

Reclasseren en gezondheid

De impact van reclasseren op
de gezondheid van
reclassenten

Colofon

Datum 10 juni 2025

Afdeling Lectoraat Modelleren van Maatschappelijke Impact

Auteur Anouk Visser, MSc., Mijneke Roeland, MSc., dr. Laura Doornkamp,
Douwe Duijnsteek & dr. ir. Attila Németh

Inhoudsopgave

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Managementsamenvatting | 4 |
| 1.1 | De empirische analyse | 4 |
| 1.2 | Gezondheidsgebruik voor en na reclasseringsbemoeyenis | 5 |
| 1.3 | Conclusie | 6 |
| 2 | Inleiding | 7 |
| 2.1 | Leeswijzer | 8 |
| 3 | Methode..... | 9 |
| 3.1 | CBS-microdata | 9 |
| 3.2 | Onderzoekspopulatie | 10 |
| 3.3 | Variabelen | 12 |
| 3.3.1 | Mentale gezondheid | 12 |
| 3.3.2 | Fysieke gezondheid..... | 13 |
| 3.4 | Onthullingsrisico..... | 13 |
| 4 | Mentale gezondheid..... | 15 |
| 4.1 | Trauma en (herhaald) strafbaar gedrag..... | 15 |
| 4.2 | Stoornissen en (herhaald) strafbaar gedrag | 16 |
| 4.3 | Mentale gezondheid en gedragsverandering | 17 |
| 4.4 | Mentale gezondheid in cijfers | 18 |
| 5 | Middelengebruik en -misbruik | 24 |
| 5.1 | Middelengebruik en (herhaald) strafbaar gedrag..... | 24 |
| 5.2 | Middelengebruik en gedragsverandering..... | 25 |
| 5.3 | Middelengebruik in cijfers | 25 |
| 6 | Fysieke gezondheid | 28 |
| 6.1 | Fysieke gezondheid van reclassenten..... | 28 |
| 6.2 | Verklaringen voor verminderde gezondheid reclassenten..... | 28 |
| 6.3 | Fysieke gezondheid, (herhaald) strafbaar gedrag en gedragsverandering..... | 29 |
| 6.4 | Fysieke gezondheid in cijfers..... | 30 |
| 7 | Conclusie & discussie | 39 |
| 7.1 | Veelvoorkomende gezondheidsproblemen in de reclassentenpopulatie | 39 |
| 7.2 | Beperkingen | 40 |
| 7.3 | Conclusie | 41 |
| 8 | Verantwoording en dankwoord | 42 |
| 9 | Literatuur | 43 |
| 10 | Bijlagen..... | 47 |

1 Managementsamenvatting

In dit deelrapport is het onderwerp gezondheid verder uitgewerkt met behulp van een theoretische en empirische analyse. De uitwerking is een verdieping op een voorgaande MKBA raming (Németh et al., 2022). In dit deelrapport 'gezondheid' wordt ingegaan op het zorggebruik en de gezondheidstoestand van reclassenten. Het verstrekt inzicht in de gezondheid van reclassenten op drie deelthema's: mentale gezondheid, middelengebruik en -misbruik en fysieke gezondheid.

Door middel van de theoretische analyse brengen we in kaart wat wel en niet bekend is over de relatie tussen gezondheid, strafbaar gedrag en gedragsverandering. De theoretische analyse geeft inzicht in welke gezondheidsproblemen veel voorkomend zijn in de reclassentenpopulatie en waarom de aanpak van gezondheidsproblemen in reclasseringswerk relevant is met het oog op positieve gedragsverandering en het voorkomen van recidive. Uit de theoretische analyse blijkt dat mensen die strafbaar gedrag vertonen vaak last hebben van mentale problematiek variërend van psychische stoornissen tot trauma. Ook middelengebruik en -misbruik komt veel voor in de populatie. Middelengebruik en -misbruik en mentale problematiek gaan daarbij vaak samen. Zowel middelengebruik als mentale problematiek, of een combinatie van beide, kunnen een voorspeller van strafbaar gedrag zijn (Evans & Burtons, 2013; Zettler, 2021; Dias, et al., 2018). De aanpak van mentale problematiek en middelengebruik is uitdagend en vergt langdurige en intensieve begeleiding om succesvol te kunnen zijn om recidive te kunnen voorkomen (Newbury-Birch, et al., 2016).

De relatie tussen fysieke gezondheid en strafbaar gedrag is minder eenduidig. Uit de scoping review blijkt dat fysieke gezondheid in de meeste gevallen geen directe invloed op strafbaar gedrag lijkt te hebben, maar in het bevorderen van gedragsverandering en het voorkomen van recidive zijn er aanwijzingen dat fysieke gezondheid een belangrijke voorwaardelijke rol kan spelen (Skeem, et al., 2018). Het hebben van een goede fysieke gezondheid kan bijvoorbeeld een voorwaarde zijn voor succes op andere leefgebieden zoals werk.

1.1 De empirische analyse

Met de empirische analyse brengen we met behulp van CBS-microdata (Zvwzorgkostentab, Mszsubtrajectentab, Ggzdbctrajectentab en Ggzdbctrajectenhoofddiagtab) het zorggebruik en de gezondheidstoestand van de Nederlandse reclassentenpopulatie (2013-2019) in kaart. We specificeren de analyses op het zorggebruik en gezondheidstoestand van de verschillende typen reclassenten zoals beschreven in Visser, et al., 2022.

De analyses laten zien dat 20% van de reclassenten op enig moment gebruik maakt van mentale gezondheidszorg vergoed vanuit de basisverzekering in jaar 0 (2016). Type 10 maakt gemiddeld het minste gebruik van GGZ in jaar 0 (17%), Type 7 en Type 12 maken gemiddeld het meeste gebruik van GGZ in jaar 0 (27%). Het NEMISIS-3-onderzoek (n=6.194, afgenomen tussen 2019-2022) laat zien dat 9% van de totale bevolking tussen de 18 en 75 jaar gebruik maakt van de GGZ. Meer mensen, 14%, maken voor hun psychische problemen gebruik van algemene gezondheidszorg (Ten Have, Tuithof, van Dorsselaer, Schouten, Luik, en de Graaf, 2023). Voor de reclasseringspopulatie ligt het percentage afnemers van GGZ dus hoger. In het rapport *Inzet en kosten van reclasseren* (paragraaf 3.2.7.; Visser & Stegink, 2025) staat dat ruim 60% van alle onder toezicht gestelden minimaal één plaatsing forensische zorg ondergaat gedurende hun toezicht (n=31.276, type 1 tot en met 16). Dit wekt de suggestie dat mogelijk meer reclassenten baat hebben bij GGZ dan uit de CBS-data blijkt.

Waarvoor de reclassenten gebruik maken van de GGZ halen we uit data over DSM-diagnoses. De meest voorkomende DSM-diagnoses onder reclassenten zijn: 'aan andere middelen gebonden stoornissen', 'aan alcohol gebonden stoornissen', 'schizofrenie en andere psychotische stoornissen' en 'persoonlijkheidsstoornissen'. Het NEMISIS-3-onderzoek laat zien dat stemmingsstoornissen en angststoornissen het vaakst voorkomen onder de bevolking van 18 tot 75 jaar en bijvoorbeeld middelen- of alcoholstoornissen niet zo vaak voorkomen, dat is bij de reclassenten dus anders (Ten Have, et al., 2023).

Verder blijkt uit de analyses voor middelengebruik en -misbruik dat 10 tot 20% van de reclassenten met een DSM-diagnose een aan middelen gebonden stoornis heeft. Het is aannemelijk dat dit een onderschatting is. Het rapport *Inzet en kosten van reclasseren* laat zien dat voor bijna 20% van de onder toezicht gestelden een doel betreffende alcoholgebruik wordt gesteld en voor 26.5% een doel betreffende drugs (n=31.276). Deze percentages liggen iets hoger, de inschatting van de reclassering is dat voor deze groep er dermate problemen met alcohol of drugs zijn dat er een doel is gesteld.

Wat betreft de fysieke gezondheid van reclassenten, blijkt uit onze analyses dat bijna alle reclassenten een vergoeding vanuit de basisverzekering hebben gekregen voor huisartsenzorg, ongeveer de helft van de reclassenten kreeg een vergoeding voor ziekenhuiszorg en ongeveer 60% van de reclassenten kreeg een vergoeding voor farmaceutische producten. Opvallend is dat het aandeel reclassenten dat een vergoeding krijgt met betrekking tot fysieke gezondheid het laagst is voor Type 3 en Type 13.

1.2 Gezondheidsgebruik voor en na reclasseringsbemoeyenis

Naast het krijgen van een beeld over het zorggebruik en de gezondheidstoestand van reclassenten, proberen we ook inzicht te krijgen in de verandering in zorggebruik van reclassenten na reclasseringsbemoeyenis. We verwachten dat het zorggebruik eerst stijgt, om vervolgens, op de lange termijn, af te nemen.

Voor fysieke gezondheid vinden we dat voor bijna alle typen sprake is van een toename in het percentage reclassenten met een vergoeding voor huisartsenzorg, farmacie en/of ziekenhuiszorg direct na reclasseringsbemoeyenis (alleen typen 17a tot en met c wijken hiervan af). In de drie jaar voor de reclasseringsbemoeyenis is een trend waarneembaar waarin het percentage vergoedingen afneemt. Deze afname zou mogelijk verklaard kunnen worden doordat een aantal reclassenten een tijd in de gevangenis doorbrengt (Visser & Stegink, 2025). Direct na de reclasseringsbemoeyenis nemen de percentages vergoedingen scherp toe. Die toename stijgt voor veel typen verder in de jaren die daarop volgen, zij het in een meer afgezwakte vorm. Het zou kunnen dat die afgezwakte stijging omslaat naar een afname op de langere termijn (bijvoorbeeld na 5 jaar).

Voor mentale gezondheid en middelengebruik en -misbruik zijn de trends die we vinden minder betrouwbaar door onvolledigheid van de onderliggende databestanden. Uit de analyses blijkt dat zowel het percentage reclassenten met een vergoeding voor GGZ-gerelateerde kosten (mentale gezondheid), als het percentage reclassenten met een DSM-diagnose (o.a. middelengebruik en -misbruik) sterk afneemt na reclasseringsbemoeyenis. Deze afname is vergelijkbaar voor alle typen (met uitzondering van type 17a tot en met c). Hoewel de sterke afname in GGZ-gerelateerde kosten en DSM-diagnoses samen zou kunnen hangen met reclasseringsbemoeyenis, is het aannemelijker dat deze afname wordt verklaard door onvolledigheid van de onderliggende databestanden.

De databestanden die zijn gebruikt voor onze analyses zijn niet volledig, omdat niet alle zorg is geregistreerd in deze bestanden. Bijvoorbeeld aanvullende zorg, zelf gefinancierde zorg, gedwongen (forensische) zorg en langdurige zorg staan niet in deze databestanden. Daarnaast is het zorggebruik dat wel geregistreerd is in de bestanden onderhevig aan veranderingen op basis van politieke

besluiten over hetgeen al dan niet door de basisverzekering wordt vergoed (Zvwzorgkostentab) of hoe GGZ-diagnoses worden geregistreerd (Ggzdbctrajetentab en Ggzdbctrajectenhoofddiagtab). Het CBS schrijft in de handleiding van GGZDBCTrajectenhoofddiagtab (het databestand dat wordt gebruikt voor de analyses over DSM-diagnoses) dat de onvolledigheid van het bestand sinds 2017 snel is toegenomen, zij geeft hier geen reden voor (CBS, 2025b). De wisselende (on)volledigheid van de databestanden maakt het inzicht in het zorggebruik en de gezondheidsproblemen van de reclassenten, in het bijzonder voor mentale gezondheid, onvolledig. Tegelijkertijd zijn de gebruikte databestanden de best beschikbare registerdata om inzicht te krijgen in het zorggebruik van reclassenten.

1.3 Conclusie

Al met al laat dit deelrapport op basis van theoretische en empirische analyses zien dat reclassenten meer last hebben van mentale en fysieke gezondheidsproblemen dan niet-reclassenten. Dit vormt een risicofactor voor recidive én kan gedragsverandering belemmeren. Aandacht voor de gezondheid van reclassenten kan dus belangrijk zijn voor het bijdragen aan het voorkomen van recidive en het ondersteunen van positieve gedragsverandering (op andere leefgebieden). Hoewel er indicaties zijn dat zorggebruik voor mentale gezondheid afneemt na inzet van de reclassering, is de data onvoldoende betrouwbaar om dit met zekerheid te zeggen. Met betrekking tot fysieke gezondheid, laten de analyses zien dat het zorggebruik van reclassenten juist (licht) toeneemt na reclasseringsbemoedening. Vervolgonderzoek waarin aanvullende meerjarige data wordt verzameld is nodig om beter inzicht te krijgen in het (lange termijn) effect van reclasseren op de gezondheid van reclassenten.

2 Inleiding

De aandacht in wetenschappelijke literatuur voor de relatie tussen gezondheid en reclassenten kent twee uitersten. Voor mentale gezondheid en middelengebruik of -misbruik is in de nationale en internationale literatuur veel aandacht. Het vormt ook vaak een belangrijk punt van behandeling voor succesvolle rehabilitatie in de maatschappij. Voor fysieke gezondheid daarentegen is slechts beperkt aandacht, deels omdat dit veelal buiten de invloedssfeer van reclasseringswerkers ligt en wellicht ook deels omdat de relatie met strafbaar gedrag minder helder is.

Zowel mentale gezondheid, als middelengebruik en -misbruik en fysieke gezondheid zijn in meer of mindere mate geassocieerd met strafbaar gedrag. Bepaalde gezondheidsproblemen komen vaker voor onder de populatie die strafbaar gedrag begaat, anderzijds ontstaan bepaalde gezondheidsproblemen door een negatieve spiraal die wordt ingezet door strafbaar gedrag. De oorzaak-gevolg relatie tussen gezondheidsproblemen en strafbaar gedrag is daardoor niet eenduidig. Desalniettemin kan de inzet van reclassering op het verminderen van gezondheidsproblemen toekomstige gezondheidszorgkosten en de kans op recidive verminderen. Daarnaast vormt het een belangrijke voorwaarde voor succes op andere leefgebieden zoals werk.

Wat er precies wel en niet bekend is over de relatie tussen gezondheid, strafbaar gedrag en gedragsverandering, wordt in dit rapport verder uitgewerkt. Bovendien wordt het gecombineerd met empirische data van het CBS om inzicht te geven in de gezondheidssituatie van Nederlandse reclassenten. Deze kennis wordt vervolgens benut voor het verdiepen van de maatschappelijke kosten baten analyse (Németh et al. 2022). In een voorgaande raming (Németh et al. 2022) is gebruik gemaakt van kengetallen uit de literatuur en empirische data op groepsniveau (alle reclassenten). Nu wordt een meer uitgebreide analyse gedaan met ruimte voor meer duiding en inzicht in het gedrag van verschillende typen reclassenten (zie ook *Kader Deelrapport Gezondheid*).

Ieder hoofdstuk is opgebouwd uit een theoretische analyse en een empirische analyse. De theoretische analyse bestaat uit het in kaart brengen van welke gezondheidsproblemen veel voorkomend zijn onder de (verschillende typen binnen de) reclassentenpopulatie en het onderbouwen van de relevantie van het aanpakken van gezondheidsproblemen voor het voorkomen van recidive en positieve gedragsverandering. Met de empirische analyse proberen we inzicht te krijgen in welke gezondheidsproblemen veel voorkomend zijn in de Nederlandse reclassentenpopulatie en of we veranderingen zien in gezondheidsproblemen vóór en ná de inzet van de reclassering. We vermoeden dat de inzet van reclassering op gezondheidsproblemen reclassenten stimuleert om zorg op te zoeken (waardoor de zorgkosten stijgen).

Door het aanpakken van de gezondheidsproblematiek kan een betere mentale en fysieke gezondheid ontstaan en kan middelengebruik en -misbruik verminderen waardoor een reclassent minder gebruik hoeft te maken van gezondheidszorg in de toekomst. Daarmee zouden kosten op de langere termijn kunnen worden vermeden. In deze analyse zullen we, in tegenstelling tot de eerdere raming, waar mogelijk verdiepen door te analyseren op typeniveau (Visser, Roeland, Stegink, Linnenbank & Németh, 2022).

Deelrapport Gezondheid

In het rapport *De waarde van reclasseren in Nederland* (Németh, et al., 2022) wordt de meerwaarde van reclasseren besproken voor de Nederlandse maatschappij. De conclusie in dat rapport luidt dat iedere euro investering in de reclassering direct rond reclassenten een maatschappelijke waarde van twee euro heeft. Voor deze raming is echter nog geen onderscheid gemaakt tussen verschillende typen (zoals besproken in het rapport *Typologie reclassenten* (Visser, et al., 2022)). De komende deelrapporten gaan daarom in op een inhoudelijk thema en de mate waarin dit relevant is voor verschillende typen. Daardoor kan uiteindelijk een nieuwe versie van het rapport *De waarde van reclasseren in Nederland* worden aangeboden met hierin een verwachte maatschappelijke meerwaarde op typeniveau, inhoudelijke duiding en mogelijke beleidsimplicaties.

2.1 Leeswijzer

Achtereenvolgend wordt ingegaan op de deelthema's mentale gezondheid, middelengebruik en -misbruik en fysieke gezondheid. Ieder deelthema is opgebouwd uit de eerder beschreven theoretische en empirische analyse. In de empirische analyse (paragrafen '3.4 Mentale gezondheid in cijfers', '4.3 Middelengebruik in cijfers' en '5.4 Fysieke gezondheid in cijfers') wordt, waar mogelijk, een vergelijking gemaakt tussen de situatie voor de start van de reclassering en de situatie na de start van de reclassering (zie ook hoofdstuk 2 *Methode*). Op deze manier kan een indicatie worden gegeven van de veranderingen die optreden in het zorggebruik van reclassenten na de start van reclasseringsbemoedigen. In deze paragrafen wordt ook ingegaan op het gezondheidszorggebruik op typeniveau. In hoofdstuk 6 wordt tot slot stilgestaan bij de betekenis van de resultaten van de analyses en de kanttekeningen bij de gekozen werkwijze.

3 Methode

De theoretische analyse is gebaseerd op verschillende scoping reviews, waarbij primair gebruik is gemaakt van peer reviewed bronnen. Voor de empirische informatie is gebruik gemaakt van reclasseringsdata en CBS-microdata. In dit hoofdstuk wordt stil gestaan bij de methode ten aanzien van het empirische deel. Achtereenvolgend wordt de onderzoekspopulatie beschreven, een korte toelichting op de CBS-microdata gegeven, de gebruikte variabelen toegelicht en tot slot wordt de invloed van onthullingsrisico op de analyses beschreven.

3.1 CBS-microdata

Om inzicht te krijgen in zorggebruik van Nederlandse reclassenten wordt CBS-microdata gebruikt. In deze deelrapportage is gebruik gemaakt van de bestanden Zvwzorgkostentab, Mszsubtrajectentab, Ggzdbctraceutentab en Ggzdbctraceutenhoofddiagtab. Informatie over deze bestanden is te lezen in de catalogus van CBS Microdata services (CBS, 2025a). De belangrijkste informatie vatten we hieronder samen.

- Zvwzorgkostentab bevat alle Nederlandse inwoners die verzekerd zijn via de basisverzekering. Het bestand omvat alle gemaakte zorgkosten bekend bij de verzekeraars, inclusief het eigen risico. Kosten die mensen buiten de verzekering om hebben gemaakt staan er niet in. Bijvoorbeeld wanneer personen geen tandartsverzekering hebben, dan sturen ze tandgerelateerde facturen niet door aan de verzekeraar en is dit zorggebruik niet opgenomen in het databestand. Dit databestand geeft inzicht in het zorggebruik van reclassenten.
- MSZSubtrajectentab geeft alle gesloten medische DBC-subtrajecten in het betreffende jaar. Het CBS schrijft in de handleiding dat een DBC- subtraject 'een voor declaratiedoeleinden afgebakend deel van een zorgtraject en bevat gegevens als looptijd, zorgtype, typerende diagnose en declaratiegegevens'. (CBS, 2025c) Dit databestand geeft inzicht in de fysieke gezondheidsproblemen van reclassenten (inzicht in waarvoor reclassenten zorg gebruiken).
- Ggzdbctraceutentab en Ggzdbctraceutenhoofddiagtab registreren gespecialiseerde GGZ (vroeger tweedelijns GGZ). Dit zijn twee bestanden met gelijke inhoud. Op een gegeven moment is overgegaan op minder gedetailleerde diagnoses, zodoende is vanaf 2015 een nieuwe lijn bestanden ingezet. Middels een vertaaltabel van het CBS zijn de bestanden voor 2015 naar de nieuwe vorm veranderd. Iedere persoon die in de GBA ingeschreven staat of heeft bestaan en voor wie minimaal één DBC is geopend in de jaren 2011-2021 staat in dit bestand. De databestanden geven inzicht in de mentale gezondheidsproblemen van reclassenten.

Deze databestanden samen geven inzicht in het zorggebruik en de (fysieke en mentale) gezondheidstoestand van de reclassenten in de onderzoekspopulatie. Echter is niet alle zorg geregistreerd in deze bestanden. Bijvoorbeeld aanvullende zorg, zelf gefinancierde zorg, gedwongen (forensische) zorg en langdurige zorg staan niet in deze databestanden. Daarnaast is het zorggebruik dat wel geregistreerd is in de bestanden onderhevig aan veranderingen op basis van politieke besluiten over hetgeen al dan niet door de basisverzekering wordt vergoed (Zvwzorgkostentab) of hoe GGZ-diagnoses worden geregistreerd (Ggzdbctraceutentab en Ggzdbctraceutenhoofddiagtab). Het CBS schrijft in de handleiding van GGZDBCTrajectenhoofddiagtab dat de onvolledigheid van het bestand sinds 2017 snel is toegenomen, zij geeft hier geen reden voor (CBS, 2025b). De wisselende (on)volledigheid van de databestanden maakt het inzicht in het zorggebruik en de

gezondheidsproblemen van de reclassenten onvolledig. Tegelijkertijd zijn de gebruikte databestanden de best beschikbare registerdata om inzicht te krijgen in het zorggebruik van reclassenten.

Verder hebben de gebruikte databestanden gevolgen voor de analyses gepresenteerd in dit deelrapport. Allereerst verschillen de hierboven genoemde databestanden in de manier waarop de data is geregistreerd. In MSZSubtrajectentab is data geregistreerd op dagniveau, terwijl data in Zvwzorgkostentab is geregistreerd op jaarniveau. Het gevolg hiervan is dat in dit deelrapport twee verschillende aanpakken en notatiemogelijkheden zijn gehanteerd. In het eerste geval is de exacte situatie op een datum bekend. We weten op welke dag reclasseringsbemoeyenis is gestart en op welke dag een reclassent bijvoorbeeld een DBC-diagnose heeft gekregen. We maken in deze situatie gebruik van de notatiemogelijkheid T-3, T-2, T-1, T1, T2 en T3. Een DBC-diagnose binnen 365 dagen na start van reclasseringsbemoeyenis valt in T1, 365 tot 730 dagen is T(-)2, 730 tot 1095 dagen is T(-)3. Wanneer informatie op jaarniveau wordt geregistreerd, en een exacte situatie op een exacte datum dus niet bekend is, dan wordt dit genoteerd als jaar -3, jaar -2, jaar -1, jaar 0, jaar 1, jaar 2 en jaar 3. Jaar 0 is het peiljaar en representeert het jaar waarin is gestart met reclasseringsbemoeyenis, bijvoorbeeld 2016. Jaar 1 tot en met 3 zijn dan de jaren 2017, 2018 en 2019, Jaar -1 tot en met -3 de jaren 2015, 2014 en 2013.

Daarnaast zijn niet alle databestanden voor de gehele gewenste onderzoeksperiode beschikbaar (2013-2019). Het bestand Zvwzorgkostentab is beschikbaar over 2009-2021. Mszsubtrajectentab is beschikbaar over 2013-2017, waarbij de variabele waar specifiek onze interesse naar uitgaat pas vanaf 2016 beschikbaar is. Ggzdbctrjectentab en Ggzdbctrjectentab vormen samen een databestand dat beschikbaar is over 2011-2021. Het gevolg van het verschil in beschikbaarheid is dat we niet alle analyses over de volledige onderzoekspopulatie en -periode kunnen doen. Sommige analyses doen we met een kleinere onderzoekspopulatie (zie paragraaf 3.2). En een enkele analyse doen we voor een kortere onderzoeksperiode, namelijk alleen 2016 (analyse op Mszsubtrajectentab voor inzicht in gezondheidsproblemen).

3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat, net als in de andere deelrapporten, uit alle reclassenten bij de drie reclasseringsorganisaties met actieve inzet in 2016 (N=83.794). Onder actieve inzet¹ van de reclassering worden de volgende werkzaamheden verstaan:

- Alle bezochte vroeghulpen;
- Alle uitgebrachte adviezen;
- Alle gestarte toezichten (met datum 1e face to face-contact);
- Alle gestarte werkstraffen (met datum 1e werkdag);
- Alle gestarte gedragsinterventies (met datum 1e bijeenkomst);
- Alle afgeronde plaatsingen forensische zorg.

Oprachten waarvoor de reclassering zich heeft ingespannen, maar die niet tot deze daadwerkelijke inzet hebben geleid, zijn niet meegenomen.

¹ Uitgangspunt is dat in 2016 een programma in het systeem van de reclassering (IRIS) is aangemaakt. Dit betekent in het algemeen dat de reclassering actief bezig is geweest met de betreffende opdracht voor de reclassent. Daarbinnen is gekeken of er sprake is geweest van een daadwerkelijke start, zoals omschreven in de opsomming. Voor de analyses is er voor nu voor gekozen om de duur van de reclasseringsinzet van toezichten, werkstraffen en gedragsinterventies te bepalen vanaf de datum van de aanmaak van het programma tot de feitelijke einddatum van het programma en/of einddatum van de opdracht/programmacombinatie bij afgeleide opdrachten. Bij vroeghulpen, adviezen en plaatsingen forensische zorg is de uitstroombdatum genomen, omdat deze taken niet expliciet gericht zijn op gedragsverandering in de loop van een bepaalde periode en daarom voor dit onderzoek gezien kunnen worden als een 'momentopname'.

Voor het doel van dit onderzoek is het van belang dat kan worden bekeken hoe mensen zich na de start van reclasseringsinzet hebben ontwikkeld op het gebied van zorggebruik. Idealiter wordt er gebruik gemaakt van een zo recent mogelijke populatie. Daarnaast wordt de eis gesteld dat er minstens drie jaar aan data beschikbaar is over het verloop in de tijd na de start van reclasseringsinzet. Aangezien de reclasseringsgegevens, en ook de meeste gegevens (bij start van dit onderzoek) bij het CBS, beschikbaar zijn tot 2020, is de keuze gemaakt voor 2016 als peiljaar. Dit stelt in staat om zowel achter- als vooruit in de tijd te kijken.

In de reclasseringsdata bestaat de onderzoekspopulatie met actieve reclasseringsinzet in 2016 uit 83.794 unieke reclassenten. Reclasseringsdata en CBS-microdata zijn aan elkaar gekoppeld door het CBS, het CBS heeft 82.954 personen juist gekoppeld (99%). In het rapport *Typologie reclassenten* (Visser, et al., 2022) is een deel van de onderzoekspopulatie onderverdeeld in 15 verschillende typen (n=12.017). De mensen in type 1 t/m 15 staan allen in 2016 onder toezicht van de reclassering. De overige mensen zijn onderverdeeld in type 16 (onder toezicht maar niet ingedeeld in een type omdat er voor hen geen RISc 4.0 data aanwezig was), 17a (reclassenten met alleen een werkstraf), 17b (reclassenten met alleen advies) en 17c (reclassenten met een combinatie van advies en een werkstraf). Voor de werkwijze, verantwoording en precieze onderverdeling verwijzen we graag naar Visser, et al. (2022). Tabel 1 geeft een beschrijving van de reclasseringspopulatie op typeniveau.

Tabel 1. Beschrijving reclasseringspopulatie op typeniveau N=82.954.

| Type | N | Gemiddelde leeftijd (standaard deviatie) | Mannen | Vrouwen |
|---------------|---------------|---|---------------------|---------------------|
| 1 | 905 | 39 (14) | 764 (84%) | 141 (16%) |
| 2 | 728 | 30 (10) | 706 (97%) | 22 (3%) |
| 3 | 656 | 32 (9) | 606 (92%) | 50 (8%) |
| 4 | 1.071 | 32 (11) | 1.009 (94%) | 62 (6%) |
| 5 | 647 | 38 (11) | 535 (83%) | 112 (17%) |
| 6 | 765 | 33 (10) | 71 (93%) | 54 (7%) |
| 7 | 1.078 | 34 (11) | 964 (89%) | 114 (11%) |
| 8 | 676 | 31 (11) | 644 (95%) | 32 (5%) |
| 9 | 589 | 38 (13) | 535 (91%) | 54 (9%) |
| 10 | 1.635 | 38 (14) | 1.447 (89%) | 188 (11%) |
| 11 | 706 | 31 (9) | 669 (95%) | 37 (5%) |
| 12 | 521 | 34 (10) | 452 (87%) | 69 (13%) |
| 13 | 482 | 33 (10) | 460 (95%) | 22 (5%) |
| 14 | 416 | 39 (10) | 355 (85%) | 61 (15%) |
| 15 | 1.141 | 37 (12) | 937 (82%) | 204 (18%) |
| 16 | 19.133 | 36 (13) | 16.758 (88%) | 2.375 (12%) |
| 17a | 29.028 | 36 (12) | 23.988 (83%) | 5.040 (17%) |
| 17b | 18.035 | 37 (14) | 15.333 (85%) | 2.702 (15%) |
| 17c | 4.742 | 35 (12) | 4.001 (84%) | 741 (16%) |
| Totaal | 82.954 | 36 (13) | 70.874 (85%) | 12.080 (15%) |

In dit deelrapport analyseren we het gezondheidszorggebruik van reclassenten drie jaar voor en drie jaar na de start van reclasseringstoezicht. Hiervoor is het noodzakelijk dat we drie jaar voor- en achteruit kunnen kijken in de gezondheidsdata over deze reclassenten. Van de 82.954 reclassenten, overlijden op enig moment in de drie jaar na start van reclassering 1.121 reclassenten (1%). Deze personen worden niet meegenomen in de verdere analyse. Er blijven 81.833 reclassenten over. Verder zijn 797 reclassenten met actief toezicht in 2016, maar met een startjaar voor 2012 (dus voor de drie jaar voor ons peiljaar 2016). Deze reclassenten worden in de analyses voor dit deelrapport niet meegenomen (N=81.036). Van deze populatie is een deel niet voor alle jaren terug te vinden in de

Ggzdbctrjectenhoofdtab en Ggzdbctrjectentab. Het gevolg is dat de analyses over DSM-diagnoses daarom op N=77.480 worden gedaan.

3.3 Variabelen

In onderstaande paragraaf wordt per thema beschreven van welke variabelen in welke bestanden gebruik is gemaakt.

3.3.1 Mentale gezondheid

Voor het inzichtelijk maken van het aantal reclassenten dat gebruik gemaakt van mentale gezondheidszorg is gebruik gemaakt van ZVWZorgkostentab. We gebruiken het ZVWZorgkostentab en niet het GGZDBCTrajectenbestand, omdat het CBS dit aanraadt (CBS, 2025a). Om een beeld te schetsen van de meest voorkomende psychiatrische ziektebeelden is wel gebruik gemaakt van de bestanden GGZDBCTrajectentab en GGZDBCTrajectenhoofddiagtab. Tabel 2 geeft weer welke variabelen van de bestanden we hebben gebruikt voor de analyses en op welk niveau de data in het bestand is geregistreerd.

Tabel 2. Gebruikte variabelen voor analyses mentale gezondheid

| Bestand | Variabelenaam | Definitie | Registratie niveau |
|------------------------------|------------------------------------|---|--------------------|
| ZVWZorgkostentab | ZVWKEERSTELIJNS-PSYCHO | De gedeclareerde en vergoede kosten voor eerstelijns psychologische zorg die onder de basisverzekering valt | Jaarniveau |
| ZVWZorgkostentab | ZVWKGGZ | De gedeclareerde en vergoede kosten voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) die onder de basisverzekering valt | Jaarniveau |
| ZVWZorgkostentab | ZVWKGENBASGGZ | De gedeclareerde en vergoede kosten voor generalistische basis geestelijke gezondheidszorg (GGZ) die onder de basisverzekering valt | Jaarniveau |
| ZVWZorgkostentab | ZVWKSPECGGZ | De gedeclareerde en vergoede kosten voor specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ) die onder de basisverzekering valt | Jaarniveau |
| GGZDBCTrajecten-tab | GGZDBCBegindatum | De datum waarop een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)-traject bij een cliënt is geopend | Dagniveau |
| GGZDBCTrajecten-tab | GGZDBCHoofd-diagnoseDSMIV | Een indeling van een diagnose gebaseerd op de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 4th Edition | Dagniveau |
| GGZDBCTrajecten-hoofddiagtab | GGZDBCBegindatum-HOOFDDIAG | De datum waarop een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)-traject bij een cliënt is geopend | Dagniveau |
| GGZDBCTrajecten-hoofddiagtab | GGZDBCHoofddiagnose-DSMIVHOOFDDIAG | Een indeling van een diagnose gebaseerd op de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 4th Edition | Dagniveau |

3.3.2 Fysieke gezondheid

Om zicht te krijgen op het zorggebruik en de aanleidingen tot zorggebruik worden twee bestanden gebruikt, namelijk Zvwzorgkostentab en MSZSubtrajectentab. Zvwzorgkostentab wordt gebruikt om een beeld te schetsen van het aantal mensen dat bepaalde vormen van zorg gebruikt. MSZSubtrajectentab is gebruikt om een indicatie te geven van de veelvoorkomende ziektebeelden onder reclassenten. Tabel 3 geeft weer welke variabelen uit de bestanden gebruikt zijn voor de analyses voor fysieke gezondheid, evenals het niveau waarop de data in de bestanden is geregistreerd.

Tabel 3. Gebruikte variabelen voor analyses fysieke gezondheid

| Bestand | Variabelenaam | Definitie | Registratie niveau |
|--------------------|--------------------------|--|--------------------|
| ZVWzorgkostentab | ZVWKhuisarts | De gedeclareerde en vergoede kosten voor huisartsenzorg die onder de basisverzekering valt | Jaarniveau |
| ZVWzorkostentab | ZVWKfarmacie | De gedeclareerde en vergoede kosten voor farmacie die onder de basisverzekering valt. | Jaarniveau |
| ZVWzorgkosten | ZVWKziekenhuis | De gedeclareerde en vergoede kosten voor ziekenhuiszorg die onder de basisverzekering valt. | Jaarniveau |
| MSZSubtrajectentab | MSZSTREinddatumDBC | De einddatum van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) bij een cliënt | Dagniveau |
| MSZSubtrajectentab | MSZSTRHoofddiagnoseICD10 | Diagnose volgens de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, versie 10 (ICD10). | Dagniveau |

3.4 Onthullingsrisico

In dit rapport zijn de analyses overwegend beschrijvend van aard. Voor alle reclassenten zijn op typeniveau frequentietabellen, kruistabellen en beschrijvende statistiek geanalyseerd. Deze tabellen zijn opgenomen in de bijlage.

Alle data zijn geanalyseerd binnen de Remote Access omgeving van het CBS. Binnen deze afgeschermdde omgeving is alle data toegankelijk voor bevoegden, maar zijn er diverse regels waaraan voldaan moet worden om data te publiceren en inzichtelijk te maken voor derden buiten deze omgeving. Een belangrijke regel is dat de data niet onthullend mag zijn. Dit gebeurt zowel wanneer iets dusdanig weinig voorkomt, waardoor het gelijk duidelijk is om welke personen het gaat of wanneer iets dusdanig vaak voorkomt dat de gehele groep het kenmerk heeft.

Er kan bijvoorbeeld een onthullingsrisico ontstaan wanneer onderzoekers een leeftijdsverdeling maken en er slechts 4 reclassenten 18 jaar zijn. Zodra wordt aangegeven dat alle 18-jarigen een werkstraf hebben in verband met een overval in 2016, dan weten mensen die een 18-jarige met een werkstraf kennen dat hij of zij deze heeft in verband met een gepleegde overval.

Het gevolg voor onze analyses is dat de resultaten niet gepubliceerd mogen worden als er sprake is van een onthullingsrisico. In dat geval zijn er twee keuzes:

- Keuze 1 is om deze data niet te exporteren. Bij figuur 3 is gekozen om niet alle voorkomende categorieën DSM-diagnoses te exporteren, omdat bepaalde diagnoses niet of nauwelijks voorkomen.
- Keuze 2 is om de waarde van deze data op te hogen naar 10. Deze keuze is gemaakt als er slechts één enkel type is waarbij een bepaalde antwoordcategorie onvoldoende vaak voorkomt. Deze keuze is een aantal keer gemaakt voor de figuren 4, 5 en 6. Door de gevallen onder de 10 op te hogen naar 10 geven de trendlijnen in de figuren een reëler beeld.

Verder is voor de analyse van veelvoorkomende fysieke gezondheidsproblemen gekozen voor een samenvoeging van categorieën om het risico op onthulling te vermijden. Voor deze analyse is gebruik gemaakt van de variabele MSZSTRHoofddiagnoseICD10. De samenvoeging die is gemaakt is weergegeven in tabel 4. Voor alle andere analyses zijn de variabelen gebruikt zoals zij door het CBS zijn geformuleerd/gecategoriseerd.

Tabel 4. Samenvoeging variabele MSZSTRHoofddiagnoseICD10

| Oude waarde | Tot oude waarde | Nieuwe waarde | Naam |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------|---|
| Lege velden en alle overige | Lege velden en alle overige | 0 | Onbekend |
| A00 | B99 | 1 | Infectieziekten |
| A15 | A19 | 2 | Tuberculose |
| A50 | A64 | 3 | SOA's |
| B15 | B19 | 4 | Virale hepatitis |
| C00 | D48 | 5 | Kankersoorten |
| E10 | E14 | 6 | Diabetes mellitus |
| E66.0 | E66.9 | 7 | Obesitas |
| F00 | F99 | 8 | Mentale ziekten |
| G20 | G26 | 9 | Extrapiramidale en bewegingsstoornissen |
| G62.0 | G62.9 | 10 | Polyneuropathie |
| I00 | I99 | 11 | Cardiovasculaire ziekten |
| J00 | J99 | 12 | Respiratoire ziekten |
| K00 | K93 | 13 | Gastro-enterale ziekten |
| N00 | N99 | 14 | Urineweginfecties en nierziekten |
| S00 | T98 | 15 | Verwondingen, vergiftigingen en andere externe oorzaken |
| V01 | X59 | 16 | Ongevallen |
| X60 | X84 | 17 | Zelfverwonding |
| X85 | Y09 | 18 | Aanval, aanranding of overval |

4 Mentale gezondheid

In de literatuur krijgt de mentale gezondheid van (ex-)gedetineerden en reclasseringscliënten de nodige aandacht. Mentale gezondheid wordt door sommigen gezien als een mogelijke oorzaak van strafbaar gedrag, anderen zien het primair als een (criminogene) behoefte waar aandacht voor zou moeten zijn met het oog op potentiële gedragsverandering. Welke rol de mentale gezondheid speelt bij strafbaar gedrag, hoe het van invloed is op mogelijke gedragsverandering en hoe dit van invloed is op de praktijk, wordt in dit hoofdstuk beschreven. Waar mogelijk wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen van mentale gezondheid en mentale problemen. Doordat veel studies kijken naar comorbiditeit van problemen en de definiëring soms ook verschilt tussen studies, is het onderscheid tussen verschillende mentale problemen en stoornissen niet altijd helder.

4.1 Trauma en (herhaald) strafbaar gedrag

Mensen die pleger zijn van strafbaar gedrag hebben niet zelden zelf ook één of meerdere traumatische gebeurtenissen meegemaakt in het leven. Een studie van Green et al. (2016) laat bijvoorbeeld zien dat bijna alle respondenten in hun studie minimaal één traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt. Slechts 25 procent van de vrouwen in de studie van Green et al. (2016) heeft te maken gehad met twee of minder traumatische gebeurtenissen, de rest met meer. Een kleinere studie van Howard, Karatzias, Power en Mahoney (2017) repliceert deze uitkomst en laat bovendien zien dat meer dan zestig procent van hun respondenten voldoet aan de criteria van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Naast het ontwikkelen van een PTSS, verhoogt het meemaken van een traumatische gebeurtenis de kans op het ontwikkelen van andere problemen zoals een bipolaire stoornis, depressie en middelenmisbruik (Green, et al., 2016; Liu, Li, Liang & Hou, 2021).

Daarnaast kan het gepleegde delict ook voor de dader zelf traumatisch zijn. Zo laat onderzoek van Badenes-Ribera, Molla-Esparza, Longobardi, Sánchez-Meca en Fabris (2021) zien dat mensen die veroordeeld zijn voor doodslag, in veel gevallen zelf ook een posttraumatische stoornis ontwikkelen. Ook raken mensen met enige regelmaat getraumatiseerd door een verblijf in een gevangenis (Liu, et al., 2021). Dit kan mogelijk verklaard worden in relatie tot coping mogelijkheden. Onderzoek naar trauma laat zien dat de mogelijkheid om zich te verzetten of te verwijderen uit een situatie bijdragen aan het mentale welzijn na het meemaken van een traumatische gebeurtenis. Beide mogelijkheden zijn beperkt in een gevangenis. Badnes-Ribera, et al. (2021) benadrukken het belang van hulp bij dit trauma omdat het op de lange termijn bijdraagt aan het welzijn en de rehabilitatie van reclassenten.

Trauma wordt door verschillende onderzoekers gelinkt aan strafbaar gedrag. Katsiyannis, Whitford, Zhang en Cage (2017) laten bijvoorbeeld zien dat de ervaringen die iemand heeft opgedaan in het gezin van herkomst, specifiek slachtofferschap van mishandeling en seksueel misbruik, een voorspellende factor zijn voor recidive. Een studie van Zettler (2021) laat zien dat het aantal zogenaamde Adverse Childhood Experiences (ACE), de kans op het ontwikkelen van trauma vergroot. Het is in het geval van trauma niet enkel relevant of er sprake is van trauma, maar ook met welke frequentie en diversiteit iemand slachtoffer is geweest. Meerdere studies laten zien dat wanneer mensen meerdere vormen van traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt, of één soort traumatische gebeurtenis vaker hebben moeten doorstaan dit van invloed is op de kans dat iemand delinquent gedrag zal vertonen (Evans & Burtons, 2013; Zettler, 2021).

De frequentie waarmee mensen als kind mishandeld worden, is een voorspeller voor later delinquent gedrag. Hoe vaker iemand mishandeld is als kind, des te groter de kans dat iemand delinquent gedrag zal vertonen (Evans & Burtons, 2013). Deze relatie is stabiel voor verschillende vormen van

mishandeling: misbruik, fysieke en emotionele mishandeling en fysieke verwaarlozing. De vorm van mishandeling waar dit niet voor lijkt te gelden is emotionele verwaarlozing. Evans en Burtons (2013) verklaren dit omdat veel delicten in groepsverband of in relatie tot anderen wordt gepleegd. Emotionele verwaarlozing kan bijdragen aan een verminderd vermogen van kinderen en jongeren om contact te maken met anderen. Hierdoor ontstaan mogelijk minder kansen op delictgedrag op latere leeftijd.

Mogelijk speelt mishandeling als vorm van trauma niet dezelfde rol bij jongens als bij meiden in het voorspellen van recidive. Van der Put en De Ruiters (2016) kijken naar de voorspellende waarde van mishandeling, in aanvulling op andere voorspellers van recidive. Voor jongens blijkt verwaarlozing een voorspellende factor voor algemene recidive en een geschiedenis van fysieke mishandeling een voorspeller voor gewelddadige recidive. Terwijl voor meiden, iedere vorm van mishandeling geen significante aanvulling was op de reeds bekende voorspellers van recidive.

4.2 Stoornissen en (herhaald) strafbaar gedrag

In de literatuur ligt de nadruk op enkele stoornissen die mogelijk van invloed zijn op het ontstaan of voortduren van strafbaar gedrag. Sommige onderzoeken bekijken één of enkele specifieke stoornissen, andere onderzoeken kijken meer algemeen naar de mogelijke invloed van een psychische stoornis. Daarbij wordt niet door iedereen dezelfde definiëring en operationalisatie aangehouden én verschillen onderzoekers van mening over wanneer kan worden gesproken van *directe invloed*.

Binnen de populatie mensen die strafbaar gedrag pleegt is er onevenredig vaak sprake van een psychische stoornis (Fovet, et al., 2015; Brooker, Sirdifield, Blizard, Denney & Pluck, 2012; Gulati, et al., 2019). Brooker et al. (2012) zien in hun studie onder reclassenten in het Verenigd Koninkrijk dat 39% in ieder geval één mentale stoornis heeft, waarbij iets meer dan een kwart van de populatie lijkt te worstelen met angst en zo'n 18% met een stemmingsstoornis. Daarnaast schatten onderzoekers het aantal mensen met een persoonlijkheidsstoornis in hun populatie op 47%. In veel gevallen is er niet sprake van één stoornis maar heeft een individu meerdere stoornissen waar ze mee worstelen of is er bijvoorbeeld ook nog sprake van middelenmisbruik (Fovet, et al., 2015; Brooker, et al., 2012; Dias, Kinner, Heffernan, Waghorn & Ware, 2018). Welke invloed de aanwezigheid van stoornissen precies heeft op (herhaald) strafbaar gedrag is nog onvoldoende duidelijk, maar er is al wel het nodig onderzoek naar gedaan.

Volgens Katsiyannis et al. (2017) is onder andere een antisociale persoonlijkheidsstoornis een belangrijke voorspellende factor voor herhaling van strafbaar gedrag. Fovet et al. (2015) concluderen dat de aanwezigheid van een bipolaire stoornis het recidiverisico verhoogt en bepleiten goede diagnostiek en behandeling. Lamberti, Katsetos, Jacobowitz & Weisman (2020) controleren in een review het wetenschappelijke bewijs voor de relatie tussen diverse stoornissen (schizofrenie en bipolaire stoornissen) en criminaliteit. Zowel voor schizofrenie als voor bipolaire stoornissen vinden de onderzoekers meer studies die de relatie met strafbaar gedrag onderbouwen, dan studies die deze relaties ontkrachten. Een extra onderbouwing wordt bovendien teruggevonden in studies die kijken naar de effectiviteit van farmacotherapie. De inzet van deze middelen leidt in 11 van de 12 studies tot een recidivereductie. Volgens Lamberti et al. (2020) lijken stoornissen in ieder geval een voorspellende rol te vervullen en in sommige gevallen ook een causale rol, maar deze laatste is lang niet altijd aan de orde. Daarom bepleiten de onderzoekers om voornamelijk in te zetten op criminogene factoren, maar wel aandacht te hebben voor stoornissen omdat dit storende factoren kunnen zijn in het bevorderen van gedragsverandering.

Een consortium uit de Verenigde Staten publiceert juist meerdere onderzoeken die aantonen dat een psychische stoornis zelden relevant is en bepleiten daarom de focus te beperken tot criminogene

factoren. Volgens Skeem, Manchak en Peterson (2011) pleegt slechts een (kleine) subgroep door een stoornis een delict, terwijl het merendeel van de mensen (met psychische stoornissen) voornamelijk worden beïnvloed door criminogene factoren. Skeem, et al. (2013) onderzoeken de voorspellende waarde van mentale stoornissen ten opzichte van reeds bekende criminogene factoren. Zij concluderen dat mentale stoornissen geen aanvullende voorspellende waarde hebben ten aanzien van recidiverisico.

In aanvulling daarop onderzoeken Peterson, Skeem, Kennealy, Bray & Zvonkovic (2014) in welke mate psychische stoornissen de directe oorzaak zijn van een delict. Bijvoorbeeld omdat mensen handelen naar aanleiding van een hallucinatie, of agressief worden tijdens een psychose. De onderzoekspopulatie bestaat uit 143 delinquenten. Voor iedere respondent zijn delicten in kaart gebracht en belangrijke levensgebeurtenissen rondom dit delict. Wanneer er iemand meerdere delicten heeft gepleegd, werden er tot maximaal 7 delicten per persoon in beeld gebracht. Peterson et al. (2014) komen tot de conclusie dat slechts een klein deel van de delicten rechtstreeks te linken is aan een stoornis (4% aan psychose, 3% aan depressie en 10% aan een bipolaire stoornis). Mensen hebben zeer zelden enkel delicten gepleegd die direct veroorzaakt werden door een stoornis. Een stoornis zou dus in de meeste gevallen niet als primaire oorzaak moeten worden gezien. Daarom is het volgens de onderzoekers zinvol om juist ook aandacht te hebben voor andere criminogene factoren.

Hoewel het dus discutabel is in welke mate een stoornis daadwerkelijk criminogeen is, betekent dit niet dat er geen aandacht voor hoeft te zijn. Onder meer omdat stoornissen wel op andere manieren van invloed kunnen zijn op het welzijn van reclassenten. Een goed voorbeeld hiervan betreft stemmingsstoornissen en suïcide. Zelfmoord(gedachten) komen volgens Sirdifield, Brooker en Maples (2020) vaker voor onder reclassenten dan onder gevangenen. De overgang van de gevangenis naar de samenleving is daarbij cruciaal. Juist in die eerste periode is er een verhoogd risico op suïcide. Een deel hiervan zou mogelijk verklaarbaar kunnen zijn doordat mensen een overdosis nemen, dit hangt samen met de (gedeeltelijke) onthouding ten tijde van detentie waardoor iemands persoonlijke drempelwaardes veranderen. Een overdosis hoeft in dat geval niet intentioneel te zijn. Stokes, McCoy, Abram, Byck en Teplin (2015) laten zien dat suïcide ook voor jongeren in het justitiële systeem relevant is. Deze groep hebben vaak zelfmoordgedachten en plegen ook vaker zelfmoord. In hun populatie zien Teplin, et al. (2015) dat meiden een verhoogd risico hebben ten opzichten van jongens. De factor die consistent gelinkt wordt aan suïcide, is depressie. Andere gedragsproblemen laten een minder consistent beeld zien.

Gezondheid en maatschappelijke kosten kunnen essentiële redenen zijn om wel in te zetten op het behandelen van een stoornis, maar het verbeteren van het ziektebeeld is wellicht niet de oplossing voor het tegengaan van (herhaald) strafbaar gedrag (Skeem, et al., 2013).

4.3 Mentale gezondheid en gedragsverandering

Een significant deel van de mensen die strafbaar gedrag vertoont heeft mentale problemen, hetzij in de vorm van één of meerdere psychische stoornissen, hetzij in de vorm van één of meerdere traumatische ervaringen, hetzij in de vorm van een combinatie van trauma en stoornissen. Juist een combinatie van problemen en stoornissen kan ervoor zorgen dat mensen moeilijk tot gedragsverandering komen (Gulati, et al., 2019; Ogloff, Talevski, Lemphers, Wood & Simmons, 2015).

Toch laten verschillende studies zien dat gedragsverandering wel degelijk mogelijk is. Onder andere Nederlands onderzoek in acht verschillende TBS klinieken laat zien dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis uiteindelijk wel tot gedragsverandering komen. In dit onderzoek van Bernstein,

et al. (2021) (n=103) worden twee verschillende behandelingen getoetst, beide groepen laten grote veranderingen zien en het merendeel van de respondenten (+90%) mag na verloop van tijd met verlof. Een kenmerk van de ingezette hulp in de studie van Bernstein, et al. (2021) is de langdurige, doorlopende inzet. Het onderzoek van Saxena, Grella en Messina (2016) onderbouwt het belang van dit type inzet. Saxena et al. (2016) onderzoeken de effectiviteit van inzet (1) tijdens detentie, (2) na detentie en (3) doorlopende ondersteuning (zowel tijdens als na detentie). De onderzoekspopulatie bestaat uit vrouwen (n=193) die een vorm van trauma sensitieve ondersteuning krijgen. Met name de vrouwen die hoog scoren op ernst ten aanzien van trauma, een hoge mate van middelenmisbruik kennen en een lage mate van zelf-effectiviteit, kunnen profiteren van doorlopende ondersteuning. Voor deze subgroep draagt doorlopende ondersteuning bij aan een lagere ervaren last door trauma, minder middelenmisbruik en een groter gevoel van zelf-effectiviteit.

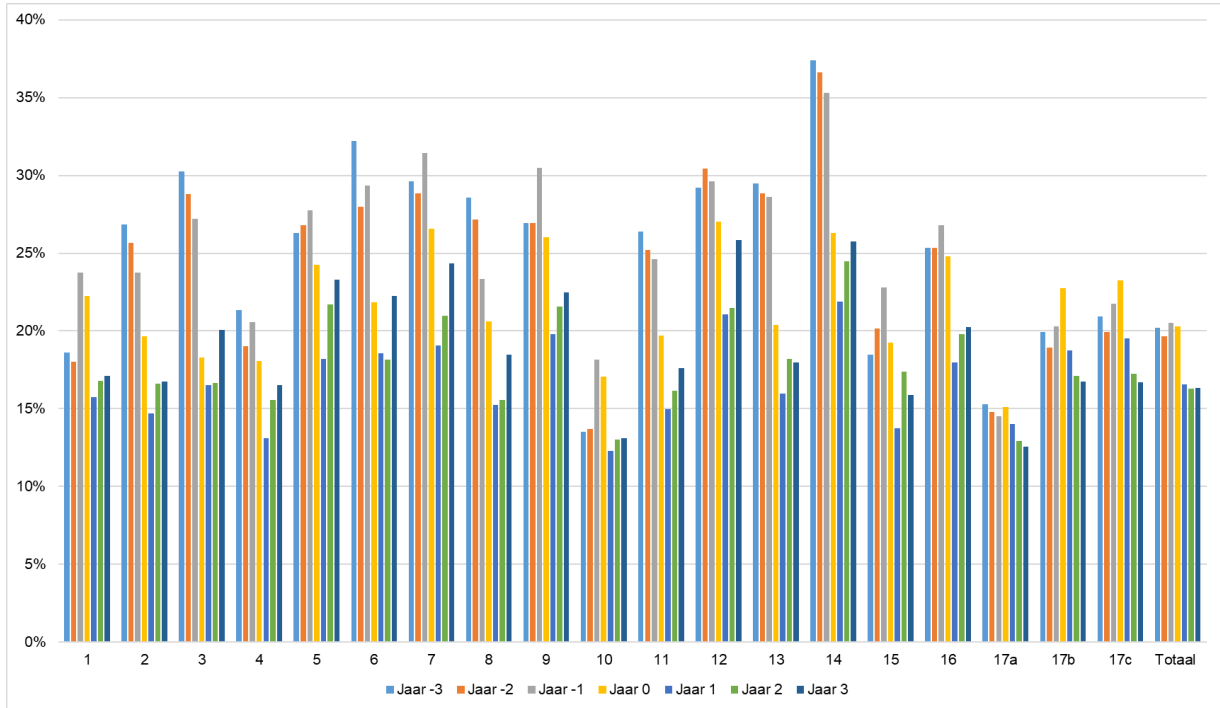
Naast de lengte van ondersteuning, kan ook de intensiteit of frequentie van belang zijn. Zo laat een onderzoek naar het belang van een meldcentrum zien dat onder toezichtgestelden met een mentale stoornis er baat bij hebben als ze zich dagelijks moeten melden. Ten opzichte van de vergelijkingsgroep die zich niet dagelijks hoeft te melden in het meldcentrum, was er sprake van een reductie van veertig procent op het risico van een nieuwe vervolging (Carr, Baker & Cassidy, 2016).

4.4 Mentale gezondheid in cijfers

In figuur 1 wordt weergegeven hoeveel mensen minimaal 1 euro vergoed krijgen vanuit de basisverzekering voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Dit is een optelsom van de variabelen ZVWK -eerstelijnspsycho, -ggz, -genbasggz en -specggz. Het totale percentage reclassenten dat op enig moment gebruik maakt van GGZ vergoed uit de basisverzekering is 20% in jaar 0. Type 10 maakt gemiddeld het minste gebruik van GGZ in jaar 0 (17%) en type 7 en type 12 maken gemiddeld het meeste gebruik van GGZ in jaar 0 (27%).

In figuur 1 is voor alle typen een trendbreuk zichtbaar tussen jaar 0 (het jaar waarin gestart wordt met reclassering) en jaar 1. Voor bijna alle typen geldt dat het percentage reclassenten met vergoedde GGZ-kosten relatief sterk afneemt in het jaar na reclasseringsbemoedening (alleen voor type 17a, b en c is sprake van een toename). Na jaar 1 loopt het percentage vergoedde GGZ-kosten, in de meeste gevallen, weer op. Een verklaring voor de sterke afname in het percentage reclassenten dat gebruik gemaakt van GGZ in jaar 1 ten opzichte van jaar 0 zou de start van reclasseringsbemoedening kunnen zijn. De reclassering is onder meer betrokken bij verwijzing en instroom in de forensische GGZ. De sterke afname van vergoedde GGZ-kosten zou verklaard kunnen worden door de instroom van reclassenten in de forensische GGZ, hetgeen in een andere financieringsstructuur valt en daarom niet is opgenomen in de data onderliggend aan figuur 1.

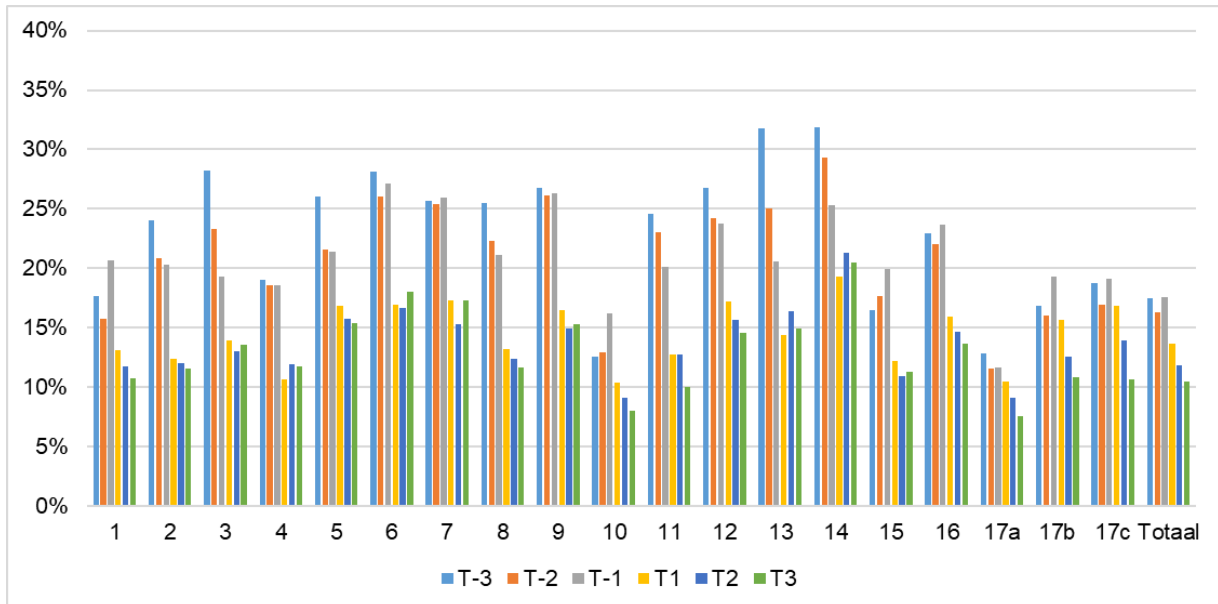
Verder laat figuur 1 zien dat er enkele typen zijn waarbij het aantal reclassenten dat gebruik maakt van GGZ stijgt tot jaar 0, te weten typen 1, 10 en 15. Echter, voor de meeste typen geldt dat het percentage licht daalt tot jaar 0, vervolgens sterk daalt tot jaar 1, waarna het percentage weer licht stijgt. Voor alle typen geldt dat het aantal mensen dat gebruik maakt van de GGZ in jaar -3, hoger ligt dan in het jaar +3. Bij de typen 2, 3, 6, 8, 13 en 14 is de grootste daling te zien. Dit zijn over het algemeen ook de typen waar het hoogste percentage reclassenten gebruik maakt van de forensische GGZ. Waarbij type 14 vrijwel in alle jaren de meeste afnemers heeft. Voor typen 1 en 10 blijft het percentage op -3 en 3 ongeveer op hetzelfde niveau.



Figuur 1. Percentage reclassenten per jaar met vergoede GGZ-gerelateerde kosten (N=81.036)

Op basis van de data afkomstig uit het CBS, kan gesteld worden dat het percentage gebruikers van de GGZ, hoger ligt onder reclassenten dan onder de totale bevolking. Het NEMISIS-3-onderzoek (n=6.194, afgenomen tussen 2019-2022) laat namelijk zien dat 9% van de totale bevolking tussen de 18 en 75 jaar gebruik maakt van de GGZ. Meer mensen, 14%, maken voor hun psychische problemen gebruik van algemene gezondheidszorg (Ten Have, Tuithof, Van Dorsselaer, Schouten, Luik, en de Graaf, 2023). Beide percentages liggen onder het gemiddelde van 20% voor reclassenten. Bovendien laat data uit het rapport ‘Inzet en kosten van reclasseren: een uitwerking op typeniveau’ zien dat ruim 60% van alle onder toezicht gestelden minimaal één plaatsing forensische zorg ondergaat gedurende hun toezicht (n=31.276, type 1 tot en met 16) (paragraaf 3.2.7; Visser & Stegink, 2025). Dit wekt de suggestie dat mogelijk meer reclassenten baat hebben bij GGZ dan er uit onze analyses op basis van het ZVWzorgkostentab blijkt.

Verdiepend op het percentage reclassenten dat gebruik maakt van GGZ is in figuur 2 opgenomen hoeveel reclassenten één of meerdere DSM-diagnoses hebben volgens het bestand GGZ DBC trajecten, dus de tweedelijns, later gespecialiseerde GGZ. Deze DSM-diagnose is op datum gesteld, daarom heeft figuur 2 één lijn per type minder.

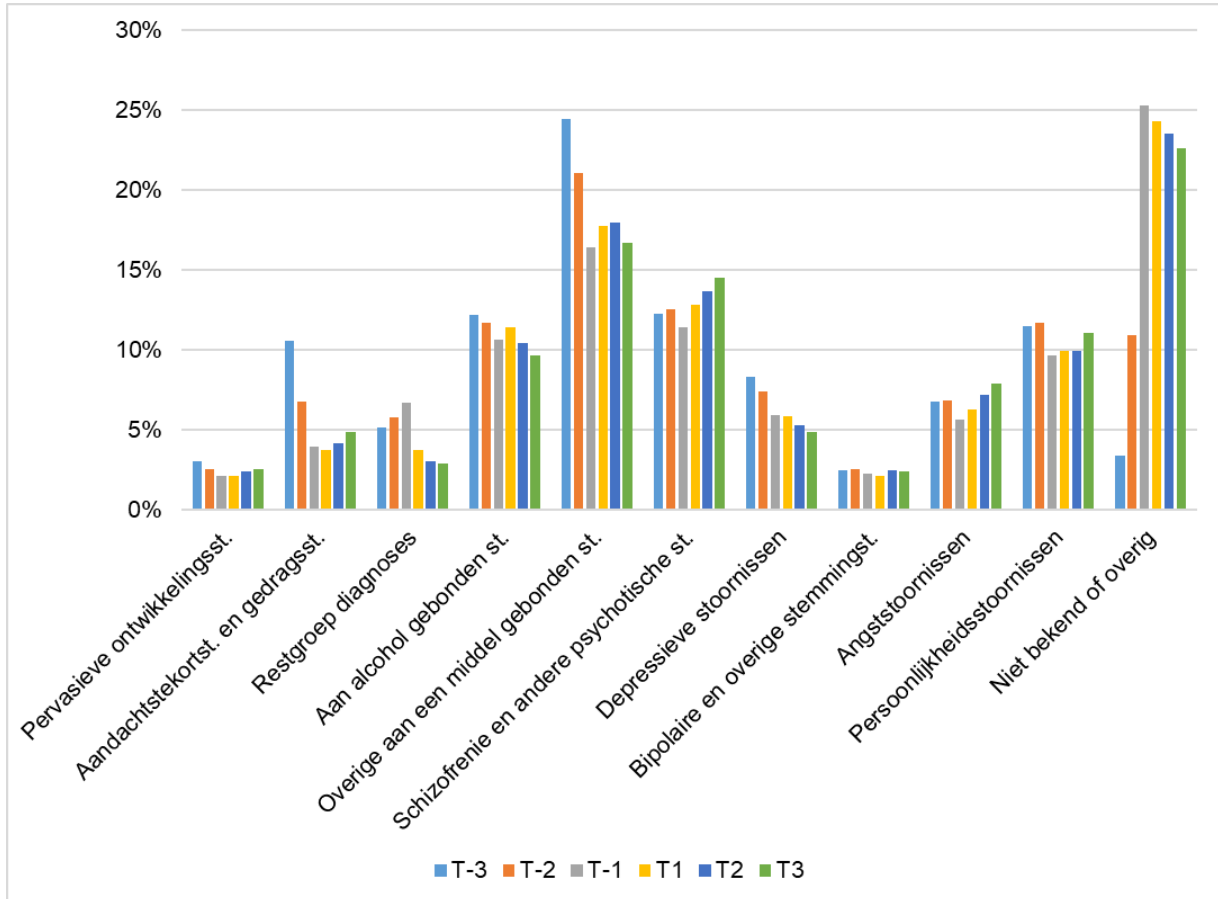


Figuur 2. Percentage reclassenten per jaar met een of meerdere DSM-diagnoses (N=77.480)

Figuur 2 laat zien dat gemiddeld 14% van de reclassenten in T1 een of meerdere DSM-diagnoses heeft. Type 10 heeft gemiddeld het minste reclassenten met een of meerdere DSM-diagnoses in T1 (10%). Type 14 heeft gemiddeld het meeste reclassenten met een of meerdere DSM-diagnoses in T1 (19%).

In figuur 2 is voor alle typen een trendbreuk zichtbaar tussen T-1 en T1. Het percentage reclassenten met een of meerdere DSM-diagnoses is aanzienlijk lager in jaar T1 ten opzichte van T-1. Voor typen 1, 2, 5, 8, 10, 11, 12, 16, en 17a tot en met 17c geldt dat deze afname, zij het minder sterk, doorzet. Voor typen 4, 6, 7 en 14 neemt het percentage reclassenten met DSM-diagnose(s) juist weer toe, zelfs tot meer dan het percentage in jaar T1. Mogelijk zorgt reclasseringsbemoediging voor een sterke afname in het percentage reclassenten met een of meerdere DSM-diagnoses. Echter, schrijft het CBS dat de vulling van de onderliggende bestanden sinds 2017 (T1) terugloopt. Mogelijk verklaart deze terugloop de trendbreuk. De inzet van forensische zorg kan de trendbreuk niet verklaren, omdat de forensische zorgvormen zoals rechterlijke machtigingen en onder toezichtstellingen wel in dit bestand staan.

Daarnaast laat figuur 2 zien dat voor ieder type over alle 6 de jaren sprake is van een afname in het percentage reclassenten met een of meerdere DSM-diagnoses. Mogelijk hebben reclassenten na verloop van tijd geen specialistische GGZ meer nodig, of raken zij (ongewild) uit beeld. De afname zou ook samen kunnen hangen met de terugloop in de databestanden.

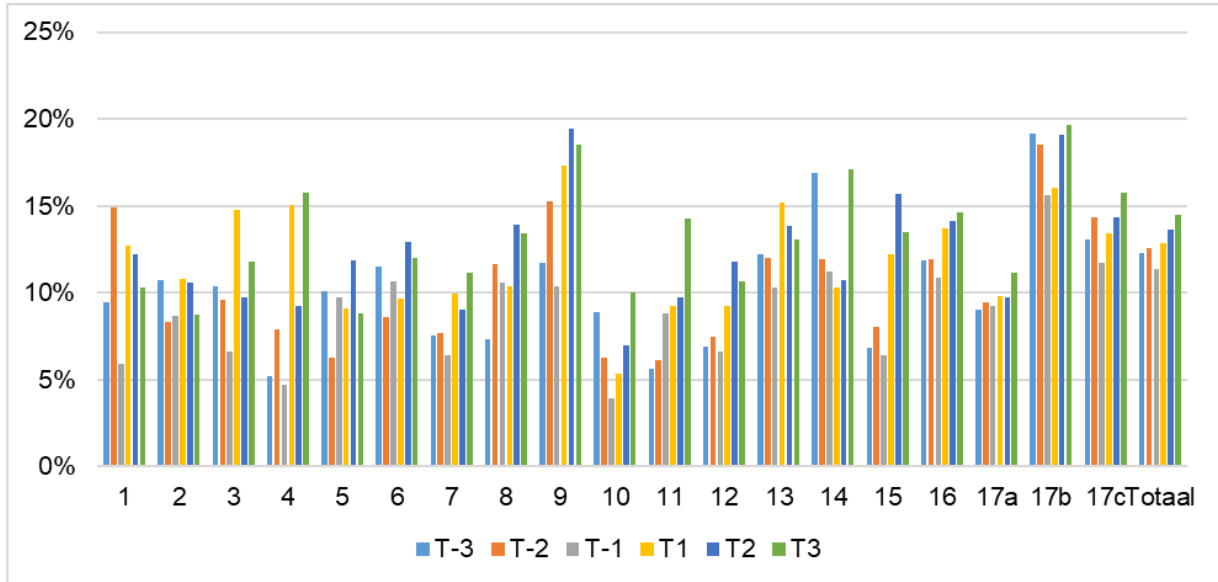


Figuur 3. Prevalentie DSM-diagnoses per jaar

Figuur 3 laat de prevalentie van DSM-diagnoses per jaar zien. Het percentage voorkomende DSM-diagnoses in figuur 3 wordt gevormd door specifieke diagnoses te delen door alle diagnoses van dat jaar. Dit geeft inzicht in hoe vaak bepaalde DSM-diagnoses per jaar onder de reclassentenpopulatie voorkomen.² Figuur 3 laat geen opvallende ontwikkelingen in de prevalentie van DSM-diagnoses voor en na reclasseringsbemoedienis zien (T1 ten opzichte van T-1). Figuur 3 laat wel zien wat de meest voorkomende DSM-diagnoses onder reclassenten zijn, namelijk 'aan andere middelen gebonden stoornissen', 'aan alcohol gebonden stoornissen', 'schizofrenie en andere psychotische stoornissen' en 'persoonlijkheidsstoornissen'. Onderzoek onder de totale bevolking (het NEMISIS-3-onderzoek) laat zien dat stemmingsstoornissen en angststoornissen het vaakst voorkomen onder de bevolking van 18 tot 75 jaar en dat middelen- of alcoholstoornissen niet zo vaak voorkomen. Daarmee lijken de type diagnoses voor de totale bevolking te verschillen van het type diagnoses onder reclassenten (Ten Have, *et al.*, 2023). Dit wordt mogelijk verklaard door een verschil in coping strategieën (Mulder, Brand, Bullens & Van Marle, 2011; LaCourse, Johnson Listwan, Reid & Hartman, 2019).

In figuur 4 en 5 worden respectievelijk 'schizofrenie en andere psychotische stoornissen' en 'persoonlijkheidsstoornissen' weergegeven op typeniveau 3 jaar voor en 3 jaar na reclasseringsbemoedienis. De overige twee veel voorkomende stoornissen hebben met het gebruik van alcohol en andere middelen te maken en staan in het volgende hoofdstuk.

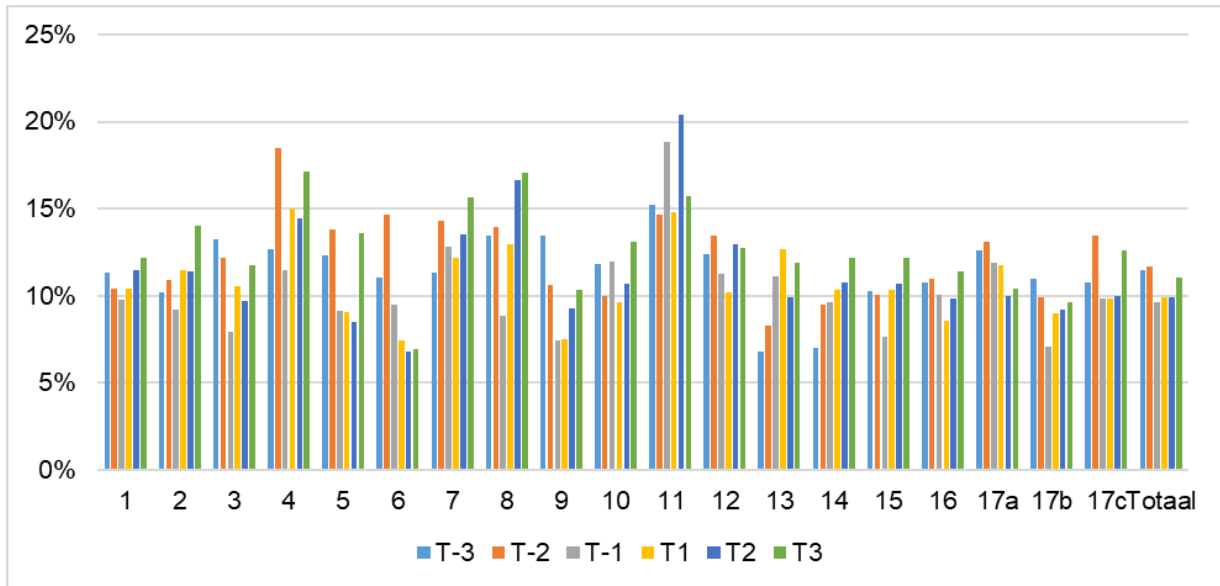
² Niet alle categorieën DSM-diagnoses zijn meegenomen in de figuur 3, omdat sommige diagnoses niet of nauwelijks voorkomen (bijvoorbeeld aanpassingsstoornissen, somatoforme stoornissen en eetstoornissen).



Figuur 4. Prevalentie schizofrenie en andere psychotische stoornissen

Op T1 heeft 2% van de totale onderzoekspopulatie reclassenten een schizofrene of andere psychotische stoornis (N=77480). Figuur 4 geeft weer hoe vaak een schizofrene of andere psychotische stoornis voorkomt onder reclassenten met een of meerdere DSM-diagnoses. De percentages in figuur 4 zijn berekend door het aantal reclassenten met de diagnose schizofrene of andere psychotische stoornis per type per jaar te delen door alle reclassenten met een of meerdere diagnoses per type van dat jaar (met andere woorden: van alle reclassenten in type X met een DSM-diagnose in jaar X, heeft X% de diagnose schizofrene of andere psychotische stoornis).

Figuur 4 laat zien dat de diagnose schizofrenie of andere psychotische stoornis relatief toeneemt in T1 ten opzichte van T-1 voor type 1, 2, 3, 4, 7, 9, 12, 13, 15 en 16. Voor type 10, 11 en 17a tot en met c is de toename beperkt. Voor type 5, 6, 8 en 14 is er sprake van een afname in het percentage diagnoses in T1 ten opzichte van T-1. Daarnaast laat figuur 4 zien dat het aandeel reclassenten met een diagnose schizofrenie en andere psychotische stoornissen over het algemeen oploopt binnen de groep reclassenten met een of meerdere DSM-diagnoses. Bij type 9, type 14 en type 17b komen schizofrenie en andere psychotische stoornissen relatief het vaakst voor (met andere woorden: als deze typen een DSM-diagnose hebben, dan is dat vaker een schizofrene of andere psychotische stoornis in vergelijking tot andere typen).



Figuur 5. Prevalentie persoonlijkheidsstoornissen

Op T1 heeft 2% van de totale onderzoekspopulatie reclassenten een persoonlijkheidsstoornis (N=77480). Figuur 5 geeft weer hoe vaak persoonlijkheidsstoornis voorkomt onder reclassenten met een of meerdere DSM-diagnoses. De percentages in figuur 5 zijn berekend door het aantal reclassenten met de diagnose persoonlijkheidsstoornis per type per jaar te delen door alle reclassenten met een of meerdere diagnoses per type van dat jaar (met andere woorden: van alle reclassenten in type X met een DSM-diagnose in jaar X, heeft X% de diagnose persoonlijkheidsstoornis).

Figuur 5 laat zien dat de diagnose persoonlijkheidsstoornis relatief toeneemt in T1 ten opzichte van T-1 voor type 4, 8, 13, 14, 15 en 17b. Deze toename is minder sterk dan de toename in diagnoses schizofrenie en andere psychotische stoornissen. Voor type 5, 9, 17 a en 17c is nauwelijks een verschil te zien in T1 ten opzichte van T-1. Voor de andere typen is er sprake van een afname (6, 7, 10, 11, 12, en 16). Daarnaast laat figuur 5 zien dat het aandeel reclassenten met een diagnose persoonlijkheidsstoornis over het algemeen oploopt binnen de groep reclassenten met een of meerdere DSM-diagnoses. Persoonlijkheidsstoornissen lijken relatief het vaakst voor te komen bij type 4 en type 11 (met andere woorden: als deze typen een DSM-diagnose hebben, dan is dat vaker een persoonlijkheidsstoornis in vergelijking tot andere typen).

5 Middelengebruik en -misbruik

Een significant deel van de reclasseringspopulatie heeft problemen met middelenmisbruik. Het rapport *Inzet & kosten* (Visser & Stegink, 2024) laat zien dat 33% van de onder toezicht gestelden minimaal één doel ten aanzien van drugsgebruik heeft en 23% van de onder toezicht gestelden minimaal één doel ten aanzien van alcoholgebruik heeft. Welke rol middelenmisbruik speelt bij strafbaar gedrag, hoe het van invloed is op mogelijke gedragsverandering en hoe dit van invloed is op de praktijk, wordt in dit hoofdstuk besproken. Waar mogelijk wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen van middelenmisbruik. Doordat veel studies zich beperken tot middelenmisbruik zonder verdere specificering, is dit onderscheid niet overal mogelijk.

5.1 Middelengebruik en (herhaald) strafbaar gedrag

De cijfers afkomstig uit het rapport *Inzet en kosten* (Stegink & Visser, 2024) zijn in lijn met internationale cijfers ten aanzien van middelenmisbruik onder gedetineerden en reclassenten (Brooker, et al., 2012; Fazel, Yoon & Hayes, 2017; Newbury-Birch, et al., 2016). Een systematische review van Fazel, et al. (2017) onder gedetineerden laat zien dat de prevalentie van problematisch alcoholgebruik 24% is, er zitten wel grote verschillen tussen studies in de gevonden prevalenties (tussen de 16% en 51% voor mannen en tussen de 10% en 30% voor vrouwen). De prevalentie van problematisch drugsgebruik verschilt sterk tussen mannen (30%, met een range van 10%-61%) en vrouwen (51%, met een range van 30%-69%).

Verschiedende onderzoeken onderbouwen middelenmisbruik als mogelijke voorspeller voor strafbaar gedrag (o.a. Dias, et al., 2018; Katsiyannis, et al., 2017; Håkansson & Berglund, 2012; De Vogel, Stam, Bouman, Ter Horst & Lancel, 2020). Er is ook onderzoek gedaan naar de relevantie van het type middel dat gebruikt wordt, onder andere Håkansson en Berglund (2012) deden een prospectieve follow-up studie onder gedetineerden waarvan bekend was dat ze een middelenprobleem hadden. Uitkomsten lieten zien dat heroïne, amfetamine (speed) en injectiedrugs een verhoogd risico gaven op recidive ten opzichte van andere middelen. Daarnaast kon het gebruik van meerdere middelen worden gelinkt aan hoger recidiverisico.

Nederlands onderzoek laat zien dat het genderverschillen in middelengebruik ook nog relevant zijn wat betreft de voorspellende waarde van middelenmisbruik (De Vogel, et al., 2020). Onderzoekers hebben onder 275 mannen en 275 vrouwen in de forensische psychiatrie gekeken naar de voorspellende waarde van middelenmisbruik voor recidive. Hoewel middelenmisbruik en afhankelijkheid voor beide onderzochte genders problematisch is, zien De Vogel et al. (2020) dat mannen het indexdelict vaker onder invloed plegen en dat middelenmisbruik voor mannen een grotere voorspellende waarde heeft ten aanzien van geweldsincidenten tijdens de behandeling. Een geschiedenis van middelenmisbruik was voor vrouwen geen significante voorspeller voor recidive (De Vogel, et al., 2020).

In veel studies wordt middelenmisbruik daarnaast genoemd als één van de (bijkomende) problemen van reclassenten en gedetineerden. Middelenmisbruik staat daarmee zelden op zichzelf, de meeste reclassenten hebben naast middelenmisbruik andere problemen of stoornissen die het gedrag (ook) beïnvloeden, het lastig kunnen maken om tot gedragsverandering te komen én het recidiverisico vergroten. Juist comorbiditeit en multimorbiditeit beïnvloeden het risico op recidive (Fovet, et al., 2015; Howard, Karatzias, Power & Mahoney, 2017; Håkansson & Berglund, 2012; Knecht, De Alvaro, Martinez-Raga & Balanza-Martinez, 2015)

Howard et al. (2017) onderzoeken de relatie tussen middelenmisbruik, posttraumatische stressstoornis en gewelddadig delict gedrag onder 89 vrouwelijke gevangenen. Prevalentie van trauma laat zien dat bijna alle vrouwen minstens één trauma hebben opgelopen en iets meer dan 60% voldoet aan de

criteria voor een PTSS. Het merendeel van de steekproef (70,8%) had een geschiedenis van drugsgebruik en meer dan de helft had minstens één gewelddadig delict gepleegd. De analyse van Howard et al. (2017) laat zien dat drugsgebruik een voorspeller is voor gewelddadig delictgedrag maar dat dit deels gemedieerd wordt door de aanwezigheid van PTSS. Het gaat hierbij expliciet dus niet om het meemaken van trauma, maar om de daaropvolgende symptomen van PTSS. Dit verband tussen PTSS, drugsgebruik en geweld kan mogelijk verklaard worden door eventuele hyperarousal symptomen van PTSS.

Juist door de combinatie van meerdere problemen, die ook ieder hun eigen invloed kunnen hebben op middelenmisbruik, is het stoppen met middelenmisbruik een complex vraagstuk (Knecht, et al., 2015).

5.2 Middelengebruik en gedragsverandering

Middelenmisbruik kan verschillende oorzaken en uitingsvormen hebben, dit maakt de behandeling van middelenmisbruik complex. Toch lijkt het zinvol om wel in te zetten op gedragsverandering. Gossop (2015) onderzoekt in het Verenigd Koninkrijk vier verschillende vormen van behandeling bij drugsverslaving. Uitkomsten van dit onderzoek laten zien dat het altijd kosteneffectief is om in te zetten op hulp, ongeacht welke van de vier behandelvormen werd gebruikt. Gossop (2015) concludeerde dat iedere pond investering, drie pond opleverde. Dit resultaat werd voornamelijk bereikt door een reductie van het aantal slachtoffers van criminaliteit. Zelfs al is slechts een klein deel van de verslaafden betrokken bij criminaliteit (aldus Gossop (2015)).

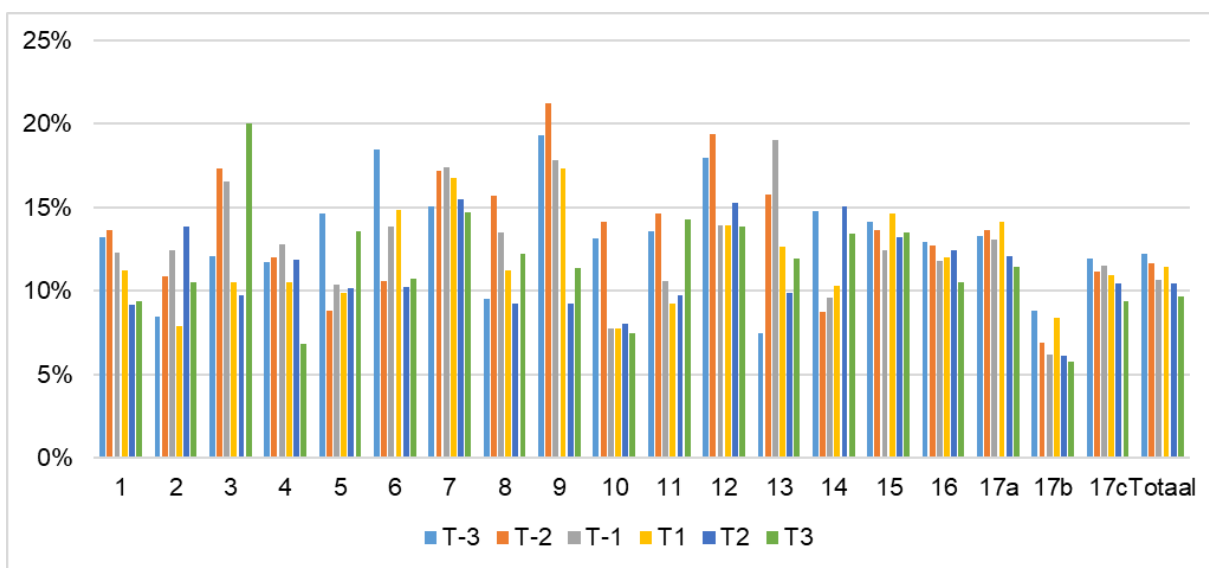
Wanneer mensen frequent gebruiken, dan is dit niet alleen van invloed op eventueel (herhaald) strafbaar gedrag, het heeft ook een significante impact op andere leefgebieden. Bellair, Vuolo en LaPlant (2018) laten bijvoorbeeld zien dat frequent gebruikers, slechtere uitkomsten hebben ten aanzien van werk. Zo hebben ze vaker geen werk, zijn ze er minder tevreden over als ze het wel hebben en zijn ze minder gecommitteerd. Lopez-Castro, Smith, Nicholson, Armas en Hien (2019) onderzoeken wat werkt voor mensen met multiproblematiek, hun onderzoekspopulatie heeft onder andere PTSS klachten en er is sprake van middelenmisbruik. Lopez-Castro, et al. (2019) komen tot de conclusie dat wanneer er meerdere problemen spelen, mensen meer lijken te profiteren van een integrale aanpak met simultane aandacht voor meerdere problemen (in vergelijking met een ketenaanpak). Hoewel de veranderingen sneller gaan op één leefgebied, wanneer er gebruik wordt gemaakt van een ketenaanpak, is het uiteindelijke succes groter bij de inzet van een integrale aanpak.

Een ander terugkerend thema in succesvolle aanpak van middelenmisbruik, lijkt de duur en intensiteit van een behandeling te zijn. Newbury-Birch, et al. (2016) onderzochten met behulp van een rapid review de impact van een kortdurende interventie op alcoholgebruik. Daarbij werd kortdurend gedefinieerd als één of enkele gesprekken. De review van Newbury-Birch, et al. (2016) liet zien dat dit type interventie onvoldoende impact heeft op problematisch alcoholgebruik binnen een criminele populatie. Een kortdurende inzet kan soms wel bijdragen aan de effectiviteit, maar dan slechts als aanvulling op andere vormen van inzet. Zo liet onderzoek van Thylstrup en Hesse (2016) zien dat een korte psycho-educatie voorafgaand aan een behandeling van middelenmisbruik in een populatie met een antisociale persoonlijkheidsstoornis (n=172) kon helpen bij het uitstellen van eventuele drop-out. De interventie zelf droeg dus niet bij aan een reductie van middelenmisbruik, maar verlengde de periode waarin een andere vorm van behandeling mogelijk wel aanslaat.

5.3 Middelengebruik in cijfers

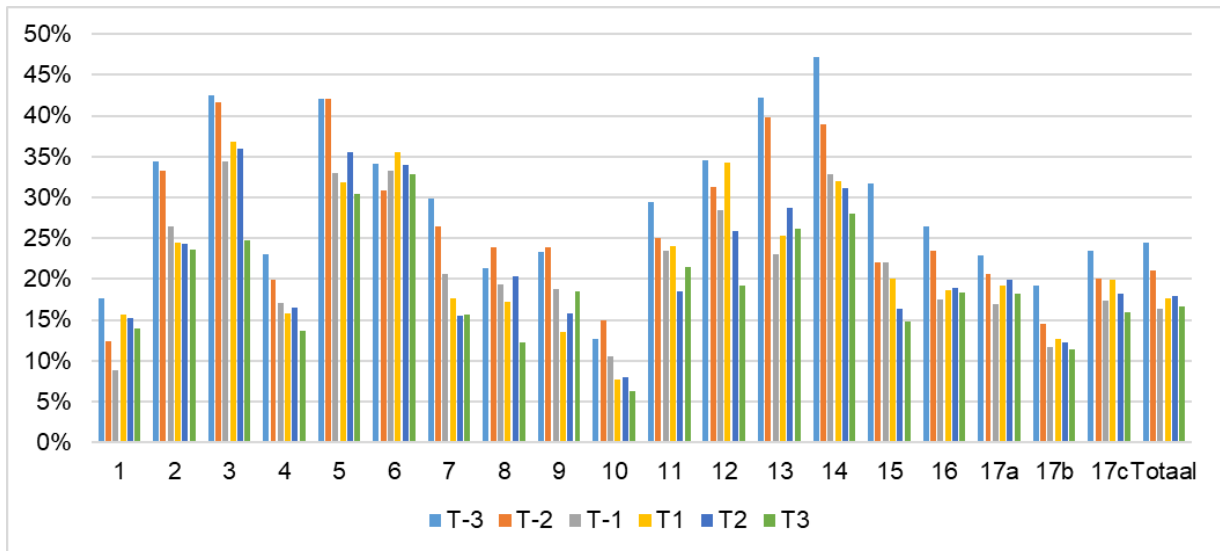
Om inzicht te krijgen in het middelengebruik en -misbruik van reclassenten kijken we naar de data over DSM-diagnoses. De variabelen 'aan alcohol gebonden stoornissen' en 'aan andere middelen gebonden stoornissen' geven een indicatie van het aandeel reclassenten die gebruik of misbruik maakt

van middelen, maar geven een onderschatting van het aantal reclassenten dat middelen gebruikt of misbruikt. In de data over DSM-diagnoses worden namelijk alleen de reclassenten meegenomen die gebruik maken van specialistische GGZ. Het is waarschijnlijk dat er ook reclassenten zijn die middelen gebruiken of misbruiken en gebruik maken van basis GGZ, andere vormen van hulp of geen hulp krijgen. Er zijn wel datasets die ingaan op middelengebruik en -misbruik van personen, vaak op basis van zelfrapportage of een ruwe schatting, maar een analyse op typeniveau is in deze datasets niet mogelijk. Omdat we in dit deelrapport wel willen inzoomen op typeniveau maken we gebruik van de data over DSM-diagnoses. In de wetenschap dat dit een onderschatting is.



Figuur 6. Aan alcohol gebonden stoornissen

In T1 heeft 2% van de totale reclassentenpopulatie een aan alcohol gebonden stoornis. In het vorige hoofdstuk is beschreven dat 17% van de reclassenten minimaal één DSM-diagnose heeft. Dit zijn ongeveer 13.500 personen, daarvan heeft rond de 11% een aan alcohol gebonden stoornis in T1. Figuur 6 laat zien hoeveel reclassenten met een DSM-diagnose een aan alcohol gebonden stoornis hebben. Figuur 6 laat zien dat in sommige typen het aandeel reclassenten met een aan alcohol gebonden stoornis afneemt na reclasseringsbemoediging (T-1 versus T1), namelijk voor type 1 tot en met 5, 7, 8, 9, 11, 13 en 17b. De afname is relatief sterk bij type 2, 3 en 13. Voor sommige typen blijft het percentage aan alcohol gebonden stoornissen gelijk, namelijk voor type 10 en type 12. Voor type 6, 14, 15, 16, 17b en 17c neemt het aandeel aan alcohol gebonden stoornissen juist toe. Daarnaast laat figuur 6 zien dat over het algemeen sprake is van een afname in het aandeel reclassenten met een aan alcohol gebonden stoornissen binnen de groep reclassenten met een DSM-diagnose van T-3 tot en met T3. Dit geldt echter niet voor type 2, 3 en 11.



Figuur 7. Overige aan middelen gebonden stoornissen

In T1 heeft 3% van de totale reclassentenpopulatie een aan overige middelen gebonden stoornis. In het vorige hoofdstuk is beschreven dat 17% van de reclassenten minimaal één DSM-diagnose heeft. Dit zijn ongeveer 13.500 personen, daarvan heeft rond de 18% een aan overige middelen gebonden stoornis in T1. Figuur 7 laat zien hoeveel reclassenten met een DSM-diagnose een aan alcohol andere middelen gebonden stoornis hebben. Figuur 7 heeft een hogere verticale as dan figuur 6, namelijk 50% in plaats van 25%. In sommige typen is het aandeel reclassenten met een aan andere middelen gebonden stoornis namelijk relatief groot: 37% voor type 3, 36% voor type 6 en 34% voor type 12 op T1. In andere typen is deze groep binnen de groep reclassenten met een DSM-diagnose relatief klein: 8% type 10 en 14% type 9.

Verder laat figuur 7 zien dat het aandeel reclassenten met een aan andere middelen gebonden stoornis licht afneemt na reclasseringsbemoediging (T1 ten opzichte van T-1) voor de typen 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14 en 15. Voor typen 1, 6, 11, 12, 13, 16 tot en met 17c is sprake van een lichte toename. Daarnaast laat figuur 7 zien dat er over het algemeen sprake is van een afname in het aandeel reclassenten met een aan middelen gebonden stoornis binnen de groep reclassenten met een DSM-diagnose van jaar T-3 tot en met T3.

6 Fysieke gezondheid

De fysieke gezondheid van reclassenten heeft veelal niet de grootste prioriteit in relatie tot (herhaald) strafbaar gedrag. Toch is het wel een factor die van invloed kan zijn op iemands mentale en fysieke welbevinden. Het zal wellicht niet een rechtstreekse invloed hebben, maar kan wel van invloed zijn op andere factoren die bijdragen aan het stoppen met strafbaar gedrag. Achtereenvolgend wordt kort besproken wat reeds bekend is over de fysieke gezondheid van reclassenten en hoe zich dat verhoudt tot de gezondheid van de algehele bevolking, welke mogelijke verklaringen er bestaan voor afwijkingen in gezondheid en hoe de fysieke gezondheid van invloed is op (herhaald) strafbaar gedrag en gedragsverandering.

6.1 Fysieke gezondheid van reclassenten

Studies gericht op de fysieke gezondheid, richten zich primair op gedetineerden en ex-gedetineerden. Deze studies zijn desalniettemin goed bruikbaar. Onderzoek van Vaughn, DeLisi, Beaver, Perron en Abdon (2012) laat zien dat reclassenten meer overeenkomsten vertonen, ten aanzien van fysieke gezondheid, met gedetineerden, dan met de algehele bevolking.

Er zijn verschillende gezondheidsproblemen die relatief vaak lijken voor te komen bij mensen die gedetineerd zijn of onder toezicht staan van de reclassering. Problemen die veelvuldig terugkomen in de literatuur zijn primair gericht op de mentale gezondheid en middelenmisbruik (zoals reeds besproken in de voorgaande hoofdstukken). Daarnaast komen infectieziekten relatief vaak voor en zijn er relatief vaak chronische lichamelijke gezondheidsproblemen zoals cardiovasculaire en respiratoire aandoeningen (Aldridge, et al., 2018; Borschmann, et al., 2020).

Vaughn, et al. (2012) vergeleken in hun onderzoek 1620 respondenten die het afgelopen jaar geregistreerd waren als reclassent, met de rest van de bevolking (data op basis van een national survey). Er is in de reclasseringspopulatie vaker sprake van middelenmisbruik, angst en depressie, astma en seksueel overdraagbare aandoeningen. Ten aanzien van chronische ziekten is er echter geen significant verschil tussen reclassenten en de rest van de bevolking (hierbij is onder andere gekeken naar diabetes en hartaandoeningen).

6.2 Verklaringen voor verminderde gezondheid reclassenten

In de literatuur wordt een link gelegd tussen de toegenomen kans op somatische ziekten, risicovolle leefstijl en stress. Volgens Vaughn, et al. (2012) laten reclassenten meer risicogedrag zien en geloven zij vaker dat het risico, van risicovol gedrag, laag is. Een stressvollere en risicovollere leefstijl dragen bij aan stress gerelateerde somatische ziekten, zoals een ongezonde leefstijl, obesitas, respiratoire aandoeningen (COPD, Astma), Diabetes Mellitus type 2 en cardiovasculaire aandoeningen (Munday et al., 2019; Bondolfi et al., 2020).

Leefstijl factoren waaronder roken, drinken, obesitas, voeding en een gebrek aan beweging vormen oorzaken voor de ontwikkeling van kanker. Na verwachting zal het aantal mensen met kanker de komende jaren significant stijgen, dit wordt door Katzke, Kaaks en Tilman (2015) met name verklaard door veranderingen op economisch en demografisch vlak. De verschillen in risico op kanker tussen mensen met een (zeer) gezonde en (zeer) ongezonde leefstijl zijn groot. De kans dat iemand met een ongezonde leefstijl kanker ontwikkelt (t.o.v. iemand met een gezonde leefstijl) is middelgroot (*hazard ratio* van 0.71). De overlijdenskans van iemand met een ongezonde leefstijl is ook groter dan die van iemand met een gezonde leefstijl (*hazard ratio* van 0.48) (Zhang, et al., 2020). Ook voor cardiovasculaire ziekten en overlijden door cardiovasculaire problemen is de kans dat dit gebeurt

groter voor mensen met een (zeer) ongezonde leefstijl (*hazard ratio's* van 0.38 en 0.42) (Zhang, et al. 2021).

Leefstijl keuzes zoals roken hebben een aantal bewezen negatieve effecten op het welzijn van de rokers, als ook op de mensen in de directe omgeving. Voor rokers verhoogd het o.a. de kans op (long)kanker, COPD, astma en slaapapneu. Voor de directe omgeving, in het bijzonder kinderen en (ongeboren) baby's, kan het roken van een opvoeder bijdragen aan longproblemen, astma en ademhalingsproblemen (Jayes, et al., 2016).

Respiratoire en cardiovasculaire aandoeningen komen veelvuldig voor onder reclassenten, met name door roken (Arries & Maposa, 2013; Spaulding et al; 2018; Alokun & Kabir, 2022). Excessief alcoholgebruik bij reclassenten leidt o.a. tot meer risico op gastro-enterale ziekten, verwondingen, vergiftigingen en andere externe oorzaken. Transferabele infectieziekten zoals hepatitis B en C komen vooral voor bij (intraveneus) drugsgebruik en tatoeages (Larney et al., 2013; Snow et al., 2014; Moazen et al., 2018). Hepatitis B, HIV en urineweginfecties zijn tevens gecorreleerd aan (seksueel) risicovolgedrag en seksueel overdraagbare aandoeningen (Falla et al., 2018; Wirtz et al., 2018) en verhoogd naarmate de leeftijd stijgt (Kinner et al., 2018).

Gastro-enterale klachten en kanker gerelateerd aan gastro-enterale klachten, komt volgens Lu, Mullins, Schafmayer, Zeißig en Linnebacher (2021) vaker voor in landen waarbij er sprake is van een hoge *human development index* (HDI). HDI is een maat voor de welvarendheid en het welzijn van een land en zijn inwoners. Wanneer er sprake is van een hogere HDI en er sprake is van een meer risicovolle leefstijl (met o.a. alcohol, roken, obesitas, onvoldoende beweging en een hoog cholesterol), dan verhoogt dit de kans op problemen.

6.3 Fysieke gezondheid, (herhaald) strafbaar gedrag en gedragsverandering

Onderzoek naar de impact van de fysieke gezondheid op strafbaar gedrag is beperkt, maar er zijn enkele studies die er wel op in gaan, soms in combinatie met mentale gezondheid. De algehele conclusie lijkt te zijn dat fysieke gezondheid mogelijk van invloed kan zijn, maar dat het in de meeste gevallen geen rechtstreekse criminogene factor betreft en dat het daarom de moeite loont op andere elementen in te zetten. Toch benadrukken verschillende auteurs dat het wel van invloed kan zijn op het proces van gedragsverandering, en dat het bovendien meer humaan is om wel in te zetten op de fysieke gezondheid indien nodig.

Link, Ward en Stansfield (2019) modelleren met behulp van longitudinale data de invloed van gezondheid op strafbaar gedrag. Hun model laat zien dat fysieke en mentale gezondheid primair van invloed lijken te zijn op werk en familieconflict, welke beide ook van invloed kunnen zijn op financiële problemen. Deze drie elementen zijn op hun beurt van invloed op strafbaar gedrag. Een andere studie van Link, Ward en Link (2020) onderzoekt de impact van fysieke en mentale gezondheid op werk in een groep mensen met ernstige psychische problemen. Iemand's fysieke gezondheid heeft een kleine positieve significante impact op werk (Link, et al., 2020). Er is daarnaast sprake van een interactie effect tussen de fysieke en mentale gezondheid. Waarbij een slechtere mentale gezondheid, de voorspellende waarde van fysieke gezondheid vermindert. Al met al lijkt er volgens Link et al. (2020) sprake te zijn van een synergetisch effect van fysieke en mentale gezondheid. Voor mensen met ernstige psychische problemen is het belangrijk om fysiek gezondheid te zijn, voor ze aan het werk gaan.

Een onderzoek onder 2402 vrouwen met een laag inkomen in een stedelijke omgeving laat zien dat gezondheid van invloed is op het ontstaan en voortduren van delictgedrag (Schroeder, Hill, Hoskins,

Haynes en Bradley, 2011). Als vrouwen een goede gezondheid hebben, dan is de kans dat zij zullen starten met delictgedrag, zeer klein. Verslechtingen in de gezondheid, vergroten de kans op delictgedrag. Voor de groep vrouwen die al bekend staat als plegger, kan een afname van gezondheid de kans reduceren dat iemand stopt met plegen. De relatie tussen fysieke gezondheid en delictgedrag wordt volgens Schroeder, et al. (2011) deels gemedieerd door angst en depressie.

Of de reclassering van invloed zou kunnen zijn op de gezondheid van reclassenten is onder andere onderzocht door Phelps, Osman, Robertson en Schlafer (2022). Zij bevroegen 162 reclassenten op de impact van de reclassering ten aanzien van hun fysieke en mentale gezondheid. Grofweg de helft gaf aan dat hun gezondheid was verbeterd door het reclasseringstraject. Dit werd met name toegeschreven aan verwijzingen en zorgen dat mensen de juiste hulp kregen. Bijvoorbeeld door de inzet van een (verplichte) behandeling bij middelenmisbruik. Daar tegenover staat dat reclassering soms ook veel stress oplevert, bijvoorbeeld door de angst om opnieuw de fout in te gaan of bijzondere voorwaarden te schenden. Daarom gaf ongeveer een kwart aan dat er weinig was veranderd in hun gezondheidssituatie en een kwart gaf aan dat hun gezondheid was verslechterd sinds de start van de reclassering.

Bailey en Kerlin (2015) onderzochten de mogelijkheid om gezondheidsbevorderend gedrag van gedetineerden en reclassenten te bevorderen met behulp van de inzet van zogenaamde gezondheidstrainers. Juist de groep reclassenten lijkt hier minder van te profiteren. Hoewel ze wel met regelmaat afspraken maken, komen ze vaak (meer dan andere groepen) niet opdagen. Bailey en Kerlin (2015) schrijven dit toe aan een meer chaotische leefstijl en onvoldoende structuur in het leven. De hulp die wordt gevraagd is met name gericht op fysieke beweging, zoals trainingsplannen en voeding zoals dieetplannen en gezond eten.

In het begin van deze paragraaf werd gesteld dat het in ieder geval humaan is om in te zetten op zorgbehoeften. Maar onderzoek van Skeem, Montoya en Manchak (2018) laat zien dat het ook financieel loont om meer geld uit te geven aan zorg. Zij doen onderzoek naar de inzet van zorggerichte reclassering, een variant die veelal overeenkomt met de inrichting van het Nederlandse reclasseringssysteem (de reguliere reclassering in de Verenigde Staten is meer een kale toezichtfunctie, zonder aanvullende zorg of doorverwijzing). Hoewel de gespecialiseerde zorggerichte reclassering duurder was om in te zetten, zorgde de grotere reductie in recidive ervoor dat er netto toch sprake was van een vergelijkbare kostensituatie ten aanzien van veiligheidskosten. Als er daarnaast werd gekeken naar een gedragsbeïnvloeding, dan bleek dat de zorggerichte reclassering dit veel vaker inzette, maar dat dit vaak in ambulante setting werd aangeboden omdat het gedrag (nog) niet geëscaleerd was. De reguliere reclassering maakte minder gebruik van gedragsbeïnvloeding, maar wanneer dit wel het geval was, dan werd er vaak gebruik gemaakt van residentiële zorg en andere (zeer) intensieve, en kostbare vormen van zorg. Onder aan de streep was het nettoverschil tussen de reguliere en zorggerichte reclassering, 11.826 dollar per participant, ten gunste van de zorggerichte reclasseringsvariant (Skeem, et al. 2018).

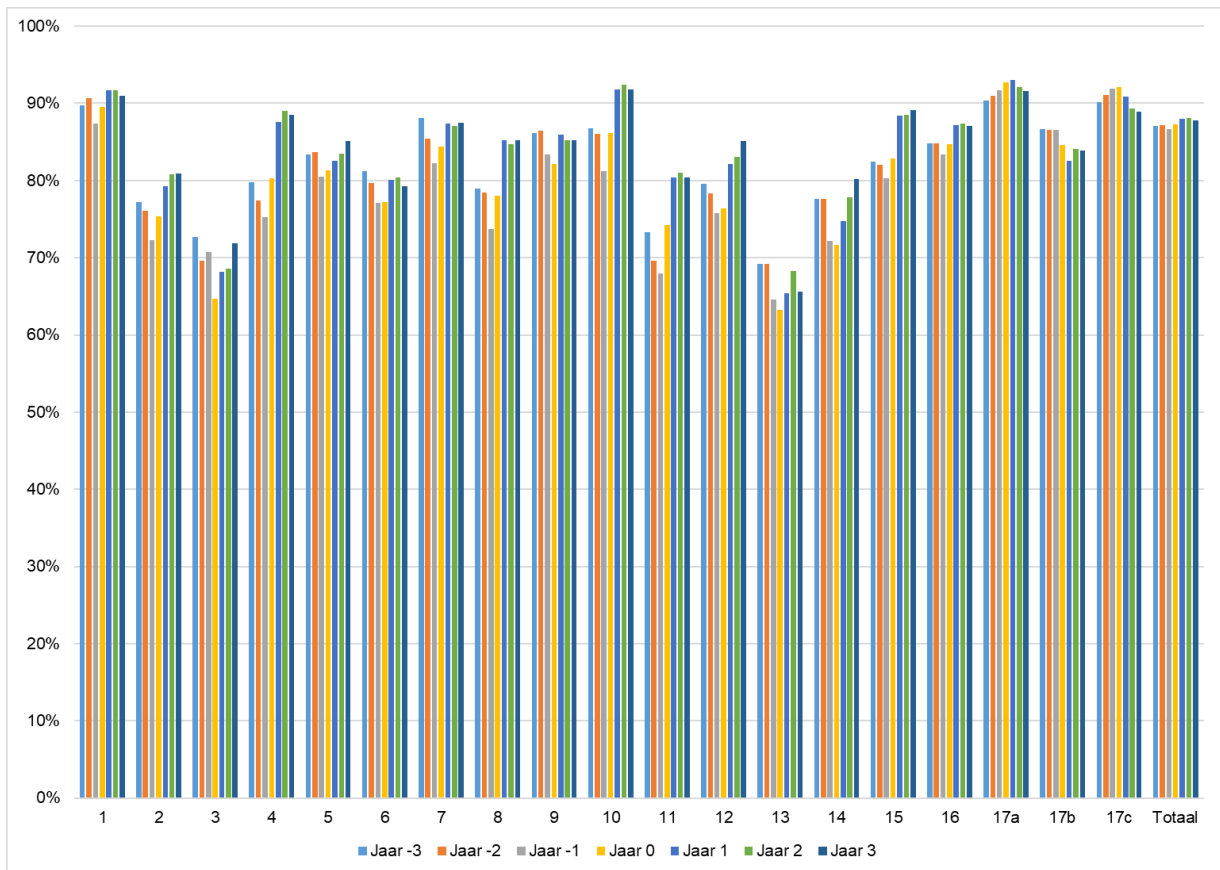
6.4 Fysieke gezondheid in cijfers

In deze paragraaf wordt gepoogd om twee zaken te schetsen, allereerst of cliënten gebruik maken van zorg, hetgeen het geval is wanneer men 1 euro of meer vergoed heeft gekregen uit de zorgverzekeringswet en ten tweede waarom zij gebruik maken van zorg.

Figuur 8 laat zien dat bijna alle reclassenten gebruik maken van huisartsenzorg. In jaar 0 maakt gemiddeld 87% van de reclassenten gebruik van huisartsenzorg. Sommige typen maken meer gebruik van huisartsenzorg dan anderen. Type 3 (65%) en type 13 (63%) hebben het laagste aandeel

reclassenten met een vergoeding uit de basisverzekering voor huisartsenzorg, zo'n 35% heeft geen vergoeding voor huisartsenzorg gekregen. Dit kan betekenen dat deze typen geen of minder gebruik hebben gemaakt van huisartsenzorg. Het kan ook betekenen dat deze typen vaker onverzekerd zijn (wat juridisch gezien niet mag), dat zij vaker in de gevangenis zitten en daarom geen gebruik maken van de reguliere zorgverzekering of dat zij hun huisarts vaker niet weten te vinden.

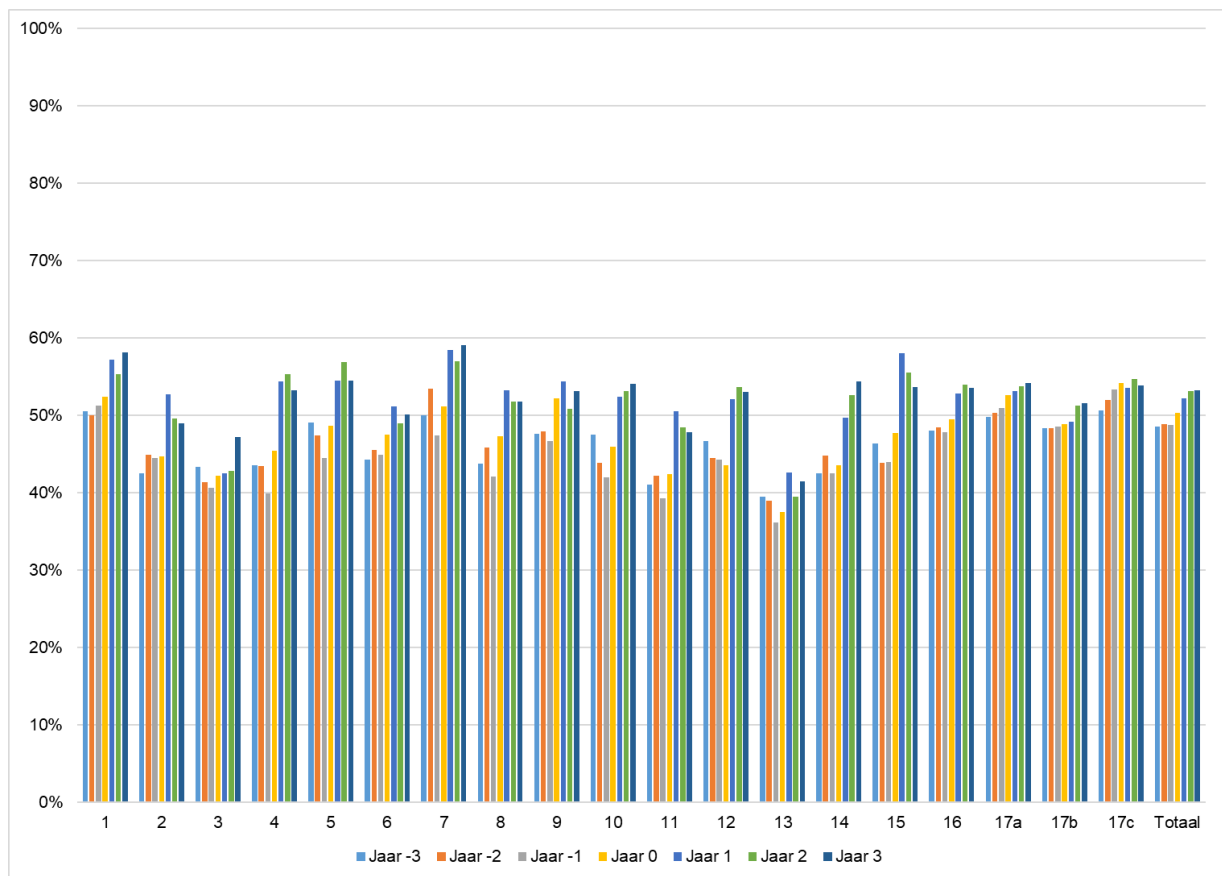
Verder blijkt uit figuur 8 dat voor bijna alle typen sprake is van een toename in het percentage reclassenten met een vergoeding voor huisartsenzorg na reclasseringsbemoediging (jaar 1 tov jaar 0). Alleen bij typen 17a en 17b is sprake van een afname. Daarnaast laat figuur 8 een trend zien waarin het percentage reclassenten met een vergoeding voor huisartsenzorg van jaar -3 tot 0 daalt (behalve voor type 17a, b en c), om vervolgens van jaar 1 toe te nemen en in de jaren daarna relatief gelijk met jaar 1 te blijven.



Figuur 8. Aandeel reclassenten met een vergoeding voor huisartsenzorg (N=81.036)

Figuur 9 laat zien dat ongeveer de helft van de reclassenten een vergoeding heeft ontvangen voor ziekenhuiszorg. In jaar 0 krijgt gemiddeld 50% van de reclassenten een vergoeding voor ziekenhuiszorg. Sommige typen maken vaker gebruik van ziekenhuiszorg dan anderen. Type 3 (42%), type 11 (42%) en type 13 (37%) hebben het laagste aandeel reclassenten die een vergoeding voor ziekenhuiszorg hebben gekregen.

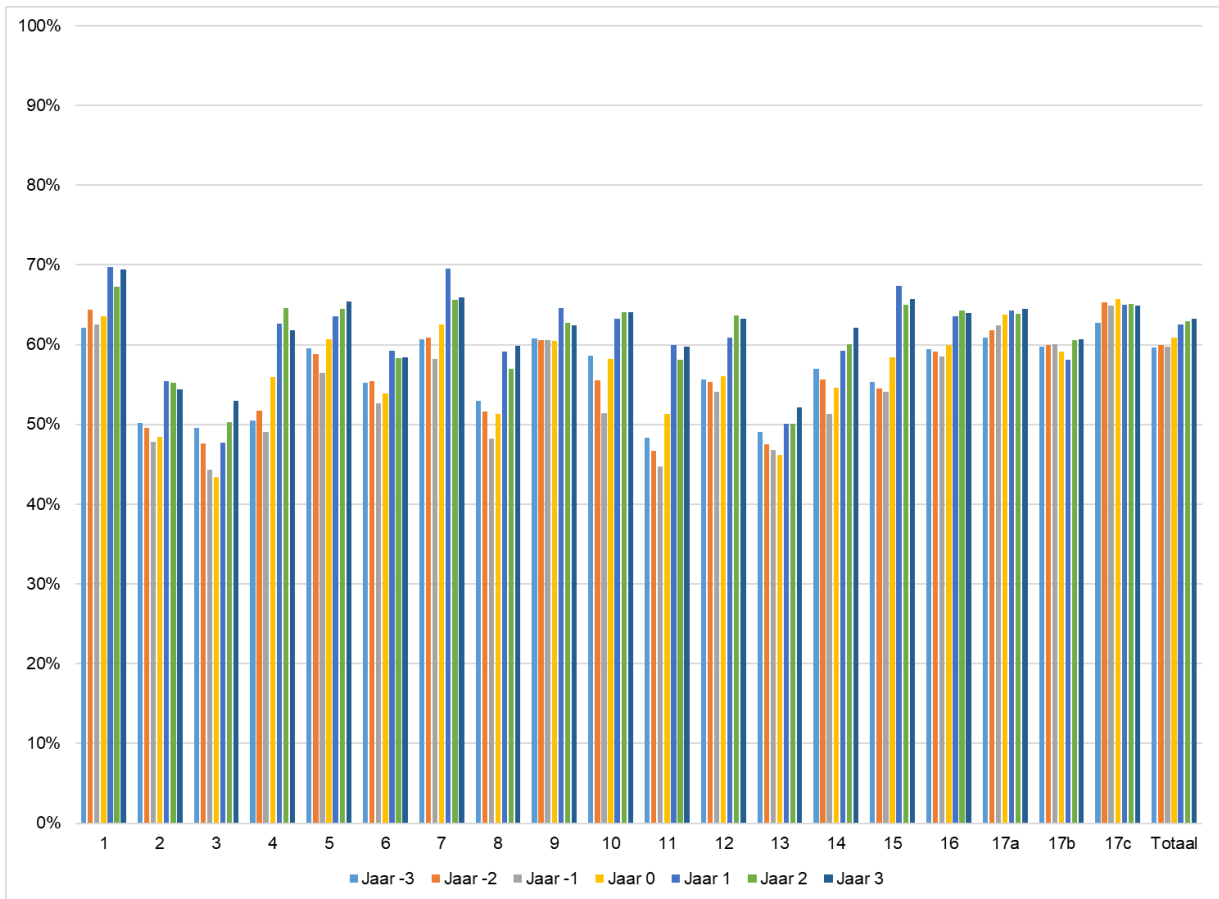
Verder laat figuur 9 zien dat bij bijna alle typen sprake is van een toename in het percentage reclassenten met een vergoeding voor ziekenhuiszorg na reclasseringsbemoedienis. In de jaren na reclasseringsbemoedienis ligt het percentage reclassenten met een vergoeding voor ziekenhuis zorg ongeveer 5 à 10% hoger dan in de jaren voor reclasseringsbemoedienis. Alleen bij type 3 en 17a, b en c is die toename minimaal. Voor ieder type geldt dat het aantal reclassenten dat gebruik maakt van ziekenhuiszorg licht toeneemt van jaar -3 tot jaar 3.



Figuur 9. Aandeel reclassenten met een vergoeding voor ziekenhuiszorg (N=81.036)

Figuur 10 laat zien dat iets meer dan de helft van de reclassenten een vergoeding heeft ontvangen voor farmaceutische producten. In jaar 0 krijgt gemiddeld 61% van de reclassenten een vergoeding voor farmaceutische producten. Sommige typen maken vaker gebruik van farmacie dan anderen. Type 3 (43%) en type 13 (46%) hebben het laagste aandeel reclassenten die een vergoeding hebben gekregen voor farmaceutische producten.

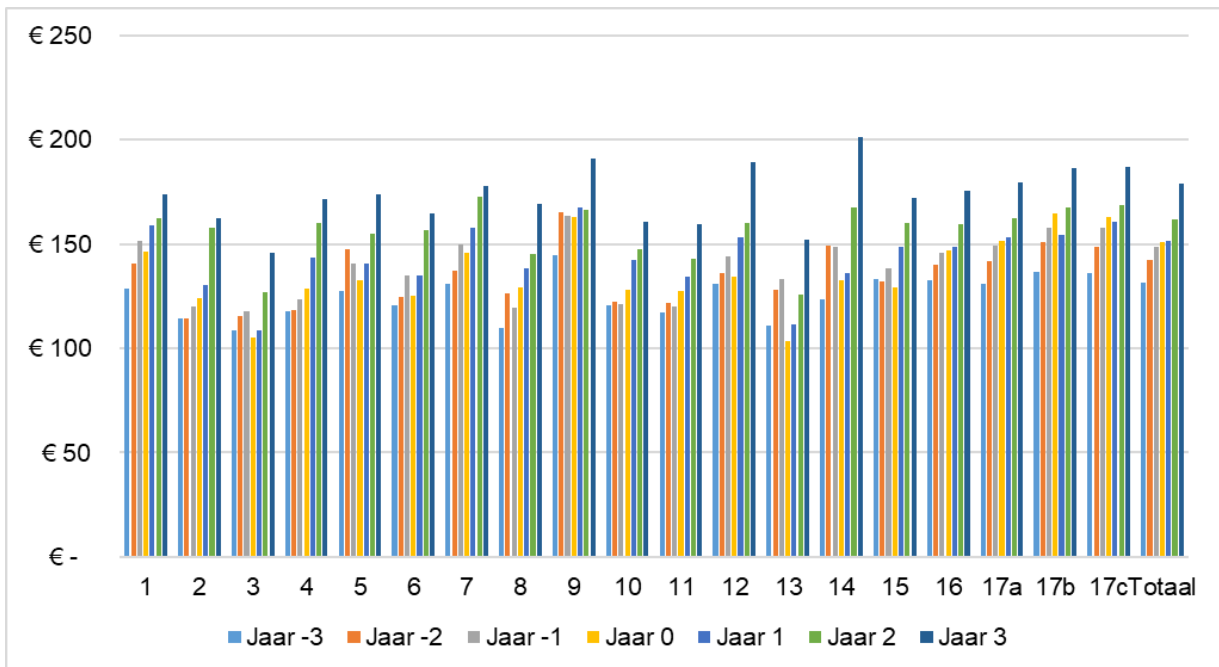
Verder laat figuur 10 zien dat bij bijna alle typen sprake is van een toename in het percentage reclassenten met een vergoeding voor farmaceutische producten na reclasseringsbemoeyenis (jaar 1 ten opzichte van jaar 0). Alleen voor type 17a, b en c blijft het gebruik aan farmacie ongeveer gelijk voor en na reclasseringsbemoeyenis. Bij bijna alle typen is een vergelijkbaar patroon zichtbaar, waarbij de drie jaren voorafgaand aan de reclasseringsinzet het aandeel reclassenten met vergoedingen voor farmacie lager ligt dan in de drie jaren na de start van reclasseringsbemoeyenis.



Figuur 10. Aandeel reclassenten met een vergoeding voor farmaceutische producten (N=81.036)

In figuur 11 worden de gemiddelde vergoede kosten voor huisartsenzorg weergegeven per type. De totale gemiddelde vergoede kosten voor huisartsenzorg zijn €151 euro in jaar 0. Type 3 (€105) en type 13 (€103) hebben de laagste gemiddelde vergoeding voor huisartsenzorg, type 9 (€163) de hoogste.

Verder laat figuur 11 zien dat de gemiddelde vergoede kosten voor huisartsenzorg vergelijkbaar zijn na reclasseringsbemoedienis voor alle typen (jaar 1 ten opzichte van jaar 0). Een relatief sterke stijging is voor de meeste typen vooral te zien in jaar 3 ten opzichte van jaar 2. Over het algemeen stijgen de gemiddeld vergoede kosten voor huisartsenzorg met €50 van jaar -3 tot jaar 3. Een paar typen wijken hier sterk vanaf: de stijging in vergoede kosten van jaar -3 tot jaar 3 voor type 3 is €37 en voor type 14 €78.³

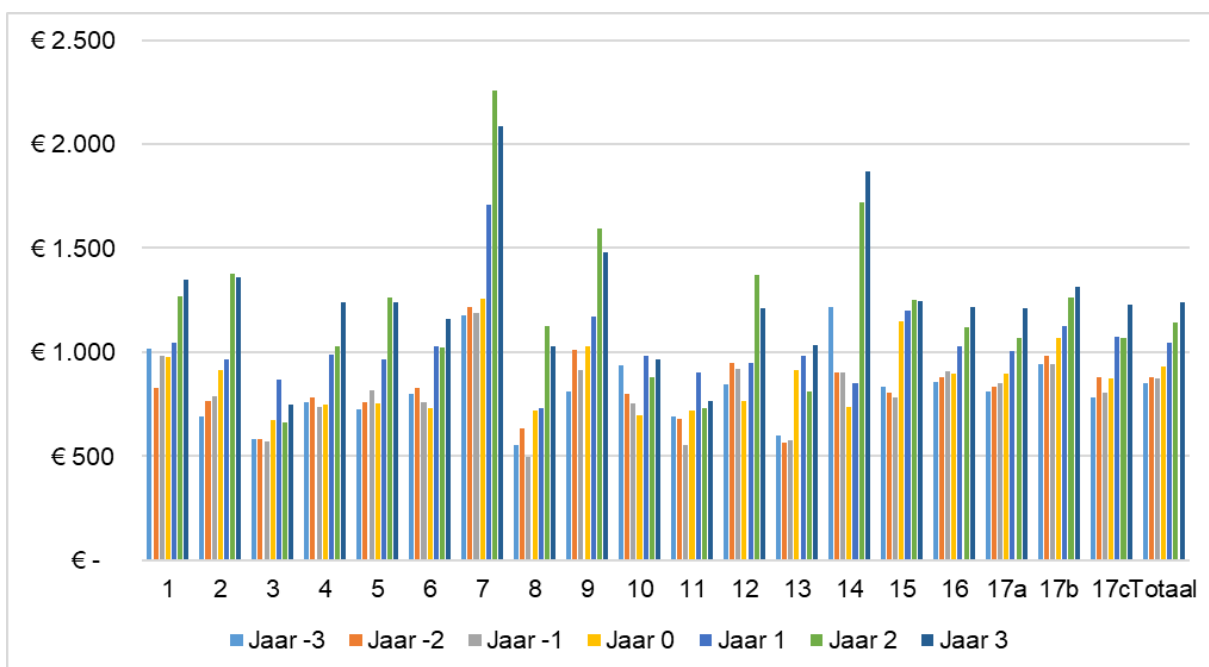


Figuur 11. Gemiddelde vergoede kosten voor huisartsenzorg (N=81.036)

³ De gemiddeld vergoede kosten zijn niet gecorrigeerd voor eventuele prijsstijgingen. De vergoede kosten kunnen wél vergeleken worden tussen verschillende typen, maar niet binnen één type over tijd zonder rekening te houden met eventuele prijsstijgingen. Voor deze analyse zijn we geïnteresseerd in de verschillen in vergoede kosten tussen typen.

In figuur 12 worden de gemiddelde vergoede kosten voor ziekenhuiszorg weergegeven per type. De totale gemiddelde vergoede kosten voor ziekenhuiszorg zijn €928 euro in jaar 0. Type 3 (€672) en type 10 (€694) hebben de laagste gemiddelde vergoeding voor ziekenhuiszorg, type 7 (€1.258) de hoogste.

Verder laat figuur 12 zien dat de gemiddelde vergoede kosten voor ziekenhuiszorg voor een aantal typen relatief sterk stijgen na reclasseringsbemoedienis (jaar 1 ten opzichte van jaar 0), namelijk voor type 3 tot en met 7, 9 tot en met 12, 14, 16 en 17a en c. Type 7 heeft de sterkste toename met €450. Type 1, 2, 8, 13, 15 en 17b stijgen maar een heel klein beetje na reclasseringsbemoedienis. Over het algemeen nemen de gemiddelde vergoede ziekenhuiskosten toe van jaar -3 tot 3, gemiddeld met €389. Type 7 neemt het sterkst toe (€911), type 10 het minst (€30).³



Figuur 12. Gemiddelde vergoede kosten voor ziekenhuiszorg (N=81.036)

Bovenstaande figuren geven inzicht in de mate van zorggebruik van verschillende typen reclassenten. Om inzicht te krijgen in waarvoor de verschillende typen zorg gebruiken is gebruik gemaakt van het databestand MSZSTRHoofddiagnoseICD10. Tabel 5 laat zien dat gemiddeld 36% van de reclassenten in 2016 gemiddeld 1,5 klinische diagnoses heeft gekregen. Verder laat tabel 5 zien dat in alle typen het aandeel personen met een klinische diagnose ongeveer gelijk is. Ook het aantal diagnoses is ongeveer gelijk voor de verschillende typen (ongeveer 1,5). Alleen type 1, 9 en 3 wijken af: type 1 en 9 hebben gemiddeld 1,9 diagnoses, type 3 gemiddeld 1,0 diagnose.

Tabel 5. Aandeel en aantal klinische diagnoses

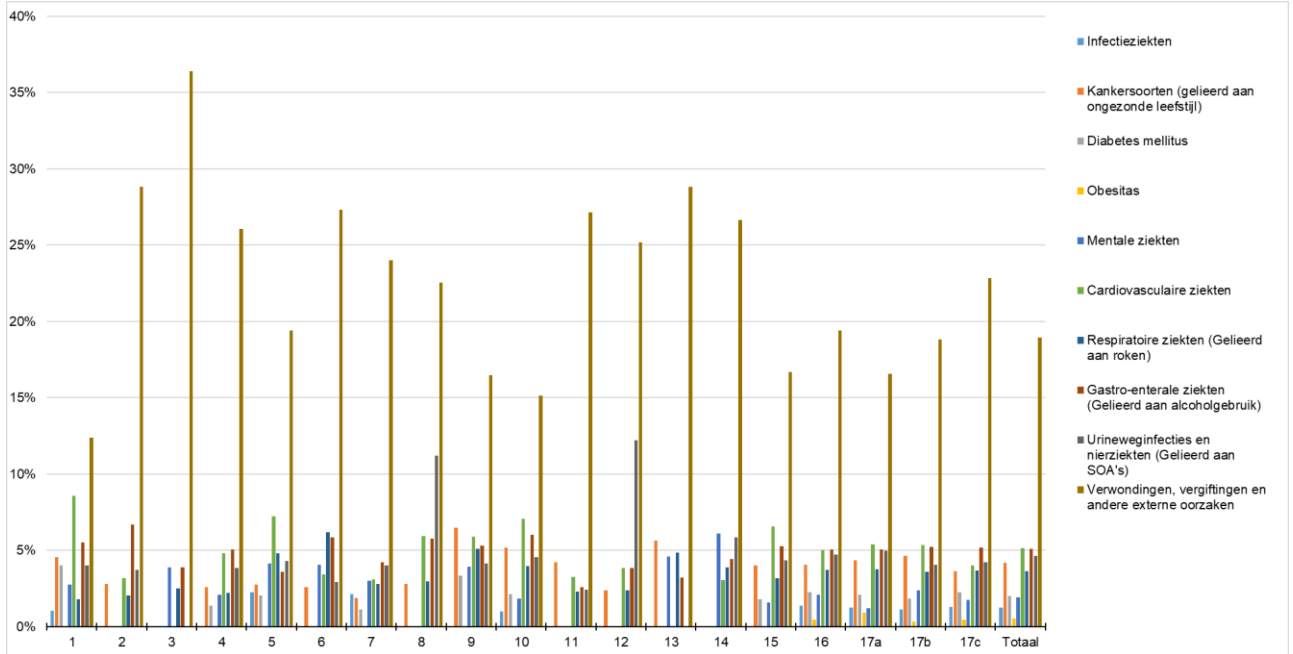
| Type | Aandeel reclassenten met een klinische diagnose | Gemiddeld aantal klinische diagnoses |
|---------------|---|--------------------------------------|
| 1 | 38% | 1,93 |
| 2 | 36% | 1,26 |
| 3 | 35% | 1,02 |
| 4 | 36% | 1,22 |
| 5 | 39% | 1,45 |
| 6 | 38% | 1,23 |
| 7 | 40% | 1,74 |
| 8 | 36% | 1,52 |
| 9 | 33% | 1,91 |
| 10 | 36% | 1,44 |
| 11 | 40% | 1,33 |
| 12 | 34% | 1,62 |
| 13 | 35% | 1,37 |
| 14 | 37% | 1,52 |
| 15 | 34% | 1,60 |
| 16 | 37% | 1,55 |
| 17a | 35% | 1,39 |
| 17b | 36% | 1,60 |
| 17c | 38% | 1,36 |
| totaal | 36% | 1,48 |

De klinische diagnoses zijn gecategoriseerd zoals eerder beschreven in paragraaf 2.4, tabel 4 op pagina 11. De categorieën diagnoses en hoe vaak ze voorkomen onder de reclassentenpopulatie met klinische diagnoses zijn gepresenteerd in tabel 6. Tabel 6 laat zien dat reclassenten het vaakst voor 'verwondingen, vergiftigingen en andere externe oorzaken' bij een arts komen (17.7%). Gevolgd door gastro-enterale ziekten (4.8%), cardiovasculaire ziekten (4.8%), urineweginfecties en nierziekten (4.3%), kankersoorten (3.9%) en respiratoire ziekten (3.4%). De andere klinische diagnoses komen aanzienlijk minder voor.

Tabel 6. Voorkomende klinische diagnoses op totaalniveau

| Klinische diagnose | Frequentie |
|---|-------------------|
| Geen referentie | 48.3% |
| Infectieziekten | 1.2% |
| Tuberculose | <0.1% |
| SOA's | 0.3% |
| Virale hepatitis | 0.4% |
| Kankersoorten (gelieerd aan ongezonde leefstijl) | 3.9% |
| Diabetes mellitus | 1.9% |
| Obesitas | 0.5% |
| Mentale ziekten | 1.8% |
| Extrapiramidale en bewegingsstoornissen (bijwerking van antipsychotica) | 0.1% |
| Polyneuropathie (o.a. door drugs en alcohol geïnduceerd) | 0.1% |
| Cardiovasculaire ziekten | 4.8% |
| Respiratoire ziekten (Gelieerd aan roken) | 3.4% |
| Gastro-enterale ziekten (Gelieerd aan alcoholgebruik) | 4.8% |
| Urineweginfecties en nierziekten (Gelieerd aan SOA's) | 4.3% |
| Verwondingen, vergiftigingen en andere externe oorzaken | 17.7% |
| Ongevallen | <0.1% |
| Zelfverwonding | 0.1% |
| Aanval, aanranding of overal | <0.1% |
| Subtotaal | 93.6% |
| Missende waarden | 6.4% |
| Totaal | 100% |

De tien meest voorkomende klinische diagnoses bij reclassenten zijn in figuur 13 op typeniveau uitgewerkt. De verwondingen, vergiftigingen en andere externe oorzaken zijn voor alle typen veruit de meest voorkomende klinische diagnose. Deze diagnose komt relatief het vaakst voor bij type 3 (36%). Met andere woorden van alle reclassenten in type 3 met een klinische diagnose heeft 36% de diagnose verwondingen, vergiftigingen en andere externe oorzaken. Verder laat figuur 13 zien dat sommige diagnoses niet of nauwelijks voorkomen in bepaalde typen. Infectieziekten komen bijvoorbeeld vooral voor bij type 1, 5, 7, 10, 16 en 17a, b en c. Urineweginfecties en nierziekten gelieerd aan SOA's komen relatief vaak voor bij type 8 en 12 (respectievelijk 11% en 12% ten opzichte van gemiddeld 5%).



Figuur 13. Meest voorkomende klinische diagnoses bij reclassenten in 2016

7 Conclusie & discussie

In dit deelrapport is het onderwerp gezondheid verder uitgewerkt met behulp van een theoretische en empirische analyse. De uitwerking is een verdieping op een voorgaande MKBA raming (Németh et al., 2022). Dit rapport verstrekt inzicht in de gezondheid van reclassenten op drie deelthema's: mentale gezondheid, middelengebruik en -misbruik en fysieke gezondheid.

Uit de theoretische analyse blijkt dat mensen die strafbaar gedrag vertonen relatief vaak last hebben van mentale problematiek, variërend van trauma tot psychische stoornissen. Ook middelengebruik en -misbruik komt veel voor in de populatie. Middelengebruik en -misbruik en mentale problematiek gaan daarbij vaak samen. En zowel middelengebruik als mentale problematiek, of een combinatie van beide, kunnen een voorspeller van strafbaar gedrag zijn (Evans & Burtons, 2013; Zettler, 2021; Dias, et al., 2018). De aanpak van mentale problematiek en middelengebruik is uitdagend en vergt langdurige en intensieve begeleiding om succesvol te kunnen zijn om recidive te kunnen voorkomen (Newbury-Birch, et al., 2016). De relatie tussen fysieke gezondheid en strafbaar gedrag is minder eenduidig. Uit de theoretische analyse blijkt dat fysieke gezondheid in de meeste gevallen geen directe invloed op strafbaar gedrag lijkt te hebben, maar in het bevorderen van gedragsverandering en het voorkomen van recidive zijn er aanwijzingen dat fysieke gezondheid een belangrijke voorwaardelijke rol kan spelen (Skeem, et al., 2018).

7.1 Veelvoorkomende gezondheidsproblemen in de reclassentenpopulatie

De empirische analyse bracht in kaart welke gezondheidsproblemen veelvoorkomend zijn in de Nederlandse reclassentenpopulatie (2013-2019), in het algemeen en voor specifieke typen reclassenten (zoals beschreven in Visser, et al., 2022). De analyses zijn opgedeeld voor mentale gezondheid, middelengebruik en -misbruik en fysieke gezondheid.

Mentale gezondheid

In het jaar waarin reclassenten starten bij de reclassering, maakt gemiddeld 20% gebruik van de GGZ. Dit is redelijk vergelijkbaar tussen verschillende typen, met een variatie tussen de 17 en 27%. Een belangrijk punt is dat alle typen meer gebruik maken van de GGZ in jaar -3, dan dat ze doen in jaar +3. Alle typen kennen dus gemiddeld een afname van GGZ ondersteuning door de jaren heen. Bovendien is het percentage GGZ gebruikers hoger onder reclassenten dan onder de totale bevolking (9%). De meest voorkomende DSM-diagnoses onder reclassenten zijn:

- Aan alcohol gebonden stoornissen;
- Aan andere middelen gebonden stoornissen;
- Schizofrenie en andere psychotische stoornissen;
- Persoonlijkheidsstoornissen.

Middelgebruik en -misbruik

Uit onze analyses blijkt dat 2% van de reclassenten een aan alcohol gebonden stoornis heeft en 3% een aan middelen gebonden stoornis heeft. Het is aannemelijk dat dit een onderschatting is. Het rapport *Inzet en kosten van reclasseren* (Visser & Stegink, 2025) laat zien dat voor bijna 20% van de onder toezicht gestelden een doel betreffende alcoholgebruik wordt gesteld en voor 26.5% een doel betreffende drugs (n=31.276). Deze percentages liggen aanzienlijk hoger.

De analyses in dit deelrapport laten zien dat het aantal reclassenten met een aan alcohol gebonden stoornis relatief gelijkmatig verdeeld is tussen de verschillende typen. Van alle reclassenten met een DSM-diagnose, heeft 10 à 15% een aan alcohol gebonden stoornis. Bijna alle typen vallen binnen

deze marge van 10 à 15%. Typen buiten deze marge, vormen geen echte uitschieters, de percentages van deze typen liggen in de buurt van de marge. Er is meer variantie zichtbaar tussen typen ten aanzien van de diagnose 'aan overige middelen gebonden stoornissen'. Van alle reclassenten met een DSM-diagnoses, loopt de variantie tussen typen ten tijden van T1 (dus in het eerste jaar na start van de reclassering), uiteen van 8% tot 37%.

Fysieke gezondheid

Uit onze analyses blijkt dat bijna alle reclassenten een vergoeding vanuit de basisverzekering hebben gekregen voor huisartsenzorg, ongeveer de helft van de reclassenten kreeg een vergoeding voor ziekenhuiszorg en ongeveer 60% van de reclassenten kreeg een vergoeding voor farmaceutische producten. Opvallend is dat het aandeel reclassenten dat een vergoeding krijgt met betrekking tot fysieke gezondheid het laagst is voor type 3 en type 13. Deze typen maken grofweg slechts in twee derde van de gevallen gebruik van huisartsenzorg. Dit kan mogelijk worden verklaard door:

- (langdurige) detentie of TBS (in dat geval valt verleende zorg buiten het reguliere zorgverzekeringsstelsel);
- Onverzekerd, waardoor mensen zorg niet opzoeken;
- Geen (vaste) huisarts waardoor mensen onvoldoende weten waar ze terecht kunnen met zorgvragen.

Voor alle typen is een (zeer) lichte stijging zichtbaar na de start van reclasseringsbemoediging met betrekking tot gebruik van ziekenhuiszorg. Dezelfde trend is zichtbaar voor gebruik van farmaceutische zorg.

Iets meer dan één derde van de reclassenten heeft minstens één klinische diagnose met betrekking tot hun fysieke gezondheid. De meest voorkomende diagnoses zijn:

- Verwondingen, vergiftigingen en andere externe oorzaken (17,7%);
- Gastro-enterale ziekten (4,8%);
- Cardiovasculaire ziekten (4,8%);
- Urineweginfecties en nierziekten (4,3%);
- Kankersoorten (3,9%);
- Respiratoire ziekten (3,4%).

Interpretatie van deze cijfers wordt gecompliceerd door verschillende beperkingen van de databestanden.

7.2 Beperkingen

De resultaten van dit onderzoek moeten worden geïnterpreteerd in het licht van diens beperkingen. Allereerst kent de keuze voor een scoping review een aantal beperkingen ten opzichte van alternatieven. Een scoping review biedt de mogelijkheid om thema's in de breedte te onderzoeken. Met gebruik van verschillende bronnen ontstaat zo een rijk beeld van een onderwerp. Maar het includeren van studies uit verschillende bronnen betekent ook dat er studies van mindere kwaliteit zijn geïncludeerd. Bovendien bevat het niet systematisch zoeken naar relevante literatuur ook het risico dat belangrijke studies gemist zijn. Dit is zoveel mogelijk beperkt door met een verscheidenheid aan zoektermen en combinaties te werken.

Ten tweede is de beschikbare CBS-data voor het in kaart brengen van het mentale gezondheidszorggebruik van matige kwaliteit. Gedurende de onderzoeksperiode is de registratie van mentale gezondheidszorg veranderd en is een nieuw databestand in het leven geroepen. Ondanks dat

middels een vertaaltabel de bestanden aan elkaar te koppelen zijn, levert de nieuwe registratie ruis op in de data. Bovendien geeft het CBS aan dat de kwaliteit van de registratie in databestanden vanaf 2017 sterk terugloopt. Dit is een zeer belangrijk jaar in ons onderzoek (namelijk het jaar na de start van de reclasseringsbemoeyenis). De matige kwaliteit van de databestanden maakt het slechts zeer beperkt mogelijk om uitspraken te doen over (veranderingen in) de mentale gezondheid en het middelengebruik en -misbruik van de reclassenten in de onderzoekspopulatie.

Ten derde, dit onderzoeksdesign en wijze van dataverzameling heeft als beperking dat het veronderstelde effect van de inzet van de reclassering slechts bij benadering kan worden geïndiceerd, aangezien de inzet van reclassering niet als onafhankelijke variabele kan worden gecontroleerd zoals in een zuiver experimentele opzet. Evenwel geeft het opschonen van de data aanknopingspunten voor meer genuanceerdere beschrijving van de baten op het gebied van gezondheidsbevordering door inzet van reclassering.

Tot slot kent het gebruik van CBS-data beperkingen met het oog op de privacy van mensen. Wanneer slechts één of enkele mensen een specifieke diagnose hebben, mag dit omwille van het onthullingsrisico niet geëxporteerd of gepubliceerd worden. Met name de data voor fysieke gezondheid kent daardoor een groot aantal missings. Door de veelheid aan subcategorieën ten aanzien van diagnoses, waren er een veelvoud aan diagnoses waar slechts één of enkele reclassenten voor waren gediagnosticeerd. Deze data ontbreekt in de hier gepubliceerde analyse.

7.3 Conclusie

Dit deelrapport heeft inzicht gegeven in het zorggebruik van reclassenten op basis van theorie en empirische data. Zowel uit de theorie als uit de empirische data blijkt dat reclassenten meer last hebben van mentale en fysieke gezondheidsproblemen dan niet-reclassenten.

Daarnaast was de aanname in dit deelrapport dat het zorggebruik van reclassenten na reclasseringsbemoeyenis in eerste instantie zou stijgen om vervolgens op langere termijn af te kunnen nemen. Voor zowel mentale gezondheid als middelengebruik en -misbruik wordt gebruik gemaakt van de CBS-data voor mentaal gezondheidsgebruik. Na de start van reclasseringsbemoeyenis neemt het aantal reclassenten met een DSM-diagnose sterk af. Ten aanzien van middelengebruik laat de data een meer wisselend beeld. In beide gevallen is de data echter onvoldoende betrouwbaar om harde conclusies te trekken.

Uit onze analyses ten behoeve van fysieke gezondheid blijkt dat voor bijna alle typen sprake is van een toename in het percentage reclassenten met een vergoeding voor huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en/of farmacie direct na reclasseringsbemoeyenis (alleen typen 17a tot en met c wijken hiervan af). Onze aanname was dat de zorgkosten eerst sterk zouden stijgen om vervolgens af te nemen. Onze analyses bevestigen de stijging, maar geven geen bewijs voor een afname in de eerste 3 jaar na reclasseringsbemoeyenis. Mogelijk start de afname van de zorgkosten pas op de langere termijn, bijvoorbeeld na 5 jaar.

De effecten van reclasseringswerk voor fysieke gezondheid op de langere termijn (langer dan 3 jaar) en voor mentale gezondheidszorggebruik en middelengebruik en -misbruik moeten in vervolgonderzoek worden onderzocht. Vervolgonderzoek zou aanvullende meerjarige (bestaande) data kunnen verzamelen om beter inzicht te krijgen in de (langere termijn) effecten van reclasseringswerk op de gezondheid van reclassenten. Vervolgonderzoek zou ook gebruik kunnen maken van QALY's om veranderingen in fysieke en mentale gezondheid van reclassenten inzichtelijk en vergelijkbaar te kunnen maken.

8 Verantwoording en dankwoord

Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het lectoraat Modelleren van Maatschappelijke Impact (MMI) op basis van reclasseringsdata in combinatie met niet-openbare Microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Het onderzoek van het lectoraat is gefinancierd vanuit een samenwerking tussen Hogeschool Saxion en de drie reclasseringsorganisaties in Nederland.

Met dank aan bijdragen van drs. Martine Stegink en dr. Silvio van den Heuvel en andere collega's van Saxion. Verder speciaal dank aan de leden van de *Kenniskring Waarde van Reclasseren* die diverse malen mee hebben gedacht.

9 Literatuur

Badenes-Ribera, L., Molla-Esparza, C., Longobardi, C., Sánchez-Meca, J., & Fabris, M. A. (2021). Homicide as a source of posttraumatic stress? A meta-analysis of the prevalence of posttraumatic stress disorder after committing homicide. *Journal of Traumatic Stress, 34*(2), 345-356.

Bailey, D., & Kerlin, L. (2015). Can health trainers make a difference with difficult-to-engage clients? A multisite case study. *Health Promotion Practice, 16*(5), 756-764.

Bellair, P. E., Vuolo, M., & LaPlant, E. G. (2018). Frequent drug use and negative employment outcomes among the criminally active. *Substance Use & Misuse, 53*(5), 828-836.

Bernstein, D. P., Keulen-de Vos, M., Clercx, M., De Vogel, V., Kersten, G. C., Lancel, M., Jonkers, P. P., Bogaerts, S., Slaats, M., Broers, N. J., Deenen, T. A. M. & Arntz, A. (2023). Schema therapy for violent PD offenders: a randomized clinical trial. *Psychological Medicine, 53*(1), 88-102.

Brooker, C., Sirdifield, C., Blizard, R., Denney, D., & Pluck, G. (2012). Probation and mental illness. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 23*(4), 522-537.

Carr, W. A., Baker, A. N., & Cassidy, J. J. (2016). Reducing criminal recidivism with an enhanced day reporting center for probationers with mental illness. *Journal of Offender Rehabilitation, 55*(2), 95-112.

CBS. (2025a). Catalogus microdata. <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/maatwerk-en-microdata/microdata-zelf-onderzoek-doen/catalogus-microdata>

CBS. (2025b). Ggzdbctrjectenhoofddiagtab: Geopende Diagnose. <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/maatwerk-en-microdata/microdata-zelf-onderzoek-doen/microdatabestanden/ggzdbctrjectenhoofddiagtab-geopende-diagnose>

CBS. (2025c). Mszsubtrajectentab: Gesloten DBC subtrajecten. <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/maatwerk-en-microdata/microdata-zelf-onderzoek-doen/catalogus-microdata>

De Vogel, V., Stam, J., Bouman, Y. H. A., Ter Horst, P., & Lancel, M. (2020). Vrouwen onder invloed: een studie naar genderverschillen in middelengebruik bij forensisch psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 62*(5), 332-339.

Dias, S., Kinner, S. A., Heffernan, E., Waghorn, G., & Ware, R. (2018). Identifying Rehabilitation Priorities Among Ex-prisoners Vulnerable to Mental Illnesses and Substance Abuse. *Journal of Rehabilitation, 84*(3), 46-56.

Evans, C. B., & Burton, D. L. (2013). Five types of child maltreatment and subsequent delinquency: Physical neglect as the most significant predictor. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 6*, 231-245.

Fazel, S., Yoon, I. A., & Hayes, A. J. (2017). Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction, 112*(10), 1725-1739.

Fovet, T., Geoffroy, P. A., Vaiva, G., Adins, C., Thomas, P., & Amad, A. (2015). Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: a critical review. *Psychiatric Services, 66*(4), 348-353.

Gossop, M. (2015). The National Treatment Outcomes Research Study (NTORS) and its influence on addiction treatment policy in the United Kingdom. *Addiction, 110*, 50-53.

Green, B. L., Dass-Brailsford, P., Hurtado de Mendoza, A., Mete, M., Lynch, S. M., DeHart, D. D., & Belknap, J. (2016). Trauma experiences and mental health among incarcerated women. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 8(4), 455.

Gulati, G., Keating, N., O'neill, A., Delaunois, I., Meagher, D., & Dunne, C. P. (2019). The prevalence of major mental illness, substance misuse and homelessness in Irish prisoners: systematic review and meta-analyses. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 36(1), 35-45.

Håkansson, A., & Berglund, M. (2012). Risk factors for criminal recidivism—a prospective follow-up study in prisoners with substance abuse. *BMC Psychiatry*, 12, 1-8.

Howard, R., Karatzias, T., Power, K., & Mahoney, A. (2017). Posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms mediate the relationship between substance misuse and violent offending among female prisoners. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 21-25.

Jayes, L., Haslam, P. L., Gratzou, C. G., Powell, P., Britton, J., Vardavas, C., Jimenez-Ruiz, C., Leonardi-Bee, J., & Tobacco Control Committee of the European Respiratory Society (2016). SmokeHaz: Systematic Reviews and Meta-analyses of the Effects of Smoking on Respiratory Health. *Chest*, 150(1), 164–179.

Katsiyannis, A., Whitford, D. K., Zhang, D., & Gage, N. A. (2018). Adult recidivism in United States: A meta-analysis 1994–2015. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 686-696.

Katzke, V. A., Kaaks, R., & Kühn, T. (2015). Lifestyle and cancer risk. *Cancer journal (Sudbury, Mass.)*, 21(2), 104–110.

Knecht, C., de Alvaro, R., Martinez-Raga, J., & Balanza-Martinez, V. (2015). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), substance use disorders, and criminality: a difficult problem with complex solutions. *International journal of adolescent medicine and health*, 27(2), 163-175.

LaCourse, A., Listwan, S. J., Reid, S., & Hartman, J. L. (2019). Recidivism and reentry: The role of individual coping styles. *Crime & Delinquency*, 65(1), 46-68.

Lamberti, J. S., Katsetos, V., Jacobowitz, D. B., & Weisman, R. L. (2020). Psychosis, mania and criminal recidivism: associations and implications for prevention. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(3), 179-202.

Link, N. W., Ward, J. T., & Link, B. G. (2020). Getting people with serious mental illnesses on track: Insights from the health-based model of desistance. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 62(3), 71-95.

Link, N. W., Ward, J. T., & Stansfield, R. (2019). Consequences of mental and physical health for reentry and recidivism: Toward a health-based model of desistance. *Criminology*, 57(3), 544-573.

Liu, H., Li, T. W., Liang, L., & Hou, W. K. (2021). Trauma exposure and mental health of prisoners and ex-prisoners: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 89, 102069.

López-Castro, T., Smith, K. Z., Nicholson, R. A., Armas, A., & Hien, D. A. (2019). Does a history of violent offending impact treatment response for comorbid PTSD and substance use disorders? A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 97, 47-58.

Lu, L., Mullins, C. S., Schafmayer, C., Zeiig, S., & Linnebacher, M. (2021). A global assessment of recent trends in gastrointestinal cancer and lifestyle-associated risk factors. *Cancer Communications (London, England)*, 41(11), 1137–1151.

Mulder, E., Brand, E., Bullens, R., & Van Marle, H. (2011). Risk factors for overall recidivism and severity of recidivism in serious juvenile offenders. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 55(1), 118-135.

Németh, A., Linnenbank, J.H.M., Roeland, M.M., Visser, A., Duijnste, D., Stegink, M. & Van den Heuvel, S. (2022). De waarde van reclasseren in Nederland. *Eerste raming van maatschappelijke baten rond clinten van de reclassering*. Deventer: Hogeschool Saxion.

Newbury-Birch, D., McGovern, R., Birch, J., O'Neill, G., Kaner, H., Sondhi, A., & Lynch, K. (2016). A rapid systematic review of what we know about alcohol use disorders and brief interventions in the criminal justice system. *International Journal of Prisoner Health*, 12(1), 57-70.

Ogloff, J. R., Talevski, D., Lemphers, A., Wood, M., & Simmons, M. (2015). Co-occurring mental illness, substance use disorders, and antisocial personality disorder among clients of forensic mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(1), 16.

Peterson, J. K., Skeem, J., Kennealy, P., Bray, B., & Zvonkovic, A. (2014). How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness?. *Law and Human Behavior*, 38(5), 439.

Phelps, M. S., Osman, I. H., Robertson, C. E., & Schlafer, R. J. (2022). Beyond "pains" and "gains": untangling the health consequences of probation. *Health & Justice*, 10(1), 29.

Saxena, P., Grella, C. E., & Messina, N. P. (2016). Continuing care and trauma in women offenders' substance use, psychiatric status, and self-efficacy outcomes. *Women & Criminal Justice*, 26(2), 99-121.

Schroeder, R. D., Hill, T. D., Haynes, S. H., & Bradley, C. (2011). Physical health and crime among low-income urban women: An application of general strain theory. *Journal of Criminal Justice*, 39(1), 21-29.

Sirdifield, C., Brooker, C., & Marples, R. (2020). Suicide and probation: A systematic review of the literature. *Forensic Science International: Mind and Law*, 1, 100012.

Skeem, J. L., Manchak, S., & Peterson, J. K. (2011). Correctional policy for offenders with mental illness: Creating a new paradigm for recidivism reduction. *Law and Human Behavior*, 35, 110-126.

Skeem, J. L., Montoya, L., & Manchak, S. M. (2018). Comparing costs of traditional and specialty probation for people with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 69(8), 896-902.

Skeem, J. L., Winter, E., Kennealy, P. J., Loudon, J. E., & Tatar II, J. R. (2014). Offenders with mental illness have criminogenic needs, too: toward recidivism reduction. *Law and Human Behavior*, 38(3), 212.

Stokes, M. L., McCoy, K. P., Abram, K. M., Byck, G. R., & Teplin, L. A. (2015). Suicidal ideation and behavior in youth in the juvenile justice system: A review of the literature. *Journal of Correctional Health Care*, 21(3), 222-242.

Ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Schouten, F., Luik, A. en de Graaf, R. (2023). Prevalence and trends of common mental disorders from 2007- 2009 to 2019- 2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID- 19 pandemic. *World Psychiatry* (22), 275–285.

Thylstrup, B., & Hesse, M. (2016). Impulsive lifestyle counseling to prevent dropout from treatment for substance use disorders in people with antisocial personality disorder: A randomized study. *Addictive Behaviors*, 57, 48-54.

Van der Put, C. E., & De Ruiter, C. (2016). Child maltreatment victimization by type in relation to criminal recidivism in juvenile offenders. *BMC psychiatry*, 16, 1-9.

Vaughn, M. G., DeLisi, M., Beaver, K. M., Perron, B. E., & Abdon, A. (2012). Toward a criminal justice epidemiology: Behavioral and physical health of probationers and parolees in the United States. *Journal of Criminal Justice*, 40(3), 165-173.

Visser, A., Roeland, M.M., Stegink, M. Linnenbank, J.H.M. & Németh, A. (2022). Typologie reclassenten. *Ten behoeve van een MKBA*. Deventer: Hogeschool Saxion.

Visser, A. & Stegink, M. (2025). Inzet en kosten van reclasseren. *Een uitwerking op typeniveau*. Deventer: Hogeschool Saxion.

Zettler, H. R. (2021). Much to do about trauma: A systematic review of existing trauma-informed treatments on youth violence and recidivism. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 19(1), 113-134.

Zhang, Y. B., Pan, X. F., Chen, J., Cao, A., Xia, L., Zhang, Y., Wang, J., Li, H., Liu, G., & Pan, A. (2021). Combined lifestyle factors, all-cause mortality and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75(1), 92–99.

Zhang, Y. B., Pan, X. F., Chen, J., Cao, A., Zhang, Y. G., Xia, L., Wang, J., Li, H., Liu, G., & Pan, A. (2020). Combined lifestyle factors, incident cancer, and cancer mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *British Journal of Cancer*, 122(7), 1085–1093.

Zorginstituut Nederland (z.j.). *Zorgcijfersdatabank*. Geraadpleegd op 26 april 2024, van <https://www.zorgcijfersdatabank.nl/>.

10 Bijlagen

De achterliggende tabellen zijn opgenomen in de bijlage. Zie onderstaande lijst:

1. Aantal reclassenten dat gebruik maakt van GGZ
2. Aantal reclassenten met een DSM-diagnose
3. Meest voorkomende DSM-diagnoses
4. Aantal reclassenten met een schizofrene of andere psychotische stoornis
5. Aantal reclassenten met een persoonlijkheidsstoornis
6. Aantal reclassenten met een aan alcohol gebonden stoornis
7. Aantal reclassenten met een aan andere middelen gebonden stoornis
8. Aantal reclassenten dat gebruik maakt van huisartsenzorg
9. Aantal reclassenten dat gebruik maakt van ziekenhuiszorg
10. Vergoedde kosten huisartsenzorg
11. Vergoedde kosten ziekenhuiszorg
12. Vergoedde kosten farmacie
13. Ziektebeelden somatische zorg

1. Aantal reclassenten dat gebruik maakt van GGZ

| Aantal personen dat gebruikt maakt van GGZ | | | | | | | | |
|--|---|------------|------------|------------|--------|-------------|-------------|-------------|
| Cluster | | Jaar min 3 | Jaar min 2 | Jaar min 1 | Jaar 0 | Jaar plus 1 | Jaar plus 2 | Jaar plus 3 |
| 1 | n | 163 | 158 | 208 | 195 | 138 | 147 | 150 |
| | % | 19% | 18% | 24% | 22% | 16% | 17% | 17% |
| 2 | n | 184 | 176 | 163 | 135 | 101 | 114 | 115 |
| | % | 27% | 26% | 24% | 20% | 15% | 17% | 17% |
| 3 | n | 187 | 178 | 168 | 113 | 102 | 103 | 124 |
| | % | 30% | 29% | 27% | 18% | 17% | 17% | 20% |
| 4 | n | 223 | 199 | 215 | 189 | 137 | 163 | 173 |
| | % | 21% | 19% | 21% | 18% | 13% | 16% | 17% |
| 5 | n | 166 | 169 | 175 | 153 | 115 | 137 | 147 |
| | % | 26% | 27% | 28% | 24% | 18% | 22% | 23% |
| 6 | n | 236 | 205 | 215 | 160 | 136 | 133 | 163 |
| | % | 32% | 28% | 29% | 22% | 19% | 18% | 22% |
| 7 | n | 309 | 301 | 328 | 277 | 199 | 219 | 254 |
| | % | 30% | 29% | 31% | 27% | 19% | 21% | 24% |
| 8 | n | 187 | 178 | 153 | 135 | 100 | 102 | 121 |
| | % | 29% | 27% | 23% | 21% | 15% | 16% | 18% |
| 9 | n | 151 | 151 | 171 | 146 | 111 | 121 | 126 |
| | % | 27% | 27% | 30% | 26% | 20% | 22% | 22% |
| 10 | n | 218 | 221 | 293 | 275 | 198 | 210 | 211 |
| | % | 14% | 14% | 18% | 17% | 12% | 13% | 13% |
| 11 | n | 178 | 170 | 166 | 133 | 101 | 109 | 119 |
| | % | 26% | 25% | 25% | 20% | 15% | 16% | 18% |
| 12 | n | 147 | 153 | 149 | 136 | 106 | 108 | 130 |
| | % | 29% | 30% | 30% | 27% | 21% | 21% | 26% |
| 13 | n | 133 | 130 | 129 | 92 | 72 | 82 | 81 |
| | % | 29% | 29% | 29% | 20% | 16% | 18% | 18% |
| 14 | n | 145 | 142 | 137 | 102 | 85 | 95 | 100 |
| | % | 37% | 37% | 35% | 26% | 22% | 24% | 26% |
| 15 | n | 208 | 227 | 257 | 217 | 155 | 196 | 179 |
| | % | 18% | 20% | 23% | 19% | 14% | 17% | 16% |
| 16 | n | 4654 | 4655 | 4917 | 4548 | 3302 | 3637 | 3719 |
| | % | 25% | 25% | 27% | 25% | 18% | 20% | 20% |
| 17a | n | 4392 | 4248 | 4169 | 4345 | 4024 | 3710 | 3604 |
| | % | 15% | 15% | 15% | 15% | 14% | 13% | 13% |
| 17b | n | 3521 | 3347 | 3589 | 4021 | 3318 | 3025 | 2959 |
| | % | 20% | 19% | 20% | 23% | 19% | 17% | 17% |
| 17c | n | 979 | 931 | 1017 | 1086 | 912 | 807 | 780 |
| | % | 21% | 20% | 22% | 23% | 20% | 17% | 17% |
| Totaal | n | 16381 | 15939 | 16619 | 16458 | 13412 | 13218 | 13255 |
| | % | 20% | 20% | 21% | 20% | 17% | 16% | 16% |
| N totaal | | 81036 | 81036 | 81036 | 81036 | 81036 | 81036 | 81036 |

2. Aantal reclassenten met een DSM-diagnose

| Aantal reclassenten met een DSM diagnose | | | T-3 | T-2 | T-1 | T1 | T2 | T3 | |
|--|-----------|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Cluster | Frequency | | | | | | | | |
| 1 | 833 | | 1 | 18% | 16% | 21% | 13% | 12% | 11% |
| 2 | 615 | | 2 | 24% | 21% | 20% | 12% | 12% | 12% |
| 3 | 545 | | 3 | 28% | 23% | 19% | 14% | 13% | 14% |
| 4 | 977 | | 4 | 19% | 19% | 19% | 11% | 12% | 12% |
| 5 | 599 | | 5 | 26% | 22% | 21% | 17% | 16% | 15% |
| 6 | 661 | | 6 | 28% | 26% | 27% | 17% | 17% | 18% |
| 7 | 973 | | 7 | 26% | 25% | 26% | 17% | 15% | 17% |
| 8 | 592 | | 8 | 26% | 22% | 21% | 13% | 12% | 12% |
| 9 | 509 | | 9 | 27% | 26% | 26% | 17% | 15% | 15% |
| 10 | 1558 | | 10 | 13% | 13% | 16% | 10% | 9% | 8% |
| 11 | 603 | | 11 | 25% | 23% | 20% | 13% | 13% | 10% |
| 12 | 459 | | 12 | 27% | 24% | 24% | 17% | 16% | 15% |
| 13 | 403 | | 13 | 32% | 25% | 21% | 14% | 16% | 15% |
| 14 | 348 | | 14 | 32% | 29% | 25% | 19% | 21% | 21% |
| 15 | 1091 | | 15 | 16% | 18% | 20% | 12% | 11% | 11% |
| 16 | 15698 | | 16 | 23% | 22% | 24% | 16% | 15% | 14% |
| alleen wer | 28680 | 17a | | 13% | 12% | 12% | 10% | 9% | 7% |
| alleen adv | 17674 | 17b | | 17% | 16% | 19% | 16% | 13% | 11% |
| combinati | 4662 | 17c | | 19% | 17% | 19% | 17% | 14% | 11% |
| Total | 77480 | Totaal | | 17% | 16% | 18% | 14% | 12% | 10% |

3. Meest voorkomende DSM-diagnoses

| Meestvoorkomende DSM diagnoses | T-3 | T-2 | T-1 | T1 | T2 | T3 |
|---|------|------|------|------|------|------|
| Pervasive ontwikkelingsst. | 3% | 3% | 2% | 2% | 2% | 3% |
| Aandachtstekortst. en gedragsst. | 11% | 7% | 4% | 4% | 4% | 5% |
| Restgroep diagnoses | 5% | 6% | 7% | 4% | 3% | 3% |
| Aan alcohol gebonden st. | 12% | 12% | 11% | 11% | 10% | 10% |
| Overige aan een middel gebonden st. | 24% | 21% | 16% | 18% | 18% | 17% |
| Schizofrenie en andere psychotische st. | 12% | 13% | 11% | 13% | 14% | 14% |
| Depressieve stoornissen | 8% | 7% | 6% | 6% | 5% | 5% |
| Bipolaire en overige stemmingst. | 2% | 3% | 2% | 2% | 2% | 2% |
| Angststoornissen | 7% | 7% | 6% | 6% | 7% | 8% |
| Persoonlijkheidsstoornissen | 11% | 12% | 10% | 10% | 10% | 11% |
| Niet bekend of overig | 3% | 11% | 25% | 24% | 24% | 23% |
| Totaal | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

4. Aantal reclassenten met een schizofrene of andere psychotische stoornis

| Cluster | | Min 3 | Min 2 | Min 1 | Plus 1 | Plus 2 | Plus 3 |
|----------|---|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 1 | n | 15 | 23 | 14 | 17 | 16 | 11 |
| | % | 2% | 3% | 2% | 2% | 2% | 1% |
| 2 | n | 19 | 13 | 16 | 15 | 13 | < 10 |
| | % | 3% | 2% | 3% | 2% | 2% | |
| 3 | n | 18 | 15 | < 10 | 14 | < 10 | < 10 |
| | % | 3% | 3% | | 3% | | |
| 4 | n | 11 | 17 | 11 | 20 | 14 | 23 |
| | % | 1% | 2% | 1% | 2% | 1% | 2% |
| 5 | n | 18 | 10 | 16 | 12 | 14 | 11 |
| | % | 3% | 2% | 3% | 2% | 2% | 2% |
| 6 | n | 25 | 17 | 27 | 13 | 19 | 19 |
| | % | 4% | 3% | 4% | 2% | 3% | 3% |
| 7 | n | 22 | 24 | 24 | 22 | 18 | 25 |
| | % | 2% | 2% | 2% | 2% | 2% | 3% |
| 8 | n | 13 | 20 | 18 | 12 | 15 | 11 |
| | % | 2% | 3% | 3% | 2% | 3% | 2% |
| 9 | n | 20 | 23 | 21 | 23 | 21 | 18 |
| | % | 4% | 5% | 4% | 5% | 4% | 4% |
| 10 | n | 21 | 15 | 13 | 11 | 13 | 16 |
| | % | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% |
| 11 | n | < 10 | < 10 | 15 | < 10 | < 10 | < 10 |
| | % | | | 2% | | | |
| 12 | n | < 10 | < 10 | < 10 | < 10 | < 10 | < 10 |
| | % | | | | | | |
| 13 | n | 18 | 16 | 13 | 12 | 14 | 11 |
| | % | 4% | 4% | 3% | 3% | 3% | 3% |
| 14 | n | 24 | 15 | 14 | < 10 | < 10 | 14 |
| | % | 7% | 4% | 4% | | | 4% |
| 15 | n | 14 | 20 | 20 | 20 | 25 | 21 |
| | % | 1% | 2% | 2% | 2% | 2% | 2% |
| 16 | n | 501 | 494 | 561 | 459 | 433 | 404 |
| | % | 3% | 3% | 4% | 3% | 3% | 3% |
| 17a | n | 365 | 355 | 396 | 375 | 321 | 295 |
| | % | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% |
| 17b | n | 650 | 705 | 891 | 648 | 569 | 492 |
| | % | 4% | 4% | 5% | 4% | 3% | 3% |
| 17c | n | 126 | 132 | 149 | 147 | 126 | 101 |
| | % | 3% | 3% | 3% | 3% | 3% | 2% |
| Totaal | n | 1891 | 1929 | 2234 | 1837 | 1653 | 1499 |
| | % | 2% | 2% | 3% | 2% | 2% | 2% |
| N totaal | | 77480 | 77480 | 77480 | 77480 | 77480 | 77480 |

5. Aantal reclassenten met een persoonlijkheidsstoornis

| Aantal personen met diagnose: 14 persoonlijkheidsstoornissen | | | | | | | |
|--|---|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| Cluster | | Min 3 | Min 2 | Min 1 | Plus 1 | Plus 2 | Plus 3 |
| 1 | n | 18 | 16 | 23 | 14 | 15 | 13 |
| | % | 2% | 2% | 3% | 2% | 2% | 2% |
| 2 | n | 18 | 17 | 17 | 16 | 14 | 16 |
| | % | 3% | 3% | 3% | 3% | 2% | 3% |
| 3 | n | 23 | 19 | 12 | < 10 | < 10 | 10 |
| | % | 4% | 3% | 2% | | | 2% |
| 4 | n | 27 | 40 | 27 | 20 | 22 | 25 |
| | % | 3% | 4% | 3% | 2% | 2% | 3% |
| 5 | n | 22 | 22 | 15 | 12 | 10 | 17 |
| | % | 4% | 4% | 3% | 2% | 2% | 3% |
| 6 | n | 24 | 29 | 24 | < 10 | < 10 | 11 |
| | % | 4% | 4% | 4% | | | 2% |
| 7 | n | 33 | 45 | 48 | 27 | 27 | 35 |
| | % | 3% | 5% | 5% | 3% | 3% | 4% |
| 8 | n | 24 | 24 | 15 | 15 | 18 | 14 |
| | % | 4% | 4% | 3% | 3% | 3% | 2% |
| 9 | n | 23 | 16 | 15 | < 10 | < 10 | 10 |
| | % | 5% | 3% | 3% | | | 2% |
| 10 | n | 28 | 24 | 40 | 20 | 20 | 21 |
| | % | 2% | 2% | 3% | 1% | 1% | 1% |
| 11 | n | 27 | 24 | 32 | 16 | 21 | 11 |
| | % | 4% | 4% | 5% | 3% | 3% | 2% |
| 12 | n | 18 | 18 | 17 | 11 | 11 | 12 |
| | % | 4% | 4% | 4% | 2% | 2% | 3% |
| 13 | n | < 10 | 11 | 14 | 10 | < 10 | < 10 |
| | % | | 3% | 3% | 2% | | |
| 14 | n | < 10 | 12 | 12 | < 10 | < 10 | < 10 |
| | % | | 3% | 3% | | | |
| 15 | n | 21 | 25 | 24 | 17 | 17 | 19 |
| | % | 2% | 2% | 2% | 2% | 2% | 2% |
| 16 | n | 456 | 455 | 521 | 287 | 302 | 315 |
| | % | 3% | 3% | 3% | 2% | 2% | 2% |
| 17a | n | 509 | 493 | 509 | 450 | 329 | 276 |
| | % | 2% | 2% | 2% | 2% | 1% | 1% |
| 17b | n | 372 | 379 | 404 | 364 | 275 | 241 |
| | % | 2% | 2% | 2% | 2% | 2% | 1% |
| 17c | n | 104 | 124 | 125 | 108 | 88 | 81 |
| | % | 2% | 3% | 3% | 2% | 2% | 2% |
| Totaal | n | 1772 | 1793 | 1894 | 1420 | 1204 | 1140 |
| | % | 2% | 2% | 2% | 2% | 2% | 1% |
| N totaal | | 77480 | 77480 | 77480 | 77480 | 77480 | 77480 |

6. Aantal reclassenten met een aan alcohol gebonden stoornis

| Cluster | | Min 3 | Min 2 | Min 1 | Plus 1 | Plus 2 | Plus 3 |
|----------|---|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 1 | n | 21 | 21 | 29 | 15 | 12 | < 10 |
| | % | 3% | 3% | 3% | 2% | 1% | |
| 2 | n | 15 | 17 | 23 | 11 | 17 | 12 |
| | % | 2% | 3% | 4% | 2% | 3% | 2% |
| 3 | n | 21 | 27 | 25 | 10 | 10 | 17 |
| | % | 4% | 5% | 5% | 2% | 2% | 3% |
| 4 | n | 25 | 26 | 30 | 14 | 18 | < 10 |
| | % | 3% | 3% | 3% | 1% | 2% | |
| 5 | n | 26 | 14 | 17 | 13 | 12 | 17 |
| | % | 4% | 2% | 3% | 2% | 2% | 3% |
| 6 | n | 40 | 21 | 35 | 20 | 15 | 17 |
| | % | 6% | 3% | 5% | 3% | 2% | 3% |
| 7 | n | 44 | 54 | 65 | 37 | 31 | 33 |
| | % | 5% | 6% | 7% | 4% | 3% | 3% |
| 8 | n | 17 | 27 | 23 | 13 | < 10 | < 10 |
| | % | 3% | 5% | 4% | 2% | | |
| 9 | n | 33 | 32 | 36 | 23 | < 10 | 11 |
| | % | 6% | 6% | 7% | 5% | | 2% |
| 10 | n | 31 | 34 | 26 | 16 | 15 | 12 |
| | % | 2% | 2% | 2% | 1% | 1% | 1% |
| 11 | n | 24 | 24 | 18 | < 10 | < 10 | < 10 |
| | % | 4% | 4% | 3% | | | |
| 12 | n | 26 | 26 | 21 | 15 | 13 | 13 |
| | % | 6% | 6% | 5% | 3% | 3% | 3% |
| 13 | n | 11 | 21 | 24 | < 10 | < 10 | < 10 |
| | % | 3% | 5% | 6% | | | |
| 14 | n | 21 | 11 | 12 | < 10 | 14 | 11 |
| | % | 6% | 3% | 3% | | 4% | 3% |
| 15 | n | 29 | 34 | 39 | 24 | 21 | 21 |
| | % | 3% | 3% | 4% | 2% | 2% | 2% |
| 16 | n | 545 | 525 | 609 | 401 | 381 | 290 |
| | % | 3% | 3% | 4% | 3% | 2% | 2% |
| 17a | n | 537 | 515 | 558 | 540 | 398 | 303 |
| | % | 2% | 2% | 2% | 2% | 1% | 1% |
| 17b | n | 300 | 262 | 354 | 339 | 183 | 145 |
| | % | 2% | 1% | 2% | 2% | 1% | 1% |
| 17c | n | 115 | 103 | 146 | 120 | 92 | 60 |
| | % | 2% | 2% | 3% | 3% | 2% | 1% |
| Totaal | n | 1881 | 1794 | 2090 | 1633 | 1265 | 999 |
| | % | 2% | 2% | 3% | 2% | 2% | 1% |
| N totaal | | 77480 | 77480 | 77480 | 77480 | 77480 | 77480 |

7. Aantal reclassenten met een aan andere middelen gebonden stoornis

| Cluster | | Min 3 | Min 2 | Min 1 | Plus 1 | Plus 2 | Plus 3 |
|----------|---|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 1 | n | 28 | 19 | 21 | 21 | 20 | 15 |
| | % | 3% | 2% | 3% | 3% | 2% | 2% |
| 2 | n | 61 | 52 | 49 | 34 | 30 | 27 |
| | % | 10% | 8% | 8% | 6% | 5% | 4% |
| 3 | n | 74 | 65 | 52 | 35 | 37 | 21 |
| | % | 14% | 12% | 10% | 6% | 7% | 4% |
| 4 | n | 49 | 43 | 40 | 21 | 25 | 20 |
| | % | 5% | 4% | 4% | 2% | 3% | 2% |
| 5 | n | 75 | 67 | 54 | 42 | 42 | 38 |
| | % | 13% | 11% | 9% | 7% | 7% | 6% |
| 6 | n | 74 | 61 | 84 | 48 | 50 | 52 |
| | % | 11% | 9% | 13% | 7% | 8% | 8% |
| 7 | n | 87 | 83 | 77 | 39 | 31 | 35 |
| | % | 9% | 9% | 8% | 4% | 3% | 4% |
| 8 | n | 38 | 41 | 33 | 20 | 22 | < 10 |
| | % | 6% | 7% | 6% | 3% | 4% | |
| 9 | n | 40 | 36 | 38 | 18 | 17 | 18 |
| | % | 8% | 7% | 7% | 4% | 3% | 4% |
| 10 | n | 30 | 36 | 35 | 16 | 15 | < 10 |
| | % | 2% | 2% | 2% | 1% | 1% | |
| 11 | n | 52 | 41 | 40 | 26 | 19 | 15 |
| | % | 9% | 7% | 7% | 4% | 3% | 2% |
| 12 | n | 50 | 42 | 43 | 37 | 22 | 18 |
| | % | 11% | 9% | 9% | 8% | 5% | 4% |
| 13 | n | 62 | 53 | 29 | 20 | 29 | 22 |
| | % | 15% | 13% | 7% | 5% | 7% | 5% |
| 14 | n | 67 | 49 | 41 | 31 | 29 | 23 |
| | % | 19% | 14% | 12% | 9% | 8% | 7% |
| 15 | n | 65 | 55 | 69 | 33 | 26 | 23 |
| | % | 6% | 5% | 6% | 3% | 2% | 2% |
| 16 | n | 1115 | 972 | 902 | 625 | 580 | 507 |
| | % | 7% | 6% | 6% | 4% | 4% | 3% |
| 17a | n | 925 | 778 | 727 | 736 | 657 | 482 |
| | % | 3% | 3% | 3% | 3% | 2% | 2% |
| 17b | n | 652 | 553 | 665 | 513 | 367 | 287 |
| | % | 4% | 3% | 4% | 3% | 2% | 2% |
| 17c | n | 226 | 185 | 220 | 219 | 160 | 102 |
| | % | 5% | 4% | 5% | 5% | 3% | 2% |
| Totaal | n | 3770 | 3231 | 3219 | 2534 | 2178 | 1728 |
| | % | 5% | 4% | 4% | 3% | 3% | 2% |
| N totaal | | 77480 | 77480 | 77480 | 77480 | 77480 | 77480 |

8. Aantal reclassenten dat gebruik maakt van huisartsenzorg

| Aantal personen met vergoede kosten huisartsenzorg | | | | | | | | |
|--|---|------------|------------|------------|--------|-------------|-------------|-------------|
| Cluster | | Jaar min 3 | Jaar min 2 | Jaar min 1 | Jaar 0 | Jaar plus 1 | jaar plus 2 | Jaar plus 3 |
| 1 | n | 786 | 794 | 765 | 784 | 803 | 803 | 797 |
| | % | 90% | 91% | 87% | 89% | 92% | 92% | 91% |
| 2 | n | 530 | 522 | 496 | 517 | 544 | 554 | 555 |
| | % | 77% | 76% | 72% | 75% | 79% | 81% | 81% |
| 3 | n | 449 | 430 | 437 | 400 | 421 | 424 | 444 |
| | % | 73% | 70% | 71% | 65% | 68% | 69% | 72% |
| 4 | n | 834 | 810 | 787 | 840 | 916 | 931 | 926 |
| | % | 80% | 77% | 75% | 80% | 88% | 89% | 89% |
| 5 | n | 526 | 528 | 508 | 513 | 521 | 527 | 537 |
| | % | 83% | 84% | 81% | 81% | 83% | 84% | 85% |
| 6 | n | 595 | 584 | 565 | 566 | 587 | 589 | 581 |
| | % | 81% | 80% | 77% | 77% | 80% | 80% | 79% |
| 7 | n | 919 | 891 | 858 | 880 | 911 | 908 | 912 |
| | % | 88% | 85% | 82% | 84% | 87% | 87% | 87% |
| 8 | n | 517 | 514 | 483 | 511 | 558 | 555 | 558 |
| | % | 79% | 78% | 74% | 78% | 85% | 85% | 85% |
| 9 | n | 483 | 485 | 468 | 461 | 482 | 478 | 478 |
| | % | 86% | 86% | 83% | 82% | 86% | 85% | 85% |
| 10 | n | 1398 | 1387 | 1310 | 1389 | 1480 | 1489 | 1479 |
| | % | 87% | 86% | 81% | 86% | 92% | 92% | 92% |
| 11 | n | 495 | 470 | 459 | 501 | 543 | 547 | 543 |
| | % | 73% | 70% | 68% | 74% | 80% | 81% | 80% |
| 12 | n | 400 | 394 | 381 | 384 | 413 | 418 | 428 |
| | % | 80% | 78% | 76% | 76% | 82% | 83% | 85% |
| 13 | n | 312 | 312 | 291 | 285 | 295 | 308 | 296 |
| | % | 69% | 69% | 65% | 63% | 65% | 68% | 66% |
| 14 | n | 301 | 301 | 280 | 278 | 290 | 302 | 311 |
| | % | 78% | 78% | 72% | 72% | 75% | 78% | 80% |
| 15 | n | 929 | 925 | 905 | 934 | 996 | 997 | 1004 |
| | % | 82% | 82% | 80% | 83% | 88% | 88% | 89% |
| 16 | n | 15557 | 15561 | 15307 | 15556 | 15994 | 16037 | 15983 |
| | % | 85% | 85% | 83% | 85% | 87% | 87% | 87% |
| 17a | n | 25971 | 26141 | 26327 | 26646 | 26710 | 26453 | 26313 |
| | % | 90% | 91% | 92% | 93% | 93% | 92% | 92% |
| 17b | n | 15319 | 15299 | 15292 | 14948 | 14587 | 14873 | 14825 |
| | % | 87% | 87% | 87% | 85% | 83% | 84% | 84% |
| 17c | n | 4213 | 4259 | 4293 | 4303 | 4249 | 4173 | 4158 |
| | % | 90% | 91% | 92% | 92% | 91% | 89% | 89% |
| Totaal | n | 70534 | 70607 | 70212 | 70696 | 71300 | 71366 | 71128 |
| | % | 87% | 87% | 87% | 87% | 88% | 88% | 88% |
| N totaal | | 81036 | 81036 | 81036 | 81036 | 81036 | 81036 | 81036 |

9. Aantal reclassenten dat gebruik maakt van ziekenhuiszorg

| Aantal personen met vergoede kosten ziekenhuiszorg | | | | | | | | |
|--|---|------------|------------|------------|--------|-------------|-------------|-------------|
| Cluster | | Jaar min 3 | Jaar min 2 | Jaar min 1 | Jaar 0 | Jaar plus 1 | jaar plus 2 | Jaar plus 3 |
| 1 | n | 443 | 438 | 449 | 459 | 501 | 485 | 509 |
| | % | 51% | 50% | 51% | 52% | 57% | 55% | 58% |
| 2 | n | 292 | 308 | 305 | 307 | 362 | 340 | 336 |
| | % | 43% | 45% | 44% | 45% | 53% | 50% | 49% |
| 3 | n | 268 | 256 | 251 | 261 | 263 | 265 | 292 |
| | % | 43% | 41% | 41% | 42% | 43% | 43% | 47% |
| 4 | n | 456 | 454 | 418 | 475 | 569 | 579 | 557 |
| | % | 44% | 43% | 40% | 45% | 54% | 55% | 53% |
| 5 | n | 310 | 299 | 281 | 307 | 344 | 359 | 344 |
| | % | 49% | 47% | 45% | 49% | 55% | 57% | 55% |
| 6 | n | 325 | 334 | 329 | 348 | 375 | 359 | 367 |
| | % | 44% | 46% | 45% | 47% | 51% | 49% | 50% |
| 7 | n | 522 | 557 | 495 | 534 | 610 | 594 | 616 |
| | % | 50% | 53% | 47% | 51% | 58% | 57% | 59% |
| 8 | n | 287 | 300 | 276 | 310 | 349 | 339 | 339 |
| | % | 44% | 46% | 42% | 47% | 53% | 52% | 52% |
| 9 | n | 267 | 269 | 262 | 293 | 305 | 285 | 298 |
| | % | 48% | 48% | 47% | 52% | 54% | 51% | 53% |
| 10 | n | 766 | 708 | 677 | 740 | 844 | 856 | 872 |
| | % | 48% | 44% | 42% | 46% | 52% | 53% | 54% |
| 11 | n | 277 | 285 | 265 | 286 | 341 | 327 | 323 |
| | % | 41% | 42% | 39% | 42% | 51% | 48% | 48% |
| 12 | n | 235 | 224 | 223 | 219 | 262 | 270 | 267 |
| | % | 47% | 45% | 44% | 44% | 52% | 54% | 53% |
| 13 | n | 178 | 176 | 163 | 169 | 192 | 178 | 187 |
| | % | 39% | 39% | 36% | 37% | 43% | 39% | 41% |
| 14 | n | 165 | 174 | 165 | 169 | 193 | 204 | 211 |
| | % | 43% | 45% | 43% | 44% | 50% | 53% | 54% |
| 15 | n | 523 | 495 | 496 | 538 | 654 | 626 | 605 |
| | % | 46% | 44% | 44% | 48% | 58% | 56% | 54% |
| 16 | n | 8811 | 8890 | 8781 | 9089 | 9699 | 9898 | 9829 |
| | % | 48% | 48% | 48% | 50% | 53% | 54% | 54% |
| 17a | n | 14295 | 14456 | 14634 | 15103 | 15270 | 15449 | 15568 |
| | % | 50% | 50% | 51% | 53% | 53% | 54% | 54% |
| 17b | n | 8542 | 8554 | 8590 | 8646 | 8698 | 9059 | 9108 |
| | % | 48% | 48% | 49% | 49% | 49% | 51% | 52% |
| 17c | n | 2368 | 2431 | 2491 | 2530 | 2505 | 2556 | 2517 |
| | % | 51% | 52% | 53% | 54% | 54% | 55% | 54% |
| Totaal | n | 39330 | 39608 | 39551 | 40783 | 42336 | 43028 | 43145 |
| | % | 49% | 49% | 49% | 50% | 52% | 53% | 53% |
| N totaal | | 81036 | 81036 | 81036 | 81036 | 81036 | 81036 | 81036 |

10. Vergoede kosten huisartsenzorg

| Vergoede kosten huisarts | | | | | | | |
|--------------------------|----------------|------------|------------|--------|-------------|-------------|-------------|
| Cluster | Jaar min 3 | Jaar min 2 | Jaar min 1 | Jaar 0 | Jaar plus 1 | Jaar plus 2 | Jaar plus 3 |
| 1 | Mean | 128,49 | 140,43 | 151,43 | 146,14 | 158,84 | 162,12 |
| | Median | 99,55 | 105,01 | 110,88 | 106,77 | 118,59 | 118,43 |
| | Std. Deviation | 95,44 | 122,44 | 127,70 | 142,73 | 144,62 | 138,81 |
| | n | 835 | 845 | 846 | 854 | 856 | 842 |
| 2 | Mean | 114,38 | 114,28 | 120,10 | 124,25 | 130,17 | 157,61 |
| | Median | 84,85 | 88,32 | 88,02 | 86,95 | 93,74 | 110,75 |
| | Std. Deviation | 115,06 | 120,21 | 147,67 | 143,18 | 146,23 | 181,87 |
| | n | 633 | 642 | 639 | 642 | 645 | 635 |
| 3 | Mean | 108,81 | 115,34 | 117,82 | 105,06 | 108,59 | 127,05 |
| | Median | 85,58 | 83,42 | 80,24 | 70,10 | 80,75 | 90,32 |
| | Std. Deviation | 113,42 | 129,21 | 145,50 | 144,53 | 138,07 | 176,04 |
| | n | 561 | 552 | 553 | 561 | 560 | 552 |
| 4 | Mean | 117,52 | 118,54 | 123,71 | 128,70 | 143,54 | 160,29 |
| | Median | 89,82 | 91,17 | 92,75 | 97,82 | 107,64 | 120,65 |
| | Std. Deviation | 105,38 | 119,55 | 136,33 | 148,21 | 131,47 | 130,35 |
| | n | 983 | 993 | 984 | 1.002 | 1.016 | 999 |
| 5 | Mean | 127,49 | 147,30 | 140,85 | 132,30 | 140,60 | 154,72 |
| | Median | 101,06 | 103,10 | 104,25 | 98,77 | 106,64 | 113,85 |
| | Std. Deviation | 107,27 | 168,72 | 131,96 | 145,42 | 135,45 | 158,01 |
| | n | 580 | 578 | 562 | 585 | 589 | 586 |
| 6 | Mean | 120,64 | 124,77 | 135,01 | 125,35 | 134,70 | 156,72 |
| | Median | 89,70 | 93,93 | 94,21 | 92,62 | 102,99 | 109,57 |
| | Std. Deviation | 119,02 | 125,02 | 181,94 | 138,01 | 135,58 | 181,36 |
| | n | 680 | 681 | 694 | 690 | 701 | 672 |
| 7 | Mean | 130,99 | 137,24 | 149,69 | 145,45 | 157,54 | 172,43 |
| | Median | 98,91 | 103,56 | 105,81 | 104,16 | 115,66 | 124,75 |
| | Std. Deviation | 111,90 | 120,72 | 156,50 | 155,14 | 144,39 | 163,65 |
| | n | 991 | 998 | 982 | 1.009 | 1.009 | 990 |
| 8 | Mean | 109,84 | 126,22 | 119,43 | 129,31 | 138,43 | 145,08 |
| | Median | 87,85 | 94,26 | 92,84 | 91,58 | 106,52 | 108,72 |
| | Std. Deviation | 97,17 | 131,75 | 123,60 | 156,73 | 130,24 | 144,26 |
| | n | 618 | 630 | 630 | 628 | 632 | 632 |
| 9 | Mean | 144,76 | 164,94 | 163,22 | 162,97 | 167,38 | 166,03 |
| | Median | 93,88 | 103,36 | 107,50 | 105,28 | 110,48 | 112,28 |
| | Std. Deviation | 217,53 | 303,06 | 255,21 | 267,18 | 253,30 | 206,89 |
| | n | 539 | 540 | 535 | 532 | 541 | 534 |
| 10 | Mean | 120,44 | 122,57 | 121,33 | 128,16 | 142,25 | 147,55 |
| | Median | 94,29 | 95,24 | 98,23 | 99,17 | 109,69 | 114,78 |
| | Std. Deviation | 92,74 | 101,83 | 102,53 | 147,33 | 129,60 | 110,52 |
| | n | 1.520 | 1.525 | 1.527 | 1.570 | 1.565 | 1.547 |
| 11 | Mean | 117,19 | 121,69 | 119,74 | 127,44 | 134,05 | 143,04 |
| | Median | 87,41 | 91,14 | 86,87 | 90,23 | 100,77 | 109,74 |
| | Std. Deviation | 123,94 | 147,50 | 146,92 | 167,93 | 149,87 | 133,43 |
| | n | 616 | 622 | 621 | 644 | 647 | 637 |
| 12 | Mean | 130,98 | 135,97 | 143,88 | 134,16 | 153,18 | 160,22 |
| | Median | 95,18 | 97,83 | 99,91 | 92,35 | 102,30 | 121,49 |
| | Std. Deviation | 119,01 | 128,99 | 148,90 | 163,41 | 180,04 | 160,15 |
| | n | 459 | 455 | 456 | 465 | 479 | 474 |
| 13 | Mean | 111,11 | 128,06 | 132,89 | 103,33 | 111,26 | 125,61 |
| | Median | 79,60 | 79,18 | 79,51 | 59,62 | 75,23 | 80,53 |
| | Std. Deviation | 144,95 | 252,49 | 233,39 | 160,82 | 142,42 | 160,84 |
| | n | 398 | 408 | 395 | 406 | 401 | 409 |
| 14 | Mean | 123,25 | 149,13 | 148,56 | 132,63 | 136,00 | 167,55 |
| | Median | 91,43 | 91,62 | 90,87 | 82,24 | 89,33 | 102,73 |
| | Std. Deviation | 125,77 | 204,10 | 232,71 | 169,84 | 189,95 | 219,32 |
| | n | 356 | 357 | 347 | 354 | 354 | 351 |
| 15 | Mean | 132,91 | 131,94 | 138,20 | 129,13 | 148,85 | 159,88 |
| | Median | 100,12 | 99,96 | 104,43 | 96,64 | 114,03 | 123,80 |
| | Std. Deviation | 129,69 | 118,65 | 140,04 | 127,84 | 127,85 | 156,63 |
| | n | 1.009 | 1.022 | 1.037 | 1.081 | 1.082 | 1.072 |
| 16 | Mean | 132,36 | 140,15 | 145,65 | 146,93 | 148,45 | 159,17 |
| | Median | 97,71 | 102,21 | 104,53 | 106,08 | 109,93 | 118,05 |
| | Std. Deviation | 131,61 | 155,33 | 154,18 | 165,07 | 150,35 | 168,37 |
| | n | 17.000 | 17.143 | 17.215 | 17.515 | 17.571 | 17.385 |
| 17a | Mean | 131,10 | 141,60 | 149,16 | 151,67 | 153,29 | 162,41 |
| | Median | 98,97 | 106,08 | 111,79 | 114,57 | 116,03 | 122,54 |
| | Std. Deviation | 106,27 | 114,99 | 122,77 | 120,21 | 117,95 | 130,50 |
| | n | 27.020 | 27.113 | 27.282 | 27.542 | 27.531 | 27.227 |
| 17b | Mean | 136,47 | 150,94 | 157,75 | 164,47 | 154,28 | 167,45 |
| | Median | 99,62 | 109,12 | 113,46 | 116,54 | 113,24 | 123,75 |
| | Std. Deviation | 145,15 | 161,17 | 165,29 | 184,60 | 164,87 | 180,39 |
| | n | 16.291 | 16.298 | 16.309 | 16.083 | 16.034 | 16.106 |
| 17c | Mean | 136,03 | 148,84 | 157,89 | 163,13 | 160,82 | 168,77 |
| | Median | 100,74 | 111,10 | 116,80 | 119,98 | 118,86 | 125,76 |
| | Std. Deviation | 118,07 | 123,90 | 133,44 | 159,50 | 150,64 | 180,38 |
| | n | 4.417 | 4.466 | 4.467 | 4.468 | 4.442 | 4.397 |
| totaal | Mean | 131,67 | 142,10 | 148,55 | 150,98 | 151,25 | 161,99 |
| | Median | 98,11 | 104,79 | 109,00 | 110,78 | 112,86 | 120,80 |
| | Std. Deviation | 123,97 | 140,99 | 145,50 | 153,98 | 142,90 | 157,77 |
| N totaal | 81.036 | 81.036 | 81.036 | 81.036 | 81.036 | 81.036 | 81.036 |
| N geldig gekoppeld | 75.506 | 75.868 | 76.081 | 76.631 | 76.655 | 76.047 | 75.579 |
| % geldig gekoppeld | 93% | 94% | 94% | 95% | 95% | 94% | 93% |

11. Vergoede kosten ziekenhuiszorg

| Vergoede kosten ziekenhuiszorg | | | | | | | | |
|--------------------------------|----------------|------------|------------|----------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| Cluster | Jaar min 3 | Jaar min 2 | Jaar min 1 | Jaar 0 | Jaar plus 1 | Jaar plus 2 | Jaar plus 3 | |
| 1 | Mean | 1.016,02 | 825,29 | 982,31 | 975,31 | 1.043,56 | 1.270,56 | 1.349,26 |
| | Median | 40,60 | 34,34 | 37,05 | 37,43 | 69,43 | 44,95 | 75,58 |
| | Std. Deviation | 4.638,32 | 2.976,40 | 3.552,36 | 4.300,05 | 3.213,73 | 4.202,80 | 4.805,17 |
| | n | 835 | 845 | 846 | 854 | 856 | 842 | 838 |
| 2 | Mean | 690,66 | 766,94 | 786,01 | 911,40 | 963,73 | 1.378,63 | 1.361,90 |
| | Median | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 65,11 | 44,62 | 50,06 |
| | Std. Deviation | 1.938,76 | 2.499,57 | 2.762,63 | 4.545,25 | 5.302,54 | 7.252,15 | 7.759,66 |
| | n | 633 | 642 | 639 | 642 | 645 | 635 | 627 |
| 3 | Mean | 579,54 | 581,58 | 567,77 | 671,85 | 868,37 | 664,06 | 750,03 |
| | Median | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 29,77 |
| | Std. Deviation | 1.909,93 | 1.668,02 | 1.574,87 | 3.266,75 | 5.060,00 | 2.180,59 | 4.405,30 |
| | n | 561 | 552 | 553 | 561 | 560 | 552 | 552 |
| 4 | Mean | 759,60 | 782,07 | 736,20 | 746,67 | 986,69 | 1.025,68 | 1.242,18 |
| | Median | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 47,34 | 65,68 | 59,20 |
| | Std. Deviation | 4.695,19 | 5.038,99 | 6.213,11 | 3.600,05 | 4.349,11 | 6.626,61 | 6.640,59 |
| | n | 983 | 993 | 984 | 1.002 | 1.016 | 999 | 985 |
| 5 | Mean | 725,84 | 760,35 | 818,73 | 751,14 | 964,08 | 1.264,75 | 1.238,35 |
| | Median | 47,10 | 27,74 | 2,41 | 34,84 | 52,88 | 118,95 | 84,68 |
| | Std. Deviation | 1.828,57 | 1.968,11 | 2.594,29 | 2.919,95 | 3.005,53 | 4.941,94 | 3.773,19 |
| | n | 580 | 578 | 562 | 585 | 589 | 586 | 586 |
| 6 | Mean | 801,31 | 825,79 | 756,55 | 729,05 | 1.027,40 | 1.020,86 | 1.160,31 |
| | Median | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 10,25 | 42,86 | 36,46 | 45,79 |
| | Std. Deviation | 3.051,95 | 3.319,95 | 2.360,96 | 3.079,07 | 3.302,23 | 4.916,94 | 5.544,78 |
| | n | 680 | 681 | 694 | 690 | 701 | 672 | 663 |
| 7 | Mean | 1.176,15 | 1.218,64 | 1.187,07 | 1.258,19 | 1.708,33 | 2.259,14 | 2.087,58 |
| | Median | 42,63 | 71,87 | 14,95 | 37,98 | 79,77 | 86,97 | 117,35 |
| | Std. Deviation | 7.079,52 | 7.451,13 | 6.739,63 | 7.786,74 | 9.635,15 | 19.802,47 | 13.608,28 |
| | n | 991 | 998 | 982 | 1.009 | 1.009 | 990 | 987 |
| 8 | Mean | 555,27 | 634,68 | 494,45 | 718,92 | 729,02 | 1.126,54 | 1.028,79 |
| | Median | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 51,64 | 41,84 | 45,24 |
| | Std. Deviation | 2.885,25 | 3.047,03 | 1.275,92 | 2.202,65 | 1.972,74 | 4.567,91 | 3.918,51 |
| | n | 618 | 630 | 630 | 628 | 632 | 632 | 625 |
| 9 | Mean | 808,30 | 1.010,22 | 911,64 | 1.027,44 | 1.170,80 | 1.596,94 | 1.480,82 |
| | Median | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 44,78 | 55,09 | 35,61 | 69,50 |
| | Std. Deviation | 2.814,43 | 3.173,00 | 3.280,25 | 3.134,86 | 5.093,58 | 13.554,21 | 9.922,64 |
| | n | 539 | 540 | 535 | 532 | 541 | 534 | 530 |
| 10 | Mean | 935,82 | 796,69 | 753,87 | 694,29 | 981,08 | 879,48 | 965,65 |
| | Median | 12,91 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 37,50 | 37,77 | 44,57 |
| | Std. Deviation | 5.741,04 | 5.896,20 | 4.564,04 | 2.686,64 | 2.904,73 | 2.752,38 | 4.354,21 |
| | n | 1.520 | 1.525 | 1.527 | 1.570 | 1.565 | 1.547 | 1.541 |
| 11 | Mean | 691,83 | 677,48 | 551,08 | 717,96 | 901,66 | 733,39 | 763,82 |
| | Median | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 36,35 | 29,60 | 27,04 |
| | Std. Deviation | 2.556,00 | 2.107,17 | 1.618,18 | 2.951,92 | 2.807,86 | 2.603,43 | 2.311,11 |
| | n | 616 | 622 | 621 | 644 | 647 | 637 | 627 |
| 12 | Mean | 842,68 | 946,32 | 919,09 | 766,66 | 947,83 | 1.370,61 | 1.208,78 |
| | Median | 34,56 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 40,63 | 52,61 | 76,43 |
| | Std. Deviation | 3.877,00 | 3.837,39 | 3.625,72 | 3.825,67 | 4.626,62 | 6.393,21 | 5.323,11 |
| | n | 459 | 455 | 456 | 465 | 479 | 474 | 465 |
| 13 | Mean | 599,29 | 563,34 | 576,22 | 912,12 | 984,15 | 813,43 | 1.035,11 |
| | Median | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | Std. Deviation | 1.849,84 | 1.576,74 | 1.927,49 | 3.268,31 | 3.815,77 | 3.287,53 | 5.879,54 |
| | n | 398 | 408 | 395 | 406 | 401 | 409 | 396 |
| 14 | Mean | 1.217,53 | 901,20 | 900,80 | 736,89 | 852,18 | 1.721,58 | 1.868,05 |
| | Median | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 53,36 | 57,04 | 86,89 |
| | Std. Deviation | 8.209,20 | 5.489,39 | 3.212,37 | 2.282,18 | 3.606,88 | 10.032,50 | 9.567,55 |
| | n | 356 | 357 | 347 | 354 | 354 | 351 | 348 |
| 15 | Mean | 832,97 | 804,99 | 782,03 | 1.146,72 | 1.199,95 | 1.250,89 | 1.246,52 |
| | Median | 33,55 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 89,74 | 59,70 | 57,67 |
| | Std. Deviation | 2.741,81 | 2.610,15 | 2.708,49 | 6.690,25 | 3.423,68 | 8.026,10 | 5.322,84 |
| | n | 1.009 | 1.022 | 1.037 | 1.081 | 1.082 | 1.072 | 1.069 |
| 16 | Mean | 857,09 | 877,83 | 910,38 | 897,37 | 1.028,66 | 1.121,31 | 1.215,92 |
| | Median | 36,02 | 34,69 | 24,27 | 29,72 | 46,34 | 56,36 | 60,57 |
| | Std. Deviation | 3.383,16 | 4.417,42 | 5.229,89 | 4.961,06 | 4.846,95 | 5.562,22 | 5.957,95 |
| | n | 17.000 | 17.143 | 17.215 | 17.515 | 17.571 | 17.385 | 17.186 |
| 17a | Mean | 811,69 | 834,77 | 848,53 | 898,88 | 1.002,54 | 1.066,78 | 1.213,67 |
| | Median | 42,40 | 40,77 | 41,10 | 42,27 | 42,04 | 51,84 | 57,16 |
| | Std. Deviation | 3.302,96 | 3.208,31 | 3.377,72 | 3.639,70 | 4.003,88 | 5.164,81 | 6.042,28 |
| | n | 27.020 | 27.113 | 27.282 | 27.542 | 27.531 | 27.227 | 27.093 |
| 17b | Mean | 942,90 | 982,04 | 939,36 | 1.070,18 | 1.127,23 | 1.262,30 | 1.313,62 |
| | Median | 39,32 | 37,21 | 36,31 | 36,94 | 36,81 | 47,76 | 52,32 |
| | Std. Deviation | 4.266,00 | 6.047,52 | 4.159,94 | 4.889,62 | 5.807,22 | 5.928,28 | 5.825,97 |
| | n | 16.291 | 16.298 | 16.309 | 16.083 | 16.034 | 16.106 | 16.084 |
| 17c | Mean | 784,03 | 877,03 | 802,14 | 871,38 | 1.071,18 | 1.065,76 | 1.230,65 |
| | Median | 49,07 | 45,05 | 53,39 | 52,22 | 44,26 | 63,61 | 63,82 |
| | Std. Deviation | 2.628,33 | 3.825,30 | 2.457,81 | 3.172,97 | 6.093,19 | 4.087,40 | 5.095,75 |
| | n | 4.417 | 4.466 | 4.467 | 4.468 | 4.442 | 4.397 | 4.377 |
| totaal | Mean | 852,14 | 876,47 | 871,58 | 927,98 | 1.046,05 | 1.142,40 | 1.241,36 |
| | Median | 35,69 | 35,76 | 32,11 | 36,55 | 42,17 | 51,34 | 57,23 |
| | Std. Deviation | 3.679,01 | 4.403,55 | 4.065,81 | 4.324,80 | 4.839,78 | 5.929,81 | 6.049,08 |
| | N totaal | 81.036 | 81.036 | 81.036 | 81.036 | 81.036 | 81.036 | 81.036 |
| N geldig gekoppeld | 75.506 | 75.868 | 76.081 | 76.631 | 76.655 | 76.047 | 75.579 | |
| % geldig gekoppeld | 93% | 94% | 94% | 95% | 95% | 94% | 93% | |

12. Vergoedde kosten farmacie

| Aantal personen met vergoedde kosten farmacie | | | | | | | | |
|---|---|------------|------------|------------|--------|-------------|-------------|-------------|
| Cluster | | Jaar min 3 | Jaar min 2 | Jaar min 1 | Jaar 0 | Jaar plus 1 | jaar plus 2 | Jaar plus 3 |
| 1 | n | 544 | 564 | 548 | 557 | 611 | 589 | 608 |
| | % | 62% | 64% | 63% | 64% | 70% | 67% | 69% |
| 2 | n | 344 | 340 | 328 | 332 | 380 | 379 | 373 |
| | % | 50% | 50% | 48% | 48% | 55% | 55% | 54% |
| 3 | n | 306 | 294 | 274 | 268 | 295 | 311 | 327 |
| | % | 50% | 48% | 44% | 43% | 48% | 50% | 53% |
| 4 | n | 528 | 541 | 513 | 585 | 655 | 676 | 646 |
| | % | 50% | 52% | 49% | 56% | 63% | 65% | 62% |
| 5 | n | 376 | 371 | 356 | 383 | 401 | 407 | 413 |
| | % | 60% | 59% | 56% | 61% | 64% | 65% | 65% |
| 6 | n | 405 | 406 | 386 | 395 | 434 | 427 | 428 |
| | % | 55% | 55% | 53% | 54% | 59% | 58% | 58% |
| 7 | n | 633 | 635 | 607 | 652 | 725 | 684 | 687 |
| | % | 61% | 61% | 58% | 63% | 70% | 66% | 66% |
| 8 | n | 347 | 338 | 316 | 336 | 387 | 373 | 392 |
| | % | 53% | 52% | 48% | 51% | 59% | 57% | 60% |
| 9 | n | 341 | 340 | 340 | 339 | 362 | 352 | 350 |
| | % | 61% | 61% | 61% | 60% | 65% | 63% | 62% |
| 10 | n | 944 | 895 | 829 | 939 | 1020 | 1033 | 1033 |
| | % | 59% | 56% | 51% | 58% | 63% | 64% | 64% |
| 11 | n | 326 | 315 | 302 | 346 | 405 | 392 | 403 |
| | % | 48% | 47% | 45% | 51% | 60% | 58% | 60% |
| 12 | n | 280 | 278 | 272 | 282 | 306 | 320 | 318 |
| | % | 56% | 55% | 54% | 56% | 61% | 64% | 63% |
| 13 | n | 221 | 214 | 211 | 208 | 226 | 226 | 235 |
| | % | 49% | 47% | 47% | 46% | 50% | 50% | 52% |
| 14 | n | 221 | 216 | 199 | 212 | 230 | 233 | 241 |
| | % | 57% | 56% | 51% | 55% | 59% | 60% | 62% |
| 15 | n | 624 | 614 | 610 | 658 | 759 | 733 | 740 |
| | % | 55% | 54% | 54% | 58% | 67% | 65% | 66% |
| 16 | n | 10914 | 10858 | 10747 | 11000 | 11673 | 11789 | 11739 |
| | % | 59% | 59% | 59% | 60% | 64% | 64% | 64% |
| 17a | n | 17481 | 17752 | 17927 | 18318 | 18463 | 18344 | 18529 |
| | % | 61% | 62% | 62% | 64% | 64% | 64% | 65% |
| 17b | n | 10556 | 10589 | 10622 | 10456 | 10261 | 10708 | 10718 |
| | % | 60% | 60% | 60% | 59% | 58% | 61% | 61% |
| 17c | n | 2930 | 3051 | 3031 | 3073 | 3039 | 3041 | 3033 |
| | % | 63% | 65% | 65% | 66% | 65% | 65% | 65% |
| Totaal | n | 48321 | 48611 | 48418 | 49339 | 50632 | 51017 | 51213 |
| | % | 60% | 60% | 60% | 61% | 62% | 63% | 63% |
| N totaal | | 81036 | 81036 | 81036 | 81036 | 81036 | 81036 | 81036 |

13. Ziektebeelden somatische zorg

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17a | 17b | 17c | Totaal |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|
| Infectieziekten | 1% | 0% | 0% | 0% | 2% | 0% | 2% | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% |
| Kankersoorten (geleerd aan ongezonde leefstijl) | 5% | 3% | 0% | 3% | 3% | 3% | 2% | 3% | 6% | 5% | 4% | 2% | 6% | 0% | 4% | 4% | 4% | 5% | 4% | 4% |
| Diabetes mellitus | 4% | 0% | 0% | 1% | 2% | 0% | 1% | 0% | 3% | 2% | 0% | 0% | 0% | 0% | 2% | 2% | 2% | 2% | 2% | 2% |
| Obesitas | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| Mentale ziekten | 3% | 0% | 4% | 2% | 4% | 4% | 3% | 0% | 4% | 2% | 0% | 0% | 5% | 6% | 2% | 2% | 1% | 2% | 2% | 2% |
| Cardiovasculaire ziekten | 9% | 3% | 0% | 5% | 7% | 3% | 3% | 6% | 6% | 7% | 3% | 4% | 0% | 3% | 7% | 5% | 5% | 5% | 4% | 5% |
| Respiratoire ziekten (Geleerd aan roken) | 2% | 2% | 3% | 2% | 5% | 6% | 3% | 5% | 5% | 4% | 2% | 2% | 5% | 4% | 3% | 4% | 4% | 4% | 4% | 4% |
| Gastro-enterale ziekten (Geleerd aan alcoholgebruik) | 5% | 7% | 4% | 5% | 4% | 6% | 4% | 6% | 5% | 6% | 3% | 4% | 3% | 4% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% |
| Urineweginfecties en nierziekten (Geleerd aan alcoholgebruik) | 4% | 4% | 0% | 4% | 4% | 3% | 4% | 11% | 4% | 5% | 2% | 12% | 0% | 6% | 4% | 5% | 5% | 4% | 4% | 5% |
| Verwondingen, vergiften en andere externe | 12% | 29% | 36% | 26% | 19% | 27% | 24% | 23% | 16% | 15% | 27% | 25% | 29% | 27% | 17% | 19% | 17% | 19% | 23% | 19% |