

Onttrekkingen en recidive tijdens tbs-verlof; kleine aantallen

B.H. Bulten, V. de Vogel, W.F.J.M. van Kordelaar

- Achtergrond** Verlof is een essentieel onderdeel van behandeling in het kader van de tbs-maatregel. Van oudsher leiden deze verloven tot zorgen over de veiligheid.
- Doel** Onderzoeken hoe vaak tbs-patiënten niet (op tijd) van verlof terugkeren en hoe vaak zij tijdens een ongeoorloofde afwezigheid (OA) een delict plegen. Daarnaast onderzoeken we of patiënt- of delictkenmerken een OA kunnen voorspellen.
- Methode** Alle OA's van 2009-2020 werden in kaart gebracht. Daarnaast analyseerden we patiëntkenmerken van 11.525 verlofaanvragen tussen 2010 en 2018 afkomstig uit het registratiesysteem van het Adviescollege Verloftoetsing TBS (AVT).
- Resultaten** Bij 2,5% van de verlofaanvragen in 2009-2020 was er een OA en bij 0,15% een OA met een recidive. Patiënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis, een aan middelen gebonden stoornis, stemmingsstoornis, aandachtsstoornis, brandstichting of een ernstig geweldsdelict als indexdelict hadden een significant hogere kans op een OA. Deze relaties waren echter zeer zwak. De HKT-risicofactor 'overtreding voorwaarden' was tevens een significante, maar zeer zwakke voorspeller voor OA.
- Conclusie** Een OA is een zeldzame gebeurtenis. Hoewel enkele patiënt- en delictkenmerken gerelateerd waren aan een OA is het verband zwak en het voorspellen van een OA moeilijk.

Tbs is een maatregel die de rechter kan opleggen om de samenleving te beschermen. De maatregel wordt opgelegd aan iemand die een ernstig misdrijf heeft gepleegd terwijl hij of zij leed aan een 'gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van diens geestvermogens'. Zonder de maatregel is de vrees voor herhaling groot. Bij 'tbs met bevel tot verpleging van overheidswege' wordt een tbs-gestelde in een tbs-kliniek geplaatst en behandeld. Verloven vormen een onmisbaar onderdeel van een dergelijke forensische behandeling. Door op zorgvuldig voorbereide en gestructureerde wijze op verlof te gaan, eerst onder begeleiding, en later zonder, kan een tbs-patiënt langzaam wennen aan het verblijven in de maatschappij. Zonder verloven is het in feite niet mogelijk een tbs-patiënt goed voor te bereiden op een verantwoorde terugkeer in de maatschappij of doorstroom naar een vervolginstelling met meer vrijheden. Ook in de internationale literatuur wordt het belang van verlof in het resocialisatieproces onderschreven (Campagnolo e.a. 2019; Watson & Choo 2021). Uit onderzoek blijkt dat een gefaseerde terugkeer inclusief verlofmogelijkheden

aantoonbaar bijdraagt aan recidivevermindering (Baumer e.a. 2009; Clercx e.a. 2020).

Bij het verloftraject onderscheidt men vier modaliteiten, ook wel verlofkaders genaamd.

- De eerste modaliteit is begeleid verlof, eerst onder begeleiding van een beveiligger en een begeleider, daarna door twee begeleiders van het forensisch psychiatrisch centrum (FPC) en vervolgens door slechts één.
- De tweede modaliteit is onbegeleid verlof. Als de eerste fase goed is verlopen, kan onbegeleid verlof worden aangevraagd. Dit loopt op van enkele uren doelgericht in de nabijheid van de kliniek tot één- of meerdaags landelijk.
- De derde modaliteit is transmuraal verlof, hetgeen inhoudt dat de tbs-patiënt buiten (de beveiligde zone van) het FPC woont, maar nog wel onder de verantwoordelijkheid valt van het FPC en intensief wordt begeleid.
- De vierde en laatste verlofmodaliteit is proefverlof, waarbij de patiënt nog steeds onder de verantwoor-

AUTEURS

Erik Bulten, GZ-psycholoog en hoofd afd. diagnostiek, assistentbehandelcoördinatoren en afd. Wetenschappelijk onderzoek, Pompestichting, en Radboud Universiteit.

Vivienne de Vogel, bijzonder hoogleraar Forensische Zorg, Universiteit Maastricht, lector Werken in Justitieel Kader, Hogeschool Utrecht en onderzoeker, Van der Hoeven Kliniek, de Forensische Zorgspecialisten, Utrecht.

Wim van Kordelaar, klinisch psycholoog en vrijgevestigd gerechtelijk deskundige.

Alle auteurs zijn of waren betrokken bij het Adviescollege Verloftoetsing TBS (AVT).

Correspondentie

Erik Bulten (e.bulten@pompestichting.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-5-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(10):657-662

delijkheid van het FPC valt, maar het toezicht door de reclassering wordt overgenomen.

Verlof wordt alleen verleend als de behandeling en de veiligheid dit toelaten en bij elk verlof is er een op de persoon toegesneden risicomanagementplan. Het systeem is echter niet onfeilbaar: soms verloopt een verlof niet naar wens en keert een terbeschikkinggestelde niet (op tijd) terug van verlof. Niet op de afgesproken tijd terugkeren van verlof of zich niet op de afgesproken plaats bevinden wordt 'ongeoorloofde afwezigheid' (OA) genoemd en heeft soms gevolgen voor de samenleving en altijd voor de patiënt, zoals intrekken van verlofmogelijkheden en stagnatie van de behandeling.

In zeldzame gevallen pleegt een terbeschikkinggestelde een nieuw delict tijdens een OA. Van belang is te vermelden dat een OA altijd gaat over een tbs-patiënt die reeds buiten de kliniek mag komen. Een 'ontvluchting' betekent dat een patiënt zonder toestemming het FPC heeft verlaten. Dit komt zelden voor: in 2019 was er 1 ontvluchting en in 2018 geen (<https://www.tbsnederland.nl>).

In 2006 is er naar aanleiding van enkele ernstige incidenten met tbs-patiënten tijdens verlof een parlementair onderzoek ingesteld, hetgeen resulteerde in het rapport 'Tbs, vandaag over gisteren en morgen' van de Tijdelijke commissie tbs-stelsel (Commissie-Visser 2006). Een van de aanbevelingen was het instellen van het Adviescollege Verloftoetsing TBS (AVT), een onafhankelijk college dat verlof(kader)aanvragen van terbeschikkinggestelden inhoudelijk toetst en de minister voor Rechtsbescherming adviseert over de veiligheid betreffende de ingediende verlofaanvragen. Het AVT beoordeelt sinds de start in 2008 1300 tot 1400 verlofaanvragen per jaar (Leentvaar-Loohuis & Kluiters 2014; Zawierko e.a. 2021; Bulten e.a. 2022). Het beslissen over verlofmogelijkheden is een zorgvuldig proces en is mede gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde risicotaxatie met instrumenten (zie de Vogel e.a. 2019).

Het is in het belang van de samenleving en de patiënt dat het verlof veilig verloopt. Het onderzoeken van

de OA's kan het inzicht vergroten in de verlofpraktijk. Watson en Choo (2021) bespreken in een internationaal literatuuroverzicht wat er bekend is over de frequentie van en motieven voor ongeoorloofde afwezigheid. Ook besteden ze aandacht aan de besluitvormingsprocessen voorafgaand aan een verloftoekenning. Een conclusie is dat OA laagfrequent voorkomt. Een precieze vergelijking tussen landen is niet mogelijk omdat de frequentie op vele manieren wordt beschreven: gemiddeld aantal incidenten per patiënt per jaar, per dag (of een andere tijdsperiode), het aantal verlobbewegingen of het aantal bedden. De mate van beveiliging verschilt sterk en ook de definitie van een OA is verre van eenduidig. Soms worden bijvoorbeeld kortdurende OA's van een aantal uren niet meegeteld. De motieven voor een OA variëren sterk. Motieven die vaak worden genoemd zijn: (herkrijgen van) controle, verveling, middelengebruik, problemen in het netwerk, ontevredenheid over de behandeling of frustraties (Mezey e.a. 2015; Campagnolo e.a. 2019; Watson & Choo 2021).

In Nederland is onderzoek gedaan naar de OA tijdens de tbs-behandeling over de periode 2000-2006 (Hildebrand e.a. 2006). In dit tijdsbestek bleek er 107 keer een OA waarbij de patiënt binnen 24 uur terugkeerde in de kliniek en 381 keer een OA die langer dan 24 uur duurde. In totaal recideerden 62 van deze patiënten. Op basis van hun onderzoek is een aantal items uit het in Nederland ontwikkelde risicotaxatie-instrument *Historisch-Klinisch-Toekomst* (HKT) verplicht gesteld voor de inschatting van het risico op onttrekking (zie ook verderop). Sinds 2006 hebben belangrijke wijzigingen plaatsgevonden in de tbs-sector, waaronder de instelling van het AVT en het in 2005 verplicht stellen van risicotaxatie. Ook is het aantal verlobbewegingen sinds het onderzoek van Hildebrand e.a. toegenomen: van naar schatting 50.000 naar ongeveer 70.000 verlobbewegingen per jaar (<https://www.tbsnederland.nl>). Deze wijzigingen zorgen ervoor dat de cijfers uit dit onderzoek zich onvoldoende laten vertalen naar de huidige situatie.

DOEL

In het huidige onderzoek brengen wij de geregistreerde OA's in beeld en onderzoeken we of er mogelijke voor spellers zijn voor OA. Het doel is meer inzicht te verkrijgen in de prevalentie van OA's, de kenmerken van deze OA's en het voorspellen van OA om met deze kennis de lerende verlofpraktijk nog beter vorm te geven.

METHODE

Procedure

Voor dit onderzoek werden data over (recidive tijdens) OA in kaart gebracht voor de periode 2009-2020, waarbij we gebruikmaakten van twee bronnen.

De eerste bron betrof een kleine dataset van het AVT over de periode 2009-2020. In deze dataset staan gegevens over het aantal aanvragen per jaar en het aantal OA's (met of zonder recidive; $n = 375$). Het jaar 2018 namen we daarin deels niet mee omdat de gegevens over de OA's incompleet bleken te zijn.

De tweede bron betrof een grote dataset over de periode 1 januari 2010 tot 1 juli 2018. Het ging in totaal om 11.525 verlofaanvragen ingediend bij het AVT. In deze dataset waren de OA's ($n = 301$) gekoppeld aan patiëntkenmerken. Daarbij ging het niet om unieke individuen, maar om verlofaanvragen omdat er voor een individuele terbeschikkinggestelde meerdere verlofaanvragen ingediend konden zijn.

Deze data werden verzameld vanuit Mendix, het registratiesysteem van het AVT. In dit systeem is het proces van dataverzameling op beveiligde wijze geregeld. De persoonsgegevens worden in het registratiesysteem ingevoerd met *privacy enhancing technologies* en het systeem voldoet aan de beveiligingsnormen van het ministerie van Justitie en Veiligheid. In het kader van de lerende verlofpraktijk worden diverse gegevens bijgehouden, zoals strafrechtelijke gegevens (vonnis/arrest oplegging), verlofgegevens (soort verlofmachtiging en verlofhistorie) en diagnostiek (psychiatrisch en somatisch). Onder strikte voorwaarden kunnen deze data worden gebruikt voor onderzoek. De data kunnen door technische en organisatorische maatregelen niet meer aan een specifiek individu worden gekoppeld.

Variabelen die we in het onderzoek meenamen, waren: 1. geclassificeerde stoornissen en de mate van psychopathie; 2. indexdelict; 3. HKT-items gerelateerd aan onttrekking (zie verder onder *Instrumenten*). In de dataset werden de formele DSM-classificaties opgenomen zoals die waren vermeld in de verlofaanvragen: cluster A-, B- en C-persoonlijkheidsstoornissen, lichte verstandelijke beperkingen (LVB), psychotische stoornissen, autismespectrumstoornissen, stoornissen in het gebruik van middelen, parafilieën, stemmingsstoornissen, angststoornissen en aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis. Verder werd de mate van psychopathie meegenomen (zie onder *Instrumenten*). Op grond

van de DSM-IV- en later de DSM-5-classificatie werden de diagnoses ondergebracht in een van genoemde categorieën. Het indexdelict, het delict waarvoor iemand tbs opgelegd had gekregen, werd als volgt gecategoriseerd: zedendelict met een minderjarige, zedendelict met een meerderjarige, geweldsdelict of vermogensdelict, brandstichting, en levensdelict.

Steekproef

De verlofaanvragen betroffen patiënten aan wie de maatregel tbs was opgelegd. In deze dataset kon één enkele patiënt staan voor meerdere en verschillende verlofaanvragen. Om toch een inschatting te kunnen maken van de prevalentie van de bij deze patiënten vastgestelde psychiatrische stoornissen keken we naar patiënten bij wie de eerste aanvraag begeleid verlof was ingediend. Dubbeltellingen werden daardoor voorkomen.

Instrumenten

Psychopathie Checklist-Revised (PCL-R; Hare 2003). De score op de PCL-R maakt standaard onderdeel uit van de verlofaanvraag. Dit instrument bevat 20 kenmerken van psychopathie die op een driepuntsschaal worden gescoord (0, 1, 2) waarbij een maximumscore van 40 kan worden behaald. De formele cut-offscore is 30, maar in Europa wordt ook vaak 26 aangehouden vanwege belangrijke culturele verschillen tussen Noord-Amerika en Europa (Cooke e.a. 2005). In 73,7% van de verlofdo-siers waren de PCL-R-scores vermeld.

Historisch Klinisch Toekomst (HKT)-variabelen. De HKT is een specifiek voor de Nederlandse situatie ontworpen risicotaxatie-instrument. Op grond van het eerdergenoemde onderzoek (Hildebrand e.a. 2006) naar onttrekkingen tijdens verlof is een aantal HKT-items in de Verlofregeling tbs opgenomen die voorspellend waren voor onttrekkingen en ontvluchtingen: alcohol-, softdrugs-, harddrugsgebruik tijdens de tbs, copingvaardigheden, attitude ten opzichte van de behandeling, vijandigheid, impulsiviteit en overtreding van voorwaarden. (Met uitzondering van het item overtreding van voorwaarden betreft het hierbij dynamische risicofactoren. Het HKT-item sociale vaardigheden maakt geen deel uit van de AVT-dataset.)

Deze HKT-items moeten verplicht aangeleverd worden bij iedere verlofaanvraag. 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 ons onderzoek hanteerden we voor de statistische analyses de tweedeling niet aanwezig versus matig aanwezig of aanwezig.

Statistische analyse

We analyseerden de data met SPSS 25.0 waarbij we gebruikmaakten van de χ^2 -toets om associaties tussen nominale variabelen te onderzoeken en de significantie te bepalen. We gebruikten Cramers V-parameter om de

sterkte (*effect size*) van een verband uit te drukken in een waarde tussen 0 en 1, waarbij er bij een waarde van 0 tot 0,1 een afwezig of zeer zwak verband is en bij waarden van 0,8 een (zeer) sterk of perfect (waarde 1) verband. Bij de analyses om significantie te onderzoeken was de vastgestelde p-waarde < 0,05. Verder gebruikten we om de voorspellende waarde voor (recidive tijdens) OA te onderzoeken logistische-regressieanalyse en *receiver operating characteristics*(ROC)-analyses die resulteren in *area under the curve*(AUC)-waarde. Dit is een statistische maat die de voorspellende waarde (de verhouding sensitiviteit/specificiteit) weergeeft. Waarden van 0,60 worden beschouwd als matig, 0,70 als redelijk en waarden boven de 0,75 als groot.

RESULTATEN

Inschatting prevalentie

Bij de patiënten (n = 1313) kwamen aan middelen gebonden stoornissen veel voor (68,2%), evenals cluster B-persoonlijkheidsstoornissen (53,1%) en psychotische stoornissen (34,6%). Bij iets meer dan een kwart van de aanvragen was er sprake van (lichte) verstandelijke beperkingen (26,9%) en bij 12,3% van de patiënten was er een autismespectrumstoornis (12,3%) (zie ook Bulten e.a. 2022).

Ongeoorloofde aanwezigheid en delicten

Sinds 2009 had er gemiddeld in 2,5% van de verlofaanvragen een OA plaatsgevonden binnen het toegekende verlofkader. In deze periode hadden 375 bij het AVT bekende OA's plaatsgevonden op een totaal van ongeveer 15.050 verlofaanvragen met een positief advies. De percentages fluctueerden van 1,7 tot 3,4%. Verhoudingsgewijs vonden de meeste OA's plaats binnen het transmurale verlof, namelijk 3,3%. Bij het begeleide verlof was het percentage OA's 1,0%.

In bijna driekwart (74%) van de OA's was de patiënt binnen 24 uur weer terug in de instelling en was er ook geen recidive. Bij 20% van de OA's keerde de patiënt terug of werd aangehouden na 24 uur zonder dat er een recidive had plaatsgevonden.

Bij 23 van de 375 OA's (6,1%) was er behalve de ongeoorloofde afwezigheid ook een recidive. De 23 recidives lieten een divers beeld zien: bedreiging/geweld (n = 8), inbraak (n = 6), verkrachting (n = 3), brandstichting (n = 2), vrijheidsberoving (n = 2) of een levensdelict (n = 2). Bij 7 van de 23 recidives tijdens de OA kwam deze recidive overeen met het indexdelict. In de periode 2009-2020 was er in ongeveer 0,15% van alle verlofaanvragen met een positief advies na ingang van dit verlof een OA waarbij er ook een recidive was gedurende deze ongeoorloofde afwezigheid.

Patiëntkenmerken gerelateerd aan OA

De 301 patiënten bij wie er een OA was geweest (periode 2009-1 juli 2018), werden vergeleken met patiënten bij

wie er geen OA was. Patiënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis, een aan middelen gebonden stoornis, een stemmingsstoornis of een aandachtsstoornis hadden een statistisch significant hogere kans op een OA. Hoewel significant waren in alle gevallen de effect sizes (zeer) gering, uitgedrukt in de lage Cramers V (zie tabel 1). Patiënten met een score van 26 of hoger op de PCL-R hadden ook een hogere kans op een OA. Dit verband viel weg als het scores van 30 of hoger betrof. Er waren ook patiënten bij wie de kans op een OA lager was, zoals patiënten met een psychotische stoornis of autisme. Ter illustratie: van de patiënten met een OA had 34,4% een PCL-R-score van 26 of hoger, bij de patiënten zonder OA ging het om 23,7%. De kans op een OA was in de gehele groep 2,1%. Voor de groep met een PCL-R-score > 26 was dit percentage 3,1% tegenover 1,8% bij de resterende groep.

Patiënten die tbs opgelegd hadden gekregen voor brandstichting of een ernstig geweldsdelict hadden een grotere kans op een OA, terwijl patiënten met een levensdelict of een zedendelict waarbij het slachtoffer minderjarig was een lage kans hadden. Ook hier gold dat hoewel deze verbanden statistisch significant waren, de *effect sizes* uitgedrukt in Cramers V zeer laag waren. De aan het gebruik van middelen gerelateerde HKT-factoren lieten zien dat patiënten die scoorden op deze risicofactor een hogere kans op een OA hadden, evenals bij de HKT-risicofactor 'overtreden van de voorwaarden'. Bij de patiënten met een OA was er bij 74,1% de HKT-risicofactor 'het hebben overtrede van voorwaarden' tegenover bij 25,9% van de patiënten bij wie er geen OA was. Anders geformuleerd: bij patiënten bij wie 'het overtrede van voorwaarden' een risicofactor was, was de kans op een OA 2,7% tegenover 1,3% bij de patiënten bij wie dit geen risicofactor was. Hoewel de kans op een OA dus meer dan twee keer zo groot was, bleef deze kans nog steeds klein.

Predictiemodellen (gebaseerd op ROC-analyses) waarbij de significante variabelen waren opgenomen, lieten zien dat geen enkele factor (diagnose, delict of HKT-variabele) een AUC had boven de 0,60. De HKT-variabele 'overtreding voorwaarden' had een AUC van 0,59. Een logistische-regressieanalyse met daarin opgenomen de significante predictoren leverde weliswaar een significant regressiemodel op, maar met slechts een verklaarde variantie van 6% (Nagelkerkes $R^2 = 0,055$).

DISCUSSIE

Verlof is een essentieel onderdeel van de behandeling van terbeschikkinggestelden. Verreweg het grootste deel van de toegekende verloven verloopt probleemloos. In 2,5% van de gevallen is er echter een OA. Bij een klein deel van deze OA's is er tevens een recidive (6,1%), wat neerkomt op 0,15% gerekend over het totale aantal verlofaanvragen met een positief advies. Hoewel een precieze vergelijking niet mogelijk is, liggen deze uitkomsten in lijn met de bevindingen in de internationale

Tabel 1. Samenhang tussen patiëntkenmerken in relatie met ongeoorloofde afwezigheid (OA)

Diagnose	Relatief meer (+) of minder OA's (-)	P ¹	Cramers V
Cluster A-persoonlijkeitsstoornis			0,02
Cluster B-persoonlijkeitsstoornis	+	< 0,001	0,04
Cluster C-persoonlijkeitsstoornis	-	0,01	0,02
Lichte verstandelijke beperking			0,01
Psychotische stoornis			0,01
Autismespectrumstoornis			0,00
Middelengebonden stoornis	+	< 0,001	0,05
Parafiele stoornis	-	< 0,001	0,05
Stemmingsstoornis	+	0,02	0,02
Aandachtsstoornis	+		0,02
PCL-R ≥ 26	+	< 0,001	0,04
PCL-R ≥ 30			0,01
Indexdelict			
Zedendelict met minderjarige	-	< 0,001	0,04
Zedendelict met meerderjarige			0,01
Gewelds- of vermogensdelict	+	< 0,001	0,04
Brandstichting	+	< 0,001	0,04
Levensdelict	-	0,003	0,03
Historisch-Klinisch-Toekomst-items (HKT)²			
Alcohol	+	< 0,001	0,05
Softdrugs	+	0,013	0,03
Harddrugs	+	< 0,001	0,05
Copingvaardigheden			0,00
Attitude t.o.v. behandeling			0,00
Vijandigheid			0,01
Impulsiviteit			0,02
Overtreding voorwaarden	+	< 0,001	0,05

¹ Alleen p-waardes < 0,05 zijn vermeld.

² Bij HKT-items werd tweedeling toegepast: niet of wel aanwezig

literatuur (Watson & Choo 2021).

De vraag dringt zich vervolgens op of op grond van deze resultaten de verlofpraktijk in het algemeen en de beoordelingen van het AVT nog kunnen verbeteren, en of de resultaten leiden tot klinisch relevante predictiemodellen die tijdens het beoordelen van de aanvraag kunnen worden ingezet om het percentage OA's verder terug te dringen. In statistisch opzicht zijn er immers significante verschillen in de kans op een OA bij verschillende groepen patiënten met verschillende psychiatrische stoornissen, delicten en scores op de HKT-variabelen. De al zeer kleine kans op een OA blijft in deze specifieke groepen echter nog steeds klein. Bij het overgrote deel van deze subgroepen verloopt het verlof immers nog steeds probleemloos.

De beperkte klinische waarde van de onderzochte predictiemodellen komt tot uitdrukking in een geringe predictieve validiteit. De kans op een OA met recidive is na het toekennen van een verlofaanvraag gebaseerd op een positief advies van het AVT 0,15%. In 99,85% van de positief geadviseerde aanvragen verloopt het verlof veilig (geen recidive). Dat percentage komt in nog ander perspectief te staan als we niet alle verlof(kader)aanvragen, maar alle verlobbewegingen (schattingen liggen rond

de 70.000 per jaar) als context hadden genomen.

Voor de HKT-variabelen doet zich mogelijk een paradox voor. Zoals hiervoor beschreven, bleek in een eerder onderzoek een aantal klinische variabelen uit dit instrument voorspellend voor de kans op OA (Hildebrand e.a. 2006). Deze variabelen werden vervolgens opgenomen in het verplicht te presenteren instrumentarium bij alle verlofaanvragen. Ze worden klinisch-forensisch gewogen in de kliniek als een verlofoptie zich aandient. In de praktijk kan dat betekenen dat een 'hoge' kans vaak niet leidt tot een verlofaanvraag dan wel dat het risicomanagement zo overtuigend wordt ingericht dat het AVT bij een als 'matig' beoordeelde kans alsnog positief adviseert.

De mogelijke paradox is dat systematische toepassing van voorspellers hun potentie mogelijk verhullen doordat ze impliciet een rol spelen in het proces van aanvragen. Het idee kan postvatten om expliciet scores van deze items uit het aanvraagformat te schrappen 'omdat ze toch niets doen'. Het is ook mogelijk dat deze HKT-variabelen in de huidige, sterk veranderde context, daadwerkelijk geen invloed meer hebben. Dit onderzoek geeft hierover geen uitsluitsel. Onderzoek naar de praktijk van het scoren, het interpreteren en wege van de

betreffende HKT-items is nodig om het zicht daarop te vergroten.

Beperkingen

Er is een aantal beperkingen aan het huidige onderzoek. Ten eerste biedt het geen compleet beeld omdat – met name in de beginperiode van de studie – mogelijk niet alle OA's formeel werden gemeld, bijvoorbeeld wanneer de verwachting bestond dat de patiënt snel zou terugkeren. Bovendien waren de gegevens uit 2018 niet compleet. De onderzoeksgegevens komen voort uit de gearcheverde dataset van het AVT en kunnen derhalve (in lichte mate) afwijken van andere gegevensbronnen. Ten tweede geldt voor alle recidiveonderzoeken dat niet alle recidives worden gedetecteerd en geregistreerd, het zogenaamde *dark number*, hoewel de kans hierop voor het huidige onderzoek erg klein wordt geacht voor de meer ernstige vormen van recidive.

Ten derde zijn er beperkingen aan de dataset: er zijn missing data voor sommige variabelen en er kon geen interbeoordelaarsbetrouwbaarheid worden berekend aangezien het een geanonimiseerd databestand betrof. Het onderzoek is gebaseerd op de aanwezige gegevens in de dataset. Er is geen informatie over de motieven van de patiënt voor een OA. In de internationale literatuur worden redenen genoemd zoals het (herkrijgen van) controle, frustraties, middelengebruik, problemen in het netwerk en/of ontevredenheid over de behandeling (Mezey e.a. 2015; Campagnolo e.a. 2019; Watson & Choo 2021). Toekomstig Nederlands onderzoek naar dergelijke motieven zou relevant zijn en biedt mogelijk aanknopingspunten voor preventie.

De wetenschappelijke inzichten uit dit onderzoek geven weinig aanleiding om de inhoudelijke beslissingsoverwegingen zodanig aan te passen dat op grond daarvan het aantal OA's, en met name die waarbij ook een recidive aan de orde is, kan worden verlaagd. Het risicomangement waarop het advies van het AVT is gebaseerd en de uitvoering daarvan tijdens het verlop zijn in het overgrote deel van de gevallen toereikend. Dit laat onverlet dat het ook een maatschappelijke vraag is hoe we deze op zich lage percentages en zeer kleine aantallen moeten beoordelen en wegen. Bij deze beoordeling en weging mogen we slachtofferbelangen uiteraard niet uit het oog verliezen.

CONCLUSIE

Vanuit het perspectief van dit onderzoek lijken de mogelijkheden om het al lage percentage OA's verder terug te dringen zeer gering. Verlop is een essentieel en onmisbaar onderdeel van de tbs-behandeling. In een recent overzicht heeft men stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988 beoordeeld met onder andere als con-

clusie: 'De forensische zorg presteert steeds beter ten aanzien van recidivereductie, maar incidenten bepalen grotendeels het beeld en het beleid' (van der Wolf e.a. 2020, p. 60). Arno Visser, voorzitter van de naar hem genoemde parlementaire commissie, schrijft over dit zelfde thema: 'een groter gevaar voor de tbs-sector is een terugval in incidentenpolitiek. Geen enkel systeem, geen enkele oplossing kan 100% veiligheid garanderen' (Visser 2008, p. 18).

Hoe zorgvuldig men de wegingen en inschatting ook doet, zeer incidentele onttrekkingen en recidives zijn onvermijdelijk. We moeten voorkomen dat incidenten bij OA's en recidives grotendeels het beleid gaan bepalen.

LITERATUUR

- Baumer EP, O'Donnell I, Hughes N. The porous prison: A note on the rehabilitative potential of visits home. *The Prison Journal* 2009; 89.1: 119-26.
- Bulten BH, de Vogel V, van Kordelaar WFJM. Begeleid verlop in de tbs, AVT-proof. *Delikt en Delinkwent* 2022; 8: 137-48.
- Campagnolo D, Furimsky I, Chaimowitz G. Absconson from forensic psychiatric institutions: A review of the literature. *International Journal of Risk and Recovery* 2019; 2(2): 36-50.
- Clercx M, Keulen-de Vos ME, Bussel HV. De 'Gulden Route' in de realiteit: Het verloop van verlop tijdens tbs. *Proces* 2020; 99: 289-305.
- Cooke DJ, Michie C, Hart SD, e.a. Assessing psychopathy in the UK: Concerns about cross-cultural generalisability. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 335-41.
- Hare RD. *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. 2e ed. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems; 2003.
- Hildebrand M, Spreen M, Schönberger HJM, e.a. Onttrekkingen tijdens verlop, ontvluchtingen en recidives tijdens de tbs-behandeling in de jaren 2000-2005. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; 2006.
- Leentvaar-Loohuis HG, Kluiters I. Zes jaar Adviescollege Verloftoetsing TBS: Een tussenbalans. *Sancties* 2014; 12: 79-86.
- Mezey G, Durkin C, Dodge L, e.a. Never ever? Characteristics, outcomes and motivations of patients who abscond or escape: A 5-year review of escapes and absconds from two medium and low secure forensic units. *Crim Behav Ment Health* 2015; 25: 440-50.
- Parlementaire Commissie Visser. *Tbs, vandaag over gisteren en morgen*. Den Haag: SDU; 2006.
- Visser AP. *TBS, vandaag over gisteren en morgen*. Een inleiding over het parlementair onderzoek TBS. *Ontmoetingen, voordrachtenreeks van het Lutje P.J.G.* 2008; 14: 1-18.
- Vogel V de, de Vries Robbé M, van den Broek E van den. Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: Fundamenten en praktijk. In: Goethals K, Meynen G, Popma A, red. *Leerboek forensische psychiatrie*. Amsterdam: De Tijdstroom/Boom; 2019. p. 501-24.
- Watson TM, Choo L. Understanding and reducing unauthorized leaves of absence from forensic mental health settings: a literature review. *J Forens Psychiatry Psychol* 2021; 32: 181-97.
- Wolf MJF van der, Reef J, Wams AC. *Wie zijn geschiedenis niet kent... Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988*. Leiden: Instituut voor Strafrecht en Criminologie; 2020.
- Zawierko L, den Boer T, Stikkelbroeck H, e.a. AVT 2.0: De lerende verlop-praktijk in de tbs. *Sancties* 2021; 6: 400-5.