwerkelijk tot beschikking heeft.

In de behandeladviezen van zowel rapporteurs pJ als reclassering lijkt het actuariële risico hoger te zijn van verdachten voor wie klinische behandeling geadviseerd wordt dan van verdachten voor wie ambulante behandeling geadviseerd wordt, in lijn met het risico-principe. Anderzijds heeft de groep over wie het advies ontbreekt of luidt niet te behandelen niet een lager risiconiveau dan de andere groepen (§5.3.2), terwijl dit wel verwacht zou mogen worden. De vraag is dan of deze groep in lijn met het advies ook minder behandeling krijgt opgelegd (§6.3.1).

6 De opgelegde behandeling

6.1 Inleiding

In [Hoofdstuk 3](#) en [4](#) hebben we gezien welke informatie rapporteur pro Justitia (pj) en reclasseringswerker vermelden in het advies aan de officier van justitie en de rechter. Het is uiteindelijk de rechter die beslist of de zedendelinquent behandeling opgelegd krijgt, en binnen welk juridisch kader. Om te voldoen aan het risico-principe moet de opgelegde behandelintensiteit aansluiten bij het werkelijke risiconiveau. Uit [Hoofdstuk 3](#) en [4](#) is gebleken dat risicotaxatie in rapportages pj en reclasseringsadviezen niet altijd volgens de meest voorspellende wijze geschiedt. Uit [Hoofdstuk 5](#) is gebleken dat de beschrijving van het risiconiveau door rapporteur pj en reclassering niet volledig overeenkomt met de best beschikbare voorspelling van dat risiconiveau.

Dit betekent dat de risico-informatie die de officier van justitie en rechter tot hun beschikking hebben niet de best beschikbare benadering van het werkelijke risiconiveau vormt. Om te toetsen of de laatste stap in het proces van het opleggen van behandeling volgens het risico-principe plaatsvindt, is de vraag relevant of de rechter de informatie over risico *zoals die tijdens het strafproces beschikbaar is*, volgt in het opleggen van behandeling. Met andere woorden: bepaalt de beschrijving van het risico in de adviesrapportages de opgelegde behandeling? De beslissing van de rechter moet hierbij vooral gezien worden als sluitstuk van het systeem van behandeltoewijzing: de feitelijke uitkomst. Het valt buiten het bereik van dit onderzoek het beslissingsproces van de rechter onder de loep te nemen. Om deze reden blijft de eis van de officier van justitie ook buiten beschouwing. Hoewel deze een grote invloed heeft op het vonnis,¹ is ervoor gekozen deze stap tussen de adviezen en de uitkomst van het systeem buiten beschouwing te laten in de analyse.

Dit hoofdstuk behandelt daarom de vraag welke behandeling wordt opgelegd ([§6.2](#)) en welke invloed de adviezen daarop hebben: hoe werkt het gerapporteerde risico, dat de officier van justitie en rechter tot hun beschikking hebben, en het actuariel bepaalde risico, dat niet gecommuniceerd wordt aan de officier van justitie en de rechter, door in het vonnis ([§6.3](#))? Welke invloed hebben de adviezen van rapporteur pj en reclassering ([§6.4](#))? Paragraaf [§6.5](#) behandelt vervolgens de invloed van risico-informatie en behandeladvies in onderlinge context. Het hoofdstuk sluit af met een overzicht van de belangrijkste bevindingen ([§6.6](#)).

1 Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2016).

De informatie in dit hoofdstuk is vergaard uit 125 vonnissen. Dit zijn de vonnissen uit de steekproef van dossiers uit het jaar 2012 en 2013 (zie §1.5 en Bijlage 1) die aan de volgende voorwaarden voldoen:

- Het vonnis, de rapportage(s) pro Justitia en het reclasseringsadvies in de zaak zijn bekend.
- De zaak is vindbaar in de registratiebestanden van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) en de reclasseringsorganisaties (3RO).
- De verdachte is veroordeeld voor in ieder geval één delict ter zake seksueel geweld tegen kinderen.
- De verdachte is berecht volgens volwassenenstrafrecht.

De in dit hoofdstuk behandelde vonnissen zijn hiermee een subgroep van de zaken behandeld in Hoofdstukken 3 en 4. In Bijlage 1 is meer informatie te vinden over hoe deze onderzoeksgroep tot stand is gekomen.

6.2 De beslissing

De rechter neemt een aantal beslissingen in zijn of haar vonnis. Hij of zij beslist of er wettig en overtuigend bewijs is dat verdachte de hem ten laste gelegde feiten heeft begaan. Ontbreekt naar het oordeel van de rechter dat bewijs, dan spreekt hij of zij de verdachte vrij en kan aan hem geen straf of maatregel, en dus ook geen behandeling, worden opgelegd. Ook beslist de rechter of het bewezen verklaarde feit en de verdachte strafbaar zijn. Een verdachte is bijvoorbeeld niet strafbaar als hij ontoerekeningsvatbaar is (zie de kadertekst in §2.3.1). En de rechter beslist welke straf en/of maatregel hij of zij passend en geboden acht. Als de rechter behandeling nodig acht, zijn hiertoe verschillende juridische kaders beschikbaar (zie Hoofdstuk 2). De rechter kan een (deels) voorwaardelijke straf opleggen en hieraan de bijzondere voorwaarde verbinden dat de verdachte (inmiddels veroordeelde) een behandeling dient te ondergaan. Ook kan de rechter de maatregel terbeschikkingstelling (tbs) opleggen.² Deze maatregel is er in twee varianten: tbs met voorwaarden, waarbij behandeling wederom als voorwaarde kan gelden, en tbs met dwangverpleging, waarbij de veroordeelde in een gesloten instelling klinisch behandeld wordt. Voor het risico-principe is uiteindelijk het meest relevant in welke vorm behandeling precies wordt opgelegd. Dit onderzoek onderscheidt daarvoor drie categorieën: géén behandeling, ambulante behandeling, of klinische behandeling. De vorm van behandeling hangt samen met het juridisch kader, maar wordt hier niet door bepaald: ambulante behandeling vindt doorgaans plaats als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke straf, terwijl klinische behandeling als voorwaarde gebruikelijker is binnen het juridisch kader van de maatregel tbs met voorwaarden. Zowel ambulante als klinische behandeling zijn echter mogelijk onder beide juridische kaders. Tbs met dwangverpleging is per definitie klinische behandeling. Deze eerste paragraaf zet op een rijtje wat de rechter doorgaans in de hier onderzochte zaken heeft beslist. In de volgende paragrafen wordt vervolgens gekeken welke invloed de adviezen hierop hebben.

² Bij volledige ontoerekeningsvatbaarheid is de maatregel plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis ook mogelijk. Deze is echter noch in data over alle plegers van seksueel geweld tegen kinderen in 2008-2012. (Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, 2014) noch in het huidige onderzoek opgelegd.

6.2.1 Straffen

Hoewel de door de rechter opgelegde straf buiten het bereik van dit onderzoek valt, is zij toch van belang: één belangrijke mogelijkheid die de rechter heeft om behandeling op te leggen is via een bijzondere voorwaarde gekoppeld aan een voorwaardelijke straf (zie §2.2). Daarvoor is uiteraard een voorwaardelijk strafdeel nodig. Aan 102 van de 125 veroordeelden (=82%) wordt een dergelijk voorwaardelijk strafdeel opgelegd (Tabel 6.1). Uit de tabel blijkt dat dit in verreweg de meeste gevallen ($n=88$, 70% van alle zaken) een gevangenisstraf met een voorwaardelijk deel is. Drie soorten veroordeelden krijgen géén voorwaardelijk strafdeel: een aanzienlijke groep die een uitsluitend onvoorwaardelijke celstraf krijgt opgelegd (17%, $n=21$), één verdachte aan wie geen enkele straf is opgelegd, en één verdachte aan wie alleen een onvoorwaardelijke taakstraf of leerstraf is opgelegd.³

Tabel 6.1 Opgelegde straffen.

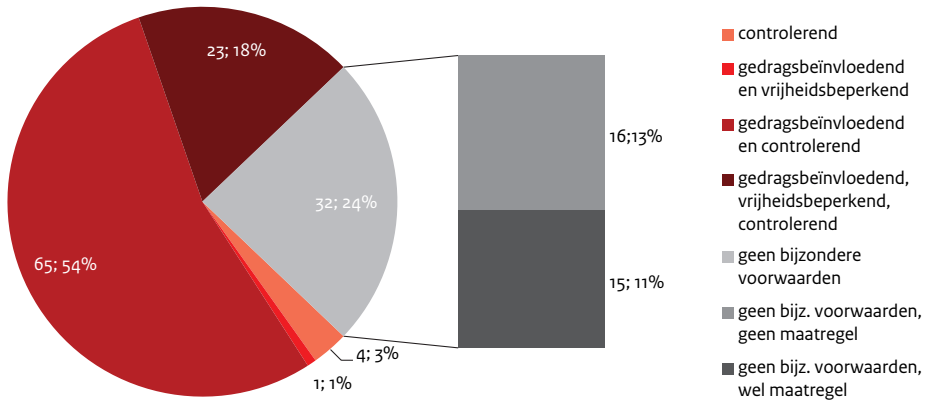
	geen	alleen	deels	geheel	totaal
	taakstraf/leerstraf	voorwaardelijke taakstraf/leerstraf	voorwaardelijke taakstraf/leerstraf	onvoorwaardelijke taakstraf/leerstraf	
geen gevangenisstraf	1	0	2	1	4
geheel voorwaardelijke gevangenisstraf	3	0	0	9	12
deels voorwaardelijke gevangenisstraf	73	0	0	15	88
geheel onvoorwaardelijke gevangenisstraf	21	0	0	0	21
totaal	98	0	2	25	125

Bron: steekproef vonnissen 2012-2013.

6.2.2 Bijzondere voorwaarden

In 102 van de 125 zaken legt de rechtbank dus een voorwaardelijk strafdeel op, waarmee het opleggen van een bijzondere voorwaarde mogelijk is. In 93 zaken doet de rechtbank dit inderdaad, in de overige 9 zaken stelt de rechter alleen de algemene voorwaarde dat de veroordeelde zich binnen de proeftijd niet opnieuw schuldig maakt aan een delict. Figuur 6.1 geeft weer welke bijzondere voorwaarden zijn opgelegd.

3 In het geval de verdachte is veroordeeld tot een geheel onvoorwaardelijke gevangenisstraf van langer dan één jaar, dan kan aan hem een behandeling worden opgelegd in het kader van een voorwaardelijke invrijheidstelling (art. 15a lid 3 onder 7, 9 en 10 Sr). De voorwaardelijke invrijheidstelling wordt buiten het strafproces om vastgesteld, en valt dus buiten het bereik van dit onderzoek.



Figuur 6.1 Opgelegde bijzondere voorwaarden (N=125).

Bron: steekproef vonnissen 2012-2013.

Wat in het oog springt is dat de rechter een zeer ruime meerderheid van de verdachten in ieder geval controlerende en gedragsbeïnvloedende bijzondere voorwaarden oplegt: 52% van de veroordeelden ($n=65$) moet zich houden aan deze twee voorwaarden, nog eens 19% ($n=23$) krijgt daarbij ook een vrijheidsbeperkende voorwaarde. Voor dit onderzoek is met name van belang dat de rechter aan 71% ($n=89$) van de veroordeelden een gedragsbeïnvloedende bijzondere voorwaarde oplegt. Als de rechter bijzondere voorwaarden ($n=94$) oplegt gaat het dus bijna altijd (=95%) om in ieder geval gedragsbeïnvloedende voorwaarden.

6.2.3 Maatregelen

Behalve bijzondere voorwaarden, kan de rechter ook behandeling opleggen binnen het juridisch kader van een maatregel. Er zijn twee voor dit onderzoek relevante maatregelen: tbs met voorwaarden en tbs met dwangverpleging (zie §2.3). Deze maatregelen zijn aan 12% ($n=15$) van de veroordeelden in dit onderzoek opgelegd: acht veroordeelden hebben de maatregel tbs met dwangverpleging opgelegd gekregen, zeven de maatregel tbs met voorwaarden. Vijf van de terbeschikkinggestelden met voorwaarden moeten zich in het kader van deze maatregel houden aan gedragsbeïnvloedende, controlerende en vrijheidsbeperkende voorwaarden, twee aan alleen gedragsbeïnvloedende en controlerende voorwaarden.

6.2.4 Behandelzwaarte

Aan 104 van de 125 veroordeelde plegers van seksueel geweld tegen kinderen in dit onderzoek (=83%) heeft de rechter dus een vorm van behandeling opgelegd: aan 89 (=71%) in de vorm van een gedragsbeïnvloedende voorwaarde behorend bij een voorwaardelijk strafdeel, aan 7 (=5,6%) als gedragsbeïnvloedende voorwaarde binnen de maatregel tbs met voorwaarden, en aan 8 (=6,4%) binnen de maatregel tbs met dwangverpleging (zie §2.3.1.3). Het is belangrijk te benadrukken dat de gekozen onderzoeksgroep, verdachten met een rapportage pJ, voorselectie op behandeling in zich draagt: de officier van justitie of rechter vragen een rapportage pJ aan wanneer zij vermoeden dat behandeling nodig zou kunnen zijn. In de algemene populatie veroordeelden voor seksueel geweld tegen kinderen ligt het aandeel behandelde vermoedelijk lager. In een straftoemetingsonderzoek onder ontuchtplegers bleek het aandeel

veroordeelden aan wie gedragsbeïnvloedende voorwaarden werden opgelegd bijvoorbeeld met 47% aanzienlijk lager dan de hierboven genoemde 71%. In datzelfde onderzoek werd aan 4% van de veroordeelden tbs opgelegd, wederom duidelijk lager dan de hierboven genoemde 12%.⁴

Het risico-principe stelt dat hoe hoger het recidiverisico is, hoe zwaarder de behandeling moet zijn. De zwaarte van een opgelegde behandeling valt niet één op één samen met het juridisch kader waarbinnen deze opgelegd wordt: behandeling binnen tbs met dwangverpleging is per definitie klinisch. Behandeling binnen tbs met voorwaarden of als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijk strafdeel kan zowel ambulante als klinisch zijn. Ook lichtere gedragsinterventies kunnen gezien worden als een (lichte) vorm van behandeling. Voor de vonnissen in het onderzoek is daarom ook gecodeerd welke vorm van behandeling de rechter voor ogen heeft. Deze zijn weergegeven in Tabel 6.2, onderverdeeld naar juridisch kader waar binnen zij zijn opgelegd.

Tabel 6.2 Opgelegde gedragsbeïnvloedende interventies en juridisch kader.

NB: de aantallen per kolom tellen op tot meer dan het totaal omdat veroordeelden meerdere interventies opgelegd kunnen krijgen.

	bijzondere voorwaarden i.h.k.v. voorwaardelijke straf	tbs voorwaarden	tbs dwangverpleging	totaal
training	3	0	0	3
beschermd wonen	5	2	0	7
ambulante verslavingszorg	0	1	0	1
ambulante behandeling	81	4	0	85
dagklinische behandeling	1	0	0	1
medicatie	0	4	0	4
behandeling, vorm onbekend	1	0	0	1
klinische behandeling	7	4	8	19
totaal	89	7	8	104

Bron: steekproef vonnissen 2012-2013.

Voor de analyses in het vervolg van dit hoofdstuk zijn deze interventies gegroepeerd in drie categorieën in oplopende volgorde van zwaarte: geen behandeling ($n=21$), ambulante behandeling of andere niet-klinische behandeling ($n=85$)⁵, en klinische behandeling ($n=19$).⁶

4 Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2016).

5 Deze categorie omvat training, beschermd wonen, ambulante verslavingszorg, ambulante behandeling, dagklinische behandeling, medicatie en behandeling vorm onbekend.

6 Daders aan wie meerdere gedragsbeïnvloedende voorwaarden zijn opgelegd, zijn ingedeeld in de zwaarste categorie waaronder die voorwaarden vallen.

6.3 Risico en behandeling

Dit hoofdstuk behandelt de vraag welke behandeling de rechter oplegt, en hoe zich dit zich verhoudt tot het risico dat een veroordeelde een nieuw delict zal plegen. De rechter neemt deze beslissing mede⁷ op basis van de adviezen die hij of zij ontvangt van reclassering en rapporteur pJ, die behandeld zijn in de voorgaande hoofdstukken. §6.3 behandelt de invloed van het risiconiveau op de opgelegde behandeling. Deze invloed wordt op twee manieren bekeken: hangt de opgelegde behandeling samen met het risiconiveau zoals gerapporteerd door rapporteur pJ en reclassering (§6.3.1)? Dat wil zeggen, wat doet de rechter met de informatie die hij of zij tot zijn of haar beschikking heeft? §6.3.2 beziet of de beslissing van de rechter ook samenhangt met de best beschikbare voorspelling van het daadwerkelijke risico, namelijk zoals getaxeerd op basis van het actuariële instrument Static-99. De eerste vraag betreft of de rechter in zijn of haar beslissing het risico-principe volgt, de tweede vraag gaat over of de uitkomst van het systeem in lijn is met het risico-principe. Deze twee deelvragen worden achtereenvolgens behandeld om de hoofdvraag, of de rechter een behandeling oplegt die past bij het risiconiveau van de pleger, te beantwoorden.

6.3.1 Past de opgelegde behandeling bij het risiconiveau zoals vastgesteld door de rapporteur pJ en reclassering?

Bij het bepalen van het risico dat een dader vormt baseert de rechter zich op de informatie die hij of zij hierover van de rapporteur pJ en de reclassering ontvangt. Als de rechter op basis van het risico op recidive beslist over behandeling, zou verwacht mogen worden dat het risico-oordeel zoals geformuleerd door reclassering en rapporteurs pJ invloed heeft op de opgelegde intensiteit van behandeling. Dit is ook inderdaad het geval. Wanneer naar het effect wordt gekeken van de beide risico-oordelen op de opgelegde behandelzwaarte, en hierbij het effect van ieder risico-oordeel wordt gecontroleerd voor het andere, blijkt dat beide oordelen invloed hebben op de beslissing (Figuur 6.2).⁸

De rechter legt gemiddeld een zwaardere categorie behandeling op aan daders die de rapporteur pJ als hoog of verhoogd/matig hoog beschrijft dan aan hen over wie een (informatieve) typering van het risiconiveau ontbreekt, of dan aan veroordeelden van wie het recidiverisico als laag gemiddeld wordt gekenschetst (Figuur 6.2, bovenste paneel).⁹ Tussen de overige categorieën maakt de rechter geen onderscheid. De categorieën hoog en verhoogd/matig hoog risico springen er dus uit qua opgelegde behandelzwaarte, al is dit niet ten opzichte van alle andere risicocategorieën het geval. Dit laatste kan te maken hebben met het beperkte aantal veroordeelden in sommige risicocategorieën.

In relatie tot het advies van de reclassering legt de rechter gemiddeld een minder intensieve behandeling op aan daders die de reclassering kwalificeert als laag risico of waarover de reclassering geen uitspraak doet over het recidiverisico dan aan daders in alle andere categorieën,¹⁰ die onderling niet van elkaar

7 Bijkomende informatie ter zitting, zoals de toelichting van rapporteur pJ of reclassering, of gewijzigde persoonlijke omstandigheden van de veroordeelde kunnen ook een rol spelen. Dergelijke informatie is niet meegenomen in dit onderzoek.

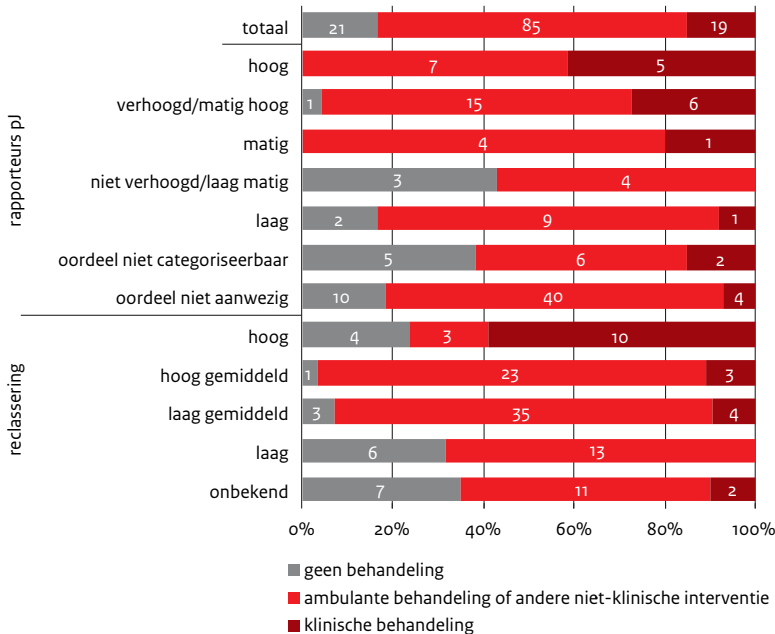
8 Wald χ^2 reclassering = 13,8, $p=0,008$. Wald χ^2 pJ = 14,1, $p=0,029$.

9 Hoog vs.: -oordeel niet aanwezig: $\beta=7,0$, $p=0,013$; -oordeel niet categoriseerbaar: $\beta=14,1$, $p=0,005$; -laag gemiddeld/niet verhoogd: $\beta=21,6$, $p=0,005$. Hoog gemiddeld/verhoogd vs.: -oordeel niet aanwezig: $\beta=3,6$, $p=0,045$; -oordeel niet categoriseerbaar: $\beta=7,2$, $p=0,020$; -laag gemiddeld: $\beta=11,1$, $p=0,014$.

10 De effecten voor daders met hoog gemiddeld recidiverisico volgens de reclassering zijn bijna statistisch significant.

verschillen (Figuur 6.2, onderste paneel).¹¹ Ook wanneer gekeken wordt naar de risicocategorieën zoals gerapporteerd in de reclasseringsadviezen, onderscheidt de rechter dus twee groepen in zijn of haar beslissing over behandeling. Het is belangrijk niet uit het oog te verliezen dat het hier steeds om één groep veroordeelden gaat met twee adviezen. Het reclasseringsadvies en de rapportage pJ hangen in het oordeel over risico sterk met elkaar samen (zie §5.2.1). Het kan dus gaan om steeds dezelfde twee groepen.

Hoe het ook zij: de rechter laat zijn of haar beslissing beïnvloeden door de informatie die hij of zij over risico ontvangt: een hoger risico, zoals gerapporteerd door rapporteur pJ en/of reclasseringswerker, leidt gemiddeld tot een zwaardere behandelcategorie. Net als in de adviezen zelf stijgt de kans op een zwaardere behandelcategorie echter niet gradueel met het oordeel over risico, maar lijken er twee groepen te zijn, die opgevat zouden kunnen worden als lager en hoger risico. In dit licht is het een interessante parallel dat in de nieuwe schrijfwijzer voor rapportages pJ de rapporteur gevraagd wordt een onderscheid te maken tussen ‘laag’ of ‘reëel’ risico (zie §3.2). Daarmee worden de twee groepen die nu in de data uit 2012-2013 blijken te bestaan in zekere zin geformaliseerd.



Figuur 6.2 Opgelegde behandeling naar risicocategorie in advies rapporteur pJ (boven) en reclassering (onder) (N=125).

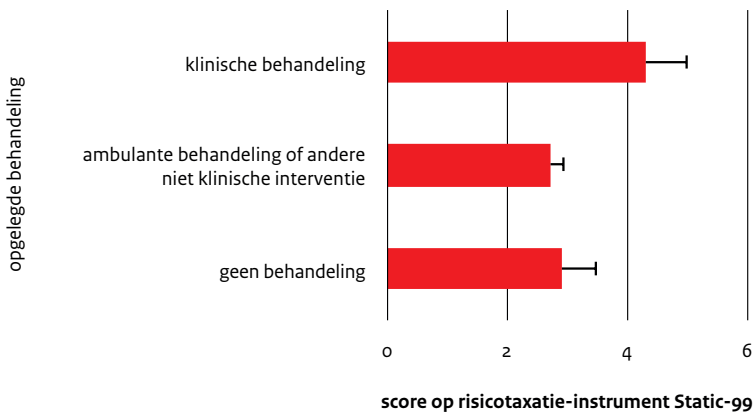
Bron: steekproef vonnissen 2012-2013, steekproef rapportages pJ 2012-2013, registratiebestanden 3RO 2012-2013.

11 Onbekend vs.: -laag gemiddeld: $\beta=0,2, p=0,018$; -hoog gemiddeld: $\beta=0,3, p=0,063$; -hoog: $\beta=0,1, p=0,001$. Laag vs.: -laag gemiddeld: $\beta=0,3, p=0,037$; -hoog gemiddeld: $\beta=0,3, p=0,099$; -hoog: $\beta=0,1, p=0,004$.

6.3.2 Past de opgelegde behandeling bij het werkelijke risiconiveau?

In Hoofdstuk 3 en 4 bleek dat zowel rapporteur PJ als reclassering niet de werkwijze hanteren die de meest voorspellende waarde heeft voor de kans op recidive, namelijk actuariële risicotaxatie. De beste in dit onderzoek beschikbare benadering van het daadwerkelijke risico is de uitkomst van het actuariële risicotaxatie-instrument voor zedendelinquenten Static-99 voor zover die terug is te vinden in de registratie van de reclassering. De reclassering gebruikt namelijk wel (in een deel van de gevallen) een actuariel instrument, maar de uitkomst hiervan is niet bepalend voor het uiteindelijke oordeel. In 66 zaken is de score op het instrument Static-99 bekend. Dit is een beperkte groep, maar kan toch een indicatie geven.

Figuur 6.3 toont het verband tussen de gemiddelde score op de Static-99 en de behandeling die de rechter de zedendelinquent oplegt. Dit verband is niet statistisch significant.¹² De best beschikbare voorspelling van het recidiverisico heeft dus in deze 66 zaken géén aantoonbare invloed op de behandeling die de rechter oplegt. Met andere woorden: de opgelegde behandelzwaarte wordt niet significant bepaald door de best beschikbare inschatting van het risiconiveau. Eerder onderzoek naar het verband tussen opgelegde behandelzwaarte en actuariel risico over een ouder cohort¹³ zedendelinquenten toonde overigens wel een significante, zij het zwakke tot matige correlatie aan.¹⁴ Eén mogelijke verklaring voor dit verschil is dat de onderzoeksgroep in dit onderzoek klein is en in dat onderzoek groter was, wat het vinden van een statistisch significant effect vergemakkelijkt.



Figuur 6.3 Actuariel recidiverisico en opgelegde behandelzwaarte (N=66). De score op de Static-99(R) wordt als volgt ingedeeld in categorieën: laag risico (score 0-1), laag matig (2-3), matig hoog (4-5), hoog (6 of meer).

Bron: registratiebestanden 3RO 2012-2013 en steekproef vonnissen 2012-2013.

Figuur 6.3 laat echter zien dat het ontbreken van een effect niet alleen te wijten kan zijn aan statistische problemen. De categorie veroordeelden aan wie geen behandeling wordt opgelegd heeft in dit onder-

¹² $\rho=0,164$, $p=0,19$.

¹³ Namelijk veroordeelden vrijgelaten uit ofwel detentie ofwel tbs in de periode 1996-2002.

¹⁴ Smid et al. (2013).

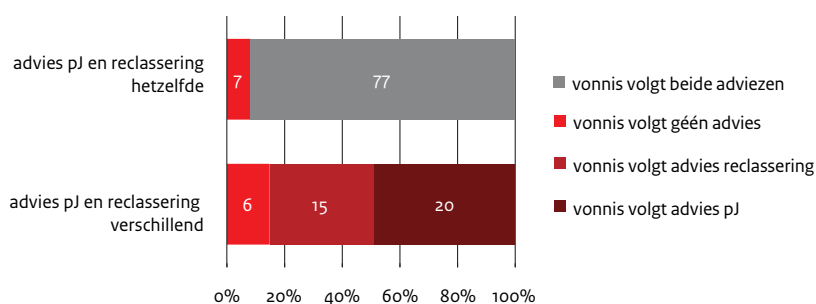
zoek een *hoger* gemiddeld actuaarisch risiconiveau dan de categorie veroordeelden aan wie ambulante behandeling wordt opgelegd en is daarmee in richting tegenovergesteld aan wat wenselijk zou zijn.

Dit patroon is ook terug te vinden in §5.3.2: de Static-99 score is in de onderzoeksgroep gemiddeld iets hoger voor de groep verdachten over wie respectievelijk rapporteur PJ en reclassering géén advies uitbrengen of die zij adviseren niet te behandelen, dan voor de groep verdachten die zij adviseren ambulant te behandelen. In de adviezen kan dit te wijten zijn aan de groep over wie de adviseurs geen advies willen uitbrengen,¹⁵ bijvoorbeeld omdat zij ontkennen of geen stoonis hebben (maar zie §3.3.2 voor een discussie). De hier gepresenteerde data suggereren dat deze groep ook geen behandeling opgelegd krijgt, ook al is hun risiconiveau even hoog als dat van de verdachten die ambulant behandeld worden.

6.4 Adviezen en behandeling

De rechter krijgt uiteraard niet alleen risico-informatie aangereikt in de rapportages van de rapporteur PJ en reclassering. In rapportages PJ staat daarnaast onder andere informatie over eventuele stoornissen (zie §3.4.2) en informatie over in welke mate het delict de verdachte toegerekend kan worden. In reclasseringsadviezen passeren risicofactoren in verschillende levensdomeinen de revue. Uiteindelijk leidt deze informatie tot twee behandeladviezen. De vraag in deze paragraaf is in hoeverre de rechter die adviezen opvolgt.

Figuur 6.4 toont de relatie tussen de twee adviezen en het uiteindelijke vonnis. Het advies van de rapporteur PJ wordt in 78% van de gevallen opgevolgd, het advies van de reclassering in 74% van de gevallen. In §5.3.1 bleek al dat het (gecategoriseerde) behandeladvies van rapporteur PJ en reclasseringswerker in 68% van de gevallen overeenkomt.



Figuur 6.4 Overeenstemming adviezen en vonnis (N=125).

Bron: steekproef rapportages pro Justitia 2012-2013, steekproef reclasseringsadviezen 2012-2013, NIFP-registratiebestanden 2012-2013, steekproef vonnissen 2012-2013.

15 Het ontbreken van een behandeladvies en het expliciete advies niet te behandelen zijn in de registratiedata van het NIFP niet te onderscheiden.

In een analyse waarin het effect van beide adviezen naast elkaar op de beslissing wordt bepaald blijkt dan ook dat zowel het reclasseringsadvies als het advies van de rapporteur PJ effect hebben op de beslissing.¹⁶ Het advies van de reclassering heeft een gedeeltelijk effect: een advies niet te behandelen of het ontbreken van een advies leidt tot een gemiddeld lichtere behandeling ten opzichte van de adviezen ambulante of klinisch te behandelen.¹⁷ Of de reclassering ambulante of klinische behandeling adviseert heeft statistisch geen invloed op de door de rechter opgelegde behandelzwaarte.¹⁸

Het advies van de rapporteur PJ heeft duidelijk invloed op de beslissing van de rechter. Hoe zwaarder het behandeladvies, hoe zwaarder gemiddeld de opgelegde behandeling.¹⁹ In de analyse blijkt dat het statistische effect van het rapport PJ sterker is dan het effect van het reclasseringsadvies.²⁰

6.5 Risico, advies en behandeling

De rechter krijgt van de rapporteur PJ en de reclassering zowel informatie over risico als een daarbij behorend advies over behandeling aangereikt. Uit respectievelijk §3.5.2 en §4.4.2 bleek al dat het advies van beiden samenhangt met hun eigen inschatting van het risiconiveau. Weegt de rechter de informatie over risico nog eigenstandig, of laat hij of zij zich uiteindelijk leiden door de adviezen die er (deels) uit volgen? In een statistische analyse is het effect van de risico-oordelen van reclassering en rapporteur PJ en hun beider adviezen op de beslissing van de rechter op behandelintensiteit bepaald. Door de vier factoren in één analyse te bezien wordt het effect in elkaars context duidelijk. Hiermee kan onderscheid gemaakt worden tussen twee mogelijke situaties: één waarin het risiconiveau invloed heeft op het advies, dat weer invloed heeft op het vonnis (waarmee het risiconiveau alleen indirect invloed heeft op het vonnis) ten opzichte van een situatie waarin het risiconiveau invloed heeft op het advies maar ook direct op het vonnis. Uit de analyse blijkt van de eerste situatie sprake te zijn: wanneer het effect van de twee inschattingen van het risiconiveau en de twee adviezen op de opgelegde behandelzwaarte in elkaars context wordt bepaald, blijft alleen een effect van het advies van de rapporteur PJ over.²¹ De rechter blijkt zich dus het sterkst te laten leiden door het advies van de rapporteur PJ.²²

16 Wald χ^2 reclassering = 7,3, $p=0,026$. Wald χ^2 PJ = 43,9, $p<0,001$.

17 Geen behandeling of geen advies versus -ambulante behandeling: $\beta=0,3$, $p=0,037$; -klinische behandeling: $\beta=0,1$, $p=0,036$.

18 Ambulant versus klinisch: $\beta=0,4$, $p=0,409$.

19 Geen behandeling of geen advies versus -ambulante behandeling: $\beta=0,1$, $p<0,001$; -klinische behandeling: $\beta=0,002$, $p<0,001$. Ambulante versus klinische behandeling: Geen behandeling of geen advies versus -ambulante behandeling: $\beta=0,3$, $p=0,037$; -klinische behandeling: $\beta=0,02$, $p=0,001$.

20 De *proportional odds ratios* (het effect van één geadviseerde behandelcategorie zwaarder op de kans op één behandelcategorie zwaarder in de uiteindelijke beslissing) drukken de sterkte van het effect uit. Deze zijn voor het verschil tussen advies geen behandeling/geen advies en ambulant 9,4 voor rapporteur PJ en 3,3 voor reclasseringswerker en voor het verschil tussen klinische behandeling en ambulante behandeling 56,0 voor rapporteur PJ en 2,3 voor reclassering.

21 Wald $\chi^2(2) = 27,7$, $p<0,001$. Andere p allen $>0,1$.

22 Omdat de twee adviezen sterk met elkaar samenhangen is het mogelijk dat een eventueel effect van het reclasseringsadvies hier verdoezeld wordt door het sterkere effect van het rapport PJ.

6.6 Conclusie

In dit onderzoek staan de adviezen aan de officier van justitie en de rechter centraal. Uiteindelijk is het echter de rechter die de beslissing over het opleggen van behandeling neemt, en daarmee de uitkomst bepaalt van het proces waarover dit rapport gaat. In dit hoofdstuk is daarom uiteengezet hoe de informatie over risico en het behandeladvies uit de rapportages invloed hebben op de uiteindelijk opgelegde behandeling.

Risico en behandeling

De vraag of het risiconiveau invloed heeft op de uiteindelijk opgelegde behandeling valt op twee manieren te beantwoorden, afhankelijk van hoe men het proces wil beoordelen: wanneer de vraag is of de rechter oordeelt volgens het risico-principe, moet uitgegaan worden van de informatie over risico *zoals die aan hem ter beschikking is gesteld*. In §6.3.1 blijkt dan dat de beschrijving van het risico van zowel rapporteur PJ als reclassering invloed hebben op de zwaarte van de behandeling die de rechter oplegt. Wel lijkt de rechter hierin twee, en niet meerdere, risiconiveaus (te karakteriseren als hoger en lager risico) te onderscheiden.

Wanneer de vraag of *het systeem* van opleggen van behandeling aan zedendelinquenten een uitkomst heeft die ertoe leidt dat de daders met het hoogste recidiverisico ook de zwaarste behandeling opgelegd krijgen, moet uitgegaan worden van de best beschikbare voorspelling van het recidiverisico. In dit onderzoek is dat de score op het actuariële instrument Static-99, die voor 66 zaken beschikbaar was, al was deze niet als zodanig gecommuniceerd aan de officier van justitie en de rechter. In §6.3.2 blijkt een dergelijk verband niet aangetoond te kunnen worden. In eerder retrospectief onderzoek naar een groter en ouder cohort kon een dergelijk effect wel gevonden worden. Maar in datzelfde onderzoek bleek dat plegers van seksueel geweld tegen kinderen gemiddeld een zwaardere behandelvorm hadden gekregen dan hun kans op recidive rechtvaardigde, terwijl verkrachters van volwassenen juist gemiddeld een lichtere behandeling hadden gekregen dan hun recidiverisico rechtvaardigde.²³ Zowel over- als onderbehandeling kwam in beide groepen voor, maar kindermisbruikers werden dus vaker overbehandeld en verkrachters van volwassen slachtoffers vaker onderbehandeld.

Advies en behandeling

In Hoofdstuk 5 bleek dat de twee adviezen aan officier van justitie en rechter zowel op het gebied van oordeel over risico als op het uiteindelijke behandeladvies doorgaans overeenkomen, maar dat dit zeker niet altijd het geval is. Dit leidt tot de vraag welk advies de rechter volgt in die gevallen waarin de twee adviezen niet eensluidend zijn.

Beide adviezen blijken invloed te hebben op de beslissing, maar het effect van het advies van de rapporteur PJ is statistisch sterker. Wanneer het effect van risico-informatie en de behandeladviezen in elkaars samenhang bezien worden blijkt dan ook dat er slechts één significante factor is, het behandeladvies van de rapporteur PJ. De rechter weegt dus niet (aantoonbaar) eigenstandig de informatie over risico mee in zijn of haar beslissing. Dit is overigens niet per se noodzakelijk wanneer de adviezen goed aansluiten op het risico. Het vergroot echter wel de feitelijke verantwoordelijkheid van de adviserende partijen.

23 Smid et al. (2013).

7.1 Inleiding

In de internationale wetenschappelijke literatuur bestaat brede consensus over de grotere voorspellende waarde van actuariële risicotaxatie (zie [Hoofdstuk 1](#)). Ook in de internationale praktijk is deze methode, met name in Angelsaksische landen, inmiddels de standaard. Uit [Hoofdstuk 3](#) en [Hoofdstuk 4](#) en uit eerder onderzoek blijkt dat actuariële risicotaxatie in het Nederlandse systeem nog niet wordt toegepast.¹ In de (Nederlandse) literatuur zijn de afgelopen jaren ook enige kritische artikelen verschenen over actuariële risicotaxatie. Deze artikelen lijken tot enige verwarring geleid te hebben. De Nationaal Rapporteur vangt in het veld bijvoorbeeld twijfelende geluiden op² Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP), verantwoordelijk voor de bemiddeling en kwaliteitsbewaking van rapportages pro Justitia (p), stelde het eigen beleid aangaande risicotaxatie in 2015 mede naar aanleiding hiervan bij. In een brief gericht aan verschillende stakeholders gaf het instituut aan minder actueel te willen varen op risicotaxatie-instrumenten nadat uit enkele onderzoeken zou blijken dat de voorspellende waarde van deze instrumenten beperkt is.³ In deze paragraaf worden enkele recent verschenen studies besproken en worden de daarin voorgedragen argumenten gewogen. Vier opeenvolgende paragrafen behandelen ieder één dergelijk argument aan de hand van de wetenschappelijke literatuur.⁴ Het doel van dit hoofdstuk is genoemde verwarring weg te nemen door meer context te bieden voor *waarom* actuariële risicotaxatie beter werkt in het voorspellen van recidive dan klinische risicotaxatie.

1 Smid (2014).

2 Bijvoorbeeld: Mondelinge informatie Reclassering Nederland, 14 november 2016; Mondelinge informatie NIFP, 21 mei 2013; Mondelinge informatie NIFP, 4 december 2014; Schriftelijke informatie Pompekliniek, 17 december 2014.

3 https://www.nvsa.nl/images/actueel/20151124_nifp/20150717_DR_2015_standpunt_NIFP_Advies_Toerekenen.pdf, geraadpleegd 30 augustus 2017.

4 Het verdient aanbeveling voor een soortgelijke behandeling van deze en dergelijke bezwaren ook Grove & Meehl (1996) te lezen.

7.2 “Het aantal vals-positieven is hoog”

Een studie die tractie heeft gekregen in het Nederlandse veld is van Fazel et al.⁵ Zij beargumenteren dat het gebruik van actuariële risicotaxatie-instrumenten bij zedendelinquenten zorgt voor een hoog aantal vals-positieven, ofwel verdachten die ten onrechte in een (te) hoge risicocategorie worden geplaatst en dus onnodig en onterecht vast worden gezet.⁶ Voor het voorkomen van één zedendelict van een veroordeelde zedendelinquent, zouden vijf zedendelinquenten worden vastgezet, waarvan dus vier ten onrechte (=vals-positief). Een andere studie maakt het hieraan verwante argument dat risicotaxatie-instrumenten weliswaar op groepsniveau een goede inschatting kunnen maken van het recidiverisico, maar dat de uitkomsten niet kunnen worden vertaald naar het individuele geval (zie §7.3).^{7,8} Volgens bovenstaande onderzoeken schiet actuariële risicotaxatie daarom tekort en is klinische beoordeling noodzakelijk om het recidiverisico van het individu goed in te schatten.

Deze onderzoeken hebben in het werkveld tot de nodige verwarring en zorgen geleid over het gebruik van (actuariële) risicotaxatie-instrumenten.⁹ Er valt echter het nodige op aan te merken. Ten eerste gaat de kritiek op het gebruik van actuariële risicotaxatie-instrumenten er – vaak impliciet – van uit dat klinische beoordelingen geen of minder beperkingen kennen bij het inschatten van het recidiverisico. Dit is een onterechte en achterhaalde aanname. In de afgelopen decennia is een veelvoud aan (meta-)onderzoeken verschenen waaruit stelselmatig naar voren komt dat klinische risicotaxatie zonder het gebruik van instrumenten tot een slechtere inschatting van het recidiverisico leidt dan wanneer dezelfde inschatting wordt gemaakt met behulp van risicotaxatie-instrumenten (zie ook §1.4).¹⁰ Actuariële risicotaxatie levert geen perfecte voorspelling van recidive op, maar presteert beduidend beter dan ongestructureerde risicotaxatie.

Dit geldt ook op individueel niveau. Als een ongestructureerde risicoprognose op individueel niveau beter zou zijn dan actuariële risicotaxatie, dan zou dit ook op groepsniveau moeten leiden tot betere resultaten voor de ongestructureerde methode: een groep is immers niets meer dan een verzameling individuele gevallen. Diverse studies hebben echter aangetoond dat de voorspellende waarde van *alleen* ongestructureerde klinische risicotaxatie gelijk of zelfs lager is dan het kansniveau, wat wil zeggen dat het géén voorspellende waarde heeft.¹¹

Middenweg?

Ook het klinisch wegen van een actueel instrument (gestructureerd klinische risicotaxatie) is niet de gulden middenweg: uit meerdere studies blijkt dat wanneer beoordelaars de uitkomst van een actuari-

5 Mondelinge informatie Reclassering Nederland, 14 november 2016; Mondelinge informatie NIFP, 21 mei 2013; Mondelinge informatie NIFP, 4 december 2014; Schriftelijke informatie Pompekliniek, 17 december 2014.

6 Fazel, Singh, Doll, & Grann (2012).

7 Fazel et al. (2012); Hart, Michie, & Cooke (2007); Silver & Miller (2002).

8 Hart et al. (2007).

9 Bijvoorbeeld: Mondelinge informatie Reclassering Nederland, 14 november 2016; Mondelinge informatie NIFP, 21 mei 2013; Mondelinge informatie NIFP, 4 december 2014; Schriftelijke informatie Pompekliniek, 17 december 2014.

10 Hanson & Morton-Bourgon (2005) ; Hanson & Morton-Bourgon (2009) ; Grove & Meehl (1996); Grove, Zald, Lebow, Snitz, & Nelson (2000) ; Ægisdóttir et al. (2006); Wormith, Hogg, & Guzzo (2012); Andrews, Bonta, & Wormith (2006); Meehl (1954).

11 Monahan (1981); Smid (2014) .

eel risicotaxatie-instrument achteraf mogen aanpassen door het toevoegen van externe risicofactoren op basis van hun professioneel inzicht, de voorspellende waarde van het recidiverisico *afneemt*.¹² De voorspellende waarde van een actuariel instrument gecombineerd met klinisch inzicht is dus slechter dan van het actuariële instrument alleen. Hier zijn meerdere verklaringen voor. Allereerst is er weinig eenduidigheid tussen beoordelaars over de vraag wanneer een extra klinische afweging moet worden opgeteld bij de eindscore van een actuariel taxatie-instrument. Uit onderzoek blijkt dat beoordelaars het hierover vaker oneens dan eens zijn.¹³ Ten tweede worden factoren meegewogen in de beoordeling van het recidiverisico die mogelijkerwijze wel belangrijk lijken, maar niet samenhangen met het recidiverisico en daardoor ten onrechte toch worden meegenomen.¹⁴ Tot slot komt het voor dat risicofactoren dubbel worden gewogen in het eindoordeel, doordat deze zowel in het risicotaxatie-instrument zijn verdisconteerd als dat deze – iets anders geformuleerd – worden toegevoegd als extra risicofactor op basis van het klinisch oordeel.¹⁵ Al met al betekent dit dat het toevoegen van extra risicofactoren op basis van het klinisch oordeel vooral leidt tot een aanzienlijke verhoging van het vastgestelde recidiverisico, wat juist het gevaar van een groter aantal vals-positieven met zich meebrengt.

Diagnose versus prognose

Tot slot vertonen de onderzoeken van Fazel et al. en Hart et al, beide kritisch over actuariële risicotaxatie, methodologische tekortkomingen die de uitkomst beïnvloeden. In beide studies wordt het inschatten van het recidiverisico beschouwd als een dichotoom proces, waarbij zedendelinquenten op basis van de hoogte van hun recidiverisico recidiveren of niet recidiveren. Het inschatten van het recidiverisico is daarbij gelijk gesteld aan het stellen van een diagnose, zoals een dokter zou doen bij een patiënt. Actuariële risicotaxatie-instrumenten zijn echter niet bedoeld voor het doen van dit soort uitspraken.¹⁶ Anders dan bij het stellen van een diagnose gaat het bij het inschatten van het recidiverisico over het doen van een waarschijnlijkheidsuitspraak over de kans dat een zedendelinquent in de toekomst recidiveert.¹⁷ Bij een diagnose is de conditie waarover een uitspraak gedaan wordt op het moment van de uitspraak wel of niet aanwezig en kan de diagnose dus correct of incorrect zijn. Bij een prognose daarentegen bestaat deze conditie (in dit geval, recidive) nog niet en kan alleen een uitspraak gedaan worden over de waarschijnlijkheid dat deze zich in de toekomst voor zal doen.

Onderzoekers die zich, zoals Fazel et al., bedienen van diagnostische statistische methodiek om prognostische methoden te beoordelen leggen het instrument dus langs een maatstaf waar deze niet voor bedoeld is. Om deze maatstaf te kunnen hanteren bepalen de onderzoekers zelf arbitrair in de analyse bij welke hoogte van het recidiverisico de voorspelling zou zijn geweest dat een individu zal recidiveren. Anders gezegd: ze trekken een grens waarbij een score erboven betekent dat de verdachte wél zal recidiveren, en een score daaronder dat hij dat niet zal doen. Risicotaxatie-instrumenten zijn echter niet bedoeld voor zo'n absolute uitspraak. Deze keuze heeft grote gevolgen voor de resultaten van een onderzoek. Zo blijkt dat wanneer de grens tussen de voorspelling wel of niet te zullen recidiveren anders gesteld wordt, het aandeel vals-positieven al zakt.¹⁸ Als een langere follow-up termijn gehanteerd zou

12 Gore (2007); Hanson, Harris, Scott, & Helmus (2007).

13 Hanson et al. (2007).

14 Wormith et al. (2012).

15 Smid, Klein Haneveld, et al. (2014).

16 Helmus (2015).

17 Smid, Klein Haneveld, et al. (2014).

18 Smid, Klein Haneveld, et al. (2014).

worden voor het meten van de daadwerkelijke recidive, en ook recidive met niet-zedendelicten zou worden beschouwd, zou het aandeel vals-positieven verder teruglopen. Keuzes van de onderzoekers, zoals de arbitraire indeling van categorieën, de uitkomstmaat van recidive en de krappe follow-up-periode, zorgen in de studie van Fazel et al.¹⁹ dus voor een vertekend beeld, waardoor het aantal vals-positieven zo hoog lijkt. Deze keuzes zijn een gevolg van het willen beoordelen van een instrument voor prognose als ware het bedoeld voor diagnose.

7.3 “Risicotaxatie gaat over de groep, niet het individu”

Een tweede kritiekpunt op het gebruik van actuariële risicotaxatie is dat de statistisch vastgestelde risicofactoren in deze instrumenten tot stand zijn gekomen door retrospectief dossieronderzoek naar eerdere daders en dat hierdoor het gevaar bestaat dat een individu een sanctie krijgt op basis van de kenmerken van een subgroep waarmee die persoon overeenkomsten vertoont.²⁰ Tevens kunnen specifieke individuele factoren of omstandigheden die mogelijk causaal gerelateerd zijn aan het recidiverisico, maar niet als risicofactor in het instrument zijn opgenomen, hierdoor niet worden meegewogen.²¹ Nieuwbeerta en Blokland betogen dat actuariële risicotaxatie daarom op gespannen voet staat met enkele fundamentele principes van het huidige strafbestel, en spreken van statistische discriminatie: een individu krijgt geen sanctie voor wat hij heeft gedaan of mogelijk gaat doen, ‘maar op basis van wat statistisch verwacht kan worden wat een ‘gemiddelde’ dader met gelijke omstandigheden zal gaan doen’.²²

Het klopt dat de empirisch vastgestelde risicofactoren in risicotaxatie-instrumenten tot stand zijn gekomen op basis van retrospectief onderzoek naar groepen eerdere daders.²³ Maar dit betekent juist dat is vastgesteld dat de factoren opgenomen in risicotaxatie-instrumenten samenhangen met recidive en de eindscore dus een valide voorspelling geeft van de kans dat een (nieuwe) verdachte recidiveert. Het betekent doorgaans ook dat andere mogelijke risicofactoren géén structurele voorspellende waarde hebben voor de kans op recidive: bij het ontwikkelen van risicotaxatie-instrumenten worden eerst mogelijke risicofactoren geïnventariseerd aan de hand van literatuur en/of interviews met experts. Voor al deze potentiële risicofactoren wordt vervolgens onderzocht of zij werkelijk bijdragen aan het voorspellen van het recidiverisico. Is dit het geval dan wordt de factor opgenomen in het instrument, zo niet dan niet.²⁴ Het instrument levert dus empirisch gevalideerde informatie over wat het individu mogelijk gaat doen. Het legt in zekere zin ieder individu langs dezelfde meetlat, waarna de (individuele) meting informatie oplevert waarvan bekend is dat deze relevant is voor de gestelde vraag, namelijk hoe hoog de kans is dat deze persoon een nieuw delict gaat plegen.

Ook bij de kritiek dat risicotaxatie over groepen en niet over individuen gaat wordt voorts voorbij gegaan aan het feit dat de klinische methode grotere en meer fundamentele mankementen kent. Bij de ongestructureerde vorm van risicotaxatie bepaalt de beoordelaar op basis van eigen ervaring, kennis en inzicht

19 Fazel et al. (2012).

20 Van Nieuwenhuizen & Philipse (2002).

21 Silver & Miller (2002); Van Koppen (2008).

22 Nieuwbeerta & Blokland (2006).

23 Van Nieuwenhuizen & Philipse (2002).

24 Hanson & Bussiere (1998).

welke factoren invloed hebben op recidive, zonder deze relatie empirisch te hoeven aantonen.²⁵ Uit onderzoek blijkt dat veel van de factoren die door klinische beoordelaars meegewogen worden geen of weinig samenhang vertonen met recidive, en dus ten onrechte invloed uitoefenen op de beoordeling van het recidiverisico van de verdachte en dus mogelijk op het strafproces.²⁶ Dit geldt bijvoorbeeld voor psychische stoornissen, waarvan de invloed op recidive nooit is aangetoond: hoewel er risicofactoren zijn die samen kunnen hangen met bepaalde stoornissen, is een invloed van de stoornis bovenop die van de losse risicofactoren niet bewezen (zie ook §3.4.2).²⁷ In het huidige onderzoek lijkt het er dan ook op dat het risiconiveau gemiddeld hoger wordt ingeschat wanneer de rapporteur géén instrument gebruikt (§3.3.3). Anderzijds worden niet alle risicofactoren waarvan empirisch is vastgesteld dat ze samenhangen met recidive, in elk rapport pJ meegewogen.²⁸ Hierdoor kan een pleger met een lager recidiverisico worden getaxeerd dan daadwerkelijk aanwezig, wat het risico meebrengt dat iemand onderbehandeld terugkeert in de maatschappij.

Transparantie en betrouwbaarheid

Een tweede mankement van de klinische beoordeling is de lage betrouwbaarheid. Meerdere studies tonen aan dat twee professionals op basis van ongestructureerde beoordeling vrijwel nooit tot eenzelfde conclusie komen.²⁹ Dat betekent dat de conclusie meer afhankelijk is van wie de beoordeling doet dan over wie zij gaat. In het Nederlandse systeem wordt de meerderheid van de rapportages pJ door één rapporteur pJ opgesteld: in 151 van de 234 in Hoofdstuk 3 beschreven zaken was sprake van één gedragsdeskundige.

Een derde tekortkoming van de ongestructureerde beoordeling betreft transparantie.³⁰ Uit een studie van Van Esch blijkt dat het recidiverisico in rapportages pJ vaak onduidelijk, en in tien procent van de onderzochte rapporten zelfs geheel niet, onderbouwd is. Indien het recidiverisico wel is onderbouwd door risicofactoren, wordt vrijwel nooit aangegeven welk gewicht aan welke factor wordt toegekend. Tot slot blijkt uit hetzelfde onderzoek dat er weinig uniformiteit is in de onderwerpen en risicofactoren die beoordelaars in hun rapportages beschrijven. Zo stelt Van Esch dat de biografie van de verdachte het enige onderwerp is dat consistent benoemd wordt in de rapportages pro Justitia.³¹

Op basis van het bovenstaande kan worden beargumenteerd dat het gebruik van risicotaxatie-instrumenten juist bijdraagt aan een eerlijkere beoordeling van de verdachte. Naast dat actuariële risicotaxatie een voorspellende waarde heeft en klinische beoordeling niet, legt het gebruik van risicotaxatie-instrumenten alle verdachten langs dezelfde meetlat. Daarmee biedt het bescherming tegen willekeur, cognitieve vertekeningen en blinde vlekken van de beoordelaar.³² Het gevaar wordt weggenomen dat het oordeel over het recidiverisico van een verdachte gebaseerd wordt op factoren die hier helemaal geen invloed op hebben. Daarnaast draagt het gebruik van een risicotaxatie-instrument bij aan de transpa-

25 Abbott (2011).

26 Hanson & Morton-Bourgon (2009); Abbott (2011).

27 Bonta, Law, & Hanson (1998); Bonta et al. (2014).

28 van Esch (2012).

29 Smid, Klein Haneveld, et al. (2014); Hanson et al. (2007); De Ruiters (2010); Bosker, Witteman, & Hermanns (2013).

30 Wettstein (2010); Grondahl (2005); van Esch (2012).

31 van Esch (2012).

32 De Ruiters (2007).

rantie, aangezien voor zowel de beoordelaar, het behandelteam, de rechter én de dader helder is hoe de beoordeling van het recidiverisico is opgebouwd.³³

7.4 “Risicotaxatie geeft geen richting aan behandeling”

Een derde gehoord punt van kritiek op het hanteren van risicotaxatie-instrumenten is dat de resultaten weinig informatie geven over de behandeling die een verdachte nodig heeft.³⁴ Indien dynamische, veranderbare, factoren zijn opgenomen in een instrument zouden dit bovendien slechtere voorspellers zijn van recidive dan statistische, historische items.³⁵ Om die reden zou klinische beoordeling noodzakelijk zijn voor het inschatten van de behandeldoelen.

In het verleden bestonden risicotaxatie-instrumenten inderdaad voornamelijk uit statische (historische) risicofactoren, bijvoorbeeld het strafrechtelijk verleden, en waren dus alleen geschikt om het basisrisico mee in te schatten. Tegenwoordig bevatten veel (actuariële) risicotaxatie-instrumenten echter ook empirisch onderbouwde dynamische risicofactoren, zoals bijvoorbeeld seksuele deviantie. Dynamische risicofactoren tonen goed aan waar de behandeling van de verdachte op gericht moet zijn. Het zijn immers de dynamische risicofactoren waarop een verdachte hoog scoort, die via behandeling verlaagd moeten en kunnen worden.³⁶ Welke specifieke interventie in het vervolgtraject het beste kan worden ingezet om dit doel te realiseren, is vervolgens aan de behandelaar.

Ook toont onderzoek aan dat dynamische factoren wel degelijk goede voorspellers zijn van toekomstige recidive. Uit een studie van Vogel et al. komt bijvoorbeeld naar voren dat de predictieve validiteit van dynamische items niet onder doet voor historische (statische) items bij het risicotaxatie-instrument HCR-20.³⁷ Ook een recente meta-analyse toont aan dat instrumenten gericht op dynamische risicofactoren een even grote voorspellende waarde voor seksuele- en geweldsrecidive van zedendelinquenten hebben als instrumenten die gericht zijn op statische risicofactoren.³⁸ Uit onderzoek blijkt dat de internationaal meest gehanteerde combinatie van de Static-99 (statistische risicofactoren) met de Stable-2007 (dynamische risicofactoren) een hogere voorspelling geeft dan de instrumenten afzonderlijk.³⁹

Een derde meerwaarde van dynamische risicofactoren is dat zij inzicht kunnen geven in de voortgang en de effectiviteit van de behandeling. Zo blijkt uit een studie van Belfrage en Douglas dat de score op dynamische risicofactoren van veroordeelden afneemt naarmate zij verder zijn in hun behandelingstraject.⁴⁰ Eenzelfde verband is ook in andere onderzoeken aangetoond.⁴¹ De eerder genoemde meta-analyse laat zien dat een dergelijke afname in dynamische risico-score bovendien gerelateerd is aan daadwerkelijke recidives. Een actueel instrument met dynamische risicofactoren is dus ook geschikt om vooruitgang te meten.

33 Harte & Breukink (2010).

34 Castel (1991).

35 A. Van Den Berg (2006).

36 Andrews & Bonta (2010).

37 de Vogel, de Ruiter, van Beek, & Mead (2004).

38 J. W. Van den Berg et al. (2017).

39 Hanson et al. (2007); Eher, Matthes, Schilling, Haubner-Maclean, & Rettenberger (2012).

40 Belfrage & Douglas (2002).

41 Zie bijvoorbeeld: Olver, Nicholaichuk, Gu, & Wong (2013).

De conclusie dat dynamische risicofactoren irrelevant voor behandeling zouden zijn, is dan ook onjuist. Ze kunnen juist richting geven aan de behandeling en vervolgens een maatstaf voor voortgang vormen. Het is in de huidige klinische praktijk in Nederland overigens wel gebruikelijk risicotaxatie-instrumenten af te nemen aan de achterkant: voor een verlofaanvraag voor tbs is dit bijvoorbeeld vereist.⁴²

7.5 “Risicotaxatie kan niet als de verdachte niet meewerkt”

Een laatste argument tegen actuariële risicotaxatie is dat risicotaxatie-instrumenten alleen kunnen worden afgenomen wanneer een verdachte meewerkt aan het onderzoek.⁴³ Dit is niet het geval. Zo kan op basis van historische risicofactoren uit het strafrechtelijk dossier, dus zonder medewerking van de verdachte, een goede inschatting worden gemaakt van het basisrisico. Bijvoorbeeld door het bestuderen van het crimineel verleden en de demografische gegevens van dader en slachtoffer(s).⁴⁴ Hoewel dit uiteraard geen volledig beeld van het recidiverisico schetst, aangezien dit geen informatie oplevert over behandeldoelen, blijkt uit onderzoek dat het inschatten van het basisrisico middels een actuariële risicotaxatie-instrument een grotere voorspellende waarde heeft dan risicotaxatie via de klinische, ongestructureerde methode (zie §7.2).⁴⁵ Een zwijgende verdachte vormt een grotere belemmering voor het doen van een uitspraak over risico op basis van klinische risicotaxatie dan voor het scoren van een actuariële instrument.

Gerelateerd hieraan bleek in §3.3.2 dat rapporteurs pJ regelmatig géén uitspraak over de kans op recidive doen als de verdachte wel meewerkt aan het onderzoek maar het delict ontkent. Het is echter voor een betrouwbare voorspelling van het recidiverisico met actuariële instrumenten niet nodig het delict met de verdachte te kunnen bespreken. Dat betekent dat er, bij een meewerkende verdachte, ook uitspraken gedaan kunnen worden over de dynamische risicofactoren. Wel moet uiteraard de nodige voorzorg betracht worden gezien het feit dat nog niet bewezen is dat de verdachte het delict gepleegd heeft. Een risicotaxatie betreft altijd de inschatting van *recidive* en is dus slechts van toepassing nadat de schuldvraag bevestigend beantwoord is.

7.6 Conclusie

Het vaststellen van het recidiverisico maakt in het strafproces een belangrijk onderdeel uit van het advies aan de rechter. Het is daarom van belang dat de inschatting van het recidiverisico via de meest betrouwbare en valide methode wordt vastgesteld, omdat de hoogte van het risico gevolgen kan en hoort te hebben voor de behandeling. Daarmee heeft het grote gevolgen voor zowel de pleger als de samenleving. Het is opmerkelijk dat de discussie over wijze van risicotaxatie in Nederland nog altijd actueel is, nu deze in landen als de Verenigde Staten, Canada en het Verenigd Koninkrijk al in de jaren '90 grotendeels is beslecht in het voordeel van de actuariële methode. Decennia aan onderzoek tonen aan dat klinische voorspelling zonder het gebruik van instrumenten altijd tot een slechtere inschatting van ri-

42 Regeling van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie van 24 december 2010, nr. 5679537/10/DJI, houdende regels over de verlening van een machtiging tot verlof aan het hoofd van de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden (Verlofregeling TBS).

43 *Kamerstukken II* 2013/2014 nr. 2695.

44 Helmus et al. (2014).

45 Andrews et al. (2006).

sico op een bepaalde gedraging (waaronder recidive) leidt dan wanneer dezelfde inschatting wordt gemaakt met behulp van risicotaxatie-instrumenten.

Dát risicotaxatie op basis van ongestructureerd oordeel moeilijk is, is goed verklaarbaar en heeft te maken met de beperkingen van het menselijk brein, ook als het brein van een expert is.⁴⁶ Risicotaxatie behelst het doen van een toekomstvoorspelling. De rapporteur pJ en reclasseringswerker wordt gevraagd een uitspraak te doen over de kans dat een gebeurtenis zich in de toekomst wel of niet gaat voordoen. Op het moment dat zij de voorspelling doen is uiteraard onbekend of dit het geval zal zijn. Uit wetenschappelijk onderzoek wordt duidelijk waarom dit een taak is die zij slechter kunnen volbrengen dan een instrument. Taken waarin experts kunnen excelleren hebben een hoge mate van voorspelbaarheid, betreffen dingen en niet mensen, herhalen zich vaak onder soortgelijke omstandigheden, en het is belangrijk dat feedback beschikbaar is om van te kunnen leren.⁴⁷ Kahneman & Klein (2009) noemen dit 'high-validity' taken: er zijn duidelijke signalen aanwezig die een sterke relatie hebben met de uitkomst. Mensen zijn goed in het leren gebruiken van dergelijke signalen, mits ze beschikbaar zijn en de expert door de aanwezigheid van feedback in staat is om ze te leren. Kijken we naar de vraag of een zedendelinquent gaat recidiveren dan wordt duidelijk dat dit typisch een taak is die moeilijk te leren is. Deze taak betreft het voorspellen van menselijk gedrag, er zijn geen duidelijke signalen met een sterk verband met de uitkomst (de voorspellende waarde van één individuele risicofactor is laag), en er is met name geen gelegenheid te leren doordat de expert nooit ontdekt welke voorspellingen klopten en welke niet. Algoritmes zoals verwerkt in risicotaxatie-instrumenten presteren beter omdat zij beter in staat zijn op consistente wijze meerdere zwakke signalen te combineren voor een goede voorspelling, en omdat zij door het gebruik van data bijgesteld kunnen worden en dus sprake is van feedback. Het is dan welbeschouwd niet verwonderlijk dat experts slechter zijn in het doen van risicotaxatie dan instrumenten: ook experts zijn mensen.

Het gebruik van actuariële instrumenten is niet alleen meer valide. Het is ook goedkoper, uniformer en transparanter dan de ongestructureerde methode. Dit is niet alleen eerlijker voor de verdachten, die anders het risico lopen berecht te worden op basis van een willekeurig, en vaak hoger, recidiverisico dan daadwerkelijk aanwezig. Ook voor de samenleving is het belangrijk dat het recidiverisico zo betrouwbaar mogelijk wordt ingeschat: een incorrecte voorspelling van het recidiverisico kan er immers toe leiden dat een zedendelinquent in Nederland overbehandeld of onderbehandeld wordt, wat in beide gevallen nadelen en gevaren voor de samenleving met zich meebrengt.

Natuurlijk heeft actuariële risicotaxatie beperkingen. De voorspellende waarden zijn acceptabel, maar niet perfect. Het geeft geen zekerheid of iemand wel of niet zal recidiveren. Het ontwikkelen van risicotaxatie-instrumenten is een 'work in progress': steeds moet blijven worden onderzocht of de opgenomen risicofactoren nog wel goed voorspellen in veranderende tijden en of misschien nieuwe factoren toegevoegd moeten worden. Maar het is belangrijk onder ogen te zien dat actuariële risicotaxatie op dit moment beter is dan elke andere beschikbare vorm van risicotaxatie, ook in het individuele geval. Als deze werkwijze eenmaal geïmplementeerd is, kan verder worden gewerkt aan het verfijnen ervan.

46 Kahneman & Klein (2009); Shanteau (1992).

47 Shanteau (1992).

8 Conclusie en aanbevelingen

8.1 Inleiding

Ongeveer 12% van de zedendelinquenten pleegt ooit een nieuw zedendelict.¹ Maar het risico een nieuw (zedendelict) te plegen is niet voor iedere zedendelinquent hetzelfde. In Nederland zetten we behandeling en toezicht in om te voorkomen dat daders opnieuw de fout ingaan. Deze interventies kunnen het beste toegepast worden op basis van het recidiverisico. De maatschappij moet beschermd worden tegen plegers met een hoge kans op recidive: als zij geen behandeling opgelegd krijgen, kunnen zij slachtoffers maken die voorkomen hadden kunnen worden. Dit geldt ook als de behandeling te vroeg beëindigd wordt. Iederéén behandelen is ook niet de oplossing: bij daders met een laag risico wordt het risico na behandeling niet lager, en soms zelfs hoger.² Te veel behandelen is bovendien verspilling van geld, dat beter besteed kan worden aan iemand bij wie het risico op een nieuw delict hoger is.

Om effectief te zijn in het tegengaan van recidive moet behandeling aansluiten bij de kans op recidive. Dit zogeheten *risico-principe* is het resultaat van veelvuldig onderzoek.³ Om behandeling volgens het risico-principe op te leggen, zijn twee dingen nodig. Ten eerste moet het risico op recidive adequaat worden vastgesteld. Ten tweede moet het opgelegde niveau van behandeling dus aansluiten bij het vastgestelde risico.

Dit onderzoek beschouwt in hoeverre het Nederlandse systeem van opleggen van behandeling aan zedendelinquenten voldoet aan dit risico-principe. Weten we welke zedendelinquenten het grootste risico vormen? Leggen we hun vervolgens de behandeling die past bij dat risico op? In het Nederlandse strafproces wordt door de rechter in het vonnis het behandelniveau bepaald. Die doet dat na advies van reclassering en/of gedragsdeskundigen (rapporteurs pro Justitia/pj), en doorgaans nadat de officier van justitie het opleggen van behandeling geëist heeft. Vertaald naar dit systeem vereist het risico-principe dan dat:

- 1) in rapportages pj en reclasseringsadviezen het risico op recidive van de verdachte adequaat wordt vastgesteld;
- 2) rapporteur pj en reclasseringswerker een behandeladvies formuleren dat aansluit op dit risico;

1 Hanson, Harris, Helmus, & Thornton (2014).

2 Bonta et al. (2000).

3 Zie Andrews & Bonta (2010).

- 3) rapporteur pJ en reclasseringswerker de informatie over risico en benodigde behandeling over weten te brengen aan officier van justitie en rechter;
- 4) officier van justitie en rechter in staat zijn deze informatie te begrijpen en op waarde te schatten;
- 5) officier van justitie en rechter in respectievelijk eis en vonnis eveneens het verband tussen risico en niveau van behandeling volgen en dus een interventie eisen/opleggen die past bij het risiconiveau.

Het toetsen van de huidige praktijk van opleggen van behandeling aan deze vijf stappen vormt de kern van dit rapport. Stappen drie en vier zijn in het eerder verschenen eerste deel behandeld.⁴ Dit tweede deel heeft de eerste, tweede en vijfde stap behandeld: het vaststellen van risico op recidive en de rol die dat risico speelt bij adviseren en opleggen van behandeling. Centraal hierbij staat een steekproef van strafzaken tegen plegers van seksueel geweld tegen kinderen uit 2012 en 2013 waarvoor rapportages pJ, reclasseringsadviezen en vonnissen geanalyseerd zijn. Dit geeft inzicht in hoe het opleggen van behandeling in de praktijk plaatsvindt.

Dit slothoofdstuk vat allereerst de bevindingen uit dit rapport samen (§8.2). §8.3 gaat nader in op een aantal punten die door de bevindingen aan het licht worden gebracht. Deze bevindingen leiden tot vijf aanbevelingen, gericht aan de minister en staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP; verantwoordelijk voor bemiddeling en kwaliteitsbewaking van rapportages pJ), de reclasseringsorganisaties, het Openbaar Ministerie en de rechtspraak (§8.5). §8.4 gaat in op enkele recente ontwikkelingen die plaats hebben gevonden sinds de periode die dit onderzoek bestrijkt.

Een opmerking is op zijn plaats: dit onderzoek is gedaan naar dossiers van verdachten van seksueel geweld tegen kinderen, zoals passend binnen de reikwijdte van het mandaat van de Nationaal Rapporteur. Toch gaat het in dit hoofdstuk steeds over zedendelinquenten. Dit heeft de volgende redenen: ten eerste zijn zedendelinquenten met volwassen of minderjarige slachtoffers in het beleid van de betrokken instanties geen aparte beleidscategorieën op het gebied van risicotaxatie en behandeling, noch zouden zij dit hoeven zijn. Ten tweede bestaan voor zedendelinquenten met volwassen of minderjarige slachtoffers geen aparte risicotaxatie-instrumenten. Deze punten betekenen dat het onrealistisch, en onwenselijk, zou zijn onderstaande aanbevelingen alleen te implementeren voor zedendelinquenten met minderjarige slachtoffers en zedendelinquenten met meerderjarige slachtoffers buiten beschouwing te laten.

8.2 Samenvatting

8.2.1 Wordt het recidiverisico adequaat vastgesteld?

Wetenschappelijk onderzoek heeft veelvuldig aangetoond dat de beste wijze om de kans op recidive vast te stellen *actuariële risicotaxatie* is. Dit houdt in dat een gevalideerd instrument gebruikt wordt om een verdachte te beoordelen op de aan- of afwezigheid van een serie risicofactoren waarvan is vast komen te staan dat die een relatie hebben met het recidiverisico (zie §1.4 en Hoofdstuk 7). De uitkomst van het instrument moet vervolgens ook bepalend zijn voor de uitspraak over risico. De score op de risicofactoren in het instrument leidt dus rechtstreeks tot een beschrijving van het risico, bijvoorbeeld 'laag risico',

4 Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2017).

of 'een kans van 5% dat deze verdachte binnen tien jaar een nieuw zedendelict pleegt'.⁵ Dat een dergelijke, op statistiek gebaseerde, methode beter in staat is gedrag te voorspellen dan een methode die uitgaat van individuele expertise is niet alleen aangetoond voor het voorspellen van recidive van zedendelinquenten,⁶ maar ook voor voorspelling van andersoortig menselijk gedrag.⁷ Het is ook geen nieuwe constatering (zie [Hoofdstuk 7](#)).⁸

In Nederland blijkt actuariële risicotaxatie niet de standaard te zijn. In beleid dragen zowel NIFP ([§3.2](#)) als reclasseringsorganisaties ([§4.2](#)) *gestructureerde* risicotaxatie uit. Dit houdt in dat de rapporteur of reclasseringswerker wel geacht wordt een instrument te gebruiken met gevalideerde risicofactoren, maar deze naar eigen inzicht mag wegeven om tot een conclusie te komen. Deze methode is minder goed in het voorspellen van de kans op recidive van zedendelinquenten dan actuariële risicotaxatie, maar wel beter dan *ongestructureerde* risicotaxatie (zie [§7.2](#)), een methode waarbij géén instrument gebruikt wordt.⁹

Bij het NIFP sluit de praktijk ten dele aan op dit beleid. In 47% van de zaken doet de rapporteur pJ geen uitspraak over risico en is dus in wezen geen sprake van risicotaxatie ([§3.3.2](#)). Dit is meestal omdat hij of zij zich niet in staat acht zo'n uitspraak te doen omdat de verdachte bijvoorbeeld geen stoomnis heeft of ontkent. In nog eens 22% van de zaken komt de rapporteur pJ zonder het gebruik van een instrument tot een uitspraak over risico ([§3.3.3](#)), en is dus sprake van ongestructureerde risicotaxatie. Deze uitspraken over risico hebben geen voorspellende waarde voor de daadwerkelijke kans op recidive ([§7.3](#)). In de zaken waarin wel een instrument gebruikt wordt komt de rapporteur pJ in 4% tot een niet-informatieve uitspraak over het recidiverisico, zoals dat recidive 'niet uitgesloten' kan worden ([§3.3.2](#)). In de overgebleven 27% is sprake van gebruik van een instrument en doet de rapporteur pJ een informatieve uitspraak over het risico. Het kan niet worden vastgesteld in hoeverre het instrument leidend is geweest voor die uitspraak, en dus of actuariële risicotaxatie heeft plaatsgevonden. Gezien het beleid beschreven in [§3.2](#) en het feit dat de in de meerderheid van de rapportages aangetroffen instrumenten niet voor actuariële risicotaxatie bedoeld zijn, ligt dit echter niet voor de hand

Bij de reclassering sluit de praktijk grotendeels aan bij het beleid: in 23% van de zaken ontbreekt informatie over recidiverisico en is dus geen sprake van risicotaxatie. Wanneer wel gegeven, hangt het uiteindelijke oordeel over risico in reclasseringsadviezen hangt wel samen met de uitkomsten van de daarin gebruikte risicotaxatie-instrumenten. Deze samenhang is verre van volledig, wat betekent dat de reclasseringswerker ook regelmatig afwijkt van de uitkomst van het instrument ([§4.3](#)). In reclasseringsadviezen is daarmee overwegend sprake van gestructureerde (maar niet actuariële) risicotaxatie.

Uit [§5.2.2](#) blijkt dat het risico-oordeel zoals opgeschreven door reclassering/rapporteur pJ deels samenhangt met het actuariële vastgestelde risico. Dat is in een deel van de zaken beschikbaar, omdat de reclassering het actuariële instrument Static-99 regelmatig gebruikt bij zedendelinquenten en dan ook

5 Zie [Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen \(2017\)](#) voor een uiteenzetting van verschillende wijzen van communiceren over risico, met steeds de voor- en nadelen.

6 Hanson & Morton-Bourgon (2009); Gore (2007).

7 Grove & Meehl (1996).

8 Meehl (1954); Dawes, Faust, & Meehl (1989); Grove & Lloyd (2006).

9 Hanson & Morton-Bourgon (2009).

registreert. De kans op recidive is groter bij verdachten die de rapporteur PJ aanmerkt als ‘verhoogd’¹⁰ of hoog risico dan bij verdachten die hij of zij aanmerkt als laag tot matig risico. In de onderzoekte steekproef is echter statistisch geen verschil in kans op recidive tussen verdachten over wie een (informatief) oordeel over risico ontbreekt en hoog risico verdachten. Ditzelfde patroon blijkt in reclasseringsadviezen: verdachten die hoog risico genoemd worden, hebben inderdaad gemiddeld een hogere kans op recidive dan verdachten die laag of laag gemiddeld risico genoemd worden, maar wijken niet significant af van verdachten van wie geen uitspraak over het recidiverisico gedaan wordt. Dit is een belangrijk punt: uit **Hoofdstuk 3** en **Hoofdstuk 4** blijkt dat reclassering en rapporteur PJ regelmatig een behandeladvies achterwege laten wanneer zij geen uitspraak menen te kunnen doen over het recidiverisico. Uit het bovenstaande blijkt nu dat de kans op recidive van deze groep verdachten niet significant afwijkt van de recidivekans van verdachten die rapporteur en/of reclassering als hoog risico kwalificeren. Met andere woorden: het actuaireel bepaalde recidiverisico rechtvaardigt behandeling, maar de rapporteur PJ en/of reclasseringswerker doen in hun advies aan officier van justitie en rechter géén uitspraak over recidiverisico.

Uit het bovenstaande blijkt dus dat noch in rapportages PJ noch in reclasseringsadviezen het recidiverisico op actuariële wijze wordt vastgesteld. Dat betekent dat het identificeren van de zedendelinquenten die het grootste risico vormen een nieuw (zeden-)delict te plegen niet zo goed gaat als met beschikbare instrumenten mogelijk zou zijn. De officier van justitie en rechter hebben daardoor niet de beschikking over deze best beschikbare voorspelling van de kans op een nieuw delict.

Actuariële risicotaxatie heeft, bovenop de grotere betrouwbaarheid van de voorspelling, een aantal bijkomende voordelen in vergelijking met het (ongestructureerd of gestructureerd) professioneel of klinisch oordeel. Ten eerste is deze methode transparanter: het is voor iedereen duidelijk op welke basis de kans op recidive wordt vastgesteld en dus op welke basis een behandeladvies dat daaruit volgt gedaan is. In §7.3 blijkt dat twee professionals op basis van ongestructureerde risicotaxatie zelden tot dezelfde conclusie komen. Dat betekent dat het oordeel over risico meer afhankelijk is van wie het geeft, dan van wie het betreft.¹¹ Ten tweede is de actuariële methode sneller en goedkoper: voor het inschatten van het basisrisiconiveau volstaat een actuaireel instrument op basis van historische risicofactoren, dat in betrekkelijk weinig tijd gescoord kan worden op basis van informatie die zich doorgaans in een strafrechtelijk dossier bevindt. Voor het verbeteren van de inschatting door het meewegen van dynamische (en dus veranderbare) risicofactoren¹² en het formuleren van behandeldoelen is uiteraard wel meer tijd en contact met de verdachte nodig, maar niet meer dan nu gebruikelijk is voor een rapportage PJ. Ten derde kan een actuaireel instrument ook uitkomst bieden als een verdachte niet meewerkt: de statische factoren kunnen zoals gezegd worden gescoord op basis van het strafrechtelijk dossier, dus zonder medewerking van de verdachte. Hiermee kan al een adequate inschatting gedaan worden van het basisrisico. Wanneer een verdachte niet weigert maar wel ontkent is het daarnaast mogelijk dynamische risicofactoren te beoordelen aangezien het hiervoor niet nodig is het delict met de verdachte te bespreken.

10 Uit **Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2017)** blijkt dat de in dit rapport genoemde beroepsgroepen hier doorgaans een risico tussen matig en hoog onder verstaan.

11 Smid, Klein Haneveld, et al. (2014); Hanson et al. (2007); De Ruiters (2010).

12 J. W. Van den Berg et al. (2017).

8.2.2 Past het behandeladvies bij de kans op recidive?

Om effectief te kunnen zijn, moet behandeling aansluiten bij het risiconiveau van een dader: zware behandeling voor verdachten die een grote kans hebben een nieuw delict te plegen, ambulante behandeling voor verdachten met een matig recidiverisico, en geen behandeling voor wie al zonder behandeling een laag risico vormt. Rapporteur pJ en reclasseringswerker dienen dus na het vaststellen van het risiconiveau een behandeladvies te formuleren dat daarop aansluit. Nu uit het voorgaande blijkt dat het risiconiveau zoals vastgesteld in rapportages pJ en reclasseringsadviezen niet noodzakelijkerwijs de beste benadering geeft van de kans op recidive valt deze vraag uiteen in twee deelvragen. Die komen hieronder achtereenvolgens aan bod.

Past het behandeladvies bij de kans op recidive zoals benoemd in rapportage pJ/reclasseringsadvies?

Deze vraag betreft de werkwijze van rapporteur pJ/reclasseringswerker: als zij daarin het risico-principe zouden volgen, zou hun behandeladvies in ieder geval moeten passen bij het eigen oordeel over risico – los van hoe dit eigen oordeel tot stand is gekomen. Dat wil zeggen dat beiden de zwaarte van de geadviseerde behandeling laten afhangen van het risico op recidive zoals door hen gepercipieerd.

In zowel rapportages pJ als reclasseringsadviezen blijkt dit het geval, zij het ten dele: rapporteurs pJ geven gemiddeld een zwaarder behandeladvies voor verdachten die zij kwalificeren als hoog risico dan voor alle andere categorieën verdachten (§3.5.2). Het behandeladvies is gemiddeld lichter voor verdachten bij wie een uitspraak over het recidiverisico ontbreekt, dan voor de andere categorieën verdachten (dus ook dan de als laag risico ingeschatte verdachten). Dit is zorgelijk, nu uit §5.2.2 blijkt dat het actuaireel bepaalde recidiverisico van deze verdachten niet laag is. Het valt bovendien op dat er geen onderscheid is tussen alle andere risicocategorieën zoals door rapporteurs pJ vastgesteld, zoals bijvoorbeeld laag risico of verhoogd risico.

Reclasseringsadviezen volgen een vergelijkbaar patroon (§4.4.2). Ten eerste spreekt de reclassering het minst vaak een behandeladvies uit over verdachten met een hoog risico en over verdachten van wie geen recidiverisico wordt vermeld. Wanneer de reclasseringswerker wel een advies geeft, dan is dit voor verdachten beoordeeld als hoog risico gemiddeld zwaarder dan voor de andere categorieën, maar tussen de andere categorieën is een dergelijk onderscheid niet te vinden. Dat betekent dat over een verdachte beoordeeld als laag risico het behandeladvies niet significant lichter is, dan over een verdachte beoordeeld als bijvoorbeeld hoog-gemiddeld risico.

Concreet betekenen deze resultaten bijvoorbeeld dat rapporteur pJ of reclasseringswerker ook voor verdachten die zij zelf als laag risico beschrijven alsnog meestal behandeling adviseren: de rapporteur pJ doet dit in 75% van de gevallen, de reclassering zelfs in 85%. Dit is onwenselijk: behandeling maakt een laag recidiverisico niet lager, en kan het zelfs hoger maken (§1.3).¹³

Past het behandeladvies bij de kans op recidive zoals op actuariële wijze vastgesteld?

Deze formulering van de vraag betreft meer de werking van *het systeem*: nu gaat het er niet om of rapporteur pJ en reclasseringswerker (bewust) een behandeladvies koppelen aan het eigen oordeel over risico, maar of (op welke wijze dan ook) zwaardere behandeladviezen uiteindelijk gegeven worden voor verdachten met een hogere kans op recidive, en lichtere voor verdachten met een lagere kans. Deze

13 Bonta et al. (2000).

vraag kan op basis van een deel van de zaken beantwoord worden, omdat de reclassering voor zedendelinquenten in ongeveer de helft van de gevallen het actuariële instrument Static-99 heeft gescoord (en geregistreerd).

Het behandeladvies van de rapporteur pJ hangt deels samen met het actuariële vastgestelde recidiverisico (§5.3.2): de kans op recidive is groter voor verdachten die de rapporteur pJ adviseert klinisch te behandelen, dan voor verdachten voor wie het advies ambulante behandeling is. In reclasseringsadviezen is hetzelfde patroon zichtbaar, maar is dit statistisch niet significant. Opvallend is dat zowel in de reclasseringsadviezen als in de rapportages pJ de kans op recidive volgens het actuariële instrument hoger is bij verdachten voor wie het advies ontbreekt of luidt niet te behandelen dan voor verdachten bij wie het advies is ambulante te behandelen, al is dit verschil statistisch niet significant (§5.3.2). Verwacht zou mogen worden dat het recidiverisico het laagst is voor de verdachten voor wie geen behandeling wordt geadviseerd. Dat dit niet het geval is, kan duiden op een advies tot overbehandeling van laag risico verdachten, of tot onderbehandeling van hoog risico verdachten, of allebei.

8.2.3 Past de opgelegde behandeling bij de kans op recidive?

Dit onderzoek valt te beschouwen als een analyse van het systeem van het opleggen van behandeling aan zedendelinquenten (§1.2): een bepaalde 'input' (een verdachte met een bepaalde kans op recidive) leidt via tussenstappen (de uitspraken over risico, de behandeladviezen, de eis van de officier van justitie) tot een bepaalde 'output' (een opgelegde behandeling). Bij het analyseren van een systeem staan de processen tussen input en output centraal, in dit geval met name de analyse die rapporteur pJ en reclasseringswerker maken van de verdachte en zijn kans op recidive, en waartoe deze leidt. De rechter is in dit onderzoek met name beschouwd als de outputfase: tot welke uitkomst leidt het systeem? Daarmee zijn in dit onderzoek de expliciete overwegingen van de rechter buiten beschouwing gebleven, maar is alleen aandacht geschonken aan de uiteindelijk opgelegde sanctie. Ook de eis van de officier van justitie, een essentiële schakel tussen het behandeladvies en het vonnis, is om deze reden buiten de analyse gebleven.

Het is de rechter die bepaalt wat er met de verdachte gebeurt. De vraag is dan ook of, in lijn met het risico-principe, de meest recidivegevaarlijkste veroordeelden ook uiteindelijk de zwaarste behandeling krijgen opgelegd. Ook hier kan de vraag op twee manieren bekeken worden: welke rol speelt de input die de rechter (en de officier van justitie) van de adviserende partijen krijgt, dus de beschrijving van risico zoals in rapportages vermeld? En welke rol speelt de input van het systeem, dus het (actuariële) recidiverisico van de verdachte?

Past de opgelegde behandeling bij de kans op recidive zoals benoemd in rapportage pJ/reclasseringsadvies?

De rechter legt gemiddeld inderdaad een zwaardere categorie behandeling op aan veroordeelden die als hoog of verhoogd risico worden getypeerd door de rapporteur pJ (§6.3.1). Net als de rapporteur pJ in de behandeladviezen zelf, maakt de rechter geen (statistisch aantoonbaar) onderscheid tussen de overige categorieën veroordeelden. Dat betekent dat een veroordeelde die als laag risico beschreven wordt gemiddeld niet een lichtere behandelvorm krijgt opgelegd dan een verdachte van wie het risico matig gevonden wordt.

In relatie tot de karakterisering van het recidiverisico door de reclassering, legt de rechter gemiddeld een minder intensieve behandeling op aan daders die de reclassering typeert als laag risico, én aan daders over wie de reclassering geen uitspraak doet over het risico. Ook hier maakt de rechter verder geen aan-

toonbaar onderscheid tussen andere risicocategorieën. Al met al legt de rechter aan 68% van de door de reclassering als laag risico getypeerde verdachten en aan 83% van de door de rapporteur PJ als laag risico getypeerde verdachten behandeling op.

Past de opgelegde behandeling bij de kans op recidive zoals op actuariële wijze vastgesteld?

Hoewel de rechter gemiddeld een zwaardere behandeling oplegt aan daders die beschreven worden als hoog risico (§6.3.1) en daders die als hoog risico beschreven worden ook gemiddeld een hoger actuariel recidiverisico hebben (§5.2.2), is er geen statistisch significant verband tussen de hoogte van het recidiverisico en de zwaarte van de opgelegde behandeling. Dit betekent dat het opgelegde behandelniveau niet voldoende samenhangt met het recidiverisico (§6.3.2): het actuariel bepaalde recidiverisico van veroordeelden die behandeling krijgen opgelegd, is niet aantoonbaar hoger dan van veroordeelden die géén behandeling krijgen opgelegd.

Hierbij is wel een kanttekening op zijn plaats. In eerder Nederlands onderzoek naar zedendelinquenten werd dit verband wel gevonden.¹⁴ Dit onderzoek betrof een grotere groep daders, wat het vinden van een statistisch verband vergemakkelijkt. Wel was het een zwak tot matig verband, en bleken systematische afwijkingen te bestaan afhankelijk van de groep zedendelinquenten die het betrof: verkrachters van volwassenen werden gemiddeld onderbehandeld ten opzichte van hun recidiverisico, maar ook overbehandeling kwam voor, misbruikers van kinderen werden gemiddeld overbehandeld, maar ook onderbehandeling kwam voor.

Hoe het ook zij, het door de kleine steekproef ontbreken van voldoende statistische *power* om een verband te kunnen vinden, kan niet de gehele verklaring zijn voor het ontbreken van een verband tussen risico en behandelzwaarte: uit (§6.3.2) blijkt dat het recidiverisico van daders die géén behandeling opgelegd krijgen niet lager is dan het recidiverisico van daders die ambulante behandeling opgelegd krijgen. Dit betekent dat daders die geen behandeling opgelegd krijgen gemiddeld een even grote kans hebben een nieuw (zedendelict) te plegen als daders die ambulante behandeling opgelegd krijgen. Dat kan betekenen dat laag risico daders meer behandeling krijgen opgelegd dan hun recidiverisico rechtvaardigt, of dat hoog risico daders juist minder behandeling krijgen opgelegd dan hun recidiverisico rechtvaardigt.

8.3 Conclusies

Wordt behandeling opgelegd volgens het risico-principe?

Uit het bovenstaande is duidelijk geworden dat het antwoord op deze vraag geen volmondig 'ja' kan zijn. Uit al het voorgaande, en uit deel 1 van dit rapport, blijkt dat op alle vijf in §8.1 genoemde ingrediënten van een risico-conform systeem verbeteringen nodig zijn. Ten eerste vormt risicotaxatie zoals die op dit moment wordt uitgevoerd niet de best beschikbare voorspelling van het recidiverisico. Dat betekent dat we niet goed genoeg weten welke zedendelinquenten het grootste risico vormen (en dus het zwaarst behandeld moeten worden). Dit terwijl de instrumenten om dit beter te bepalen beschikbaar zijn.¹⁵ Ten tweede hangt het behandeladvies van zowel rapporteurs PJ als reclasseringsswerkers slechts

¹⁴ Smid et al. (2013).

¹⁵ Smid, Kamphuis, et al. (2014).

gedeeltelijk samen met de eigen inschatting van de kans op recidive. Zo wordt voor een ruime meerderheid van de verdachten beschreven als laag risico alsnog behandeling geadviseerd. Ten derde staat zowel in beide soorten adviesrapportages regelmatig géén uitspraak over de kans op recidive, en in rapportages pJ ook regelmatig een niet-informatieve uitspraak (§3.3.2, §4.3). Daarmee wordt informatie over risico dus niet adequaat overgedragen aan de officier van justitie en de rechter. Ten vierde, zo blijkt uit deel 1, spreken rapporteurs pJ, reclasseringswerkers, officieren van justitie en rechters op het gebied van risico niet dezelfde taal. De interpretaties van begrippen als ‘laag’ of ‘hoog’ risico lopen erg uiteen, en komen niet overeen met beschikbare recidivecijfers.¹⁶ Uit deze tekortkomingen op alle voorgaande stappen volgt, ten vijfde, dan het uiteindelijke resultaat: de behandeling die de rechter oplegt hangt niet voldoende samen met de best beschikbare voorspelling van de kans op recidive (§6.3.2). Daders die behandeld worden zijn in dit onderzoek niet aantoonbaar gevaarlijker dan daders die niet behandeld worden. Dit kan te maken hebben met overbehandeling van laag risico daders, onderbehandeling van hoog risico daders, of allebei. Zowel onderbehandeling als overbehandeling zijn niet bevorderlijk voor de veiligheid van de maatschappij (§1.3). Onderstaande twee alinea’s gaan nader in op patronen in de resultaten die beide conclusies rechtvaardigen.

Geen uitspraak, geen risico?

Eén groep verdachten valt op: de verdachten over wie reclasseringswerker en/of rapporteur pJ géén uitspraak doen over risico en/of geen advies geven. Beiden geven hiervoor regelmatig de verklaring dat de verdachte ontkent, waardoor een uitspraak niet mogelijk is (§3.3.2, §4.4.1). Rapporteurs pJ geven hiervoor daarnaast ook regelmatig als verklaring dat ze geen stoomis hebben gediagnosticeerd en dus geen uitspraak kunnen doen (§3.3.2). Deze twee groepen verdachten blijken vervolgens in (actuarieel) recidiverisico (dat is vastgesteld door de reclassering maar niet gerapporteerd) niet te onderscheiden te zijn van verdachten van wie de kans op recidive hoog genoemd wordt (§5.2.2). De kans op recidive is zelfs hoger van verdachten over wie rapporteur pJ géén of geen informatieve uitspraak doet over het risico dan voor verdachten die laag tot matig risico genoemd worden (§5.2.2). Dit laatste is problematisch, nu blijkt dat veroordeelden over wie reclassering of rapporteur pJ geen uitspraak doet over de kans op recidive relatief lichtere behandeling opgelegd krijgen (§6.3.1). Hierdoor kan het gebeuren dat veroordeelde plegers van seksueel geweld tegen kinderen aan wie géén behandeling opgelegd is, in dit onderzoek een hoger actuarieel recidiverisico hebben dan veroordeelden aan wie ambulante behandeling wordt opgelegd (§6.3.2).

Laag risico, toch maar behandelen?

Een andere opmerkelijke bevinding betreft verdachten die de rapporteur pJ of reclassering beschrijven als laag risico. Hier valt op dat beide adviserende partijen in hun werkwijze afwijken van het risico-principe: ook al noemen ze het recidiverisico van een verdachte laag, toch adviseren zij in een ruime meerderheid van de gevallen behandeling. De rapporteur pJ doet dit in 75% van de gevallen (§3.5.2), de reclasseringswerker zelfs in 85% van de gevallen (§4.4.2). Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat rapporteurs pJ en reclassering de kans op recidive behorend bij ‘laag risico’ overschatten. Dit is gebleken in het eerste deel van dit onderzoek: de kans op een nieuw zedendelict binnen 15 jaar voor verdachten met een laag risico (volgens de Static-99R) is 4,7%. Rapporteurs pJ schatten deze kans op 11%, reclasseringswerkers op 15%.¹⁷ Het vergroten van de kennis over recidive, zoals de Nationaal Rapporteur

16 Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2017).

17 Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2017, p. 17).

in dat rapport heeft aanbevolen, zou in dat licht de neiging tot overbehandeling die uit de resultaten in dit deel spreekt kunnen helpen terugdringen.

Geen stoornis, geen behandeling?

Gerelateerd aan het voorgaande valt nog een inconsistentie in de huidige praktijk op. Voor het opleggen van een beveiligingsmaatregel zoals terbeschikkingstelling, het zwaarste juridisch kader waaronder behandeling mogelijk is, is een gediagnosticeerde stoornis vereist (§2.3.1.2). Maar het ontbreken van een stoornis wil niet zeggen dat er geen hoge kans op recidive bestaat en de aanwezigheid van een stoornis hoeft andersom ook niet te betekenen dat de kans op recidive groot is.¹⁸ Behandeling in de vorm van een bijzondere voorwaarde is wel mogelijk zonder stoornis (§2.2.2). Uit het voorgaande blijkt echter dat rapporteurs pJ bij gebrek aan een stoornis regelmatig géén behandeladvies uitspreken. Dit alles betekent dat de stoornis een centrale rol speelt in het opleggen van forensische zorg, terwijl het vanuit het risico-principe wenselijker zou zijn dat risiconiveau centraal zou staan.

8.4 Recente ontwikkelingen

Bij het NIFP en de reclasseringsorganisaties heeft de tijd sinds 2013 op het gebied van risicotaxatie uiteraard niet stilgestaan. In §3.2 werd al ingegaan op wijzigingen die het NIFP heeft ingezet in relevante richtlijnen voor risicotaxatie in rapportages pJ. Deze wijzigingen komen er grofweg op neer dat zwaarder ingezet wordt op gestructureerde klinische risicotaxatie, en ongestructureerde risicotaxatie sterker dan voorheen ontmoedigd wordt. Ook is het NIFP bezig met het trainen van medewerkers in het gebruik van de actuariële instrumenten Static-99R en Stable-2007.¹⁹ Deze ontwikkeling valt uiteraard toe te juichen. Ook de reclassering is bezig het instrumentarium voor risicotaxatie te hervormen en wil deze twee instrumenten daarin een prominente rol geven voor zedendelinquenten. Hierbij is het expliciet niet de bedoeling dat deze instrumenten op actuariële wijze worden gebruikt, en dus bepalend zullen zijn voor de uitspraak over risico.²⁰

Het blijft al met al belangrijk te benadrukken dat het alleen overgaan tot gebruik van een instrument niet voldoende is: de uitkomst van dit instrument dient ook *bepalend* te zijn voor de beschrijving van het recidiverisico. Zoals in §7.3 besproken levert dit de beste voorspelling van de kans op recidive, beter dan het combineren van het instrument met het professionele inzicht van de rapporteur pJ of reclasseringswerker. Dit heeft een logische, en ook wetenschappelijk onderbouwde, verklaring (§7.3): experts zijn vooral goed in het leren van taken met een hoge mate van voorspelbaarheid, en waarin feedback beschikbaar is om van te leren.²¹ Het voorspellen van menselijk gedrag voldoet hier in het algemeen al niet aan, en bij het voorspellen van de specifieke gedraging recidive weet de rapporteur pJ of reclasseringswerker nooit achteraf welke voorspellingen wel of niet klopten: deze informatie is sowieso pas jaren later beschikbaar, maar wordt ook nooit teruggekoppeld. Actuariële instrumenten zijn ontwikkeld door voor groepen verdachten dit kijkje in de toekomst wel te nemen en daarmee te bepalen hoe ten tijde van de strafzaak de voorspelling zo goed mogelijk gemaakt had kunnen worden. Ook zijn instru-

18 Bonta et al. (2014).

19 Schriftelijke informatie NIFP, 21 juli 2017.

20 Mondelinge informatie Reclassering Nederland, 11 juli 2017.

21 Shanteau (1992); Kahneman & Klein (2009).

menten beter dan mensen in staat meerdere zwakke signalen te combineren tot één betrouwbare voor­spelling. Waar menselijke expertise tekortschiet vormen instrumenten dus een broodnodige aanvulling.

8.5 Aanbevelingen

De vier beroepsgroepen die in dit rapport aan bod komen (rapporteurs PJ, reclasseringswerkers, officie­ren van justitie en rechters) zijn samen verantwoordelijk voor één beslissing: de behandeling die opge­legd wordt aan een pleger van seksueel geweld tegen kinderen. Hoewel de rechter uiteindelijk beslist, maakt hij of zij hierbij nadrukkelijk gebruik van de adviezen van rapporteurs PJ en reclasseringswerkers en de eis van de officier van justitie. Het is belangrijk dat de opgelegde behandeling kan doen wat zij moet doen: de kans op een nieuw (zeden-)delict verminderen waardoor de maatschappij beschermd wordt. Het doel van dit gehele systeem zou moeten zijn te komen tot een interventie die passend is voor het gevaar dat de dader vormt. Het in dit rapport besprokene leidt dan tot vijf aanbevelingen met als doel het systeem van opleggen van behandeling aan zedendelinquenten op meerdere punten aan te passen om zo de opgelegde behandeling aan te laten sluiten bij de kans dat de delinquent een nieuw (zeden-)delict pleegt. Deze aanbevelingen moeten gezien worden als één geheel met de aanbevelingen uit het eerder gepubliceerde eerste deel van dit onderzoek.²² Het opvolgen van alle aanbevelingen te­zamen zou leiden tot een systeem waarin 1) duidelijk is welke zedendelinquenten het grootste risico vormen en 2) hen een bij dit risico passende behandeling wordt opgelegd zodat de kans op een nieuw (zeden-)delict verminderd wordt.

ALGEMENE AANBEVELING

De Nationaal Rapporteur beveelt de minister en staatssecretaris van Veiligheid en Justitie aan erop toe te zien dat informatie over recidiverisico adequaat wordt vastgesteld en gebruikt binnen het strafproces, zodat deze optimaal benut wordt bij het beslissen over behandeling van zeden­delinquenten. Deze aanbeveling vindt uitwerking in de onderstaande aanbevelingen.

AANBEVELING 1: Voer actuariële risicotaxatie in

De Nationaal Rapporteur beveelt het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psy­chologie en de reclasseringsorganisaties aan ervoor zorg te dragen dat het inschatten van het recidiverisico van zedendelinquenten op actuariële wijze plaatsvindt. Dat wil zeggen: 1) dat een (wetenschappelijk onderbouwd) actuariel instrument geschikt voor zedendelinquenten inge­vuld wordt, en 2) dat de uitkomst hiervan bepalend is voor het oordeel over recidiverisico.

AANBEVELING 2: Laat de geadviseerde behandeling volgen uit het recidiverisico

De Nationaal Rapporteur beveelt het Nederlands Instituut voor Forensische Psychologie en Psy­chiatrie (NIFP) en de reclasseringsorganisaties aan in de relevante richtlijnen en kwaliteitsstan­daarden vast te leggen dat de kans op recidive leidend dient te zijn in het adviseren van behande­ling, uiteraard voor zover mogelijk binnen de geldende juridische kaders. Het verdient hierbij aanbeveling aandacht te besteden aan de nadelen van zowel over- als onderbehandeling ten opzichte van het recidiverisico.

AANBEVELING 3: Verstrek opdrachten conform het risico-principe

De Nationaal Rapporteur beveelt het Openbaar Ministerie en de rechtspraak aan het risico-principe centraal te stellen in het formuleren van de opdracht aan het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie en de reclasseringsorganisaties. Dit houdt in dat 1) actuariële risicotaxatie deel uitmaakt van de opdracht, en 2) het verband tussen recidiverisico en geadviseerde behandeling deel uitmaakt van de opdracht.

AANBEVELING 4: Wees een geïnformeerd gebruiker

De Nationaal Rapporteur beveelt het Openbaar Ministerie en de rechtspraak aan ervoor zorg te dragen dat respectievelijk officieren van justitie en rechters over voldoende kennis van het risico-principe en risicotaxatie beschikken om adviesrapportages op dit onderdeel op waarde te kunnen schatten. Dit houdt in dat zij in staat gesteld worden 1) te beoordelen of uitspraken over recidive informatief zijn en voorspellende waarde hebben; 2) te beoordelen of het ontbreken van uitspraken over recidiverisico of behandeling gerechtvaardigd is en 3) te beoordelen of het behandeladvies passend is bij het recidiverisico.

Literatuur

- Abbott, B. R. (2011). Throwing the Baby Out With the Bath Water: Is It Time for Clinical Judgment to Supplement Actuarial Risk Assessment? *J Am Acad Psychiatry Law*, 39, 222-230.
- Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., . . . Rush, J. D. (2006). The Meta-Analysis of Clinical Judgment Project: Fifty-Six Years of Accumulated Research on Clinical Versus Statistical Prediction Stefania Aegisdottir. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 341-382. doi: 10.1177/0011000005285875
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*: Routledge.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2006). The Recent Past and Near Future of Risk and/or Need Assessment. *Crime & Delinquency*, 52(1), 7-27. doi: 10.1177/0011128705281756
- Babchishin, K. M., Hanson, R. K., & Helmus, L. M. (2012). Even highly correlated measures can add incrementally to predicting recidivism among sex offenders. *Assessment*, 19(4), 442-461. doi: 10.1177/1073191112458312
- Belfrage, H., & Douglas, K. S. (2002). Treatment Effects on Forensic Psychiatric Patients Measured With the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1(1), 25-36.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation (P. S. Canada, Trans.).
- Bonta, J., Blais, J., & Wilson, H. A. (2014). A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 19(3), 278-287. doi: 10.1016/j.avb.2014.04.014
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, R. K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychol Bull*, 123(2), 123-142. doi: 10.1037/0033-2909.123.2.123
- Bonta, J., Wallace-Capretta, S., & Rooney, J. (2000). A Quasi-Experimental Evaluation of an Intensive Rehabilitation Supervision Program. *Criminal Justice and Behavior*, 27(3), 312-329. doi: 10.1177/0093854800027003003

- Bosker, J., Witteman, C., & Hermanns, J. (2013). Agreement About Intervention Plans By Probation Officers. *Criminal Justice and Behavior*, 40(5), 569-581. doi: 10.1177/0093854812464220
- Castel, R. (1991). From Dangerousness to Risk. In G. Burchell, C. Gordon, & P. Miller (Eds.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality* (pp. 281-298). Chicago: The University of Chicago Press.
- Cohen, J. (1977). CHAPTER 7 - Chi-Square Tests for Goodness of Fit and Contingency Tables *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (Revised Edition)* (pp. 215-271): Academic Press.
- Colorado division of criminal justice - office of research and statistics. (2007). Evidence Based Correctional Practices.
- Dawes, R., Faust, D., & Meehl, P. (1989). Clinical versus actuarial judgment. *Science*, 243(4899), 1668-1674. doi: 10.1126/science.2648573
- De Ruiter, C. (2007). Wat risicotaxatie wel en niet is. Een reactie op 'Risico's van risicotaxatie', *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 32, 277-287 *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33(2), 87-91.
- De Ruiter, C. (2010). Risicotaxatie van gewelddadig gedrag: Empirie en praktijk. In P. J. Van Koppen, H. Merkelbach, M. Jelacic, & J. W. De Keijser (Eds.), *Reizen met mijn rechter*: Kluwer.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., van Beek, D., & Mead, G. (2004). Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law Hum Behav*, 28(3), 235-251. doi: 10.1023/B:LAHU.0000029137.41974.eb
- Dreessen, J. M. J. W. (2016). De Wet langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding en vrijheidsbeperking. *Ars Aequi*, 393-397.
- Eher, R., Matthes, A., Schilling, F., Haubner-Maclean, T., & Rettenberger, M. (2012). Dynamic risk assessment in sexual offenders using STABLE-2000 and the STABLE-2007: an investigation of predictive and incremental validity. *Sex Abuse*, 24(1), 5-28. doi: 10.1177/1079063211403164
- Fazel, S., Singh, J. P., Doll, H., & Grann, M. (2012). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345, e4692. doi: 10.1136/bmj.e4692
- Gore, K. S. (2007). *Adjusted actuarial assessment of sex offenders: the impact of clinical overrides on predictive accuracy*. (Ph.D.), Iowa State University. (15537)
- Grondahl, P. (2005). Scandinavian forensic psychiatric practices--an overview and evaluation. *Nord J Psychiatry*, 59(2), 92-102. doi: 10.1080/08039480510022927
- Grove, W. M., & Lloyd, M. (2006). Meehl's contribution to clinical versus statistical prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(2), 192-194. doi: 10.1037/0021-843X.115.2.192

- Grove, W. M., & Meehl, P. E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical-statistical controversy *Psychology, Public Policy, and Law*, 2(2), 293-323.
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychol Assess*, 12(1), 19-30. doi: 10.1037/1040-3590.12.1.19
- Hanson, R. K., & Bussiere, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol*, 66(2), 348-362.
- Hanson, R. K., Harris, A. J., Helmus, L. M., & Thornton, D. (2014). High-risk sex offenders may not be high risk forever. *J Interpers Violence*, 29(15), 2792-2813. doi: 10.1177/0886260514526062
- Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Scott, T. L., & Helmus, L. M. (2007). Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project.
- Hanson, R. K., Helmus, L. M., & Harris, A. J. R. (2015). Assessing the Risk and Needs of Supervised Sexual Offenders: A Prospective Study Using STABLE-2007, Static-99R, and Static-2002R. *Criminal Justice and Behavior*, 42(12), 1205-1224. doi: 10.1177/0093854815602094
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *J Consult Clin Psychol*, 73(6), 1154-1163. doi: 10.1037/0022-006X.73.6.1154
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: a meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychol Assess*, 21(1), 1-21. doi: 10.1037/a0014421
- Hanson, R. K., Morton-Bourgon, K. E., & Harris, A. J. (2003). Sexual offender recidivism risk: what we know and what we need to know. *Ann NY Acad Sci*, 989, 154-166.
- Hanson, R. K., Thornton, D., Helmus, L. M., & Babchishin, K. M. (2016). What Sexual Recidivism Rates Are Associated With Static-99R and Static-2002R Scores? *Sex Abuse*, 28(3), 218-252. doi: 10.1177/1079063215574710
- Harris, A. J., Phenix, A., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2003). *Static-99R Coding Manual: Revised 2003*: Her Majesty The Queen in Right of Canada.
- Hart, S. D., Michie, C., & Cooke, D. J. (2007). Precision of actuarial risk assessment instruments. *British Journal of Psychiatry*, 190(suppl. 49), s60-s65. doi: 10.1192/bjp.190.5.s60
- Harte, J., & Breukink, M. (2010). Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 52(1), 52-77.
- Helmus, L. M. (2015). *Developing and Validating a Risk Assessment Scale to Predict Inmate Placements in Administrative Segregation in the Correctional Service of Canada*. (PhD), Carleton University, Ottawa, Ontario.

- Helmus, L. M., Hanson, R. K., Babchishin, K. M., & Thornton, D. (2014). Sex offender risk assessment with the Risk Matrix 2000: validation and guidelines for combining with the STABLE-2007. *Journal of Sexual Aggression, 21*(2), 136-157. doi: 10.1080/13552600.2013.870241
- Heseltine, K., Day, A., & Sarre, R. (2011) Prison-based correctional offender rehabilitation programs: The 2009 national picture in Australia. *AIC Reports: Research and public policy series* (112 ed.): Australian Institute of Criminology.
- Home Office Research Development and Statistics Directorate. (2005) The impact of corrections on re-offending: a review of 'what works'. *Home office research study* (291 ed.): Crown copyright.
- Kahneman, D., & Klein, G. (2009). Conditions for intuitive expertise: a failure to disagree. *Am Psychol, 64*(6), 515-526. doi: 10.1037/a0016755
- Leenderts, F., Berends, I., Duits, N., & Rinne, T. (2016). Zicht op de kwaliteit van ambulante pro Justitia rapportages. In NIFP (Ed.), *Onderzoeksrapport* (Vol. 2016).
- Lovins, B., Lowenkamp, C. T., & Latessa, E. J. (2009). Applying the Risk Principle to Sex Offenders. *The Prison Journal, 89*(3), 344-357. doi: 10.1177/0032885509339509
- Lowenkamp, C. T., & Latessa, E. J. (2004). Understanding the Risk Principle: How and Why Correctional Interventions Can Harm Low-Risk Offenders *Topics in Community Corrections, 3*(8), 3-8.
- Makarios, M., Sperber, K. G., & Latessa, E. J. (2014). Treatment Dosage and the Risk Principle: A Refinement and Extension. *Journal of Offender Rehabilitation, 53*(5), 334-350. doi: 10.1080/10509674.2014.922157
- Meehl, P. E. (1954). *Clinical Versus Statistical Prediction: A Theoretical Analysis and a Review of the Evidence*: University of Minnesota.
- Monahan, J. (1981). *Clinical Prediction of Violent Behavior*: Rowman & Littlefield.
- Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen. (2014). *Op goede grond: de aanpak van seksueel geweld tegen kinderen*. Den Haag: Nationaal Rapporteur.
- Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen. (2016). *Ontucht voor de rechter. Deel 2: de straffen*. Den Haag: Nationaal Rapporteur.
- Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen. (2017). *Gewogen Risico. Deel 1: communicatie over recidive in zedenzaken*. Den Haag: Nationaal Rapporteur.
- Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie. (2007). *Best practice ambulant. Forensisch psychologisch onderzoek en rapportage in het strafrecht voor volwassenen*.
- Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie. (2010). *Straf volwassenen psychologie schrijfwijzer*.

- Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie. (2011). *Kwaliteitskader NIFP. Strafrechtelijke pro justitia rapportages*.
- Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie. (2017a). *Jaarbericht 2016*.
- Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie. (2017b). *Strafvolwassenen psychologie schrijfwijzer*.
- Nieuwbeerta, P., & Blokland, A. A. (2006). Voorspellen van criminele carrières is moeilijk: Zeker waar het de verre toekomst betreft. *Tijdschrift voor Criminologie*, 48(4), 361-377.
- Olver, M. E., Nicholaichuk, T. P., Gu, D., & Wong, S. C. (2013). Sex offender treatment outcome, actuarial risk, and the aging sex offender in Canadian corrections: a long-term follow-up. *Sex Abuse*, 25(4), 396-422. doi: 10.1177/1079063212464399
- Shanteau, J. (1992). Competence in experts: The role of task characteristics. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 53(2), 252-266. doi: 10.1016/0749-5978(92)90064-e
- Silver, E., & Miller, L. L. (2002). A cautionary note on the use of actuarial risk assessment tools for social control. *Crime & Delinquency*, 48(1), 138-161.
- Smid, W. J. (2014). *Sex offender risk assessment in the Netherlands: towards a risk need responsivity oriented approach*.
- Smid, W. J., Kamphuis, J. H., Wever, E. C., & Van Beek, D. (2013). Treatment referral for sex offenders based on clinical judgment versus actuarial risk assessment: match and analysis of mismatch. *J Interpers Violence*, 28(11), 2273-2289. doi: 10.1177/0886260512475313
- Smid, W. J., Kamphuis, J. H., Wever, E. C., & Van Beek, D. J. (2014). A comparison of the predictive properties of nine sex offender risk assessment instruments. *Psychol Assess*, 26(3), 691-703. doi: 10.1037/a0036616
- Smid, W. J., Klein Haneveld, E., De Vogel, V., & Van Horn, J. (2014). Gestructureerde risicotaxatie: noodzakelijker wijs. *De Psycholoog*(9), 28-39.
- Smid, W. J., Koch, M., & van den Berg, J. W. (2014). *Static-99R Scorehandleiding (herziene uitgave 2014)*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Strategy Policy and Planning Department of Corrections New Zealand. (2009). What works now? A review and update of research evidence relevant to offender rehabilitation practices within the Department of Corrections
- Van Den Berg, A. (2006). Een taxatie van risicotaxaties. Risicotaxatie-instrumenten gewogen in de forensische behandelpraktijk. In T. I. Oei & M. S. Groenhuijsen (Eds.), *Capita Selecta van de Forensische Psychiatrie anno 2006*. Deventer: Kluwer.

- Van den Berg, J. W., Smid, W. J., Schepers, K., Wever, E. C., Van Beek, D., Janssen, E., & Gijs, L. (2017). The Predictive Accuracy of Dynamic Sex Offender Risk Assessment Instruments: a Meta-Analysis. *Psychol Assess.* doi: doi: 10.1037/pas0000454
- van der Knaap, L. M., & Alberda, D. L. (2009). De predictieve validiteit van de Recidive Inschattingsschaalen (RISc). In WODC (Ed.), *Cahier* (Vol. 2009).
- van Esch, C. M. (2012). *Gedragsdeskundige in strafzaken*.
- Van Koppen, P. J. (2008). De beschaving van risicStrafrecht. Tussen goede opsporing en prima gevaarspredictie *Proces*(2), 36-46.
- Van Nieuwenhuizen, C., & Philipse, M. (2002). Risicotaxatie bij zedendelinquenten: een globaal literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 70-78.
- Wettstein, R. M. (2010). The Forensic Psychiatric Examination and Report. In R. I. Simon & L. H. Gold (Eds.), *Textbook of Forensic Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Wormith, J. S., Hogg, S., & Guzzo, L. (2012). The Predictive Validity of a General Risk/Needs Assessment Inventory on Sexual Offender Recidivism and an Exploration of the Professional Override. *Criminal Justice and Behavior*, 39(12), 1511-1538. doi: 10.1177/0093854812455741

B1 Onderzoeksverantwoording

B1.1 Globale opzet

Op hoofdlijnen is het onderzoek als volgt in zijn werk gegaan: het proces is begonnen met een steekproef van 282 zaken uit de registratie van het NIFP. Het NIFP heeft de registratiedata voor deze zaken geleverd aan de Nationaal Rapporteur en de bijbehorende (geanonimiseerde) adviesrapportages ter inzage op locatie beschikbaar gesteld. Via een Trusted Third Party (ZorgTTP) zijn deze zaken op basis van het parketnummer (het nummer waarmee alle zaken in de strafrechtketen geïdentificeerd worden) gekoppeld aan de registratie van de reclassering. De reclassering heeft eveneens de registratiedata en de geanonimiseerde rapportages aan de Nationaal Rapporteur geleverd. Tot slot zijn bij de rechtspraak via een tussenpersoon de vonnissen behorend bij de parketnummers opgevraagd en door de tussenpersoon geanonimiseerd en vervolgens aan de Nationaal Rapporteur geleverd. Door deze werkwijze kon het bureau van de Nationaal Rapporteur alle informatie koppelen, zonder daarbij inzage te hebben in de parketnummers.

Medewerkers van de Nationaal Rapporteur hebben vervolgens de rapportages pJ, de adviesrapportages van de reclassering en de vonnissen gecodeerd op de voor dit onderzoek relevante variabelen. De data van de rapportages pJ zijn gekoppeld aan de registratiedata van het NIFP en worden beschreven in [Hoofdstuk 3](#). De data van de adviesrapportages zijn gekoppeld aan de registratiedata van de reclasseringsorganisaties en staan beschreven in [Hoofdstuk 4](#). Vervolgens zijn alle (vijf) databronnen aan elkaar gekoppeld op basis van het door ZorgTTP gepseudonimiseerde parketnummer. Deze data worden gepresenteerd in [Hoofdstukken 5](#) en [6](#). Omdat bij iedere koppeling tussen bronnen zaken af zijn gevallen is het aantal zaken in de verschillende hoofdstukken niet gelijk. In het hiernavolgende staan de opgevraagde gegevens en de gevolgde procedure in meer detail beschreven.

B1.2 Opgevraagde gegevens

B1.2.1 Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie

Dit onderzoek is begonnen met een dataverzoek gericht aan het NIFP. Daarin werden de volgende gegevens verzocht.

- Populatie: Meerderjarige personen over wie in 2012 of 2013 een rapportage werd uitgebracht, die verdacht werden van één of meer van de volgende delicten:

- art. 239 (Schennis)
 - art. 240b Sr (kinderpornografie)
 - art. 242 Sr (verkrachting)
 - art. 243 (gemeenschap met wilsonbekwame)
 - art. 244 Sr (seksueel binnendringen bij een persoon jonger dan 12 jaar)
 - art. 245 Sr (seksueel binnendringen bij een persoon tussen de 1216 jaar)
 - art. 246 Sr (aanranding)
 - art. 247 Sr (ontucht met onmachtige, wilsonbekwame of persoon jonger dan 16 jaar)
 - art. 248a Sr (verleiding van een persoon jonger dan 18 jaar)
 - art. 248b Sr (ontucht met prostituee van 16 of 17 jaar)
 - art. 248c Sr (aanwezigheid bij (vertonen afbeelding van) ontucht met persoon jonger dan 18 jaar)
 - art. 248d Sr (seksueel corrumperen van een persoon jonger dan 16 jaar)
 - art. 248e Sr (grooming van een persoon jonger dan 16 jaar)
 - art. 249 lid 1 Sr (ontucht met minderjarige met misbruik gezag/vertrouwen)
 - art. 250 Sr (koppelarij van een persoon jonger dan 18 jaar)
- Verzochte variabelen voor deze populatie:
 - Parketnummer
 - Rapportagenummerstraf
 - DatumAanvraag
 - Datumaafgehandeld
 - Geboortjaar
 - Geboorteland
 - Geslacht
 - Art.nr.1edelictstrafrapportage
 - Art.nr.2edelictstrafrapportage
 - Art.nr.3edelictstrafrapportage
 - Soortrapportagestraf
 - Pers.Stoornisstrafrapportage
 - Ziektebeeldstrafrapportage
 - Functieniveaustrafrapportage
 - Toerek.Vatbaarheidstrafrapportage
 - Adviesmaatregelstrafrapportage
 - Arrondissementstrafrapportage
 - Adviesstrafrapportage
 - Adv.bijz.voorw.strafrapportage1
 - Adv.bijz.voorw.strafrapportage2
 - Adv.bijz.voorw.strafrapportage3
 - Adv.bijz.voorw.strafrapportage4
 - Adv.bijz.voorw.strafrapportage5

Daarnaast heeft de Rapporteur inzage verzocht in een steekproef van 282 rapportages uit deze populatie. Alle gegevens op de parketnummers na zijn geleverd (zie §B1.3).

B1.2.2 Reclassering

De Nationaal Rapporteur heeft de reclasseringsorganisaties (3RO) op 16-12-2014, en vervolgens in een aangepast dataverzoek vanwege de TTP-route, verzocht de volgende gegevens te verstrekken:

- Populatie:
 - Reclasseringsproducten van het type advies tbv rechtszitting
 - Uitgebracht in 2012, 2013, 1e helft 2014
 - Voor verdachten van een zedendelict (artt. 239 t/m 250 WvSr)
- Verzochte variabelen voor deze populatie:
 - Uit het registratiesysteem IRIS:
 - PARKETNUMMER
 - partner
 - leeftijd ttv opdracht
 - GESLACHT
 - soort
 - variant
 - TYPE_OPDRACHT
 - SPECIFICATIE_OPDRACHT
 - INSCHRIJVINGSDATUM
 - OPDRACHTGEVER
 - TYPE_PROGRAMMA
 - SPECIFICATIE_PROGRAMMA
 - PROGRAMMA_TOEGEVOEGD
 - alle_delicten
 - conclusie
 - UITSTROOM_DATUM
 - De volledige scoredump van de RISC (t/m versie 3.2.5) voor genoemde populatie (de meest recente voor ieder parketnummer)
 - De volledige scoredump van de Static-99 (R) voor genoemde populatie

Daarnaast heeft de Nationaal Rapporteur voor die verdachten bij 3RO bekend die ook in de steekproef bij het NIFP voorkomen inzage verzocht in de reclasseringsadviezen.

B1.2.3 Rechtbanken

De Nationaal Rapporteur heeft bij de rechtbanken de vonnissen opgevraagd van de verdachten in de steekproef zoals getrokken uit de data van het NIFP.

B1.3 Procesbeschrijving

Het NIFP kon niet voldoen aan het verzoek parketnummers te verstrekken omdat het verstrekken van persoonsgegevens in combinatie met de medische gegevens uit de rapportages pro Justitia juridisch moeilijk ligt.

De parketnummers vormden echter de spil van dit onderzoek: zonder was koppeling van de rapportages pro Justitia aan de bijbehorende vonnissen en reclasseringsadviezen niet mogelijk. Hiermee zou het doel van het onderzoek, namelijk inzicht te krijgen in de advisering aan de rechter in zedenzaken en het gebruik dat de rechter vervolgens maakt van de adviezen, niet gehaald kunnen worden.

Om toch te kunnen koppelen heeft de Nationaal Rapporteur in overleg met het NIFP besloten over te gaan tot koppeling via een Trusted Third Party, in dit geval ZorgTTP. Dit hield in dat alle registratiegegevens eerst aan ZorgTTP verstrekt zijn. ZorgTTP heeft de parketnummers uit alle bestanden verwijderd en vervangen door een onherleidbaar pseudoniem. Dit alles gebeurde binnen een beveiligde en geautomatiseerde module, ZorgTTP heeft dus niet de beschikking gehad over de geleverde data. De Nationaal Rapporteur kon op basis van deze pseudoniemen bestanden aan elkaar koppelen, zonder de parketnummers of andere persoonsgegevens te ontvangen.

Het NIFP heeft de rapportages door eigen medewerkers laten anonimiseren, en op locatie ter inzage beschikbaar gesteld. De data hieruit verkregen zijn door medewerkers van de Nationaal Rapporteur gekoppeld aan de registratiedata van het NIFP op basis van een apart rapportagenummer.

De andere documenten die niet als data te verstrekken waren (vonnissen, reclasseringsadviezen) zijn handmatig geanonimiseerd. Voor de uit te voeren bewerkingen is in het geval van de vonnissen een bewerkersovereenkomst afgesloten met de Rechtbanken. De vonnissen zijn geanonimiseerd door een als buitengriffier benoemd tussenpersoon, die optrad als bewerker in de zin van de Wet Bescherming Persoonsgegevens voor het anonimiseren van de vonnissen. Vervolgens zijn ook voor deze documenten de parketnummers gepseudonimiseerd door ZorgTTP. De aanvraag en levering van de vonnissen verliep via de Raad voor de rechtspraak.

Pseudonimisatie

Onder 'pseudonimisatie' moet verstaan worden het omzetten van een persoonsgegeven naar een niet herleidbare code. De omzettingen zijn, in de door ZorgTTP gehanteerde methodiek, onomkeerbaar. Het is daarbij onmogelijk een pseudoniem terug te vertalen naar het oorspronkelijke persoonsgegeven, in dit geval het parketnummer.

De omzetting verliep in twee stappen:

1. De organisatie die gegevens aanbood maakte gebruik van lokale pseudonimisatie software (geleverd door ZorgTTP) waarmee een persoonsgegeven werd omgezet naar een zogenaamd pre-pseudoniem.
2. Vervolgens werd als tweede stap in het pseudonimisatieproces het pre-pseudoniem bij ZorgTTP omgezet naar een definitief pseudoniem. Dit pseudoniem, en de bijbehorende overige data (de vonnissen en reclasseringsadviezen), werden beschikbaar gesteld aan de Nationaal Rapporteur.

Alleen ZorgTTP weet op welke wijze het definitieve pseudoniem is aangemaakt. Daarmee wordt een situatie bereikt waarbij het voor zowel de bron (NIFP, 3RO, rechtbanken) als de Nationaal Rapporteur onmogelijk is om het oorspronkelijke persoonsgegeven met het aangemaakte pseudoniem in verband te brengen.

Een gedetailleerder beschrijving van de informatiestromen in dit proces is op verzoek beschikbaar.

B1.4 Gecodeerde data

Het uitgangspunt voor het onderzoek was waar mogelijk registratiedata van de betrokken instanties te benutten voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Een belangrijk deel van de voor dit onderzoek benodigde informatie bevond zich echter in documenten: rapportages pJ, reclasseringsadviezen en vonnissen. Uit ieder van deze documenten zijn de voor dit onderzoek benodigde variabelen gecodeerd. De volgende uit de documenten gecodeerde variabelen zijn uiteindelijk in het rapport gebruikt:

- Rapportage pJ
 - gebruikte risicotaxatie-instrumenten
 - stoornis
 - eindoordeel over risico, gecategoriseerd:
 - genoemde risicofactoren
- Reclasseringsadvies
 - geadviseerde bijzondere voorwaarden
 - wel/niet uitbrengen advies
 - reden niet uitbrengen advies
 - beoogde categorie behandeling indien geadviseerd
- Vonnis
 - sekse
 - bewezenverklarde delicten
 - berecht volgens volwassenen-/jeugdstrafrecht
 - opgelegde onvoorwaardelijke gevangenisstraf in dagen
 - opgelegde voorwaardelijke gevangenisstraf in dagen
 - opgelegde onvoorwaardelijke taakstraf in uren
 - opgelegde voorwaardelijke taakstraf in uren
 - opgelegde maatregel
 - opgelegde bijzondere voorwaarden
 - beoogde categorie behandeling indien opgelegd (ambulant/klinisch)

B1.5 Databewerking

B1.5.1 Steekproeftrekking

De rapportage pJ staat in dit onderzoek centraal. Aangezien elders geen registratie bestaat van in welke zaken rapportages pJ zijn aangevraagd, is de steekproef voor dit onderzoek getrokken bij het NIFP. Deze is getrokken uit de registratiedata voor eerder genoemde populatie. De steekproef is gestratificeerd naar categorie zedendelict, om te zorgen dat de verdeling wel een afspiegeling was van de verdeling over de verschillende categorieën, maar iedere categorie ook voldoende vertegenwoordigd was. De uiteindelijke steekproef betrof 282 rapportagenummers verdeeld over 2012 en 2013 (zie [Tabel B1.1](#)).

Tabel B1.1 Getrokken steekproef naar jaar waarin de rapportage is uitgebracht, soort rapportage en categorie zedendelict.

soort rapportage		categorie zedendelict				totaal
		hands-off	hands-on en hands-off	hands-on ontucht	hands-on dwang	
2012	Aanvullend dubbel	0	0	1	0	1
	Enkel psychiatrisch	3	5	6	2	16
	Enkel psychologisch	18	15	36	13	82
	PBC-rapportage	2	3	0	0	5
	Primair dubbel	7	6	13	8	34
	Secundair dubbel	0	1	2	3	6
	Triple primair rapportage	0	0	2	0	2
<i>totaal 2012</i>		30	30	60	26	146
2013	Aanvullend dubbel	0	1	1	2	4
	Aanvullend enkel psychiater	0	3	0	0	3
	Aanvullend enkel psycholoog	0	2	0	0	2
	Enkel psychiatrisch	0	2	5	1	8
	Enkel psychologisch	22	4	35	11	72
	Enkel psychologisch + FMO	0	0	0	1	1
	Primair dubbel	5	6	17	6	34
	Secundair dubbel	3	4	2	1	10
	Triple primair rapportage	0	1	0	1	2
<i>totaal 2013</i>		30	23	60	23	136
totaal		60	53	120	49	282

Bron: registratiedata NIFP 2012-2013

De rapportages behorend bij deze rapportagenummers zijn door het NIFP afgedrukt en handmatig geanonimiseerd en op locatie ter inzage ter beschikking gesteld aan medewerkers van de Nationaal Rapporteur (NR). Bij één rapportagenummer kunnen meerdere rapportages horen, bijvoorbeeld twee enkelrapportages die samen een dubbelrapportage vormen. Al met al zijn 362 losse rapportages geanonimiseerd door het NIFP en gecodeerd door de NR.

De parketnummers van de getrokken steekproef heeft het NIFP zoals eerder beschreven geleverd aan ZorgTTP om het opvragen van de bijbehorende reclasseringsadviezen en vonnissen mogelijk te maken.

B1.5.2 Data rapportages pro Justitia

De gecodeerde data (zie §B1.4) van de 362 losse rapportages p] zijn eerst teruggebracht naar rapportagenummerniveau en op basis van een daartoe door het NIFP aangemaakt bladnummer gekoppeld aan de registratiedata van het NIFP. Vervolgens zijn de data teruggebracht tot het niveau van parketnummers en op dat niveau geanalyseerd. Dit is gedaan omdat het onderzoek gaat over de informatie die aan of-

ficier en rechter beschikbaar wordt gesteld. Dit leidde tot een dataset met 234 strafzaken. Dat betekent dat bijvoorbeeld dat op het niveau van strafzaken is geanalyseerd of in één van de bijbehorende losse rapportages een risico-taxatie-instrument is gebruikt. Deze data vormen de steekproef rapportages pJ in Hoofdstuk 3.

Oordeel over risico

Eén cruciale variabele in het onderzoek is het eindoordeel over risico. Deze is in eerste instantie letterlijk overgenomen uit het laatste deel van de rapportages pJ, waar de hoofdvragen beantwoord worden. Vervolgens is deze als volgt gecategoriseerd:

- Oordeel niet aanwezig: als de rapporteur pJ geen uitspraak deed over risico.
- Oordeel niet categoriseerbaar: als de uitspraak over risico niet in was te delen in één van onderstaande categorieën, en dus geen informatie bevatte over de *hoogte* van het risico. Voorbeelden hiervan zijn opgenomen in §3.3.2.
- Laag risico
- Niet verhoogd/laag matig risico
- Matig risico (hieronder is ook geschaard 'gemiddeld')
- Verhoogd/matig hoog risico
- Hoog risico

Uiteraard is het mogelijk dat meerdere rapporteurs in één strafzaak verschillend oordelen over risico. Tabel B1.2 geeft een overzicht.

Tabel B1.2 Aanwezigheid en categoriseerbaarheid van oordelen over risico per zaak.

		n
verschillende gecategoriseerde risico-oordelen	één risicoordeel categoriseerbaar	34
	beide oordelen categoriseerbaar	17
	beide oordelen niet aanwezig of niet categoriseerbaar	6
alle gecategoriseerde risico-oordelen hetzelfde	risico-oordeel niet aanwezig of niet categoriseerbaar	52
	risico-oordeel categoriseerbaar	125
totaal		234

Bron: registratiedata NIFP 2012-2013

Bij het indelen van de 57 zaken waarin verschillende gecategoriseerde oordelen voorkwamen is een conservatief uitgangspunt gekozen. Dat wil zeggen dat de indeling steeds zo gunstig mogelijk moest zijn in het licht van de onderzoeksvraag, de mate waarin het risicoprincipe gevolgd wordt. Dat betekent dat:

- Het aandeel rapportages waarin géén uitspraak of géén informatieve uitspraak staat is zo laag mogelijk ingeschat.
 - Zaken waarin zowel ontbrekende oordelen als niet-categoriseerbare oordelen voorkwamen ($n=6$) zijn gecategoriseerd als niet-categoriseerbaar (er is wel een uitspraak, maar die is niet informatief over de hoogte van het recidiverisico).
 - Zaken waarin zowel ontbrekende of niet-categoriseerbare oordelen als categoriseerbare oordelen voorkwamen ($n=34$) zijn ingedeeld volgens het categoriseerbare oordeel.
- De mogelijke neiging van rapporteurs pJ tot overschatting van het recidiverisico (zoals op basis van Gewogen risico deel 1 vermoed mag worden) zo laag mogelijk is ingeschat.
 - Zaken waarin twee verschillende categoriseerbare oordelen voorkwamen ($n=17$) zijn ingedeeld volgens de laagst genoemde risicocategorie.

Dit heeft geleid tot de indeling in categorieën weergegeven in [Figuur 3.2](#).

Risicofactoren volgens instrumenten

Op locatie bij het NIFP hebben medewerkers van de NR alle in de rapportages genoemde risicofactoren letterlijk overgenomen uit de rapporten. Vervolgens zijn deze zinsneden vergeleken met de codeerstructies van de SVR-20, de Static-99R en de Stable-2007 (§3.4.2). Omdat de codering echter is gedaan op basis van de beschrijving van de risicofactoren zoals gedaan door de rapporteur pJ is het niet in alle gevallen goed mogelijk de codeerstructies van de instrumenten precies na te gaan: deze instructies zijn doorgaans vrij specifiek, terwijl de beschrijving in rapportages pJ regelmatig een wat algemener karakter heeft. Een voorbeeld: de Static-99R specificeert het ‘nooit langer dan twee jaar een relatie te hebben gehad’ als risicofactor, terwijl in rapportages pJ vermeld zou kunnen staan ‘moeite met het aangaan van duurzame relaties’. Deze analyse geeft dan ook vooral een algemene indicatie van in hoeverre rapporteurs pJ rekening houden met wetenschappelijk onderbouwde factoren, en welk aandeel van de genoemde risicofactoren géén relatie heeft met een wetenschappelijk onderbouwde factor. Het doel van deze codering was dan ook niet om na te gaan op welke risicofactoren de verdachte scoort, maar na te gaan welke van de door de rapporteur pJ genoemde risicofactoren wetenschappelijk onderbouwd zijn.

B1.5.3 Data reclasseringsadviezen

De parketnummers behorend bij de 282 opgevraagde rapportages pJ zijn door het NIFP via ZorgTTP geleverd aan Reclassering Nederland zodat daar de bijbehorende reclasseringsadviezen voor opgezocht konden worden. Dit heeft geleid tot het leveren van 252 geanonimiseerde adviesrapportages aan medewerkers van de NR. Net als voor rapportages pJ zijn de data teruggebracht naar het niveau van strafzaken. Dit leverde 227 strafzaken op, waarvan 205 met één reclasseringsadvies, negentien met twee reclasseringsadviezen en drie met drie reclasseringsadviezen. Deze data zijn op basis van pseudoniem parketnummer gekoppeld aan de registratiedata van 3RO. Dertig zaken waarvan het pseudoniem parketnummer niet terug te vinden was in de registratiedata zijn verwijderd uit de data aangezien de variabelen in de registratie het leeuwendeel van de analyse vormen. 197 zaken waarvan het advies gecodeerd was en de registratiedata bekend vormen dus de steekproef voor [Hoofdstuk 4](#).

Uit de adviesrapportages is alleen informatie over het advies gebruikt. De adviezen weergegeven in [Figuur 4.4](#), [Figuur 4.5](#) en [Figuur 4.6](#) zijn geanalyseerd op het niveau van strafzaken. Een bijzondere voorwaarde geldt dus als geadviseerd als deze in minstens één van de adviesrapportages vermeld stond. De categorie ‘geen advies uitgebracht’ bevat dus zaken waarin in géén adviesrapportage een advies aangaande bijzondere voorwaarden en/of behandeling vermeld was.

B1.5.4 Vonnissen

De parketnummers behorend bij de 282 opgevraagde rapportages zijn door het NIFP via ZorgTTP geleverd aan een als buitengriffier beëdigd bewerker in de zin van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Deze heeft de lijst verstrekt aan de Raad voor de rechtspraak, die de verzoeken om vonnissen aan de rechtbanken heeft verstuurd. Na drie rappels is de dataverzameling gestopt. Dit heeft 239 vonnissen opgeleverd, die op de in [§B1.3](#) beschreven wijze aan de NR zijn geleverd.

Medewerkers van de NR hebben deze vonnissen gecodeerd voor de in [§B1.4](#) beschreven variabelen. Hierbij hebben zij 24 vonnissen uit de data verwijderd omdat zij niet voldeden aan de criteria voor het onderzoek. De redenen hiervoor zijn weergegeven in Tabel B1.3. Dit leverde 215 gecodeerde vonnissen op.

Tabel B1.3 Verwijderde vonnissen en reden van verwijdering.

Reden verwijderd	n
arrest	7
geen seksueel geweld tegen kinderen	4
geen zeden	2
minderjarige dader	8
geen vonnis strafproces	3
totaal	24

Bron: steekproef vonnissen 2012-2013.

Twee pseudoniemen bleken ieder bij twee vonnissen geregistreerd te staan, terwijl de vonnissen evident verschillende zaken betroffen. Op basis van de rapportage pJ en het reclasseringsadvies zijn nog eens twee vonnissen uit de data verwijderd.

B1.5.5 Gecombineerde data

De in [§B1.5.2](#), [§B1.5.3](#), en [§B1.5.4](#) beschreven datasets zijn op basis van het pseudoniem parketnummer gekoppeld en gecombineerd tot één dataset. Deze had aanvankelijk 281 cases, wat betekent dat niet alle pseudoniemen gekoppeld konden worden. Alleen cases waarvoor alle data beschikbaar was zijn geselecteerd. Dit resulteerde in een dataset van 132 strafzaken waarvoor alle vijf databronnen beschikbaar waren: de registratiedata NIFP en 3RO, rapportage pJ, reclasseringsadvies, vonnis. Tot slot zijn hieruit zeven zaken verwijderd waarin de verdachte volledig was vrijgesproken. In deze zaken kon immers geen behandeling worden opgelegd. Dit heeft geresulteerd in de dataset van 125 strafzaken beschreven in [Hoofdstuk 5](#) en [Hoofdstuk 6](#). [Tabel B1.4](#) geeft enkele kerngegevens van de steekproef weer.

Tabel B1.4 Kerngegevens steekproefvonnissen.

		n
categorie zedendelict	hands-off	29
	hands-on/off	32
	hands-on ontucht	52
	hands-on dwang	12
geslacht veroordeelde	onbekend	1
	man	116
	vrouw	8
		jaren
leeftijd veroordeelde	minimum	21
	gemiddelde	43
	maximum	78

Bron: steekproefvonnissen 2012-2013

B1.6 Data-analyse

In dit onderzoek zijn een aantal regressieanalyses opgenomen, te weten:

- Ordinale logistische regressie voor de categorie behandeladvies in rapportages pJ (§3.5.2). Opgenomen factoren en covariaten:
 - De aanwezigheid van een risicorelevante stoornis (factor)
 - De aanwezigheid van een niet risicorelevante stoornis (factor)
 - Het aantal genoemde risicofactoren uit de Static-99R/Stable-2007 (covariaat)
 - Het aantal genoemde risicofactoren uit de SVR-20 (covariaat)
 - Het oordeel over risiconiveau (factor)
- Multinomiale regressie voor het professioneel oordeel over risico van de reclassering (§4.3). Opgenomen covariaten:
 - Score op risicotaxatie-instrument Static-99
 - Score op risicotaxatie-instrument RISC
- Binomiale logistische regressie voor het uitbrengen van advies door de reclassering (§4.4.2). Opgenomen factor:
 - Professioneel oordeel risico
- Ordinale logistische regressie voor het door de reclassering uitgebrachte behandeladvies (§4.4.2). Opgenomen factor:
 - Professioneel oordeel risico
- Multinomiale logistische regressie voor het professioneel oordeel van de reclassering over risico (§5.2.1). Opgenomen factor:
 - Eindoordeel risico van rapporteur pJ

- Multinomiale logistische regressie voor de categorie behandeling opgelegd door de rechter (§6.3.1). Opgenomen factoren:
 - Eindoordeel risico van rapporteur pJ
 - Professioneel oordeel risico reclassering
- Multinomiale logistische regressie voor de categorie behandeling opgelegd door de rechter (§6.4). Opgenomen factoren:
 - Categorie behandeling geadviseerd door rapporteur pJ
 - Categorie behandeling geadviseerd door reclassering
- Multinomiale logistische regressie voor de categorie behandeling opgelegd door de rechter (§6.5). Opgenomen factoren:
 - Eindoordeel risico van rapporteur pJ
 - Professioneel oordeel risico reclassering
 - Categorie behandeling geadviseerd door rapporteur pJ
 - Categorie behandeling geadviseerd door reclassering

Standaardvraagstelling rapportage pro Justitia¹

1. Als verdachte weigert onderzocht te worden, tot welke overwegingen van de onderzoeker geeft die weigering aanleiding?
2. Is onderzochte lijdende aan een ziekelijke stoornis en/of gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens (geestesstoornis) en zo ja, hoe is dat in diagnostische zin te omschrijven?
3. Hoe was dit ten tijde van het plegen van het ten laste gelegde?
4. Beïnvloedde de eventuele ziekelijke stoornis en/of gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens onderzochtes gedragskeuzes en gedragingen ten tijde van het ten laste gelegde?
5. Zo ja, kunt u dan gemotiveerd aangeven:
 - a. Op welke manier dat gebeurde,
 - b. Of dit leidt tot het advies om het ten laste gelegde in een verminderde mate dan wel in het geheel niet toe te rekenen, en
 - c. Indien geadviseerd wordt om in een verminderde mate toe te rekenen, preciseer dit gedragskundig.
6.
 - a. Welke verwachting heeft u, gelet op de hiervoor beschreven stoornis, ten aanzien van het risico op recidive?
 - b. Welke beschermende functies in de persoonlijkheid of functioneren dienen hierbij in ogenschouw dienen te worden genomen?
 - c. Welke contextuele, situatieve of andere condities hierbij in ogenschouw dienen te worden genomen?
 - d. Is er iets te zeggen over eventuele onderlinge beïnvloeding van deze factoren en condities?
7. Zijn er argumenten gelegen in de persoonlijkheid en/of ontwikkeling van onderzochte die aanleiding geven het minderjarigenstrafrecht toe te passen?

8. a. Welke aanbevelingen van gedragsdeskundige en van andere aard zijn te doen voor interventies die het eventuele recidivegevaar kunnen beperken,
- b. Binnen welk(e) juridisch(e) kader(s) zouden deze gerealiseerd kunnen worden?

De Nationaal Rapporteur rapporteert over de aard en omvang van mensenhandel en seksueel geweld tegen kinderen in Nederland



Wat doet de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen?

De Nationaal Rapporteur rapporteert over de aard en omvang van mensenhandel en seksueel geweld tegen kinderen in Nederland en heeft een onafhankelijke positie. De rapporteur monitort de effecten van het beleid dat op deze terreinen wordt gevoerd, signaleert knelpunten en doet aanbevelingen om de aanpak te verbeteren. De rapporteur heeft geen opsporingsbevoegdheden en is geen klachteninstantie.

Wie is de Nationaal Rapporteur?

De Nationaal Rapporteur is Corinne Dettmeijer-Vermeulen. Zij wordt in haar werkzaamheden ondersteund door een team van onderzoekers afkomstig uit diverse disciplines.

Welke activiteiten verricht de Nationaal Rapporteur?

De Nationaal Rapporteur verzamelt kwantitatieve en kwalitatieve gegevens door het doen van eigen onderzoek, intensief contact te onderhouden met het veld, het organiseren en bijwonen van conferenties en deel te nemen aan taskforces en expertgroepen. De onderzoeksresultaten en de hieruit voortvloeiende aanbevelingen publiceert de rapporteur in openbare (deel)rapportages. Deze bevatten ook beschrijvende informatie over het fenomeen, relevante wet- en regelgeving en de aanpak: preventie, opsporing en vervolging van daders en hulpverlening aan slachtoffers. De rapporteur monitort of en hoe de aanbevelingen in de praktijk vorm krijgen. Omdat mensenhandel en seksueel geweld tegen kinderen dikwijls grensoverschrijdende aspecten kennen, is de rapporteur ook op internationaal niveau actief.

Postadres

Postbus 20301
2500 EH Den Haag
Telefoon: 070 370 45 14
www.nationaalrapporteur.nl
@NLRapporteur