

Toelichting berekening behandelduur tbs

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

Opties meetmethoden behandelduur

- Meten a.d.h.v. *instroomcohort*; de behandelduur van tbs-gestelden die in een specifiek jaar zijn ingestroomd, gevolgd in de tijd, tot het moment van proefverlof (PV) of voorwaardelijke beëindiging (VB).
- Meten op een *peilmoment*; de behandelduur van de op een bepaald moment in de tbs verblijvende populatie en
- Meten per *uitstroomcohort*; de behandelduur van de tbs-gestelden van wie de maatregel is geëindigd in een proefverlof of een voorwaardelijke beëindiging (en die naar buiten gaan) in een bepaalde periode (bijv. 2017).

De reden dat tot proefverlof of 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 dienen we naar één uitvoerder te kijken, in dit geval de FPC's. 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.

Metten a.d.h.v. *instroomcohort*

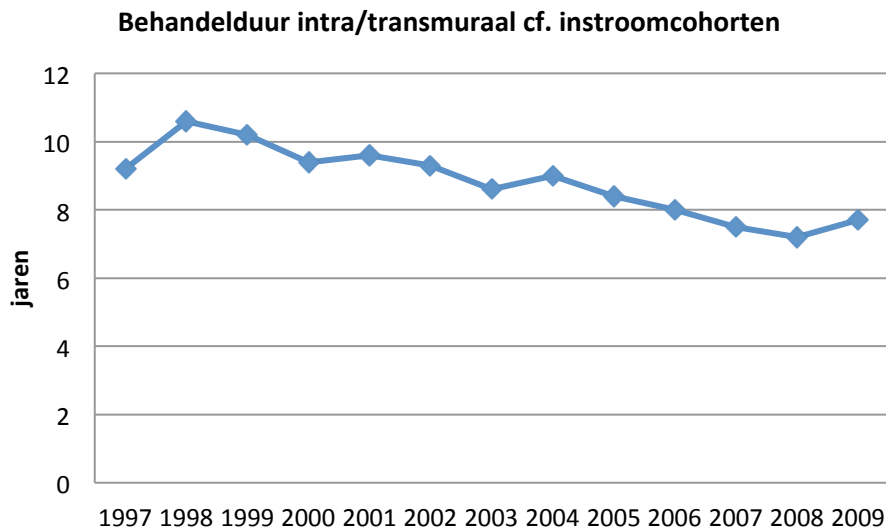
De behandelduur van het intra- en transmurale verblijf wordt ten behoeve van 'DJI in getal' bepaald aan de hand van een *instroomcohort*. De tbs-gestelden die in een specifiek jaar zijn ingestroomd worden hierbij gevolgd in de tijd (ook tbs-gestelden die uiteindelijk zeer lange tijd in de tbs verblijven). 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 de 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 getallen 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 het instroomcohort blijft de 56^{ste} waarneming). In de instroompopulatie zijn overlijdensgevallen, nieuwe opgelegde tbs (lopende maatregel eindigt hiermee) en gemaximeerde tbs uitgesloten.

Tabel 1. Behandelduur intra-/transmuraal volgens instroomcohorten, 1997-2009

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

Van de tbs-gestelden die in 2009 zijn ingestroomd in de tbs is inmiddels 50% binnen 7,7 jaar uitgestroomd met proefverlof of voorwaardelijke beëindiging. De lengte van de behandeling van de andere 50%, heeft geen invloed meer op dit getal. Daardoor is dit een stabiel getal.

Grafiek 1. Behandelduur intra-/transmuraal cf. instroomcohorten



Andere (minder geschikte) manieren -naast instroomcohort- om de behandelduur in beeld te brengen zijn:

Metten 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 opname dag in het eerste FPC 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. 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 jan.) deze nieuwe populatie hoogstens een half jaar op deze nieuwe plaatsen. De duur wordt daardoor (aanzienlijk) omlaag gehaald. Daarnaast is door de lengte van de tbs de kans dat een 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 (bijv. kalenderjaar, jaarcohort) 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 pas na enige jaren een uitstroom op van de meer 'succesvolle' tbs-gestelden, terwijl een deel pas veel later zal uitstromen. Daarnaast is er een populatie die zeer beperkt of niet uitstroomt en dus niet tot uiting komt in deze wijze van meten. Wanneer (denk aan 15-plussers) een populatie langverbljvenden toch door grote inzet van de klinieken uitstroomt levert dat echter een beeld op van een (zeer) lange behandelduur. Een succesvolle interventie kan dan door een stijging van de behandelduur verkeerd worden geïnterpreteerd.

Toelichting keuze meetmethode

Allereerst hebben alle meetmethoden onvolkomenheden. De keuze voor de eerste methode 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 behandelduur te verkorten, dit zichtbaar te maken. Dat vraagt om een cijfer dat een zo betrouwbaar mogelijk beeld geeft, niet te veel onderhevig is aan externe ontwikkelingen (veranderde wetgeving, hogere of lagere instroom en capaciteit), maar wel aan interne ontwikkelingen (behandeling versnellen).