

WETENSCHAP

Het doorlopen van verlostappen in relatie tot patiëntkenmerken*

Maartje Clercx, Michiel Verhees & Marije Keulen-de Vos

1 Introductie

Crimineel gedrag kan zowel strafmaatregelen als rehabilitatiemaatregelen tot gevolg hebben.¹ Zuiver punitieve maatregelen, zoals gevangenisstraf, zijn grotendeels ineffectief in het verminderen van recidive.² Dit gebrek aan effectiviteit is nog groter onder daders met psychische stoornissen, omdat bij opsluiting het onderliggende probleem niet wordt aangepakt. Forensische zorg is succesvoller in het verminderen van zowel algemene als ernstige of gewelddadige recidive dan gevangenisstraf.³ De forensische zorg wordt vormgegeven rond de Risk-Needs-Responsivity principes (RNR), die dicteren dat de hoogste behandelintensiteit wordt geboden aan diegenen met het hoogste risico, dat behandeling gericht is op het verminderen van criminogene behoeften en aangepast moet zijn aan de specifieke leerstijl van de patiënt.⁴

In Nederland vormt tbs met dwangverpleging de zwaarste en hoogst beveiligde vorm van forensische zorg. Een persoon veroordeeld tot tbs met dwangverpleging wordt verplicht verpleegd in een gesloten tbs-kliniek (TBS Nederland, 2023) en krijgt een (niet-verplichte) behandeling die gericht is op terugkeer in de maatschappij. Verlof maakt hier nadrukkelijk onderdeel van uit, waarbij wordt beoogd dat de patiënt geleerde vaardigheden toepast in een maatschappelijke context onder afnemende mate van supervisie en bescherming door de instelling. In Nederland zijn vier soorten verlof mogelijk voor patiënten die onder tbs met dwangverpleging staan, met een oplopende mate van vrijheid en verantwoordelijkheid: begeleid, onbegeleid, transmuraal en proefverlof.⁵

Verlof tijdens klinische forensische behandeling kan indicatief zijn voor de responsiviteit op behandeling, en wordt beschouwd als therapeutisch instrument.⁶ Desondanks is er slechts schaarse literatuur beschikbaar over verlof tijdens forensische behandeling,⁷ waarbij veel studies voornamelijk schrijven over klinische

* De auteurs willen graag de raad van bestuur van FPC de Rooyse Wissel bedanken voor het verlenen van toestemming voor het uitvoeren van dit onderzoek. Verder bedanken we Nicole Engels, MSc, voormalig onderzoeksstagiaire, voor haar rol in de dataverzameling.

1 Birgden (2008).

2 Nieuwbeerta et al. (2009); Spohn & Holleran (2002).

3 Drieschner et al. (2018); Gordon & Lindqvist (2007); Morgan et al. (2012); Wartna et al. (2006).

4 Birgden (2008); Bonta & Andrews (2016).

5 Koenraadt et al. (2010); Ter Horst et al. (2015).

6 Ter Horst et al. (2015); Barlow & Dickens (2018); Baumer et al. (2009).

7 Sklenarova et al. (2020).

besluitvorming over en tijdens verlof, interventies tijdens verlof en de relatie tussen verlof en therapeutische uitkomsten.⁸ Verlof kan echter ook worden gezien als een (tussentijdse) therapie-uitkomst op zich, aangezien verlof alleen wordt verleend als het veilig wordt geacht voor de maatschappij.⁹ Dit geldt vooral voor verlof tijdens tbs met dwangverpleging, aangezien elk type verlof (begeleid, onbegeleid, transmuraal en proefverlof) formeel moet worden aangevraagd bij en beoordeeld door twee commissies bestaande uit onafhankelijke, multidisciplinaire deskundigen (een commissie in de eigen instelling van de patiënt, en een landelijke commissie). In dit tweetraps autorisatieproces wordt elke aanvraag vooral beoordeeld op de risico's tijdens het gevraagde verlof, en wordt toestemming gebaseerd op een verminderd, acceptabel of beheersbaar recidiverisico tijdens het gevraagde type verlof. Dit kan als gevolg van een verhoogde respons op therapie zijn, toegenomen therapietrouw of een afname van onaangepast copinggedrag. Verloftoestemmingen kunnen inzicht bieden in de voortgang van de behandeling, aangezien sommige patiënten later of helemaal geen verlof krijgen dan anderen.

Recidive na forensische zorg wordt regelmatig onderzocht,¹⁰ evenals de relatie tussen patiëntkenmerken en recidive na forensische behandeling.¹¹ Tot op heden bestaat er echter weinig kennis over de relatie tussen patiëntkenmerken en verlofmachtigingen, en is de kennis die er is beperkt tot het eerste begeleide verlof.¹²

Verschillende patiëntkenmerken zijn grotendeels statisch, zoals de leeftijd bij opname, de mate van verstandelijke beperking¹³ of een geschiedenis van drugsmisbruik.¹⁴ Dergelijke factoren zijn niet (veel) te veranderen en weinig tot niet te beïnvloeden door het behandelteam, terwijl dergelijke factoren vaak wel een gedocumenteerde relatie hebben met het recidiverisico.¹⁵ Dit zijn ook dezelfde kenmerken die grotendeels de veranderingsmechanismen volgens de RNR-principes bepalen,¹⁶ omdat ze bepalen welke forensische patiënten een hoog risico vormen, wat de criminogene behoeften zijn die aandacht moeten krijgen, en vooraf (tot op zekere hoogte) de mogelijke responsiviteit bepalen.

1.1 De huidige studie en onderzochte patiëntkenmerken

In de huidige studie wordt de relatie tussen statische patiëntkenmerken en het bereiken van verloftrappen onderzocht. Hierbij is het doel om de vraag te beantwoorden of verlofstappen sneller of vaker worden bereikt afhankelijk van bepaalde (grotendeels) statische patiëntkenmerken. Verder evalueren we of deze patiëntkenmerken van invloed zijn op de wijze waarop de behandeling wordt beëindigd: positief, negatief of neutraal. De onderzochte patiëntkenmerken zijn leeftijd, de aanwezigheid van een verstandelijke beperking, de mate van psychopathie, crimi-

8 Barlow & Dickens (2018); Sklenarova et al. (2020).

9 Ter Horst et al. (2015).

10 Tabita et al. (2012); De Vries Robbé et al. (2015); Fazel et al. (2016).

11 Bonta et al. (1998); Coid et al. (2009); Witt et al. (2013).

12 Ter Horst et al. (2015).

13 Keulen-de Vos & Frijters (2016); Krüger & Rosema (2010).

14 Bonta et al. (1998); Håkansson & Berglund (2012).

15 Drieschner et al. (2018).

16 Bonta & Andrews (2003); Birgden (2008).

nele voorgeschiedenis (aantal eerdere veroordelingen en ernst van het indexdelict), (geschiedenis van) middelenproblematiek, de aanwezigheid van een psychotische stoornis, en de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis (in het bijzonder Cluster B, omdat met name deze persoonlijkheidsstoornissen voorkomen in daderpopulaties¹⁷). Deze kenmerken hebben allemaal gedocumenteerde relaties met recidive, zijn grotendeels onveranderlijk en beïnvloeden de behandeling of therapie volgens de RNR-principes.

Leeftijd is een variabele die technisch gezien niet statisch is, aangezien delinquenten uiteindelijk ouder worden. Het is echter een variabele waarop behandeling geen effect heeft en die aantoonbaar verband houdt met recidive. Jongere daders hebben aantoonbaar meer risico op algemene, seksuele en gewelddadige recidive.¹⁸

Een (licht) verstandelijke beperking (LVB) is grotendeels statisch en therapie is niet zozeer gericht op het verbeteren of verlichten van de verstandelijke beperking als wel op het aanleren van sociale en adaptieve vaardigheden. (L)VB heeft een lang gedocumenteerde relatie met geweld. Mensen met een (L)VB hebben een grotere kans dan mensen zonder verstandelijke beperking om een geweldsdelict te plegen of gewelddadig gedrag te vertonen in een intramurale setting.¹⁹

Psychopathie, een persoonlijkheidsstoornis gekenmerkt door een gebrek aan wroeging en antisociaal gedrag, wordt vaak beschouwd als ongevoelig voor behandeling.²⁰ Hoewel bewijs voor deze overtuiging ontbreekt,²¹ is de meest gebruikte meting van psychopathie, de Psychopathy Checklist - Revised²² (PCL-R), van nature nogal statisch. Dit komt zowel doordat de PCL-R niet bedoeld is om veranderingen vast te leggen, als doordat de inhoud van de items in de PCL-R ongeschikt zijn om veranderingen waar te nemen. Toch beargumenteren wetenschappers de laatste jaren dat de PCL-R weliswaar niet is bedoeld als instrument om verandering waar te nemen, maar dat periodiek opnieuw afnemen wel aan te raden is om enige veranderingen in klinische presentatie goed weer te kunnen geven.²³ De PCL-R score kan daarom, in dit licht bezien, niet geheel als statisch worden beschouwd. Toch wordt deze opgenomen als patiëntfactor in dit onderzoek. Ten eerste omdat PCL-R scores gewelddadige en algemene recidiverisico's goed voorspellen,²⁴ ten tweede omdat een PCL-R score in de klinische praktijk toch vaak lange tijd wordt gehandhaafd en er ook geen veldbrede afspraken bestaan over met welke frequentie en/of op welke momenten nieuwe afname geïjkt is.

Crimineel gedrag uit het verleden kan uiteraard niet worden veranderd en is in hoge mate voorspellend voor toekomstig crimineel gedrag (het crimineel verleden kan door nieuwe delicten nog wel toenemen). Het is aangetoond dat het aantal eerdere veroordelingen voorspellend is voor zowel algemene als gewelddadige reci-

17 Håkansson & Berglund (2012); Langton et al. (2011).

18 Drieschner et al. (2018); Bonta et al. (1998); Piquero et al. (2015); Zeng et al. (2017).

19 Keulen-de Vos & Frijters (2016); Krüger & Rosema (2010).

20 Salekin (2019); Skeem et al. (2002).

21 Skeem et al. (2002); Salekin (2002).

22 Hare et al. (1990).

23 DeMatteo & Olver (2022).

24 Keulen-de Vos & Frijters (2016); Krüger & Rosema (2010); Håkansson & Berglund (2012); Bonta & Andrews (2003); Harris et al. (1991).

Maartje Clercx, Michiel Verhees & Marije Keulen-de Vos

dive²⁵ en ook specifiek seksuele recidive kan worden voorspeld op basis van eerdere veroordelingen voor seksueel geweld.²⁶

De relatie tussen middelengebruik of -misbruik en een verhoogd recidiverisico is uitgebreid gedocumenteerd,²⁷ vooral wanneer middelenproblematiek samengaat met een psychische stoornis.²⁸ Hoewel middelenproblematiek veranderbaar is, is het hebben van een geschiedenis van problematisch middelengebruik dat niet.

Mensen met schizofrenie en andere psychotische stoornissen worden vaker veroordeeld voor zowel niet-gewelddadige als gewelddadige misdrijven dan mensen zonder dergelijke stoornissen, vooral als er sprake is van een comorbide stoornis in middelengebruik.²⁹ Hoewel uit diverse studies blijkt dat psychotische stoornissen een heteroog patroon laten zien betreffende remissie en herstel,³⁰ en onder invloed van medicatie en/of therapie of überhaupt over tijd veranderbaar zijn, blijkt ook dat een groot deel van de patiënten die een psychotische episode heeft meemaakt nogmaals één of meerdere episodens doormaakt over een periode van twintig jaar³¹ en een psychotische episode significante en langdurige effecten kan hebben op de sociale omstandigheden.³² Daarom zijn schizofrenie en psychotische stoornissen geïncludeerd in deze studie.

Ten slotte is de relatie tussen persoonlijkheidsstoornissen, met name een DSM-IV Cluster B persoonlijkheidsstoornis, en geweld en een verhoogd recidive risico ook breed gedocumenteerd.³³ Ook een persoonlijkheidsstoornis is niet geheel statisch te noemen en kan onder invloed van behandeling veranderen,³⁴ symptomen en de gevolgen hiervan kunnen een langdurige rol hebben in het leven van betrokkenen.

1.2 Hypothesen

De hypothesen waren dat patiëntkenmerken waarvan bekend is dat zij verband houden met recidive, ook verband houden met het al dan niet verkrijgen van een verlofmachtiging en de snelheid daarvan. De met dit onderzoek vergaarde kennis kan in de toekomst richting geven aan de behandeling van tbs-gestelden.

2 Methode

Het onderzoek werd administratief en juridisch goedgekeurd door de raad van bestuur van Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) de Rooyse Wissel. Zij kunnen, indien zij dit nodig achten, een voorstel medisch-ethisch laten toetsen door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek Participatie (CWOP) van de VIGO Groep, wat bij dit onderzoek niet is aangevraagd.

25 Drieschner et al. (2018); Bonta et al. (1998); Coid et al. (2009).

26 Escarela et al. (2000).

27 Bonta et al. (1998); Håkansson & Berglund (2012).

28 Baillargeon et al. (2009); Walter et al. (2011).

29 Fazel et al. (2009); Hodgins (2008).

30 Morgan et al. (2014).

31 Harrow et al. (2021).

32 Morgan et al. (2014).

33 O'Driscoll et al. (2012); Yu et al. (2012).

34 Ballenger (2013); Cristea et al. (2017).

2.1 Procedure

Dataverzameling heeft plaatsgevonden bij FPC de Rooyse Wissel, een maximaal beveiligd forensisch psychiatrisch ziekenhuis waar voornamelijk patiënten verblijven die onder de maatregel Terbeschikkingstelling (tbs) zijn geplaatst.³⁵ Voor de dataverzameling werd gebruikgemaakt van dossiers van reeds uitgestroomde patiënten om het volledige verloftraject in kaart te kunnen brengen.

Alle gescoorde variabelen maakten al deel uit van het patiëntendossier (bijv. PCL-R score, leeftijd, diagnose(n)), en werden niet gescoord door de onderzoekers, enkel overgenomen in een databestand. Om deze reden is ook geen interbeoordelaar betrouwbaarheid berekend. Bij FPC de Rooyse Wissel worden diagnoses gesteld door, en diagnostische instrumenten gescoord door de 'therapeutische dienst', die bestaat uit geregistreerde gz-psychologen en psychologen met een masterdiploma die getraind zijn in verschillende instrumenten. Zij zijn onafhankelijk van het behandelteam, maar kunnen wel informatie over het functioneren van de patiënt verzamelen bij het behandelteam.

2.2 Typen verlof

Binnen tbs met dwangverpleging zijn er vier soorten verlof mogelijk, oplopend in vrijheden en verantwoordelijkheden. Het verloftype met de minste vrijheid is begeleid verlof, gevolgd door onbegeleid verlof, transmuraal verlof en proefverlof. Tijdens begeleid verlof is de patiënt altijd in het gezelschap van een of meer personeelsleden als hij/zij zich buiten de instelling begeeft, terwijl bij onbegeleid verlof de patiënt, zoals de naam al aangeeft, het grootste deel van het verlof zonder toezicht doorbrengt. Bij transmuraal verlof verhuist de patiënt buiten de muren van de instelling, maar wordt hij of zij nog steeds nauwlettend in de gaten gehouden en begeleid door personeel van de eigen instelling. Tijdens proefverlof woont de patiënt ook buiten de instelling, maar wordt hij/zij onder toezicht gesteld van de reclassering in plaats van de instelling. De beslissing om een verlofmarge toe te kennen wordt genomen door twee multidisciplinaire commissies, één binnen de eigen instelling en één landelijke commissie, het Adviescollege Verloftoetsing TBS (AVT).³⁶ Beide bestaan uit professionals vanuit verschillende disciplines die onafhankelijk zijn van de behandeling van de patiënt in kwestie. Verlofaanvragen worden voornamelijk beoordeeld op de risico's tijdens het gevraagde verlof; toestemming wordt gebaseerd op een verminderd, acceptabel of beheersbaar recidiverisico. Hierbij kunnen ook een verhoogde respons op therapie, toegenomen therapietrouw of een afname van onaangepast copinggedrag worden meegewogen.

2.3 Participanten

Sinds de opening van FPC de Rooyse Wissel in 2000 tot de start van de dataverzameling zijn 595 patiënten opgenomen geweest onder de titel tbs met dwangverple-

35 Bernstein et al. (2012); De Boer & Gerrits (2007); De Boer et al. (2008).

36 Adviescollege Verloftoetsing TBS (2007).

ging.³⁷ Alleen de patiënten waarvan de behandeling in FPC de Rooyse Wissel formuleel was beëindigd ten tijde van de dataverzameling werden geïncludeerd. Dit waren 420 patiënten. Van 26 patiënten ontbrak alle dossierinformatie, terwijl van drie patiënten informatie over het einde van de behandeling onbekend was. Beide waren reden voor exclusie. Ten slotte zijn patiënten geëxcludeerd waarbij de PCL-R score ontbrak. De resterende steekproef bevatte 341 patiënten,³⁸ allemaal mannen,³⁹ met een gemiddelde leeftijd bij opname van 35.57 jaar ($SD = 10.3$; range 18-72), een gemiddeld totaal IQ van 88.56 ($SD = 16.7$; range 50-132) en een gemiddelde PCL-R score van 21.51 ($SD 6.6$; range 6-37). De patiënten waren grotendeels van Nederlandse afkomst⁴⁰ (251 patiënten, oftewel 73.6%), daarnaast was een noemenswaardig deel van de patiënten afkomstig uit bijzondere Nederlandse gemeenten gelegen in het Caraïbisch gebied (ook wel Nederlandse Antillen; 37 patiënten, oftewel 10.9%). Daarnaast waren patiënten afkomstig uit Afrika of het Midden-Oosten (resp. 6.2% en 4.1%).

In onze steekproef verkregen 256 (van de 341) patiënten begeleid verlof voor het einde van de tbs-maatregel, 201 patiënten (van de 341) verkregen onbegeleid verlof en 171 patiënten verkregen een machtiging tot transmuraal verlof. Slechts 38 (van de 341) patiënten kregen proefverlof, te weinig om verdere betrouwbare analyses uit te voeren. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat proefverlof vaak niet wordt aangevraagd, omdat de instelling overgaat tot beëindiging van de tbs-maatregel zodra de patiënt met succes transmuraal verlof beoefent in een geschikte vervolgsituatie. Zie Tabel 1 voor meer demografische informatie over de steekproef.

Tabel 1 Demografische gegevens van de steekproef $N = 341$

Variabele	Categorie	Frequentie (%)
Nationaliteit	Nederland	251 (73.6%)
	Nederlandse Antillen	37 (10.9%)
	West-Europa (niet-Nederlands, incl. VK)	4 (1.2%)
	Midden-Oosten	14 (4.1%)
	Afrika	21 (6.2%)
	Zuid-Amerika	7 (2.1%)

- 37 De Rooyse Wissel neemt ook patiënten op onder andere justitiële titels, zoals gemaximeerde tbs, maar omdat deze patiënten niet dezelfde verlof- of verlengingstrajecten hoeven te doorlopen, zijn deze patiënten niet meegenomen, maar daardoor ook niet meegeteld als geëxcludeerde cases.
- 38 De steekproefgrootte per analyse kan afwijken van 341, doordat de gebruikte software, SPSS versie 27, in regressies cases met missende waarden op sleutelvariabelen automatisch uitsluit ('listwise exclusion').
- 39 In FPC De Rooyse Wissel worden uitsluitend mannelijke patiënten opgenomen. In Nederland nemen slechts twee maximaal beveiligde forensische instellingen vrouwelijke patiënten op, beide geen onderdeel van dit onderzoek.
- 40 Hiermee wordt bedoeld dat de patiënten bij geboorte de Nederlandse nationaliteit verkregen, met uitzondering van patiënten geboren in één van de bijzondere Nederlandse gemeenten gelegen in het Caraïbisch gebied, die onder een andere demografische categorie werden geschaard.

Tabel 1 (Vervolg)

Variabele	Categorie	Frequentie (%)	
	Azië	6 (1.8%)	
	Balkan	1 (0.3%)	
(Licht) verstandelijke beperking		129 (37.8%)	
PCL-R psychopathie	Laag (< 20)	95 (27.9%)	
	Matig (20 - 26)	134 (39.3%)	
	Hoog (> 26)	112 (32.8%)	
Indexdelict*	Moord/doodslag	138 (40.5%)	
	Zedenmisdrijf volwassen slachtoffer	38 (11.1%)	
	Pedoseksueel delict	47 (13.8%)	
	Brandstichting	30 (8.8%)	
	Gewelddelict	74 (21.7%)	
	Andersoortig delict	14 (4.1%)	
	Psychische problematiek	Psychotische stoornis	75 (22.0%)
		Autismespectrum stoornis	31 (9.1%)
ADHD/ADD		27 (7.9%)	
Stemmingsstoornis		33 (9.7%)	
Angststoornis		10 (2.9%)	
PTSS/trauma		11 (3.2%)	
Parafilie		54 (15.8%)	
Pyromanie		6 (1.8%)	
Andere DSM-IV As I-stoornis		41 (12.0%)	
Geschiedenis van middelenmisbruik†			242 (71.0%)
Persoonlijkheidsstoornis (PS)	Antisociale PS	87 (25.5%)	
	Borderline PS	29 (8.5%)	
	Theatrale PS	0 (0.0%)	
	Narcistische PS	31 (9.1%)	
	Paranoïde PS	3 (0.9%)	
	Vermijdende PS	4 (1.2%)	
	Afhankelijke PS	1 (0.3%)	

Maartje Clercx, Michiel Verhees & Marije Keulen-de Vos

Tabel 1 (Vervolg)

Variabele	Categorie	Frequentie (%)
	Schizotypische PS	3 (0.9%)
	PS n.a.o.	111 (32.6%)

* Bij elk type delict worden pogingen opgenomen in dezelfde categorie als het voltioede misdrijf. Bijvoorbeeld 'poging tot moord' wordt ook in de categorie 'moord/doodslag' geplaatst. Patiënten die meer dan 1 indexmisdrijf pleegden, werden opgenomen in de misdaadcategorie met de hoogste gevangenisstraf.

† Omvat alle stoffen behalve nicotine en cafeïne. Omvat 'misbruik van' maar ook afhankelijkheid of verslaving.

2.4 Variabelen

Informatie over alle variabelen werd verzameld door een onderzoeksassistent of de eerste auteur. De volgende variabelen zijn gescoord:

Leeftijd bij opname. Van elke patiënt werden de opnamedatum en de geboortedatum geregistreerd om de leeftijd bij opname te berekenen.

Verstandelijke beperking. Patiëntendossiers bevatten niet altijd informatie over de totale IQ-score, die slechts bij 248 (van 341) patiënten bekend was. Informatie over een verstandelijke beperking (geclassificeerd volgens DSM-standaarden) was wel altijd opgenomen in het dossier en gescoord als een aparte variabele (wel of niet aanwezig). In totaal hadden 129 (37.8%) patiënten een verstandelijke beperking.

Psychopathie. In FPC de Rooyse Wissel wordt, net als in de rest van Nederland gebruikelijk is, de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)³⁰ gebruikt om de mate van psychopathie in kaart te brengen. De PCL-R wordt gescoord door een getrainde professional, of in consensus door twee getrainde professionals, op basis van een interview en dossierinformatie. De PCL-R bestaat uit twintig items die elk gescoord worden op een driepuntsschaal variërend van 'item niet aanwezig' (score 0), 'item matig of mogelijk aanwezig' (score 1) tot 'item duidelijk aanwezig' (score 2). De PCL-R heeft een goede validiteit en betrouwbaarheid, zowel bij gebruik van dossierinformatie en een interview, als bij gebruik van enkel dossierinformatie.⁴¹ Kwantitatieve PCL-R scores worden vaak weggelaten uit patiëntendossiers en in plaats daarvan wordt een classificatiesysteem van 'laag' (PCL-R < 20), 'matig' (20 < PCL-R < 26) of 'hoog' (PCL-R > 26) gebruikt. In het gebruikte sample ontbraken de kwantitatieve PCL-R scores ook vaak in de dossiers (in slechts 242 dossiers was een kwalitatieve PCL-R score aanwezig), de classificatie als 'laag', 'matig' of 'hoog' was wel in alle gebruikte dossiers (N = 341) aanwezig. Ook wordt deze categorische classificatie in de praktijk meer gebruikt (denk aan een beschrijving van de mate van psychopathie in verlengingsadviezen en in verlofaanvragen) dan de kwalitatieve waarde. Daarnaast is deze categorische classificatie minder gevoelig voor kleine verschillen in scoring van items tussen verschillende beoordelaars. Om deze rede-

41 Grann et al. (1998).

nen is gekozen voor gebruik van de categorische classificatie in plaats van de totaal-score. De *cutoff* van 26 (in ons onderzoek tevens de onderscheidende waarde tussen classificaties ‘matig’ en ‘hoog’) is daarnaast klinisch nuttig gebleken in Europa.⁴² Zie Tabel 1 voor de PCL-R scores van de steekproef.

Diagnoses. Patiëntendossiers bevatten informatie over DSM-IV-diagnoses,⁴³ apart gescoord op As I en As II, omdat dat nog steeds standaard was in de onderzochte patiëntendossiers. Problemen met middelengebruik en een verstandelijke beperking werden gescoord op aparte variabelen en niet opgenomen in de categorieën As I- of As II-diagnose (niet alle patiënten hadden een diagnose op beide). Zie Tabel 1 voor meer informatie over welke diagnoses aanwezig waren in de steekproef.

Indexdelict en delictgeschiedenis. Het patiëntendossier bevat informatie over het aantal delicten waarvoor een patiënt is veroordeeld, zowel over de delicten in het verleden als het delict waarvoor de patiënt de tbs-maatregel heeft gekregen (indexdelict), en wat voor type delict dit was.

Verlofmachtigingen. Informatie over verlofmachtigingen uit de Monitor Informatie Terbeschikkingstelling (MITS). MITS bevat gegevens over nieuwe verlofmachtigingen en het type verlof. Voor elk type verlof (begeleid, onbegeleid, transmuraal en proefverlof) werd geregistreerd of er ooit een machtiging was afgegeven (ja/nee), en werd de tijd tussen de opname en de datum van het afgeven van de machtiging geregistreerd.

Classificatie van het einde van de behandeling. Ook informatie over het einde van de behandeling werd gecodeerd uit patiëntendossiers, aangevuld met MITS-gegevens. Zeven mogelijkheden tot beëindiging van de behandeling werden onderscheiden: voorlopige of definitieve beëindiging van de tbs-maatregel (geclassificeerd als een positief einde van de behandeling), overplaatsing naar een ander FPC voor een nieuwe behandelopgave, overplaatsing naar een longstay-afdeling, uitzetting uit Nederland als ongewenst vreemdeling, een nieuwe detentie (allemaal geclassificeerd als een negatief einde van de behandeling), natuurlijk of onnatuurlijk overlijden en overplaatsing naar een forensisch ziekenhuis met een lager beveiligingsniveau (FPK/A; deze zijn geclassificeerd als een neutraal einde van de behandeling). Van de 341 patiënten in de steekproef eindigde de behandeling van 222 patiënten met voorwaardelijke of definitieve beëindiging van de tbs-maatregel (positieve uitstroom). Zie Tabel 2 voor de mogelijke vormen van uitstroom, het aantal patiënten per uitstroomvorm en of deze uitstroomvorm als positief of negatief is geclassificeerd.

42 Hare et al. (2000); Hildebrand (2004); Hildebrand et al. (2005).

43 American Psychiatric Association (2000).

Maartje Clercx, Michiel Verhees & Marije Keulen-de Vos

Tabel 2 *Uitstroomvormen in de steekproef N = 341*

Wijze van uitstroom	Frequentie (%)	Classificatie in model
(Voorwaardelijke) beëindiging tbs-maatregel	222 (65.1%)	Positieve uitstroom*
Overplaatsing naar setting met lager beveiligingsniveau (FPK/A) voor nieuwe behandelopgave	6 (1.8%)	Geen positieve uitstroom*
Overplaatsing naar ander FPC voor nieuwe behandelopgave	91 (26.7%)	
Overplaatsing naar longstay	12 (3.5%)	
Patiënt overleden (natuurlijke en niet-natuurlijke dood)	6 (1.8%)	
Tbs-maatregel opgeschort, patiënt wegens nieuw delict opnieuw gedetineerd	4 (1.2%)	

* Voorwaardelijke of onvoorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel (en terugkeer in de samenleving al dan niet in de vorm van een andere zorgmaatregel) is het streven van iedere tbs-behandeling, daarom is dit de enige uitstroomvorm die als positieve uitstroom is gemarkeerd.

2.5 Statistische analyses

Statistische analyses werden uitgevoerd met Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versie 27. Om het effect van de verschillende patiëntkenmerken op verloop te analyseren, werden verschillende Cox (proportional hazard)-regressieanalyses gebruikt. Deze methode analyseert zowel het (niet) voorkomen van een gebeurtenis, als de tijd tot die gebeurtenis, in ons geval verloop.⁴⁴ Er werden drie analyses uitgevoerd met ieder een ander type verloop als uitkomst (begeleid, onbegeleid en transmuraal verloop), en één analyse met een positief einde van de tbs-maatregel. Proefverloop kwam te weinig voor ($N = 38$) om betrouwbare analyses uit te voeren. Assumpties voor Cox-regressie werden getoetst voordat de analyses werden uitgevoerd. Leeftijd bij opname en het totale aantal misdrijven (continue variabelen) werden getoetst op normaliteit. Leeftijd bij opname was normaal verdeeld. Het totale aantal eerdere delicten was niet normaal verdeeld (skewness 2.214, kurtosis 9.320). Gezien normaliteit geen harde eis is voor het mogen uitvoeren van een Cox-regressie, is het totale aantal delicten wel opgenomen in de analyses. Twee cases werden verwijderd, omdat deze een uitbijter vormden.

Pearson-correlaties werden gebruikt om te controleren op multicollineariteit voor alle continue covariaten, en chi-kwadraatberekeningen voor alle categorische variabelen. Er werd geen multicollineariteit gedetecteerd, met uitzondering van een significante χ^2 bij de relatie tussen nationaliteit en As I-stoornis, en nationaliteit en verstandelijke beperking (resp. $\chi^2 = 33.632$ en $\chi^2 = 9.847$, beide $p < .05$). Nationaliteit werd daarom niet opgenomen in de statistische analyses.

Aan de aanname van evenredigheid van risico's werd voldaan met alle covariaten in het model boven een gecorrigeerde α van .006 scoorden (Bonferroni correctie gebaseerd op 8 covariaten).

44 Tabachnick & Fidell (2013).

In de Cox-regressie wordt bij categorische inputvariabelen één van de categorieën als referentiegroep genomen. Als referentiegroep is altijd die categorie gekozen waarbij op basis van eerdere literatuur geen relatie werd verwacht met de uitkomstvariabele, het verkrijgen van verlof of een positieve beëindiging van de tbs-maatregel. De referentiegroep was bij de variabele PCL-R score de categorie ‘laag’ (vs. ‘matig’ en ‘hoog’), bij het gepleegde indexdelict de categorie ‘anders’ (vs. zeden- of levensdelict), en bij de psychische stoornis de categorie ‘geen stoornis op As I’ (vs. een psychotische stoornis, of een andere As I-stoornis). Ten slotte was bij de categorische variabele persoonlijkheidsstoornis het niet hebben van een persoonlijkheidsstoornis de referentiegroep (vs. een Cluster B-persoonlijkheidsstoornis, of een andere persoonlijkheidsstoornis).

3 Resultaten

Het Cox-regressiemodel voor begeleid verlof was significant met $\chi^2(12) = 32.15, p < .01$. In dit model was de enige significante voorspeller de PCL-R score ‘matig’ hazard ratio (HR) = 1.958 (95% CI 1.393 tot 2.753), $p < .01$ en ‘hoog’, HR = 2.108 (95% CI 1.524 tot 2.914), $p < .01$. Zie Tabel 3 voor het volledige model. De HR voor het verkrijgen van begeleid verlof is hoger bij een matige PCL-R score, en nog hoger voor patiënten met een hoge PCL-R score in vergelijking met de referentiegroep, de groep met een lage PCL-R score.

Het Cox-regressiemodel voor onbegeleid verlof was significant met $\chi^2(12) = 29.26, p < .01$. Significante hazard ratio's werden gevonden voor een lage en hoge PCL-R score (HR PCL-R_{hoog} = 1.778; maar niet matig), het hebben van geen As I-stoornis of een niet-psychotische DSM IV As I-stoornis (HR_{AndereAsI} = 1.739) en leeftijd bij opname (HR_{LeeftijdOpname} = 1.018). Zie Tabel 3 voor details van het model. Een hoge PCL-R score leidt tot een hazard op toekenning van onbegeleid verlof. Hoewel significant, is de associatie tussen leeftijd en het verkrijgen van onbegeleid verlof heel klein: een hogere leeftijd leidt slechts tot een iets grotere kans op het verkrijgen van onbegeleid verlof. Ten slotte leidt het hebben van een psychotische stoornis niet tot een grotere of kleinere kans op onbegeleid verlof, het hebben van een andere stoornis op As I leidt wel tot een hogere kans op het verkrijgen van onbegeleid verlof.

Voor transmuraal verlof was het Cox-regressiemodel significant met $\chi^2(12) = 39.79, p < .01$. Hier was de PCL-score significant voor alle drie niveaus, evenals de leeftijd bij opname ($p < .01$). Het hebben gepleegd van een zedendelict of een delict in de categorie ‘overig’ was ook significant, net als het hebben van een persoonlijkheidsstoornis ($p < .05$). Tabel 3 geeft details van het volledige model. Concreet leidt een hogere leeftijd wederom tot een iets vergrote kans op het verkrijgen van transmuraal verlof. Ook een matige of hoge PCL-R score leiden tot een hogere hazard op het ooit verkrijgen van transmuraal verlof tijdens de tbs-behandeling, evenals het hebben gepleegd van een zedendelict.

Tot slot was de Cox-regressie van patiëntkenmerken op een positief einde van de tbs-maatregel significant met $\chi^2(12) = 50.55, p < .01$. In dit model waren het hebben gepleegd van een levensdelict of het hebben van een persoonlijkheidsstoornis

Maartje Clercx, Michiel Verhees & Marije Keulen-de Vos

(Cluster A of C) significante voorspellers ($p < .05$). De PCL-R score was geen significante voorspeller in dit model. Zie Tabel 3 voor de volledige details van het model. In dit geval leidt het hebben gepleegd van een levensdelict tot een lagere kans op een positief einde van de tbs-maatregel, evenals het lijden aan een persoonlijkheidsstoornis van Cluster A of C.

Ten slotte is de tijd tot het verkrijgen van diverse verlofstappen uitgezet tegen de PCL-R score (de in de meeste modellen gevonden significante voorspeller) visueel gemaakt, waarbij onderliggend een ander patroon zichtbaar wordt. Figuur 1A toont de relatie tussen PCL-R score en de tijd tot verlof en het einde van de tbs-maatregel. Hierin is zichtbaar dat patiënten met een hoge PCL-R score niet zo vaak verlofmachtigingen krijgen en hun behandeling minder vaak positief afsluiten in vergelijking met patiënten met een gemiddelde of lage PCL-R score. Echter, wanneer patiënten met een hoge PCL-R score wel verlof krijgen of hun behandeling positief afsluiten, doen zij dit sneller dan patiënten met een gemiddelde of lage PCL-R score. De ogenschijnlijke verschuiving van het groepseffect gedurende de looptijd bemoeilijkt de interpretatie van de Cox-regressie.⁴⁵ De visuele weergave reflecteert echter geen statistische significantie. Interpretatie van deze ogenschijnlijk tegenstrijdige resultaten dient dus met voorzichtigheid te gebeuren.

45 Barraclough et al. (2011).

Tabel 3 Resultaten van het Cox-regressiemodel van patiëntkenmerken op begeleid, onbegeleid en transmuraal verlof en een positief einde van de tbs-maatregel

	Begeleid verlof (N = 338)			Onbegeleid verlof (N = 336)			Transmuraal verlof (N = 338)			Positief einde tbs (N = 336)							
	B	SE	HR	95%CI	B	SE	HR	95%CI	B	SE	HR	95%CI					
Leeftijd bij opname	.011	.007	1.011	.998	.018	.008	1.018†	1.002	.028	.009	1.028*	1.011	.036	.008	1.037	1.021	.052
(L)VB	-.048	.133	.953	.735	.266	.155	1.304	.963	-.313	.163	.731	.531	-.136	.147	.873	.654	.165
				-.1.237				-.1.767				-.1.007					
PCL-R score			*			†					†						
Laag																	
Matig	.672	.174	1.958*	1.393	.427	.205	1.532	1.024	.485	.226	1.624†	1.042	.217	.202	1.242	.835	.847
				-.2.753				-.2.292				-.2.530					
Hoog	.746	.165	2.108*	1.524	.576	.186	1.778*	1.235	.553	.211	1.739*	1.151	.127	.183	1.135	.793	.626
				-.2.914				-.2.560				-.2.627					
Aantal delicten	.036	.037	1.037	.964	.026	.041	1.026	.946	.075	.047	1.078	.982	.034	.042	1.035	.953	.123
				-.1.115				-.1.113				-.1.183					
Indexdelict											†				*		
Anders																	
Zedendel.	.105	.159	1.110	.814	.059	.180	1.061	.745	.398	.199	1.490†	1.009	.252	.168	1.287	.926	.788
				-.1.515				-.1.510				-.2.199					
Levensdel.	-.315	.178	.729	.515	-.332	.196	.724	.493	-.298	.218	.742	.484	-.624	.200	.535*	.362	.792
				-.1.034				-.1.063				-.1.139					
Middelen- misbruik in verleden	-.077	.144	.926	.698	-.170	.165	.844	.610	.169	.178	1.184	.836	-.100	.156	.905	.667	.227
				-.1.228				-.1.166				-.1.678					

Het doorlopen van verlofstappen in relatie tot patiëntkenmerken

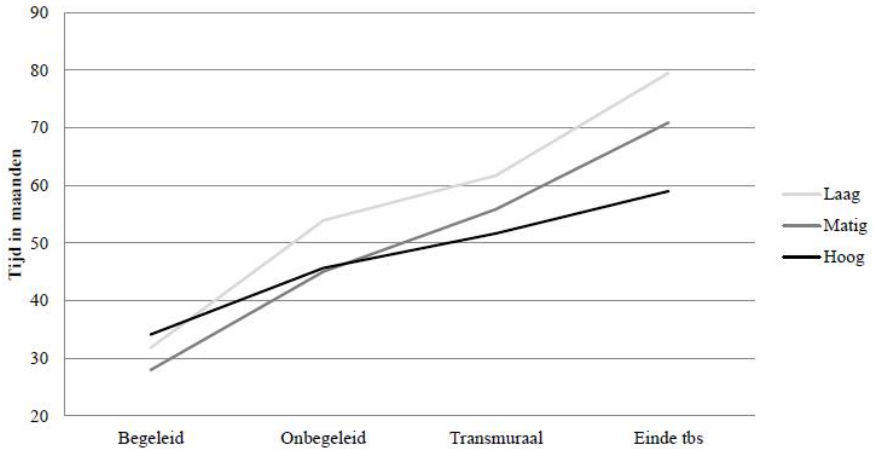
Maartje Clercx, Michiel Verhees & Marije Keulen-de Vos

Tabel 3 (Vervolg)

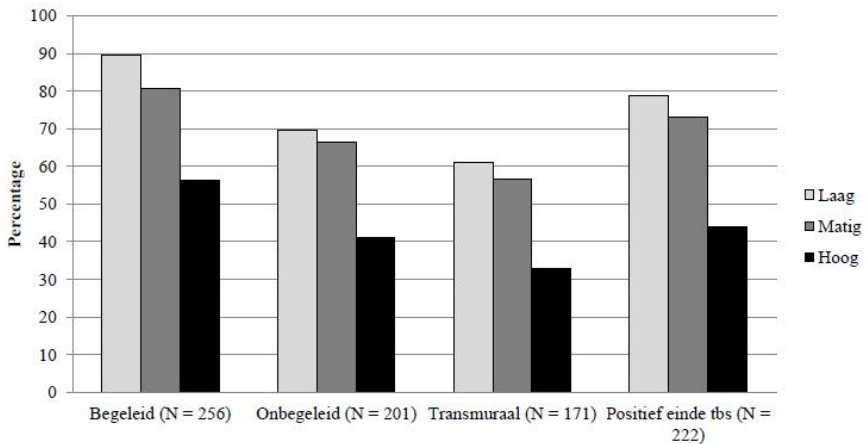
	Begeleid verlof (N = 338)			Onbegeleid verlof (N = 336)			Transmuraal verlof (N = 338)			Positief einde tbs (N = 336)						
	B	SE	HR	95%CI	B	SE	HR	95%CI	B	SE	HR	95%CI				
Psychische stoornis																
Geen As I																
Andere As I	.137	.203	1.147	.770 - 1.709	.553	.229	1.739 [†]	1.110 - 2.723	-.116	.236	.890	.561 - 1.413	.534	.216	1.706 [†]	1.117 - 2.608
Psychotische st.	.326	.180	1.385	.974 - 1.971	.069	.206	1.072	.716 - 1.604	-.364	.211	.695	.460 - 1.050	.190	.192	1.209	.830 - 1.762
Persoonlijkheidsstoornis																
Geen																
Andere PS	-.300	.199	.741	.502 - 1.094	-.196	.217	.822	.537 - 1.258	-.550	.233	.577 [†]	.3662 - .911	-.539	.213	.584 [†]	.384 - .886
Cluster B PS	-.308	.199	.735	.497 - 1.087	-.119	.219	.888	.578 - 1.364	-.592	.241	.553 [†]	.345 - .888	-.239	.210	.788	.522 - 1.189
Model																
-2 Log Likelihood		2481.383				1934.470				1557.472				1991.464		
X ² (df)		32.149 (12)				29.261 (12)				39.785 (12)				50.550 (12)		
p		.001				.004				.000				.000		

* Significant bij p < .01. † Significant bij p < .05.

1A *Tijd tot verlof (maanden) bij uitgestroomde tbs-patiënten die laag, matig en hoog scoren op de PCL-R (N = 341)*



1B *Percentage patiënten dat verlofmachtiging verkrijgt voor laag, matig en hoog scorende patiënten op de PCL-R (N = 341)*



4 Discussie

Deze studie onderzocht de relatie tussen grotendeels statische patiëntkenmerken, zoals leeftijd bij opname, indexdelict en aantal delicten, een geschiedenis van mid-delenproblematiek en diagnoses en verlof tijdens de tbs-maatregel. Onze resulta-ten laten zien dat, hoewel de overstijgende modellen wel voorspellend zijn, dergelij-ke kenmerken vaak geen relatie vertonen met het verkrijgen van een verlofmachtiging, en hoelang dit duurt. Bij enkele factoren die als significante

voorspeller kunnen worden gezien, is hier pas sprake van in latere stadia van het proces van resocialisatie. In het geval van de invloed van het type indexdelict of het hebben van een persoonlijkheidsstoornis bijvoorbeeld, zijn deze pas significant op het moment van transmuraal verlof en het einde van de tbs-maatregel. Hoewel patiënten tijdens de klinische behandeling meer vrijheden en verantwoordelijkheden krijgen in de vorm van begeleid en onbegeleid verlof, zijn het type indexdelict en het aantal eerdere delicten, intelligentie, een geschiedenis van middelengebruik, en het hebben van een persoonlijkheidsstoornis niet van invloed op deze verlofstappen.

Een variabele die wel een significante voorspeller was, is de leeftijd bij opname, die een verband vertoonde met onbegeleid en transmuraal verlof (Cox-regressieresultaten). Een jongere leeftijd bij opname leidt tot een langere tijd tot afgegeven verlofmachtigingen of het einde van de maatregel. Onze bevindingen komen grotendeels overeen met eerdere studies.⁴⁶ Drieschner en collega's⁴⁷ hebben eerder gevonden dat een jongere leeftijd bij vrijlating gerelateerd is aan een hogere mate van recidive. Een mogelijke hypothese van deze resultaten zou kunnen zijn dat jongere patiënten meer geweld en antisociaal gedrag vertonen tijdens de behandeling, wat vervolgens het resocialisatieproces zou kunnen vertragen. Eerdere meta-analyse van Dack et al.⁴⁸ en een groot onderzoek van Broderick et al.⁴⁹ toonde al aan dat een jongere leeftijd een verband hield met agressie tijdens opname; andere studies⁵⁰ tonen dit verband niet aan, en in de huidige studie is dit niet onderzocht. Voor PCL-R scores blijkt het volgende uit de resultaten: voor patiënten met een hoge PCL-R wordt er een hogere HR gevonden voor het verkrijgen van verlof dan voor patiënten met een lage of matige score, in alle fasen van behandeling (begeleid verlof, onbegeleid verlof, transmuraal verlof), maar de psychopathie-score heeft geen relatie tot het al dan niet positief beëindigen van de tbs-behandeling. Wanneer we de data verder visualiseren, blijkt het volgende patroon zichtbaar te worden: ten eerste, patiënten met een hoge PCL-R score krijgen juist niet zo vaak verlofmachtigingen en sluiten hun behandeling minder vaak positief af dan patiënten met een gemiddelde of lage PCL-R score. Echter, wanneer patiënten met een hoge PCL-R score wel verlof krijgen of hun behandeling positief afsluiten, doen zij dit sneller dan patiënten met een gemiddelde of lage PCL-R score. Dit is opmerkelijk en vertroebelt mogelijk ook de interpretatie van de Cox-regressie op dit punt. Mogelijk zijn er in de praktijk twee groepen patiënten te onderscheiden: een groep waarbij een hoge PCL-R score het verkrijgen van verlof belemmert, én een groep waarbij dit niet het geval is. Onze studie maakt mogelijk het verschil zichtbaar tussen patiënten met psychopathie die staat zijn zich aan te passen aan het behandelingsmilieu, en patiënten die dat niet kunnen. Echter, door de overvloed aan literatuur over dit onderwerp, en een daardoor toch nog bestaand klinisch pessimisme,⁵¹ is het ook denkbaar dat kleine overtredingen of misdragingen van patiënten

46 Drieschner et al. (2018); Bonta et al. (1998); Piquero et al. (2015); Zeng et al. (2017); Craig (2009).

47 Drieschner et al. (2018).

48 Dack et al. (2013).

49 Broderick et al. (2015).

50 Steinert (2002).

51 Larsen (2019); Salekin (2002).

met psychopathie strenger worden beoordeeld door professionals in vergelijking met patiënten met lage PCL-R scores, een mechanisme dat bijvoorbeeld wordt genoemd door Edens.⁵² Hierbij is het denkbaar dat een hoge PCL-R score niet noodzakelijk leidt tot het niet verlenen van verlof, maar dat als er andere zaken spelen (bijv. grensoverschrijdend gedrag) een hoge PCL-R score ineens zwaar wordt meegewogen als bijkomend tegenargument. Mogelijk fungeert PCL-R score als een mediërende of modererende variabele op de relatie tussen een nu onbekende andere variabele en het verkrijgen van verlof. Het is daarbij verder mogelijk dat een verschil in factor- of facetscores de bijzondere relatie tussen PCL-R score en het verlofproces kan verklaren. Zo zou het interessant zijn om te kijken of bepaalde factor- of facetscores van de PCL-R gerelateerd zijn aan het al dan niet verkrijgen van verlof. Deze waren echter helaas niet (voldoende) beschikbaar.

Hoewel de visuele dataweergaven weliswaar interessant zijn, berusten deze niet op statistische modellen en sluiten deze niet geheel aan bij de resultaten uit de Cox-regressie, wat uitspraken en hypothesen over dit verschijnsel bemoeilijkt. Deze ogenschijnlijk interessante bevindingen zouden verder onderzocht moeten worden, bij voorkeur met behulp van item-, facet- en factorscores, en onderzoek naar gedrag tijdens de behandeling, en ook zouden recidivecijfers moeten worden geïncludeerd om dit fenomeen volledig te verklaren. Voorlopig lijkt het gepast dat behandelaars waakzaam blijven voor schijnaanpassing bij patiënten met psychopathie, maar tegelijkertijd proberen zij deze patiënten objectief te beoordelen. Mogelijk speelt de PCL-R score geen rol in de besluitvorming, maar zijn andere factoren (bijv. aanwezigheid op dagbesteding en bij therapie) meer van belang. Toekomstig onderzoek dient verder aandacht te besteden aan de rol van PCL-R scores in de verlening en het verloop van verlof.

De hier gepresenteerde resultaten sluiten aan bij eerder onderzoek van Bulten et al.,⁵³ die aantoonde dat er weliswaar een significante, maar zwakke samenhang is tussen de tijd tot het eerste begeleid verlof en HKT-factoren (Historisch, Klinisch, Toekomst), diagnose en delict. In een andere studie van deze auteurs⁵⁴ toonden zij ook aan dat enkele patiëntfactoren (te weten een cluster B-persoonlijkheidsstoornis, een aan middelen gebonden stoornis, stemmingsstoornis, aandachtsstoornis, brandstichting of een ernstig geweldsdelict als indexdelict) weliswaar samenhangen met het risico op een ongeoorloofde afwezigheid tijdens verlof, maar dat deze verbanden wederom zwak waren. In onze resultaten zijn slechts enkele voorspelers significant en vrijwel allemaal in latere fasen (vanaf ongebeleid verlof) van het traject. Daarnaast zijn verscheidene van de gevonden significante resultaten weliswaar significant, maar zijn deze in enkele gevallen (leeftijd bij opname) zwak of matig (type indexdelict) te noemen.

Een verklaring voor het ontbreken van een relatie tussen verschillende andere onderzochte patiëntkenmerken en het resocialisatieproces kan zijn dat alle patiënten, ongeacht hun criminele achtergrond of diagnose, met optimale inspanningen worden begeleid door het behandelteam, waar mogelijk afgestemd op de individu-

52 Edens (2006).

53 Bulten et al. (2022a).

54 Bulten et al. (2022b).

ele behoeften van de patiënt. Mogelijk zijn deze bevindingen dan ook een aanwijzing voor een succesvolle toepassing van de RNR-principes.⁵⁵ In deze gedachtegang is het zeer waarschijnlijk dat meer dynamische factoren, zoals therapietrouw, therapeutische alliantie, behandelmotivatie en het hebben van een prosociaal netwerk, een grotere invloed hebben op het verkrijgen van verlof dan statische factoren. In toekomstig onderzoek moeten dynamische factoren verder onderzocht worden. Ten slotte bestaat de mogelijkheid dat de onderzochte factoren van beperkte invloed zijn op het verkrijgen van verlof; in verdere studies zal moeten worden gekeken welke factoren wel van invloed zijn.

4.1 *Limitaties en suggesties voor toekomstig onderzoek*

Het onderzoek kent verschillende limitaties. Ten eerste was de dataverzameling beperkt tot één FPC. Hoewel er geen redenen zijn om te verwachten dat de Rooyse Wissel duidelijk anders presteert dan andere instellingen, zouden toekomstige studies idealiter meerdere locaties en mogelijk meerdere landen moeten omvatten.

Ten tweede werd het onderzoek uitgevoerd op basis van gegevens uit dossiers en bevatte het enige ontbrekende informatie en informatie gebaseerd op verschillende instrumenten (zoals de DSM III en IV). De dataset was afhankelijk van de informatie die standaard in dergelijke dossiers wordt opgenomen. Om de gepresenteerde bevindingen met meer zekerheid te kunnen onderschrijven zou het nuttig zijn patiëntkenmerken over tijd te volgen gedurende de behandeling, aan de hand van gestandaardiseerde dataverzamelingsprocedures en in meer detail. Zo zouden bijvoorbeeld de facet- en factorscores van de PCL-R apart bestudeerd kunnen worden, of gebruikgemaakt kunnen worden van de kwalitatieve totaalscores op de PCL-R, en is ook de mogelijkheid van de PCL-R (of andere factoren) als mediërende of modererende variabele niet meegenomen. Daarnaast laat het volgen over tijd toe om veranderingen in kaart te brengen. Zo zijn tussentijdse wijzigingen in diagnose of PCL-R score in dit onderzoek niet opgenomen. Daarnaast zijn er gedragskenmerken die mogelijk zowel van invloed zijn op de mate van psychopathie volgens de PCL-R, als direct op de besluitvorming omtrent het al dan niet toekennen van verlof, zoals bijvoorbeeld het overschrijden van opgelegde voorwaarden. Dergelijke 'derde variabele'-mechanismen zijn in het huidige onderzoek ook niet opgenomen en zijn wel het bestuderen waard in verdere studies.

Onze studie omvatte alleen grotendeels statische patiëntfactoren; dynamische factoren werden niet meegenomen. Om de invloed van dynamische factoren te onderzoeken is verder onderzoek nodig, waarin ook informatie moet worden opgenomen over dynamische patiëntkenmerken, zoals de inhoud van de behandeling, therapietrouw, behandelmotivatie, therapeutische alliantie, het aantal gevolgde therapieessies, het netwerk van de patiënt, enzovoort.

Bij het analyseren van uitstroom hebben we enkel uitstroom middels (on)voorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel geassocieerd als positieve uitstroom, omdat dit het doeleinde is van ieder tbs-traject. Echter, een aanzienlijk deel van de onderzochte steekproef (34.9%) is niet op deze wijze uitgestroomd. Er is binnen het huidige onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen de mogelijke

55 Birgden (2008).

wijzen van uitstroom die niet als positief zijn geclassificeerd. Mogelijk had verder uitsplitsen van diverse uitstroomvormen tot meer nuance in de resultaten geleid. Ook is geen onderscheid gemaakt tussen (on)voorwaardelijke beëindiging conform of contrair het advies van de kliniek, wat bij verder onderzoek mogelijk tot andere inzichten kan leiden.

Ten slotte hebben we, hoewel we een vrij grote steekproef hebben geïnccludeerd, ook een vrij groot aantal analyses uitgevoerd, waarmee rekening moet worden gehouden bij het interpreteren van de resultaten. Tot slot konden de uitkomstvariabelen niet worden gekoppeld aan recidive. Het zou raadzaam zijn om te onderzoeken of recidivecijfers gerelateerd zijn aan het resocialisatietraject en of deze relatie gemodereerd wordt door patiëntkenmerken, en zo ja, hoe dan.

In de toekomst zou de motivatie voor het al dan niet toekennen van een verlofmachtiging of het beëindigen van de tbs-maatregel ook nader onderzocht kunnen worden door commissies en rechters te vragen naar hun beweegredenen met betrekking tot de genomen beslissing.

4.2 Conclusie

Concluderend kan worden gesteld dat slechts enkele factoren die bij de start van de behandeling gekend zijn van invloed lijken te zijn op het verlof van de verlofketen, en de factoren die worden gevonden zijn overwegend pas van invloed tijdens latere fasen. Een hogere leeftijd bij opname leidt iets vaker tot toekenning van onbegeleid en transmuraal verlof, het hebben gepleegd van een zedendelict leidt ook tot hogere kans op toekenning van transmuraal verlof. Het hebben van een niet-psychotische As I-stoornis leidt iets vaker tot toekenning van onbegeleid verlof en tot een positief einde van de tbs-maatregel. Het hebben gepleegd van een levensdelict verkleint de kans op een positief einde van de tbs-maatregel. Het hebben van een persoonlijkheidsstoornis leidt tot een lagere kans op transmuraal verlof of een positief einde van de tbs-maatregel. Ten slotte lijkt er een bijzonder verband te bestaan tussen PCL-R scores en het verkrijgen van verlof, waarbij ogenschijnlijk twee groepen kunnen worden onderscheiden onder degenen met een hoge PCL-R score: diegenen die wel verlof verkrijgen en dan ook relatief snel in vergelijking met diegenen met lagere PCL-R scores, en diegenen die géén verlof verkrijgen. Door een gebrek aan eenduidigheid in gevonden resultaten, en een veelheid aan mogelijk verklaringen voor dit verschijnsel (zowel statistisch als klinisch) dient ten aanzien van deze bevinding verder onderzoek plaats te vinden alvorens hierover eenduidige conclusies te kunnen presenteren.

Deze resultaten zijn informatief voor behandelaren, omdat hieruit blijkt dat enkele van de onderzochte factoren pas een significant verband vertonen in latere fasen (bijv. het hebben van een persoonlijkheidsstoornis of het type delict). In de praktijk blijkt nog weleens dat bepaalde problematiek niet de eerste aandacht heeft tijdens vroege fasen van de behandeling, bijvoorbeeld doordat deze problematiek pas een risico gaat vormen als de patiënt meer vrijheden heeft, of zich vermijdend of ontkennend opstelt. Mogelijk geven de voorliggende resultaten aanleiding om problematiek eerder tijdens de behandeling aan te pakken.

Ook voor diegenen die verantwoordelijk zijn voor beleid zijn de hier gepresenteerde resultaten mogelijk informatief. Zo blijkt bijvoorbeeld dat het hebben gepleegd

Maartje Clercx, Michiel Verhees & Marije Keulen-de Vos

van een levensdelict leidt tot minder hoge kans op positieve uitstroom. Dit kan komen doordat de problematiek wellicht on(der)behandeld is gebleven gedurende de klinische plaatsing, zoals hierboven, maar wel degelijk een risico gaat vormen tijdens fasen met meer vrijheden, maar kan ook, zoals is gebleken uit eerdere rapporten,⁵⁶ komen door beperkte uitstroommogelijkheden of maatschappelijke vooroordelen over bepaalde doelgroepen, zoals diegenen die een zwaarder delict hebben gepleegd. Hoewel de oorzaak van dit verband in het huidige onderzoek niet kan worden achterhaald zijn deze mogelijk aanleiding voor verder onderzoek, zodat indien dit blijkt, beleidsmatige belemmeringen voor spoedige uitplaatsing ook kunnen worden aangepakt.

Ten slotte zijn voorliggende resultaten mogelijk informatief voor diegenen die verlofaanvragen beoordelen, omdat deze tonen welke factoren in welke fasen leiden tot hoge kans op toekenning, of juist niet. Dit biedt mogelijk overstijgend kwalitatief inzicht in hoe factoren wel of juist niet een rol spelen bij de beoordeling.

Literatuur

- Adviescollege Verloftoetsing TBS (2007). *Verlof tijdens tbs*. www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/tbs-en-overige-forensische-zorg/tbs/verlof-tijdens-tbs
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision, DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Baillargeon, J., Penn, J.V., Knight, K., Harzke, A.J., Baillargeon, G., & Becker, E.A. (2009). Risk of Reincarceration Among Prisoners with Co-occurring Severe Mental Illness and Substance Use Disorders. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(4), 367-374. <https://doi.org/10.1007/s10488-009-0252-9>
- Ballenger, J.C. (2013). Attainment and Stability of Sustained Symptomatic Remission and Recovery Among Patients With Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 16-Year Prospective Follow-Up Study. In *Yearbook of Psychiatry and Applied Mental Health* (pp. 357-358). <https://doi.org/10.1016/j.jpsy.2012.08.056>
- Barlow, E.M., & Dickens, G.L. (2018). Systematic review of therapeutic leave in inpatient mental health services. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(4), 638-649. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.02.010>
- Barracough, H., Simms, L., & Govindan, R. (2011). Biostatistics Primer: What a Clinician Ought to Know: Hazard Ratios. *Journal of Thoracic Oncology*, 6(6), 978-982. <https://doi.org/10.1097/jto.0b013e31821b10ab>
- Baumer, E.P., O'Donnell, I., & Hughes, N. (2009). The porous prison: A note on the rehabilitative potential of visits home. *The Prison Journal*, 89(1), 119-126. <https://doi.org/10.1177/0032885508330430>
- Bernstein, D.P., Nijman, H.L.I., Karos, K., Keulen-de Vos, M.E., Vogel, V. de, & Lucker, T.P. (2012). Schema therapy for forensic patients with personality disorders: Design and preliminary findings of a multicenter randomized clinical trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 312-324. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.746757>

56 Inspectie Justitie en Veiligheid (2020).

- Birgden, A. (2008). Offender rehabilitation: A normative framework for forensic psychologists. *Psychiatry, Psychology and Law*, 15(3), 450-468. <https://doi.org/10.1080/13218710802101597>
- Boer, J. de, & Gerrits, J. (2007). Learning from Holland: the TBS system. *Psychiatry*, 6(11), 459-461. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.08.008>
- Boer, J. de, Whyte, S., & Maden, T. (2008). Compulsory treatment of dangerous offenders with severe personality disorders: A comparison of the English DSPD and Dutch TBS systems. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(2), 148-163. <https://doi.org/10.1080/14789940701830726>
- Bonta, J. & Andrews, D.A. (2003). A commentary on Ward and Stewart's model of human needs. *Psychology, Crime & Law*, 9(3), 215-218. <https://doi.org/10.1080/1068316031000112115>
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2016). *The psychology of criminal conduct*. Taylor & Francis.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123(2), 123-142. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.123.2.123>
- Broderick, C., Azizian, A., Kornbluh, R., & Warburton, K. (2015). Prevalence of physical violence in a forensic psychiatric hospital system during 2011–2013: Patient assaults, staff assaults, and repeatedly violent patients. *CNS Spectrums*, 20(3), 319-330. <https://doi.org/10.1017/S1092852915000188>
- Bulten, E., Vogel, V. de, & Kordelaar, W. van (2022a). Begeleid verlof in de tbs, AVT-proof. *Delikt & Delinkwent*, 137-148.
- Bulten, E., Vogel, V. de, & Kordelaar, W. van (2022b). Onttrekkingen en recidive tijdens tbs-verlof: De wet van de kleine aantallen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64, 657-662.
- Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Zhang, T., Sizmur, S., Roberts, C., ... Rogers, R.D. (2009). Gender differences in structured risk assessment: Comparing the accuracy of five instruments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 337-348. <https://doi.org/10.1037/a0015155>
- Craig, L.A. (2009). The Effect of Age on Sexual and Violent Reconviction. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(1), 75-97. <https://doi.org/10.1177/0306624x09353290>
- Cristea, I.A., Gentili, C., Cotet, C.D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4>
- Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D., & Bowers, L. (2013). A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 255-268. <https://doi.org/10.1111/acps.12053>
- DeMatteo, D., & Olver, M.E. (2022). Use of the Psychopathy Checklist-Revised in legal contexts: Validity, reliability, admissibility, and evidentiary issues. *Journal of Personality Assessment*, 104(2), 234-251. <https://doi.org/10.1080/00223891.2021.1955693>
- Drieschner, K., Hill, J., & Weijters, G. (2018). Recidive na tbs, ISD en overige forensische zorg. Den Haag: WODC.
- Edens, J.F. (2006). Unresolved controversies concerning psychopathy: Implications for clinical and forensic decision making. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(1), 59-65. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.37.1.59>
- Escarela, G., Francis, B., & Soothill, K. (2000). *Journal of Quantitative Criminology*, 16(4), 385-414. <https://doi.org/10.1023/a:1007586031274>
- Fazel, S., Fimińska, Z., Cocks, C., & Coid, J. (2016). Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 208(1), 17-25. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.149997>

Maartje Clercx, Michiel Verhees & Marije Keulen-de Vos

- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J.R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 6(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>
- Gordon, H., & Lindqvist, P. (2007). Forensic psychiatry in Europe. *Psychiatric Bulletin*, 31, 421-424. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.014803>
- Grann, M., Langstrom, N., Tengstrom, A., & Stalenheim, E.G. (1998). Reliability of file-based retrospective ratings of psychopathy with the PCL-R. *Journal of Personality Assessment*, 70(3), 416-426. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7003_2
- Håkansson, A., & Berglund, M. (2012). Risk factors for criminal recidivism—a prospective follow-up study in prisoners with substance abuse. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-111>
- Hare, R.D., Clark, D., Grann, M., & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behavioral Sciences and the Law*, 18(5), 623-645. [https://doi.org/10.1002/1099-0798\(200010\)18:5<623::aid-bsl409>3.0.co;2-w](https://doi.org/10.1002/1099-0798(200010)18:5<623::aid-bsl409>3.0.co;2-w)
- Hare, R.D., Harpur, T.J., Hakstian, A., Forth, A.E., Hart, S.D., & Newman, J.P. (1990). The Revised Psychopathy Checklist: Reliability and factor structure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(3), 338-341. <https://doi.org/10.1037//1040-3590.2.3.338>
- Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (1991). Psychopathy and violent recidivism. *Law and Human Behavior*, 15(6), 625-637. <https://doi.org/10.1007/bf01065856>
- Harrow, M., Jobe, T.H., & Tong, L. (2021). Twenty-year effects of antipsychotics in schizophrenia and affective psychotic disorders. *Psychological Medicine*, 1-11. <https://doi.org/10.1017/s0033291720004778>
- Hildebrand, M. (2004). *Psychopathy in the treatment of forensic psychiatric patients. Assessment, prevalence, predictive validity, and clinical implications*. Amsterdam: Dutch University Press.
- Hildebrand, M., Hesper, B.L., Spreen, M., & Nijman, H.L.I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie: Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Hodgins, S. (2008). Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1503), 2505-2518.
- Horst, P. ter, Jessen, A., Bogaerts, S., & Spreen, M. (2015). Behandelduur tot eerste toekenning tbs-verlof in een Nederlandse forensische psychiatrische kliniek; dossieronderzoek naar invloed van patiëntkenmerken en delict. [Clinical decision making with regard for granting of escorted leave for forensic patients detained by court order in a Dutch psychiatric clinic. Role of gender, disorder and the type of offence in the procedure]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 314-322.
- Inspectie Justitie en Veiligheid. (2020). *Geen kant meer op kunnen. Een onderzoek naar de knelpunten en dilemma's in de resocialisatie van tbs-gestelden*. Inspectie Justitie en Veiligheid.
- Keulen-de Vos, M.E., & Frijters, K. (2016). Aggressive behavior in offenders with intellectual disabilities: theories and treatment. In M.J. Cima (Ed.), *Handbook of Forensic Psychology and Treatment* (pp. 276-306). London: Routledge.
- Koenraadt, F.A.M.M., Langbroek, P., Tigchelaar, J., & Velde, M. (2010). *Het verlof van de ter beschikking gestelde: het Adviescollege Verloftoetsing TBS in de route van aanvraag tot beslissing*. Utrecht: Montaigne Centre.

- Krüger, C., & Rosema, D. (2010). Risk factors for violence among long-term psychiatric in-patients: a comparison between violent and non-violent patients. *African Journal of Psychiatry*, 13(5), 366-375. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v13i5.63102>
- Langton, C.M., Hogue, T.E., Daffern, M., Mannion, A., & Howells, K. (2011). Personality traits as predictors of inpatient aggression in a high-security forensic psychiatric setting: Prospective evaluation of the PCL-R and IPDE dimension ratings. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(3), 392-415. <https://doi.org/10.1177/0306624X10370828>
- Larsen, R.R. (2019). Psychopathy treatment and the stigma of yesterday's research. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 29(3), 243-272. <https://doi.org/10.1353/ken.2019.0024>
- Morgan, R.D., Flora, D.B., Kroner, D.G., Mills, J.F., Varghese, F., & Steffan, J.S. (2012). Treating offenders with mental illness: A research synthesis. *Law and Human Behavior*, 36(1), 37-50. <https://doi.org/10.1007/s10979-011-9271-7>
- Morgan, C., Lappin, J., Heslin, M., Donoghue, K., Lomas, B., Reininghaus, U., Onyejiaka, A., Croudace, T., Jones, P.B., Murray, R.M., Fearon, P., Doody, G.A., & Dazzan, P. (2014). Reappraising the long-term course and outcome of psychotic disorders: the AESOP-10 study. *Psychological Medicine*, 44(13), 2713-2726. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000282>
- Nieuwbeerta, P., Nagin, D.S., & Blokland, A.A. (2009). The relationship between first imprisonment and criminal career development: A matched samples comparison. *Journal of Quantitative Criminology*, 25, 227-257. <https://doi.org/10.1007/s10940-009-9069-7>
- O'Driscoll, C., Larney, S., Indig, D., & Basson, J. (2012). The impact of personality disorders, substance use and other mental illness on re-offending. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23(3), 382-391. <https://doi.org/10.1080/14789949.2012.686623>
- Piquero, A.R., Jennings, W.G., Diamond, B., & Reingle, J.M. (2015). A Systematic Review of Age, Sex, Ethnicity, and Race as Predictors of Violent Recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(1), 5-26. <https://doi.org/10.1177/0306624x13514733>
- Salekin, R.T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality?. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 79-112. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00083-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00083-6)
- Salekin, R.T. (2019). Psychopathy and therapeutic pessimism Clinical lore or clinical reality? In R. Roesch & K. McLachlan (Eds.), *Clinical Forensic Psychology and Law* (pp. 257-290). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351161565-14>
- Skeem, J.L., Monahan, J., & Mulvey, E.P. (2002). Psychopathy, treatment involvement, and subsequent violence among civil psychiatric patients. *Law and Human Behavior*, 26(6), 577-603. <https://doi.org/10.1023/a:1020993916404>
- Sklenarova, H., Neutze, J., Kretschmer, T., & Nitschke, J. (2020). Granting leave to patients in Bavarian forensic-psychiatric hospitals: A survey to describe the current process and develop guidelines. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 287. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00287>
- Spohn, C., & Holleran, D. (2002). The effect of imprisonment on recidivism rates of felony offenders: A focus on drug offenders. *Criminology*, 40, 329-347. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2002.tb00959.x>
- Steinert, T. (2002). Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 133-141. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.106.s412.29.x>
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2013) *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Pearson.

Maartje Clercx, Michiel Verhees & Marije Keulen-de Vos

- Tabita, B., de Santi, M.G., & Kjellin, L. (2012). Criminal recidivism and mortality among patients discharged from a forensic medium secure hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(4), 283-289. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.644578>
- Vries Robbé, M. de, Vogel, V. de, Douglas, K.S., & Nijman, H.L.I. (2015). Changes in dynamic risk and protective factors for violence during inpatient forensic psychiatric treatment: Predicting reductions in post-discharge community recidivism. *Law and Human Behavior*, 39(1), 53-61. <https://doi.org/10.1037/lhb0000089>
- Walter, M., Wiesbeck, G.A., Dittmann, V., & Graf, M. (2011). Criminal recidivism in offenders with personality disorders and substance use disorders over 8 years of time at risk. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 443-445. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.009>
- Wartna, B.S.J., Kalidien, S.N., Tollenaar, N., & Essers, A.A.M. (2006). Strafrechtelijke recidive van ex-gedetineerden. Den Haag: WODC.
- Witt, K., Dorn R. van, & Fazel, S. (2013). Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. *PLoS ONE*, 8(2), e55942. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055942>
- Yu, R., Geddes, J.R., & Fazel, S. (2012). Personality Disorders, Violence, and Antisocial Behavior: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 775-792. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.775>
- Zeng, J., Ustun, B., & Rudin, C. (2017). Interpretable classification models for recidivism prediction. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*, 180(3), 689-722. <https://doi.org/10.1111/rssa.12227>