

## Begeleid verlof in de tbs, AVT-proof<sup>2</sup>

DD 2022/8

**Verlof is een essentieel onderdeel van de tbs-behandeling. We analyseerden 1313 aanvragen voor begeleid verlof, ingediend tussen 2010-2018 bij het AVT, om patronen in de beoordeling, de duur tot de eerste aanvraag en patiëntkenmerken die daarop van invloed zijn te onderzoeken. De resultaten laten een min of meer constant hoog percentage van positief geadviseerde verlofaanvragen zien. Diagnoses, type delict of HKT-variabelen hangen weliswaar significant, maar zwak samen met het type advies en de duur in maanden tot de eerste begeleid verlofaanvraag. Deze duur neemt in de jaren gestaag af. Het toekennen van begeleid verlof is gebaseerd op de individuele wegging van het risicomanagement.**

### 1. Inleiding

Het Adviescollege Verloftoetsing tbs (AVT) is een onafhankelijk college dat verlofaanvragen, ingediend door Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) ten behoeve van individuele terbeschikkinggestelde-patiënten (tbs-patiënten), toetst op veiligheid en vervolgens advies uitbrengt aan de minister voor Rechtsbescherming. Sinds de start in 2008 heeft het college een centrale positie in het tbs-veld ingenomen wat betreft de lerende verlofpraktijk<sup>3</sup> en inmiddels zijn bijna 18.000 verlofaanvragen beoordeeld. In het huidige onderzoek bieden wij inzicht in het verloop van de verlofaanvragen en adviezen van het AVT gedurende de periode 2010-2018. We richten ons vervolgens specifiek op de eerste aanvraag tot begeleid verlof en analyseren of, en zo ja, welke patiëntkenmerken gerelateerd zijn aan duur tot de eerste begeleid verlofaanvraag en het daaropvolgende AVT-advies. Eerst beschrijven wij ter introductie de werkwijze van het AVT en recente ontwikkelingen in het tbs-veld.

#### 1.1. *Het Adviescollege Verloftoetsing tbs*

Het AVT is eind 2007 opgericht naar aanleiding van het rapport *Tbs, vandaag over gisteren en morgen* van de Parlementaire Commissie Visser<sup>4</sup>, die het tbs-stelsel kritisch onder de loep nam naar aanleiding van enkele ernstige incidenten door tbs-patiënten tijdens verlof. In dit rapport werden 17 aanbevelingen geformuleerd, waaronder het verbeteren van de verlofpraktijk middels een continu professionaliseringsproces (de 'lerende verlofpraktijk'). Het AVT is in januari 2008 van start gegaan met de volgende doelstelling: "Het adviescollege stelt zich ten doel een onafhankelijke inhoudelijke toets van alle verlofaanvragen

1 E. Bulten is GZ-psycholoog, hoofd afdeling diagnostiek, de assistent-behandelcoördinatoren en afdeling wetenschappelijk onderzoek van de Pompestichting en voormalig wetenschappelijk adviseur AVT; verbonden aan de Radboud Universiteit; V. de Vogel is Professor Forensische Zorg, Universiteit Maastricht; lector Werken in Justitieel Kader, Hogeschool Utrecht; onderzoeker Van der Hoeven Kliniek, de Forensische Zorgspecialisten, en wetenschappelijk adviseur AVT en W. van de Kordelaar is Klinisch psycholoog, vrijgevestigd gerechtelijk deskundige, van 2011 tot 2019 lid van het AVT.

2 Citeerwijze: E. Bulten, V. de Vogel & W. van Kordelaar, 'Begeleid verlof in de tbs, AVT-proof', DD 2022/8.

3 Zie voor een overzichtartikel van de eerste zes jaren AVT: H.G. Leentvaar-Loohuis & I. Kluiters, 'Zes jaar Adviescollege Verloftoetsing TBS: Een tussenbalans', *Sancties* 2014/12, p. 79-86 en voor een recent artikel L. Zawierko, T. den Boer, H.G.W. Stikkelbroeck & H.G. Leentvaar-Loohuis. AVT 2.0: de lerende verlofpraktijk in de tbs, *Sancties*, in druk. Zie ook de website <https://www.verlofadviescollege.nl/> voor relevante documenten, waaronder de jaarverslagen.

4 Parlementaire Commissie Visser, *Tbs, vandaag over gisteren en morgen*. Den Haag: SDU Uitgevers, 2006.

binnen een redelijke termijn te waarborgen en daarover een gedegen advies uit te brengen aan de minister. Hierbij betreft het adviescollege alle beschikbare informatie op het gebied van risicotaxatie<sup>5</sup> en levert het adviescollege een inhoudelijke bijdrage aan de lerende verlofpraktijk.<sup>6</sup> Vóór de instelling van het AVT werden verlofaanvragen (die per kliniek en soms ook binnen klinieken verschillend werden ingericht) marginaal getoetst door ambtelijke medewerkers van het ministerie.

Het AVT is een multidisciplinair college dat bestaat uit juristen afkomstig uit de rechterlijke macht en gedragsdeskundigen (psychiaters en psychologen) die onafhankelijk van hun eigen werkgever voor het AVT werkzaam zijn. Verder zijn er twee wetenschappelijk adviseurs en een ondersteunend bureau betrokken. De inhoudelijke toets op veiligheid vindt plaats door vanuit gedragsdeskundig perspectief te beoordelen welke risico's er aan het gevraagde verlof zijn verbonden en of het voorgestelde risicomanagement adequaat is. De belangrijkste vraag die het AVT hiermee dient te beantwoorden is of het toekennen van het gevraagde verlof aan een tbs-patiënt verantwoord is. De criteria uit de Verlofregeling tbs<sup>7</sup> worden hierbij toegepast. Deze ministeriële regeling biedt een format waaraan iedere verlofaanvraag van een tbs-patiënt, zoals ingediend door Forensische Psychiatrische Centra (FPC) of Forensische Psychiatrische Klinieken (FPK) (vanaf hier klinieken genoemd) dient te voldoen.

Het verlof is een behandelingsinterventie waarvan de eerste stap (het begeleide verlof) pas geïndiceerd kan worden als een via de aanvraag te verantwoorden basis is gelegd. De elementen daarvan blijken uit de opbouw van het verplichte format voor de verlofaanvragen:

- de (delict)diagnostiek moet duidelijk zijn met als onderdelen de beschrijvende diagnose en de classificatie, het delictscenario en de delictgerelateerde criminogene factoren onderscheiden naar de (niet of minder direct voor behandeling vatbare) statische factoren en de (via behandelingsinterventies te bewerken) dynamische factoren;
- de behandeling moet (voldoende) geconcretiseerd zijn in doelen en interventies die aansluiten op de delictgerelateerde factoren;
- de risicoanalyse (met als elementen de factoren uit de gestandaardiseerde risicotaxatie en de delictfactoren) en het risicomanagement moeten concreet gearticuleerd zijn in termen van recidiverisico en het risico op ongeoorloofde afwezigheid in relatie tot de beoogde verlofmodaliteit;
- de beoogde verlofmodaliteit moet voorzien zijn van signalerings- en terugvalpreventieplan en ingebed zijn in een koers met een doel en een tijdsprognose.

De verloftoetsing vindt plaats in twee gremia. Een eerste toets wordt gedaan binnen de kliniek door de interne verloftoetsingscommissie, de tweede op afstand door het onafhankelijke AVT. Voor het AVT geldt daarbij dat met de eerste aanvraag begeleid verlof een begin wordt gemaakt met de verloftoetsingsgeschiedenis. De leden van het AVT die zich over die eerste verlofaanvraag buigen zijn zich dat bewust. Ze bestuderen de aanvraag in lagen: de laag van de informatie (wat is bekend en wat wordt gemist?), die van de consistentie (delictdiagnostiek – risicofactoren – interventies – risicoanalyse – risicomanagement), die

5 Zie voor meer informatie over risicotaxatie V. de Vogel, M. de, Vries Robbé & E. van den Broek. 'Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: Fundamenten en praktijk', in: K. Goethals, G. Meynen & A. Popma (Red.), *Leerboek forensische psychiatrie*, Amsterdam, De Tijdstroom/Boom, 2019, p. 501-524.

6 *Staatscourant* 1 oktober 2007, nr. 189, p. 10

7 Ministeriële regeling voor de verloftoetsing, *Staatscourant* 2010/ nr. 21597, 31 december 2010, 2014/ nr.1581, 23 januari 2014, 2014/nr. 10128, 9 april 2014 en 2019/nr. 9468, 21 februari 2019.  
Zie: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0029361/2019-02-23>.

van de ingeschatte risico-vooruitzichten in relatie tot toekomstige verlofkaders,<sup>8</sup> en die van de behandelingsrelatie en -dynamiek.

Dit alles betekent dat voorafgaand aan de eerste aanvraag begeleid verlof veel werk verricht moet worden met als resultaat dat de aanvrager via de verlofaanvraag overtuigend de boodschap overbrengt dat de betrokkene voldoende 'in beeld' is om die eerste verlofstap verantwoord te zetten.

Verloven worden gezien als een essentieel onderdeel van een veilige, geleidelijke terugkeer naar de maatschappij, oftewel resocialisatie. De procedure geldt voor de fase waarin sprake is van een bevel tot verpleging en de kliniek verantwoordelijk is voor de tenuitvoerlegging van de maatregel. In die fase zijn vier verlofkaders te onderscheiden: 1) begeleid verlof; 2) onbegeleid verlof; 3) transmuraal verlof; 4) proefverlof. Voor verloven en vrijheden in de daaropvolgende fase, de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging, geldt de toets door het AVT niet. Bij de begeleide verlofvarianten is een stapsgewijze uitbreiding gebruikelijk beginnend met beveiligd verlof door medewerkers van de Dienst Vervoer en Ondersteuning van het ministerie en gevolgd door verloven die begeleid worden door aanvankelijk twee en later één medewerker van de betreffende kliniek, doorgaans sociotherapeuten of groepsleiders.

De verlofaanvragen worden besproken in telkens qua samenstelling wisselende AVT-commissievergaderingen, voorgezeten door een jurist en verder bestaande uit drie gedragsdeskundigen, van wie tenminste één psychiater en één psycholoog. Het AVT geeft na beoordeling een positief of negatief advies aan de minister voor Rechtsbescherming. In sommige gevallen oordeelt het AVT dat aanvullende informatie van de kliniek nodig is voordat een advies gegeven kan worden, de beslissing op de aanvraag wordt dan aangehouden. Het AVT motiveert de adviezen inhoudelijk zo uitgebreid mogelijk, zodat het voor de indienende klinieken en tbs-patiënten inzichtelijk is waar er nog risico's worden gezien en/of op welk vlak de informatie in de verlofaanvraag eventueel onvoldoende wordt geacht en nadere uitwerking vraagt. Het streven is om binnen drie tot vier weken na ontvangst van een verlofaanvraag een advies uit te brengen. Een negatief advies van het AVT moet op grond van artikel 7 lid 1 van het Besluit altijd worden overgenomen door de minister, bij een positief advies kan er op beperkte gronden met motivering van af worden afgeweken.

Het AVT tracht naast de onafhankelijke beoordeling van verlofaanvragen breder een bijdrage te leveren aan de lerende verlofpraktijk en aan betere samenwerking binnen het tbs-veld. Daartoe gaat het AVT regelmatig in overleg met klinieken voor het uitwisselen van ideeën en feedback en organiseert het trainingen en seminars over belangrijke onderwerpen die de verlofpraktijk raken. Verder wordt gestreefd naar een zo transparant mogelijke werkwijze. Van belang is bijvoorbeeld dat de adviezen opgenomen worden in het patiëntendossier en voor de procespartijen beschikbaar zijn ten behoeve van de verlengingsbeslissingen. Ook is het voor belangstellenden mogelijk om als toehoorder vergaderingen bij te wonen, uiteraard met geheimhoudingsregeling, en er worden jaarverslagen gepubliceerd en regelmatig nieuwsbrieven verspreid.<sup>9</sup>

## 1.2. *Ontwikkelingen in het tbs-veld*

In 2014 beschreven Leentvaar-Loohuis en Kluiters de aanvankelijke weerstand vanuit het tbs-veld richting het AVT en hoe dit beeld zich gaandeweg ontwikkelde tot het waarden van het AVT als een prettige professionele commissie die goede inhoudelijke vragen

8 Een voorbeeld is de aankondiging bij de aanvraag begeleid verlof van duidelijkheid over medicamenteuze libidoremmering bij de toekomstige aanvraag onbegeleid verlof.

9 Zie <https://www.verlofadviescollege.nl/>.

stelt en steeds tijdig beoordeelt. Zij concludeerden op basis van ervaringen uit de praktijk, onderzoek en consultatie van klinieken dat zich sinds de oprichting van het AVT binnen meerdere aspecten van het verlofproces verbeteringen hebben voorgedaan en dat hiermee een bijdrage is geleverd aan het veiliger maken van de verlofpraktijk. Eén dilemma bleef volgens Leentvaar-Loohuis en Kluiters echter steeds weer terugkomen: de lange duur van de tbs-behandeling. Sinds 2000 was de gemiddelde intramurale tbs-behandelduur bijna verdubbeld van 5 jaar naar ongeveer 10 jaar in 2010. Hier waren verscheidene oorzaken voor aan te wijzen, waaronder verschillende beleidsmaatregelen.<sup>10</sup> Vervolgens zijn er diverse initiatieven genomen om deze behandelduur te verkorten. Voor de taakstelling van het AVT zijn met name de afspraken binnen het veld over de verlofpraktijk, zoals afgestemd in diverse werkconferenties en het bredere Manifest van Lunteren<sup>11</sup> van belang. In dit Manifest van Lunteren zijn heldere afspraken gemaakt om te streven naar verkorten van de behandelduur in de tbs, bijvoorbeeld door het opnemen van prognoses over de behandelduur en duur tot de volgende verlofaanvraag in het tbs-verlengingsadvies.<sup>12</sup> Later zijn deze afspraken verder geconcretiseerd in de Taskforce behandelduur tbs. Inmiddels is de intramurale behandelduur gedaald tot ongeveer zevenenhalf jaar.<sup>13</sup>

### 1.3. *Huidige onderzoek*

In het licht van bovenstaande ontwikkelingen en gezien de relevantie van een geleidelijke, verantwoorde terugkeer van de tbs-patiënt naar de maatschappij en een zo efficiënt mogelijke tbs-behandeling is het van belang meer inzicht te krijgen in ontwikkelingen in verlofaanvragen die bij het AVT zijn ingediend. In het huidige onderzoek maken wij een analyse van de aanvragen sinds 2010 en richten ons daarbij specifiek op de duur van opname in de kliniek tot de eerste aanvraag voor een begeleid verlofkader. Het eerste begeleid verlof is een belangrijke stap in de behandeling van een tbs-patiënt en markeert het begin van het resocialisatieproces. Over deze belangrijke, eerste stap is niet veel gepubliceerd. Wel is er een retrospectieve dossierstudie onder 91 patiënten verricht die tussen 1990 en 2009 de tbs waren binnengestroomd.<sup>14</sup> Uit dit onderzoek kwam naar voor dat voor mannelijke tbs-patiënten de gemiddelde behandelduur tot het eerste begeleide verlof 48 maanden was en dat factoren als type delict en psychiatrische stoornis geen invloed hadden op deze duur. Het onderzoek was echter gebaseerd op data van slechts één instelling.

Belangrijke vragen zijn of er in de periode na 2009 trends in de verlofaanvragen te onderscheiden zijn voor de gehele tbs-populatie en of die ontwikkelingen in de praktijk weer spiegelen, zoals het streven naar een kortere intramurale behandelduur. Een andere, meer specifieke vraag is of er patiëntkenmerken te onderscheiden zijn die gerelateerd zijn aan het krijgen van een positief, dan wel negatief advies van het AVT en aan de duur van het

10 M.H. Nagtegaal, R.P. Van der Horst & H.J. M. Schönberger, *'Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden: cijfers en mogelijke verklaringen. Onderzoek en beleid'*, Den Haag: WODC, 2011.

Zie voor een uitgebreide uiteenzetting over stelselwijzigingen en ontwikkelingen in de forensische zorg in de afgelopen jaren: M.J.F. van der Wolf, J. Reef & A. C. Wams, *'Wie zijn geschiedenis niet kent... Een overzichtelijke tijdslijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988'*, Instituut voor Strafrecht en Criminologie, Universiteit Leiden, 2020.

11 De zogenoemde werkconferenties Lunteren vinden met enige regelmaat plaats en worden bijgewoond door een brede vertegenwoordiging vanuit het forensische werkveld (onder meer directies instellingen, advocaten, afgevaardigden brancheorganisaties en het ministerie Justitie en Veiligheid). Zie voor meer informatie over het Manifest van Lunteren onder andere: [https://lutjepjg.nl/files/publicaties/judith\\_kwakman\\_5\\_maart\\_2015.pdf](https://lutjepjg.nl/files/publicaties/judith_kwakman_5_maart_2015.pdf).

12 Zie voor een bespreking hiervan Leentvaar-Loohuis en Kluiters (2014).

13 <https://www.tbsnederland.nl/faq/wat-is-de-gemiddelde-behandelduur/>.

14 P. Ter Horst, A. Jessen, S. Bogaerts & M. Spreen, 'Behandelduur tot eerste toekenning tbs-verlof in een Nederlandse forensische psychiatrische kliniek; dossieronderzoek naar invloed van patiëntkenmerken en delict', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 57 (2015) 5, p. 314-322.

verblijf tot de eerste aanvraag begeleid verlot. Of, meer in het jargon gesteld: zijn er risicofactoren of -profielen die remmend werken en zijn er beschermende factoren of -profielen die juist een versnellend effect hebben?

## 2. Methode

### 2.1. Dataverzameling

Voor het huidige onderzoek werden data verzameld vanuit het registratiesysteem van het AVT (Mendix). Binnen dit systeem is het proces van dataverzameling met betrekking tot indiening van de verlofaanvraag, het verwerken en bespreken van deze verlofaanvraag en de registratie van de adviezen op veilige wijze geregeld. Er worden in Mendix ook gegevens bijgehouden ten behoeve van beleidsonderzoek of wetenschappelijk onderzoek in het kader van de lerende verlofpraktijk en voor statistische doeleinden. Het gaat daarbij met name om strafrechtelijke gegevens (vonnis/arrest oplegging), verlofgegevens (soort verlofmachtiging en verlofhistorie) en diagnostiek (psychiatrisch en somatisch). De persoonsgegevens worden in het registratiesysteem ingebracht met behulp van technieken die onder de noemer Privacy Enhancing Technologies vallen. Door middel van een vastomlijnde procedure kunnen deze gegevens beschikbaar worden gesteld voor wetenschappelijk onderzoek. In deze procedure zijn strikte voorwaarden opgenomen voor de onderzoekers. Zo kunnen de verwerkte en geanonimiseerde persoonsgegevens in de aan de onderzoekers verstrekte onderzoekdataset door technische en organisatorische maatregelen niet meer aan een specifiek individu worden gekoppeld. Het Mendix-systeem en de verwerking van gegevens voldoet aan de beveiligingsnormen van het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Bij de bewaartermijnen worden de richtlijnen van het Ministerie gevolgd.

### 2.2. Verlofaanvragen

In de periode 1 januari 2010 tot 1 juli 2018 zijn 11.525 verlofaanvragen ingediend bij het AVT. Deze 11.525 betreffen geen unieke individuen omdat er voor een individuele tbs-patiënt verscheidene verlofaanvragen ingediend kunnen zijn. In het huidige onderzoek is van deze grote dataset een deelpopulatie onderzocht. Die betreft de eerst ingediende verlofaanvraag voor begeleid verlot. 1313 verlofaanvragen voldoen aan dit criterium. Aangezien dit de allereerste verlofaanvraag betreft is er geen sprake van dubbeltellingen en gaat het derhalve ook om 1313 'unieke' tbs-patiënten. De dataset is gebaseerd op gegevens van het AVT. Dit betekent dat informatie over patiënten waarbij zelfs na een lange behandeling (nog steeds) geen begeleid verlot wordt aangevraagd ontbreken. Bij een aantal analyses waarbij de duur van ingang tbs tot eerste verlofaanvraag centraal staat, is nog een extra voorwaarde toegevoegd om 'outliers' als gevolg van uitzonderlijke en atypische processen te excluseren. Bij deze analyse geldt de aanvullende voorwaarde dat de periode tussen ingang tbs en datum eerste verlofaanvraag niet langer dan 120 maanden is. Dit zijn bijvoorbeeld patiënten waarin in het verre verleden weliswaar een begeleid verlot is aangevraagd, maar die als gevolg van bijvoorbeeld een terugval voor vele jaren terug zijn geworpen in de behandeling. Data (van voor 2009) ontbreken om voor deze groep goede analyses te verrichten. 1162 verlofaanvragen voldoen aan alle hierboven gestelde criteria.

### 2.3. Onderzoeksvariabelen

In het huidige onderzoek werden drie groepen variabelen opgenomen: 1) diagnoses; 2) indexdelict; 3) HKT-items (risicofactoren gerelateerd aan onttrekking, zie verder hieronder). Ten eerste werden in de geanonimiseerde dataset de formele hoofddiagnoses opgenomen: cluster A, B en C persoonlijkheidsstoornissen, licht verstandelijke beperkingen (lvb),

psychotische stoornissen, autismespectrumstoornissen, stoornissen in het gebruik van middelen, parafilieën, stemmingsstoornissen, angststoornissen en aandachttekort- en hyperactiviteitstoornissen. Op grond van de DSM-IV classificatie en later van de DSM-5 classificatie is de hoofddiagnose ondergebracht in een van bovengenoemde categorieën. Als er sprake is van meerdere stoornissen worden zowel de as-1 stoornissen als de as 2-stoornissen<sup>15</sup> opgenomen. De score op de *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R)<sup>16</sup> maakt onderdeel uit van de verlofaanvraag. Door middel van dit instrument wordt aan de hand van *cut-off* waarden vastgesteld of er bij een tbs-patiënt sprake is van psychopathie. Er worden in Nederland twee *cut-off* waarden gebruikt: 26 en 30.<sup>17</sup> In dit onderzoek worden resultaten getoond met beide grenswaarden. In 72,9% van de 1313 verlofaanvragen is de PCL-R-score genoemd. De missing data zitten vooral in de eerste jaren van de periode 2010-medio 2018. Ten tweede werd het indexdelict als volgt gecategoriseerd: zedendelict met een minderjarige, zedendelict met een meerderjarige, geweldsdelict of vermogensdelict, brandstichting, en levensdelict.

Ten derde werden de HKT-items verzameld die verplicht zijn aan te leveren bij iedere verlofaanvraag, zoals gesteld in de Verlofregeling TBS. De Historisch Klinisch Toekomst (HKT) is een specifiek voor de Nederlandse situatie ontworpen risicotaxatie-instrument. Sinds 2005 is het verplicht om minimaal eenmaal per jaar een risicotaxatie uit te voeren voor tbs-patiënten. Daarbij kan worden gekozen tussen de HKT of de *Historical Clinical Risk management-20* (HCR-20).<sup>18</sup> Op grond van een onderzoek uit 2006 over onder andere onttrekkingen tijdens verlof<sup>19</sup> is een aantal HKT-items opgenomen die voorspellend zouden zijn voor onttrekkingen en ontvluchtingen: Alcohol-, softdrugs-, harddrugsgebruik tijdens de tbs, Copingvaardigheden, Attitude ten opzichte van de behandeling, Vijandigheid, Impulsiviteit en Overtreding van voorwaarden.<sup>20</sup> In de dataset van het AVT zijn deze scores ondergebracht in drie categorieën: afwezig, matig aanwezig en aanwezig (afwijkend van de HKT indeling waarbij er sprake is van vijf categorieën). In 1219 (92,8%) verlofaanvragen zijn deze HKT-variabelen volledig terug te vinden. In dit onderzoek is ten behoeve van de statistische analyses de tweedeling gehanteerd van niet aanwezig versus matig aanwezig of aanwezig.

#### 2.4. Statistische analyse

Bij de analyses is gebruikt gemaakt van SPSS 25.0.<sup>21</sup> De chikwadraattoets ( $\chi^2$ ) is gebruikt om associaties tussen nominale variabelen te onderzoeken en de Cramers V toets om de sterkte (*effect size*) van een verband uit te drukken door middel van een waarde tussen 0 en

15 Er wordt in Nederland gebruik gemaakt van de DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), het wereldwijd veelgebruikte diagnostisch en statistisch handboek van psychiatrische aandoeningen. Voor aanvullende informatie over deze classificatiesystemen, zie bijvoorbeeld: [https://www.dsm-5.nl/documenten/dsm\\_whitepaper\\_belangrijkste\\_wijzigingen\\_web\\_def.pdf](https://www.dsm-5.nl/documenten/dsm_whitepaper_belangrijkste_wijzigingen_web_def.pdf).

16 R.D. Hare, *Psychopathy Checklist-Revised Second Edition. Technical Manual*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems, 2003.

17 De formele *cut-off* waarde is 30. In Europa wordt echter vaker de *cut-off* waarde van 26 aangehouden, aangezien onderzoek heeft aangetoond dat er belangrijke culturele verschillen zijn tussen Noord-Amerika en Europa. In de Verlofregeling TBS wordt tevens de *cut-off* waarde van 26 aangehouden. Zie <https://wetten.overheid.nl/BWBR0029361/2019-02-23>.

18 Van beide instrumenten zijn inmiddels revisies verschenen en in gebruik: in 2014 de *Historisch Klinisch Toekomst-Revisie* (HKT-R) en in 2013 de *Historical Clinical Risk management-20 Versie 3* (HCR-20<sup>v3</sup>). Zie voor meer informatie over risicotaxatie: De Vogel et al., 2019.

19 M. Hildebrand, M. Spreen, H.J.M. Schönberger, F. Augustinus, & B.L. Hesper, *Onttrekkingen tijdens verlof, ontvluchtingen en recidives tijdens de tbs-behandeling in de jaren 2000-2005*, Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2006.

20 Met uitzondering van het Overtreding van voorwaarden betreft het hierbij actuele dynamische factoren. Het HKT-item Sociale vaardigheden maakt geen deel uit van de dataset.

21 *Statistical Package for the Social Sciences*, versie 25.

1, waarbij er bij een waarde van 0 tot 0,1 sprake is van een afwezig of zeer zwak verband en bij waarden van 0,8 sprake is van een (zeer) sterk of perfect (waarde 1) verband. De t-toets is gebruikt om te onderzoeken of gemiddelden tussen groepen significant verschillen. Bij de analyses om significantie te onderzoeken is de vastgestelde p-waarde < ,05.

### 3. Resultaten

#### 3.1. Prevalentie onderzoeksvariabelen

In tabel 1 zijn de prevalentiecijfers opgenomen voor de diagnoses en de indexdelicten gebaseerd op de eerste verlofaanvraag begeleid verlot. Hierin zijn patiënten waarbij de behandeling zodanig stagneert en/of de risico's bij het begeleide verlot onverminderd te hoog worden ingeschat waardoor er nog steeds geen verlofaanvraag is ingediend, niet opgenomen. De meest voorkomende stoornissen zijn aan middelen verbonden stoornissen (68,2%), cluster B-persoonlijkheidsstoornissen (53,1%) en psychotische stoornissen (34,6%). Bij ongeveer een op vier aanvragen is er sprake van (licht) verstandelijke beperkingen (26,9%) en een op de acht patiënten heeft problemen in het autismespectrum (12,3%).

Tabel 1. Prevalentie patiënt kenmerken en relatie met positief of negatief advies en of 1e aanvraag begeleid verlot binnen 24 maanden werd gedaan

	Prevalentie	Positief of negatief advies AVT				1 <sup>e</sup> aanvraag binnen 24 maanden			
	1 <sup>e</sup> aanvraag (n=1313)	1 <sup>e</sup> aanvraag (n=1313)		Alle aanvragen (n=11525)		n=1162			
	%	p-waarde	Cramers V	p-waarde	Cramers V	p-waarde	Cramers V	t-toets	Verskil in maanden
<b>Diagnose</b>									
Cluster A	2,5%	,040	,40						
Cluster B	53,1%	,015	,07	,000	,07			3,75; p=000	43,2-37,8
Cluster C	7,4%								
Licht verstandelijke beperking	26,9%			,000	,04				
Psychotisch	34,6%			,000	,06			2,24;p=.030	42,9-39,4
Autisme	12,3%			,020	,02			2,53;p=.030	36,3-41,3
Middelen	68,2%			,030	,02	,006	,08	4,13;p=000	42,6-36,4
Pervertiteiten	14,4%								
Stemmingsstoornis	8,3%								
Aandachtsstoornis	8,3%								
PCL-R ≥ 26	25,3%			,000	,07	,000	,22	4,30;p=.000	46,9-38,4
PCL-R ≥ 30	10,3%	,050	,07	,000	,08	,000	,16	3,21;p=.001	49,9-39,5
<b>Indexdelict</b>									
Zeden minderjarige	12,2%								
Zeden meerderjarige	16,7%			,000	,05	,000	,15	4,19;p=.000	49,6-39,4
Geweld/vermogen	43,0%								
Brandstichting	9,2%								

	Prevalentie	Positief of negatief advies AVT				1 <sup>e</sup> aanvraag binnen 24 maanden			
	1 <sup>e</sup> aanvraag (n=1313)	1 <sup>e</sup> aanvraag (n=1313)		Alle aanvragen (n=11525)		n=1162			
	%	p-waarde	Cramers V	p-waarde	Cramers V	p-waarde	Cramers V	t-toets	Verskil in maanden
Levensdelict	38,0%								
<b>HKT-items</b>									
Alcohol	2,4%			,002	,04				
Sofdrugs	23,0%	,030	,06	,029	,03				
Harddrugs	5,1%	,001	,09	,000	,04				
Copingvaardigheden	94,9%								
Attitude t.o.v. beh.	57,1%	,000	,10			,000	,13		
Vijandigheid	61,2%	,014	,07			,012	,07		
Impulsiviteit	71,9%	,010	,07						
Overtreding voorwaarden	72,4%			,000	,08	,000	,16		

Alleen p-waardes < ,05 zijn vermeld.

Grijs gearceerde cellen: verhoogde kans op negatief advies of verhoogde kans dat periode tot 1<sup>e</sup> aanvraag begeleid verlof langer duurt dan 24 maanden. Er is geen bonferroni correctie toegepast.

Bij risicofactoren tweedeling: niet en wel aanwezig.

### 3.2. *Positieve adviezen, negatieve adviezen en aanhoudingen*

Van de in totaal 11.525 verlofaanvragen zijn er voor 11.493 verlofaanvragen gegevens bekend over het percentage positieve adviezen (88,9%), het percentage negatieve adviezen (6,0%) en het percentage aanhoudingen (5,1%). Hoewel deze percentages in de periode 2010-2018 een over het algemeen stabiel beeld geven, zijn de gegevens over de jaren 2015 en 2016 enigszins afwijkend. In 2015 bleek 84,7%<sup>22</sup> van de adviezen positief te zijn. Een jaar later daarentegen kreeg 93,2% van de verlofaanvragen een positief advies. De percentages positieve adviezen verschillen per verlofaanvraag. Van de aanvragen voor een begeleid verlof is 92,7% positief, gevolgd door het proefverlof (91,8%) en het transmurale verlof (88,0%). Verlofaanvragen waarbij het gaat om een onbegeleid verlofkader krijgen minder vaak een positief advies (84,9%). Deze verschillen zijn significant ( $\chi^2(3) = 111,84, p < ,001$ ).

### 3.3. *Patiënt kenmerken gerelateerd aan positief of negatief advies*

Patiënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis, middelengebruik, een PCL-R-score boven de grenswaardes of een zedendelict met een meerderjarige als slachtoffer, hebben een grotere kans op een negatief advies (zie tabel 1). Daarentegen hebben patiënten met lvb-problematiek, psychotische stoornissen of autisme een grotere kans op een positief advies. Hoewel statistisch significant, zijn de effectgroottes (Cramers V) bij deze verbanden laag. Ook bij de HKT-variabelen zijn soortgelijke patronen te zien. Patiënten waarbij deze risicofactoren aanwezig zijn (met uitzondering van de factor Copingvaardigheden) hebben

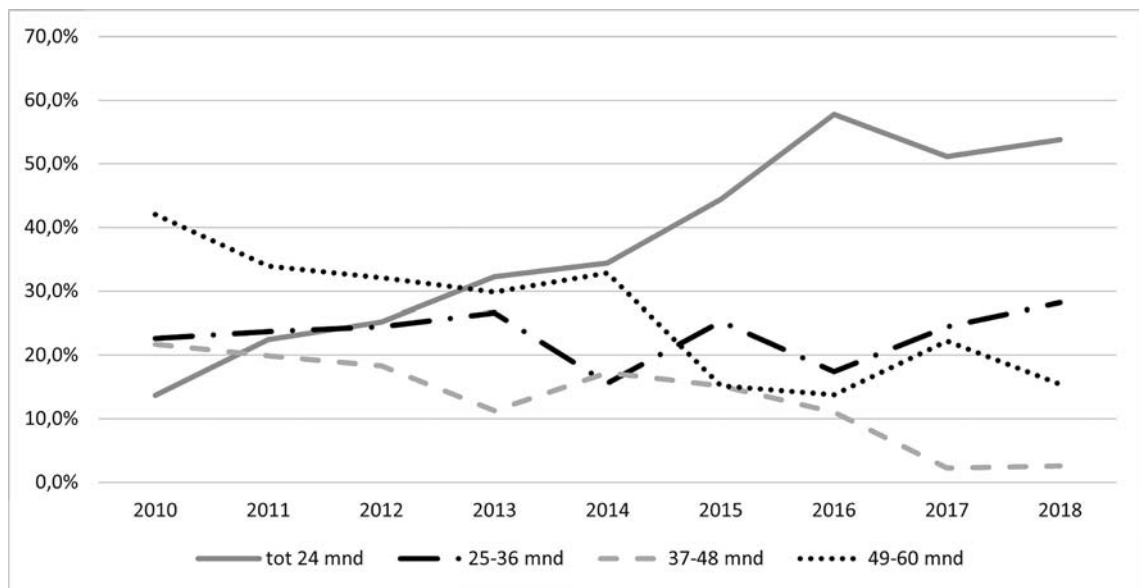
22 Deze percentages kunnen in zeer beperkte mate afwijken van de in jaarverslagen genoemde percentages doordat in deze analyses eventuele dubbelstellingen zoveel mogelijk tegengegaan zijn.



een grotere kans op een negatief advies van het AVT. Ook hier geldt dat de effectgroottes van deze statistisch significante verbanden laag zijn.

### 3.4. Duur tot eerste begeleid verlofaanvraag

Was het zo dat in 2010 13,7% van de aanvragen voor het eerste begeleide verlof binnen 24 maanden na start van de tbs-behandeling werd ingediend, in 2018 is dat percentage opgelopen naar 53,8% (zie Figuur 1). Het percentage aanvragen dat tussen de vier of vijf jaar na start van de behandeling is ingediend neemt af van 42,0% in 2010 tot 15,4% in 2018. De gemiddelde duur van opname in de kliniek tot eerste aanvraag begeleid verlof in 2010 is 37,6 maanden, tegenover 24,6 in 2018.



### 3.5. Patiënt kenmerken gerelateerd aan duur tot eerste begeleid verlofaanvraag

In tabel 1 is te zien dat patiënten met een PCL-R-score boven de drempelwaarde, patiënten met aan middelen gebonden stoornissen en/of met een zedendelict met een meerderjarig slachtoffer oververtegenwoordigd zijn in de groep patiënten die er langer dan 24 maand over doen om een aanvraag tot begeleid verlof te hebben. Ook bij een aantal risicofactoren is deze samenhang te zien, te weten bij de factoren Attitude naar behandeling, Vijandigheid en Overtreding van voorwaarden. Deze verbanden zijn significant, maar de effectgroottes zijn laag. De minst lage *effect size* is te zien bij de risicofactor Overtreding van voorwaarden. De gemiddelde duur tot aan de eerste begeleid verlofaanvraag verschilt bij bepaalde diagnosegroepen en bij bepaalde tbs-indexdelicten. Leidt een combinatie van sommige van deze kenmerken tot een sterkere toename of afname van deze duur? De uitkomsten van Tabel 1 zijn daarbij als uitgangspunt genomen om deze vraag te exploreren. Patiënten met een hoge PCL-R score (26 of hoger), een cluster B persoonlijkheidsstoornis, een stoornis in het gebruik van middelen of een zedendelict met een meerderjarig slachtoffer laten een langere duur zien tot de eerste aanvraag begeleid verlof.

Bij de patiënten die voldoen aan al deze criteria (n=34) blijkt deze duur gemiddeld 61,7 maanden te zijn tegenover 39,4 maanden voor de patiënten zonder deze combinatie van factoren ( $t(1138) = 4,11, p < ,001$ ). Anders geformuleerd: bij dezelfde groep patiënten is het percentage waarbij binnen 2 jaar een begeleid verlof wordt aangevraagd 14,7% tegenover 32,7% waarbij deze combinatie van factoren niet bestaat ( $\chi^2(1;n=1140)=6,06, p = ,014$ ).

Is het zo dat patiënten met een combinatie van factoren die van invloed zijn op een korte duur tot het eerste verlof deze eerste fase van de behandeling sneller doorlopen? Alleen

patiënten met autismespectrumstoornissen laten dan een gemiddeld gezien significant korte duur tot aan de eerste verlofaanvraag begeleid verlot zien. Deze stoornis is vervolgens gecombineerd met de afwezigheid van factoren die leiden tot een langere duur. Patiënten met autisme, waarbij bijvoorbeeld de PCL-R-score lager is dan 26, er geen sprake is van een cluster B persoonlijkheidsstoornis, er geen sprake is van een psychotische stoornis, er geen stoornis in het gebruik van middelen bestaat en er geen zedendelict is gepleegd met een meerderjarig slachtoffer (n=31) moeten gemiddeld 26,3 maand wachten tot de eerste verlofaanvraag tegenover een significant langere duur van 41,3 maand voor de patiënten met autisme spectrum stoornissen die niet aan deze criteria voldoen ( $t(1137) = 5,06, p < ,001$ ). Van deze groep heeft overigens 58,1% een zedendelict gepleegd (n=18) met een minderjarige als slachtoffer tegenover 14,9% in de totale populatie.

## 4. Discussie

Het verloop van de verlofaanvragen en adviezen van het AVT gedurende de periode 2010-2018 en welke factoren daarop van invloed zijn is onderzocht. De resultaten laten een min of meer constant hoog percentage van positief geadviseerde verlofaanvragen zien. Diagnoses, type delict of HKT-variabelen hangen weliswaar statistisch significant samen met het type advies en de duur in maanden tot de eerste begeleid verlofaanvraag, de *effect sizes* zijn echter marginaal. De behandelduur tot aan het eerste begeleide verlot neemt in de jaren gestaag af.

### 4.1. *Toename percentage aanvragen begeleid verlot binnen 24 maanden*

Over de onderzochte jaren blijkt het aantal eerste aanvragen begeleid verlot dat binnen 24 maanden na de start van de behandeling werd ingediend opgelopen van 13,7% naar 53,8%; dat is bijna een verviervoudiging. Daarbij moet de kanttekening worden gemaakt dat op grond van deze dataset enkel gekeken kan worden naar patiënten waarvoor een verlot is aangevraagd bij het AVT. Hoewel het mogelijk is dat het percentage patiënten waarvoor geen aanvraag wordt ingediend is toegenomen in de loop der jaren, zijn er geen aanwijzingen dat dit ook daadwerkelijk het geval is. De toename van het percentage verlofaanvragen binnen twee jaar kan voor een deel worden verklaard uit de eerdergenoemde gerichte en gezamenlijke inzet van het tbs-veld om de intramurale behandelduur te verkorten.<sup>23</sup> Een van de actiepunten van het Manifest van Lunteren was het versnellen van het verloftraject onder andere door inzicht te krijgen in de redenen voor afwijzing of voor het slechts gedeeltelijk toekennen van verlofaanvragen. De eerder genoemde Taskforce behandelduur tbs stelde in zijn rapport dat de meeste voortgang van de behandeling geboekt wordt in de eerste jaren van het behandelcontact en dat een vertraging in de aanloop naar begeleid verlot niet meer ingehaald wordt in de latere verlofmodaliteiten.<sup>24</sup> Die constatering ging gepaard met een concrete afspraak in de loop van 2014 tussen de Dienst Justitiële Inrichtingen en het veld om het binnen twee jaar aanvragen van begeleid verlot als prestatie-indicator op te nemen met financiële consequenties als deze doelstelling niet wordt bereikt. Al deze afspraken hebben mogelijk bijgedragen aan de beoogde verkorting van de behandelduur tot aan de eerste verlofaanvraag. Dit laatste overigens ondanks de incidentele afname van positieve adviezen over 2015 van rond 89% naar minder dan 85%. Die incidentele afname wordt in het jaarverslag van het AVT over 2015 vooral verklaard vanuit de toename van negatieve adviezen bij nieuwe aanvragen

23 Het Manifest van Lunteren werd opgesteld naar aanleiding van de werkconferentie Recht & tbs van 8 november 2013.

24 Rapportage taskforce behandelduur tbs dd. 22 december 2014.

voor *onbegeleid* verlof waarbij dat in het 2015 een groep van zogenoemde moeilijk te behandelen patiënten betrof. Over 2016 was dit beeld gekanteld naar ongeveer 3% negatieve adviezen voor de duiding waarvan in het betreffende jaarverslag gewezen werd op intensivering van de samenwerking in de ‘verlof’-keten, dat wil zeggen betere afstemming met ketenpartners, waardoor er meer maatwerk geleverd kon worden.<sup>25</sup> Overigens was de intramurale verblijfsduur gemeten naar het *instroomjaar* wel al aan het dalen. Zo was de behandelduur van patiënten die in 2004 instroomden ruim 9 jaar, een gegeven dat in 2013 flink geproblematiseerd werd in relatie tot het afnemend aantal opleggingen. Bij patiënten die instroomden in 2010 is de gemiddelde behandelduur zevenenhalf jaar.<sup>26</sup>

#### 4.2. *Negatieve AVT-adviezen*

Uit het huidige onderzoek blijkt dat negatieve AVT-adviezen weliswaar significant, maar zwak samenhangen met enkele patiënt-kenmerken. Voor de *eerste* aanvraag tot begeleid verlof heeft dat betrekking op een cluster-B persoonlijkheidsstoornis, een hoge mate van psychopathie en een verhoogd onttrekkingsrisico, zoals tot uitdrukking komt in de acht HKT-variabelen. Het betreft patiënten met een profiel waarbij in eerste instantie veiligheid voorop staat en dat primair (dan ook) een behoefte aan controle en beheersing oproept (of uitlokt). Voor *alle* aanvragen komen daar stoornissen in het gebruik van middelen en het plegen van zedendelicten tegen meerderjarigen als drempels bij. Dit is geheel in overeenstemming met de speciale accenten die in het verlofformat zijn ingeruimd voor de beschrijving van verslavings- en seksuele problematiek als gekende bronnen van risico. Het is de opgave van de aanvragende kliniek om het AVT door middel van transparante en consistente rapportage te informeren waarom (ondanks dergelijke potentiële risico's) verlof op verantwoorde wijze verleend zou kunnen worden. Het AVT geeft daarover zelf aan dat een verlofaanvraag aan kracht wint als de verlof aanvragende kliniek de eigen twijfels en die van de interne verlof-toetsers benoemt en de argumenten om de aanvraag toch in te dienen duidelijk omschrijft.

#### 4.3. *Afname duur en verschillende snelheden*

De gemiddelde duur van opname in de kliniek tot eerste aanvraag begeleid verlof is afgenomen van ruim drieënhalf jaar in 2010 naar ongeveer twee jaar 2018. Dit past in een trend en sluit aan bij de bevindingen van Ter Horst e.a. (2015) die een gemiddelde duur van vier jaar aantrof in de periode voor 2010. In dit onderzoek werden geen factoren gevonden die significant van invloed waren op deze duur. In de huidige studie met een veel grotere n en aanvragen vanuit meerdere instellingen zijn er weliswaar wel statistisch significante factoren naar voren gekomen, maar factoren met een erg lage impact uitgedrukt in *effect sizes*. Dit effect wordt versterkt als factoren worden gecombineerd.

Een samenhangende combinatie van vertragende kenmerken wordt bijvoorbeeld gevonden in de cluster-B zedendelinquent (met een meerderjarig slachtoffer), een stoornis in het gebruik van middelen in combinatie met een hoge mate van psychopathie bij wie een behandeltraject van ruim vijf jaar nodig is voorafgaande aan die eerste verlofaanvraag. Dat is bijna twee jaar langer dan gemiddeld.

Indien gekeken wordt naar de hierboven beschreven context van verlof als behandelings-interventie dan valt daar gezien vanuit het profiel van de tbs-patiënt ook wel wat bij voor te stellen. Bij deze patiënten kan men problemen rond motivatie en betrouwbaarheid verwachten in combinatie met een accent op beheersing. Andere ‘vertragende’ kenmerken zijn een negatieve houding ten opzichte van de behandeling en vijandigheid. Ook deze

<sup>25</sup> Jaarverslag AVT 2015, p. 8 en Jaarverslag AVT 2016, p. 9 ([www.verlofadviescollege.nl](http://www.verlofadviescollege.nl)).

<sup>26</sup> <https://www.tbsnederland.nl/faq/wat-is-de-gemiddelde-behandelduur/>.

kenmerken brengen meer controle en beheersing met zich mee. Het lijkt daarmee te gaan om responsiviteitsfactoren en niet zozeer om onhelderheden in de beschrijvende diagnostiek, maar vooral in de delictanalyse en in het concretiseren en operationaliseren van de criminogene risicofactoren.

#### 4.4. *Beperkingen aan het onderzoek*

Het onderzoek is gebaseerd op een geanonimiseerde dataset. Op grond van de verlofaanvraag voert een daarvoor geïnstrueerde medewerker de gegevens in. Hoewel een aantal variabelen zonder deze te classificeren direct kunnen worden ingevoerd (diagnose, delict, type aanvraag, opnamedatum, datum aanvraag) worden de HKT-variabelen ingedeeld in drie categorieën (afwezig, matig aanwezig, sterk aanwezig). Hierdoor gaat enige informatie verloren en is het een beperking van het onderzoek dat er geen informatie is over de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Door de grote aantallen in de dataset is de kans gering dat toevallige fouten bij de invoer van invloed zijn op de uitkomsten.

Dit onderzoek is gericht op het begeleide verlot. Dat is een eerste en belangrijke stap in de behandeling. Een beperking van dit onderzoek is dat er geen gegevens bekend zijn over die tbs-patiënten waarbij deze eerste stap helemaal niet gezet is. Dat gaat om tbs-patiënten die voor 2010 in de tbs zijn ingestroomd waarbij er in 2018 nog steeds geen verlot is aangevraagd. De verwachting is dat deze groep in omvang klein is. Onderzoek naar de kenmerken van deze populatie is van belang. Onderzoek naar de andere vormen van verlot is eveneens relevant om te analyseren of daarin soortgelijke patronen aanwezig zijn. Een verlot wordt toegekend als de verlofaanvragende kliniek, het AVT en de medewerkers van het ministerie (na marginale toetsing) verwachten dat het verlot veilig zal verlopen. Het is belangrijk om verder onderzoek te doen naar de uitkomst van deze verwachting uitgedrukt in het ondanks deze verwachting toch ongeoorloofd afwezig zijn (met of zonder delict) van de tbs-patiënt tijdens het verlot.

#### 4.5. *Conclusie*

Verlot is een onlosmakelijk deel van de behandeling van patiënten met een tbs-maatregel. Het begeleide verlot is daarbij de eerste stap. De beoordeling door het AVT van de verlofaanvragen vormt daarbij een niet meer weg te denken schakel in het geheel van forensische zorg voor individuele tbs-patiënten. De in dit onderzoek gepresenteerde cijfers laten zien dat het overgrote deel van de verlofaanvragen van een zodanig niveau is dat er een min of meer constant hoog percentage van de verlofaanvragen een positief advies krijgt. Hoewel diagnoses, type delict of HKT-variabelen significant samenhangen met het type advies, is de effectieve invloed hiervan echter gering. Dit onderzoek onderschrijft dat de ambitie van verschillende partijen om de behandelduur daar waar mogelijk te verkorten tot uitdrukking komt in een gestage afname van het aantal maanden tussen opname en eerste aanvraag begeleide verlot. Deze ontwikkeling geldt echter niet voor alle tbs-patiënten in dezelfde mate. Met name patiënten met een PCL-R-score boven de *cut-off* waarde, een cluster B persoonlijkheidsstoornis en een zedendelict met een volwassene als slachtoffer bereiken deze stap pas later. Ook risicofactoren als Vijandigheid en negatieve Attitude ten opzichte van de behandeling spelen een statistisch significante rol bij een langere periode tot aan de eerste verlofaanvraag. De cijfers geven derhalve aan dat er factoren zijn die van invloed zijn op het tempo waarmee het begeleide verlot wordt aangevraagd en de kans dat een verlot een positief advies krijgt. De invloed van deze factoren is echter beperkt en dit onderstreept dat het aanvragen en het toekennen van begeleide verlot gebaseerd moet zijn op een in de individuele verlofaanvraag inzichtelijke beschrijving van de individuele wegging van risico's en het risicomangement om hier mee om te gaan.