



Informatieblad

Behandelduur tbs

Toelichting op de berekeningswijze

Dit informatieblad heeft tot doel inzicht te bieden in de verschillende manieren waarop de behandelduur van de tbs kan worden gemeten, de beperkingen die daarbij horen en een toelichting welke methode DJI gebruikt bij de berekening en waarom.

Opties meetmethoden en behandelduur

- Meten op een peilmoment, de behandelduur van de op een bepaald moment in de tbs verblijvende populatie.
- Meten per uitstroomcohort, de behandelduur van de tbs-gestelden van wie de maatregel in een specifiek jaar is geëindigd in een proefverlof (PV) of een voorwaardelijke beëindiging (VB).
- Meten aan de hand van een instroomcohort, de behandelduur van tbs-gestelden die in een specifiek jaar zijn ingestroomd, gevolgd in de tijd, tot het moment van PV of VB.

De reden dat de duur tot het proefverlof of de voorwaardelijke beëindiging wordt gerekend, is dat gekeken wordt naar de fase waarin de tbs-kliniek verantwoordelijk is voor de behandeling. Voor beïnvloeding van de duur moeten we naar één uitvoerder kijken, in dit geval de tbs-kliniek. Voor het andere deel (PV en

uitvoering VB) is de reclassering verantwoordelijk en gaat het vooral om toezicht en soms nog in beperkte mate om behandeling. Daarbij is de kritiek op de lange behandelduur gericht op het intra- en transmurale verblijfsdeel van de tbs.

Meten op een peilmoment

Er kan worden gekeken naar alle tbs-gestelden die op een peilmoment (bepaalde datum) intramuraal/transmuraal in de tbs aanwezig zijn. De gemiddelde behandelduur die dan wordt gemeten, is vanaf de eerste opnamedag in de eerste tbs-kliniek tot aan het peilmoment. Het voordeel van een dergelijke methode is, dat het meetpunt over een recent verleden kan worden verkregen. Het nadeel is dat (lang) niet de gehele behandelduur in beeld wordt gebracht. Immers, een deel van de behandelduur vindt nog plaats na het meetmoment; wellicht nog een maand maar misschien ook nog wel een aantal jaren. Daarnaast is deze methode gevoelig voor capaciteitseffecten. Indien een substantieel aantal plaatsen halverwege het jaar is opgeleverd, dan verblijft bij een eerstvolgende meting (bijv. 1 januari) deze nieuwe populatie hoogstens een half jaar op deze nieuwe plaatsen. De duur wordt daardoor omlaaggehaald. Daarnaast is door de lengte van de tbs de kans dat een zgn. 15-

plusser op een peilmoment deel uitmaakt van de bezetting veel groter dan van een tbs-gestelde die veel korter zit.

Metten per uitstroomcohort

Hierbij wordt de behandelduur bepaald door na te gaan welke personen in een bepaalde periode (bijvoorbeeld een kalenderjaar) zijn uitgestroomd, gecombineerd met de eerste opnamedatum in de tbs. Het voordeel is dat de gehele duur in beeld wordt gebracht; het nadeel is echter dat het startjaar van de tbs-gestelden anders is (heterogeen: daardoor 'andere' populatie). Voorts is deze methode gevoelig voor uitbreiding van capaciteit; nieuwe capaciteit levert na enige jaren een uitstroom op van de meer 'succesvolle tbs-gestelden', terwijl een deel pas veel later uit zal stromen. Daarnaast is er een populatie die zeer beperkt of niet uitstroomt en dus niet tot uiting komt in de wijze van meten. Wanneer (denk aan de zgn. 15-plussers) een populatie langverblijvenden toch door grote inzet van de tbs-klinieken uitstroomt, levert dat echter een beeld op van een (zeer) lange behandelduur. Een succesvolle interventie kan door een stijging van de behandelduur verkeerd worden uitgelegd.

Metten aan de hand van een instroomcohort

De behandelduur van het intra- en transmurale verblijf wordt voor de 'infographic TBS' bepaald aan de hand van een instroomcohort. De tbs-gestelden die in een specifiek jaar zijn ingestroomd worden hierbij gevolgd in de tijd (ook tbs-gestelden die uiteindelijk zeer lange tijd in de tbs verblijven). Deze manier van meten is niet gevoelig voor capaciteitsmutaties en schommelingen in de instroom. Daarnaast –als gevolg van hetzelfde startjaar- heeft de populatie te maken met dezelfde wetgeving of type behandelingen. Een nadeel van deze manier van meten is echter dat uitspraken over meer recente jaren niet goed mogelijk zijn. Om dit nadeel te beperken wordt van elk instroomcohort de mediaan genomen. De mediaan is het getal dat evenveel waarnemingen uit de metingen boven zich als onder zich heeft. Het is dus de middelste waarneming van alle naar grootte gesorteerde waarnemingen. Een waarneming is het moment van uitstromen. Bij een instroom in een jaar van 111 personen is het dus de 56^{ste} waarneming (55 ervoor en 55 erna). Door de mediaan te hanteren is het niet nodig om van alle personen die zijn ingestroomd in een bepaald jaar, de laatste verblijfsdag in beeld te brengen. De mediaan verandert dan ook niet meer (de 56^{ste} waarneming van de instroomcohort blijft immers de 56^{ste} waarneming). In de instroomperiode zijn

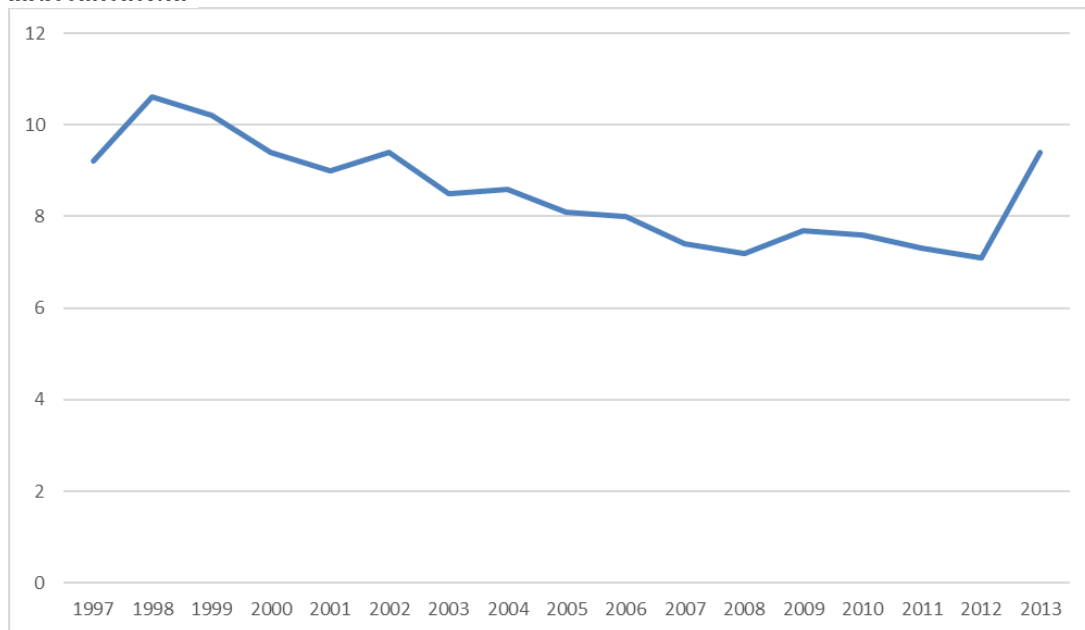
overlijdensgevallen, beëindiging tbs i.v.m. nieuwe opgelegde tbs en gemaximeerde tbs niet meegenomen.

Tabel 1. Behandelduur intra- en transmuraal volgens instroomcohorten, 1997-2013

Jaar start cohort	Mediaan in jaren (excl. verblijf passant)
1997	9,2
1998	10,6
1999	10,2
2000	9,4
2001	9,0
2002	9,4
2003	8,5
2004	8,6
2005	8,1
2006	8,0
2007	7,4
2008	7,2
2009	7,7
2010	7,6
2011	7,3
2012	7,1
2013	9,4

Vooralsnog wordt ten aanzien van het instroomcohort 2014 verwacht dat de mediaan (deze is nog niet bereikt) onder de negen jaar zal uitkomen.

Grafiek 1. Behandelduur intra- en transmuraal volgens instroomcohorten



In onderstaande tabel wordt ingegaan op het 1^e kwartiel (bij 25%), de mediaan (50%) en 3^e kwartiel (75%).

Tabel 2. Behandelduur intra- en transmuraal per 1^e kwartiel, mediaan (2^e kwartiel) en 3^e kwartiel, 2008-2013

Jaar	1e kwartiel	Mediaan	3e kwartiel
2008	5,8	7,2	9,7
2009	5,8	7,7	12,0
2010	5,5	7,6	
2011	5,4	7,3	
2012	5,1	7,1	
2013	6,4	9,4	

Van het instroomcohort 2008 bleek de duur na 25% 5,8 jaar te zijn. In 2013 bedroeg de duur na 25% 6,4 jaar. Alleen van de instroomcohorten 2008 en 2009 kon de stand na 75% worden bepaald. Van het instroomcohort 2009 heeft dus 75% een duur van 12 jaar of minder. Mogelijke redenen waarom de duur is toegenomen zijn stagnatie van de door- en uitstroom naar lagere zorg- en/of beveiligingsniveaus en naar reguliere zorg. Verder een zgn. verdichting van een zwaardere populatie. Deze verdichting ontstaat doordat de lichtere populatie sneller uitstroomt naar forensisch beschermd wonen en ambulante forensische zorg. Deze specifieke vormen van forensische zorg zijn de afgelopen jaren snel in omvang gegroeid terwijl voor de meer complexe tbs-gestelden juist te weinig doorstrommogelijkheden zijn. Deze blijven dan ook langer in de tbs.

Toelichting keuze meetmethode

Allereerst hebben alle meetmethoden onvolkomenheden. De keuze voor meten via instroomcohorten heeft te maken met het doel van het cijfer: een zo goed mogelijk beeld geven van hoe lang de behandeling van tbs-gestelden duurt en als er inspanningen worden verricht om de duur te verkorten, dit zichtbaar te maken. Dat vraagt om een cijfer dat niet te veel onderhevig is aan externe ontwikkelingen (zoals nieuw beleid, wetgeving of veel hogere of veel lagere instroom en capaciteit), maar wel aan interne ontwikkelingen (behandeling versnellen).

Dit informatieblad is een publicatie van:
 Dienst Justitiële Inrichtingen
 Postbus 30132
 2500 GC Den Haag

Aan dit informatieblad kunnen geen rechten worden ontleend. DJI aanvaardt geen aansprakelijkheid voor eventuele fouten in dit informatieblad.

© Dienst Justitiële Inrichtingen, februari 2023