

De tbs-maatregel: kosten en baten in perspectief

M.H. NAGTEGAAL, K. GOETHALS, G. MEYNEN

- ACHTERGROND** Het is onduidelijk wat de tbs-maatregel oplevert in termen van kosten en baten.
- DOEL** Exploreren wat de tbs-maatregel de maatschappij, maar ook andere belangrijke betrokkenen zoals slachtoffers of nabestaanden en de tbs-gestelde zelf, oplevert.
- METHODE** Literatuuronderzoek.
- RESULTATEN** De tbs-behandeling kost gemiddeld 1,5 miljoen euro. Andere kosten zijn recidive na behandeling, die met 21,2% na 9 jaar veel lager is dan die van ex-gedetineerden (63,8%), en de impact op de betrokkenen. Baten zijn: afname van psychopathologische symptomen, van (overige) risicofactoren en van heropnames (zowel justitieel als niet-justitieel en zowel vrijwillig als gedwongen) en toename van beschermende factoren.
- CONCLUSIE** Tbs-gestelden vormen een unieke groep binnen de ggz, met complexe meervoudige psychiatrische problematiek en (ernstig) delictgedrag. Het is niet eenvoudig deze groep elders in de huidige justitiële kaders en ggz te behandelen, omdat deze sectoren verschillen in (strafrechtelijk) kader en doelstelling van behandeling en de tbs-gestelden verschillen in psychiatrische stoornissen en delictgedrag ten opzichte van patiënten in de andere sectoren. De kostprijs per dag in de tbs-sector is weliswaar hoger dan in de alternatieve sectoren, maar niet exorbitant hoger gezien de complexiteit van de groep. De tbs-maatregel levert derhalve een waardevolle bijdrage aan de veiligheid van de maatschappij.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)10, 739-745

TREFWOORDEN baten, beschermende factoren, kosten, recidive, risicofactoren, tbs-maatregel



In de maatschappij heerst rondom de maatregel terbeschikkingstelling (tbs) geregeld onrust en commotie, vooral indien tbs-gestelden niet terugkeren van verlof en/of terugvallen in ernstig delictgedrag. Dit geeft een gevoel van onveiligheid terwijl veiligheid hoog in het vaandel staat (Boutellier 2005; Nagtegaal e.a. 2011). Het bepalen van de kosten en baten van de tbs-maatregel om daarmee een uitspraak te kunnen doen over het bestaansrecht ervan, is derhalve een belangrijke taak.

De tbs-maatregel kan worden opgelegd aan personen bij wie tijdens het begaan van een ernstig strafbaar feit (een delict met een strafdreiging van 4 jaar of meer) een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens bestond én bij wie de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen het

opleggen van de maatregel vereist (artikel 37a Wetboek van Strafrecht; WvSr). De tbs-maatregel heeft als belangrijkste doel het voorkomen van recidive, de kans op herhaling van een ernstig delict.

Een echte rendementsanalyse van de tbs-maatregel, waarin alle opbrengsten min de geïnvesteerde gelden worden geanalyseerd, bestaat niet. Wij geven in dit artikel hier een aanzet voor door na te gaan wat belangrijke kosten en baten van de tbs-maatregel zijn en deze te bespreken.

METHODE

Om tot beantwoording van de vraagstelling te komen, onderzochten wij (vooral) de Nederlandstalige literatuur over de tbs-maatregel. Zoektermen waren onder meer: recidive, kosten, baten, rendement, terugval, heropname,

in combinatie met tbs-maatregel; gevangeniswezen en reguliere geestelijke gezondheidszorg (ggz). De gebruikte zoekmachines waren PsycINFO en Google Scholar. Cijfers over tbs-gestelden zoals jaarlijks gepubliceerd door de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Veiligheid en Justitie, de afdeling verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel, werden opgezocht. Voorts gingen we na welke groepen patiënten in aanmerking komen voor een vergelijking met de tbs-gestelden, zoals patiënten in de reguliere ggz en personen in het gevangeniswezen en de penitentiaire psychiatrische centra (PPC). Ook gegevens over deze populaties werden opgezocht.

RESULTATEN

De tbs-gestelde

Hoe ziet de 'typische' tbs-gestelde er uit? Qua hoofddiagnose hield DJI een grove tweedeling aan (tot 2013, daarna niet meer): persoonlijkheidsstoornis (67%) versus psychotische stoornis (33%). De gemiddelde leeftijd ten tijde van oplegging van de maatregel is 37 jaar en het leeuwendeel is man (90,3%), geboren in Nederland (72%). De intelligentie ligt voor een derde van de populatie onder de 80 (beneden gemiddeld tot zwakbegaafd). Het indexdelict omvat voor bijna een derde van de tbs-gestelden een seksuele component (cijfers over 2013; DJI 2014) en voor de helft van de patiënten (poging tot) moord of doodslag (Van Nieuwenhuizen e.a. 2011). Het percentage middelenmisbruik en de comorbiditeit van as I- en as II-stoornissen ontbreken in de rapportages van DJI. Uit het onderzoek van Van Nieuwenhuizen e.a. (2011) blijkt dat 70% van de tbs-gestelden een aan middelen gebonden stoornis heeft. Wat betreft comorbiditeit van stoornissen wordt gevonden dat een tbs-gestelde gemiddeld 3,5 classificaties op as I en as II heeft (SD: 1,5; uitersten: 1-8), en dat 28% 3 classificaties op as I en as II heeft en 24% 2.

In 2014 zijn in totaal 1747 personen in de forensisch psychiatrische centra (FPC, behandelklinieken voor tbs-gestelden) aanwezig geweest (DJI 2015a). Ter vergelijking: in 2011 telde de volwassen curatieve niet-forensische ggz 817.916 unieke cliënten (Veerbeek e.a. 2015). Hiermee maken de tbs-gestelden slechts 0,2% uit van de totale groep patiënten in de ggz.

De behandeling kent verschillende onderdelen en wordt afgestemd op de behoeften en risico's van de individuele tbs-patiënt. Voorbeelden zijn psychotherapie (individueel en/of in een groep), het maken van een delictscenario, dramatherapie, groepsbehandeling, sport, opleiding, vrijetijdsbesteding en bouwen aan een positief en niet-delinquent netwerk (De Ruiter & Hildebrand 2004). De gemiddelde behandelduur is momenteel 8 jaar (DJI 2015a).

AUTEURS

MARLEEN NAGTEGAAL, wetenschappelijk onderzoeker, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), ministerie van Veiligheid en Justitie, Den Haag.

KRIS GOETHALS, forensisch psychiater, directeur Universitair Forensisch Centrum (Universitair Ziekenhuis Antwerpen) en hoogleraar Forensische psychiatrie, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen.

GERBEN MEYNEN, bijzonder hoogleraar Forensische Psychiatrie, Tilburg Law School, Tilburg University, universitair docent, faculteit Wijsbegeerte Vrije Universiteit, Amsterdam, en psychiater, GGz inGeest, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. M.H. Nagtegaal, WODC, ministerie van Veiligheid en Justitie, Postbus 20301, 2500 EH Den Haag.

E-mail: m.h.nagtegaal@minvenj.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-7-2016.

De tbs-populatie is dus een relatief kleine, maar complexe groep patiënten. Deze patiënten hebben onbehandeld een hoge kans op recidive, niet alleen vanwege hun diverse en forse problematiek, maar ook vanwege het feit dat de dreiging van gevaar voor anderen dan wel goederen een wettelijk vereiste is voor oplegging van de maatregel (art. 37a WvSr).

Kosten van de tbs-maatregel

Omdat het belangrijkste doel van de tbs-maatregel het terugdringen van recidive is, zijn gegevens over het aantal nieuwe delicten een belangrijk onderdeel van een kostenbatenanalyse. Elke recidive brengt kosten met zich: veelal slachtoffers (die schade ondervinden en mogelijk lichamelijke en/of psychische behandeling en zorg nodig hebben), mogelijk materiële schade, en kosten van de strafrechtelijke gevolgen (opsporing, berechting en bestraffing). Uit de cijfers van het WODC is bekend dat de 'tbs-waardige recidive' na 2 jaar relatief laag is: 9,3% (Wartna e.a. 2014a). Dit betreft misdrijven waarvoor opnieuw een tbs-maatregel kan worden opgelegd. Minder ernstige recidive komt vaker voor: 20,7% van de tbs-gestelden recidiveert binnen 2 jaar met een algemeen delict. De recidive is eveneens hoger indien een langere periode van invrijheidstelling wordt bekeken: na 9 jaar is de tbs-waardige recidive 21,2% en de algemene recidive 41,4% (Wartna e.a. 2014a).

Deze cijfers zijn vrij stabiel sinds 1974. Ook maakt het gemiddeld qua recidive niet uit in welke kliniek de tbs-gestelde is behandeld (Wartna e.a. 2014a). Men zou recidivecijfers onder de baten kunnen scharen, indien na de tbs-behandeling een *verlaging* wordt geconstateerd ten opzichte van de te verwachten recidive zonder behandeling. Echter, de te verwachten recidive zonder behandeling is niet bekend en ook niet eenvoudig experimenteel te bepalen: het is niet mogelijk om degenen die tbs met dwangverpleging krijgen opgelegd te randomiseren, waarbij men één groep niet behandelt en opneemt en de andere wel, om vervolgens het verschil in recidive tussen beide groepen te bepalen. Dat stuit immers op evidente juridische en maatschappelijke bezwaren.

Verder kan de doeltreffendheid van de behandeling worden bepaald aan de hand van het aantal heropnames in een psychiatrisch ziekenhuis. Bij tbs-gestelden onderscheidt men twee typen heropnames: heropname in justitieel kader (een nieuwe tbs-titel of een andere justitiële titel) en heropname in de reguliere ggz, al dan niet op vrijwillige basis. Exacte cijfers hierover zijn ons niet bekend. Gedwongen opname na tbs in de reguliere ggz kan via een Bopz-titel (Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen). Dit komt echter niet heel vaak voor (11 in 2014; DJI 2015a).

Ook zijn uiteraard de financiële kosten van de tbs-behandeling van belang. Hierin kan men onderscheid maken naar kosten in voortraject, behandel- en nazorgtraject.

In het voortraject worden in ieder geval kosten gemaakt voor de opsporing, berechting en bestraffing. Onderdeel hiervan is de multidisciplinaire rapportage pro Justitia, die benodigd is voor de oplegging van de tbs-maatregel. Het grootste gedeelte van deze gedragsdeskundige diagnostiek vindt ambulante plaats, slechts 4% van de potentiële tbs-gestelden wordt intramuraal in het Pieter Baan Centrum onderzocht (Boonekamp e.a. 2008). De kosten van een ambulante dubbelrapportage bedragen ruim € 4000.

In het intramurale behandeltraject bedraagt de kostprijs per persoon per dag € 528 (Ministerie van Veiligheid en Justitie 2014). Momenteel is de intramurale behandelduur 8 jaar of 2920 dagen (mediaan), voor de groep tbs-gestelden die in 2006 met hun behandeling is gestart (meest recent te berekenen cijfers; DJI 2015a). Daarmee kost een tbs-behandeling ongeveer 1,5 miljoen euro (2920 dagen maal € 528 per dag = € 1.541.760). De spreiding, uitersten en het betrouwbaarheidsinterval van de recentst te berekenen behandelduur zijn door DJI niet gepubliceerd. Wel blijkt uit onderzoek van Lammers e.a. (2015) dat slechts een klein percentage van de tbs-gestelden extreem veel langer over zijn behandeling doet: op 16 september 2013 verbleven 97 tbs-gestelden 15 jaar of langer in de tbs. Dit is slechts 5,7% van de populatie in datzelfde jaar (2013; DJI 2015a).

Ten slotte is ook de impact die de tbs-maatregel op de betrokken tbs-gestelde heeft niet gering en deze is op die manier als 'kosten' te zien: het is een ingrijpende maatregel, die vaak wordt gecombineerd met een gevangenisstraf, gevolgd door een langdurige behandeling en een aanzienlijk re-integratietraject. Hierbij is ook de rol van stigmatisering van belang, bijvoorbeeld bij het vinden van een nieuwe baan. Hoewel de duur van de gecombineerde opgelegde gevangenisstraf veelal niet heel lang is; voor 89% van de tbs-gestelden minder dan 6 jaar (DJI 2015a), zijn er uitschieters. Een voorbeeld hiervan is de Amsterdamse kinderpornozaak rond Robert M., die bijna 19 jaar gevangenisstraf en tbs kreeg opgelegd.

Overigens is het terugdringen van de behandelduur sinds enkele jaren speerpunt op de agenda van beleidsmakers en de forensische sector zelf (bijv. Taskforce behandelduur 2014) en een belangrijk onderdeel van bezuinigingsmaatregelen van het ministerie van Veiligheid en Justitie (DJI 2013; Nagtegaal 2013). Volgens de laatste cijfers lijkt deze alweer enigszins te dalen (DJI 2015a).

Baten van de tbs-maatregel

Er zijn verschillende baten van de tbs-maatregel. Zo kan men de afname van gevaar in kaart brengen, bijvoorbeeld door herhaalde gestructureerde risicotaxatie (bijv. De Vogel 2005 e.a.). Hierbij bepaalt men de risicofactoren van een tbs-gestelde aan het begin van de behandeling en vervolgens elke 6 maanden, waarmee men een overzicht krijgt van reductie van risicofactoren. Daarbij is er de laatste jaren ook aandacht voor de toename van factoren die juist beschermend werken tegen delictgevaar (bijv. Nagtegaal & Schönberger 2013; De Vries Robbé 2014 e.a.). Verder is de tbs-gestelde – en ook de maatschappij – in beginsel gebaat bij een afname van psychische klachten en stoornissen en een toename van onder meer kwaliteit van leven (Bouman & Bulten 2009). Deze veranderingen kunnen bijvoorbeeld in kaart worden gebracht door *routine outcome monitoring* (ROM), het op geregelde tijden meten en vastleggen van klachten en stoornissen (Goethals & van Marle 2012; De Beurs & Emmelkamp 2013). Hoewel er ook kritiek is op het, in sommige ogen oneigenlijke gebruik van ROM (Nugter e.a. 2012; Morrens 2015), wint de methode aan populariteit in de tbs-sector en is terug te zien in de prestatie-indicatoren van DJI om de kwaliteit van de forensische zorgaanbieders in kaart (te gaan) brengen (DJI 2015b).

Ook kan wat betreft de baten worden gekeken naar het welzijn van betrokkenen zoals de maatschappij in het algemeen en slachtoffers en nabestaanden in het bijzonder. Primair is de aandacht gericht op het slachtoffer: wat heeft hij of zij nodig om weer enige mate van herstel (zo mogelijk) te bewerkstelligen. Secundair speelt ook de cirkel van

geweld een rol: slachtoffers worden later vaker zelf daders van gewelddadig gedrag en/of opnieuw slachtoffer van geweld en ook om die reden is het belangrijk slachtoffers en nabestaanden hulp te bieden (bijv. Whitaker e.a. 2008).

Kosten en baten in perspectief

Om de kosten en baten van de tbs-maatregel verder in perspectief te plaatsen, vergelijken we de tbs met vier andere mogelijk relevante settings: het penitentiair psychiatrisch centrum (PPC) binnen het gevangenisstelsel,

het gevangeniswezen zelf, de reguliere ggz, en het buitenland (zie ook **TABEL 1**).

PPC

Binnen het gevangeniswezen bestaan vier PPC's, die speciaal zijn opgericht om 7/24 uur psychiatrische zorg te bieden aan gedetineerden met psychiatrische problematiek, verslaving en/of een verstandelijke beperking. Deze groep delinquenten lijkt qua achtergrondfactoren zoals sekse (90% man), gemiddelde leeftijd (35 jaar), nationaliteit

TABEL 1 Recidive, kostprijs per dag, gemiddelde behandelduur en prijs per behandeltraject per sector

Sector	Dagprijs pppn	Gemiddelde behandel/verblijfsduur	(Behandel)traject pp	Aantal personen	2-jarige recidive	9-jarige recidive
Tbs	€ 528 ^a	8 jaar/2920 dagen (mediaan) ^c	€ 1.541.760	Capaciteit: 1.564 Unieke personen: 1.747 ^c	tbs-waardig: 9,3% ^g algemene recidive: 20,7% ^g	tbs-waardig: 21,2% ^g algemeen: 41,4% ^g
PPC	€ 402 ^a	3-5 maanden/90-150 dagen (gemiddelde) ^d	€ 36.180- € 60.300	Capaciteit: 620 ^a Unieke personen: onbekend	onbekend	onbekend
Gevangeniswezen	€ 239 ^a	Veroordeelden: 600 dagen (mediaan) & 998 dagen (gemiddelde); Allen (veroordeelden en degenen in voorlopige hechtenis): 20 dagen (mediaan) & 93 dagen (gemiddelde) ^e	Veroordeelden: € 143.400 (mediaan) Allen: € 4780 (mediaan)	2014: Capaciteit: 11.269 ^a Unieke personen: 33.730 ^e Ingeslotenen: 41.400 ^e	ernstig: 38,9% ^h algemeen: 47,3% ^h	ernstig: 63,8% ^h algemeen: 72,1% ^h
Ggz	€ 306 ^b	Onbekend, gezien de verschillende opnamesettings (high care, chronisch, etc.). Ook sinds 2010 geen berekening van de kosten meer naar verpleegdagen maar naar zorgzwaartepakketten ^f	onbekend	Intramurale capaciteit: 12.373 ^f Unieke cliënten in 2011: 817.916 ^f	recidive n.v.t., heropnames onbekend	recidive n.v.t., heropnames onbekend

a Ministerie van Veiligheid en Justitie (2014).

b Nederlandse Zorgautoriteit (2015).

c DJI (2015a).

d DJI (2012).

e DJI (2015c).

f Veerbeek e.a. (2015).

g Wartna e.a. (2014a).

h Wartna e.a. (2014b).

(75% Nederlands), psychiatrische problemen (66%) en middelengebruik (bestaande uit (zeer) ernstige drugsverslavingsproblematiek 40% en (zeer) ernstige problemen met alcoholgebruik) het meest op de tbs-populatie (DJI 2012). De PPC's hebben echter duidelijk een ander doel: kortdurende stabilisatie, gevolgd door doorplaatsing en vervolgbehandeling. De gemiddelde verblijfsduur in de PPC's is dan ook 3-5 maanden. Ook is het strafrechtelijk kader anders: meer dan de helft van de PPC-populatie bestaat uit preventief gestraften (DJI 2012). In de PPC's is de kostprijs per dag € 402 (ministerie van Veiligheid en Justitie 2014), waarmee een behandeltraject gemiddeld tussen € 36.180 en € 60.300 euro kost. Er zijn ons geen recidivepercentages en aantallen heropnames bekend.

GEVANGENISWEZEN

In het reguliere gevangeniswezen komen psychiatrische stoornissen ook voor, maar minder dan in de tbs. Een actuele as I-stoornis (met name angst en depressie) komt voor bij 22% van de gedetineerden, 36,6% heeft een antisociale persoonlijkheidsstoornis, 29,8% een drugsverslaving en 27,7% een alcoholverslaving. Psychotische stoornissen komen haast niet voor (0,5%; Bulten & Nijman 2009).

De meest voorkomende indexdelicten (delicten waarvoor de gevangenisstraf is opgelegd) zijn geweldsdelicten exclusief de seksuele delicten (27%), vermogensdelicten zonder geweld (22%) en vermogensdelicten met geweld (18%). Zedendelicten maken slechts 5% van de indexdelicten uit (DJI 2015c). De kostprijs per dag is € 239, de gemiddelde verblijfsduur van alleen veroordeelden bedraagt 600 dagen (mediaan) en van alle gedetineerden, inclusief degenen in preventieve hechtenis, is deze 20 dagen (mediaan). De gemiddelde totaalprijs per verblijfstraject is daarmee € 143.400 voor de veroordeelden en € 4780 voor alle gedetineerden. De capaciteit bedraagt ruim 11.000 plaatsen en in 2014 werden 41.400 personen (dit betrof 33.730 unieke personen) gedetineerd. De recidive na 2 jaar met een ernstig delict is 38,9% en met een algemeen delict 47,3%, terwijl deze cijfers oplopen naar 63,8% (ernstig delict) en naar 72,1% (algemeen delict) na 9 jaar. De prevalentie en het type stoornis, het indexdelict en de recidive zijn in het reguliere gevangeniswezen dus beduidend anders dan in de tbs-sector.

REGULIERE GGZ

Patiënten in de reguliere ggz plegen over het algemeen geen (ernstige) delicten. Wel komen uiteraard as I- en as II-stoornissen en comorbiditeit regelmatig voor. De Nederlandse Zorgautoriteit hanteert 7 verschillende tarieven voor (alleen) het verblijf per dag, afhankelijk van de benodigde verzorgingsgraad (van licht tot zeer intensief).

De in de **TABEL 1** genoemde dagprijs van € 306 is het gemiddelde van die 7 verschillende tarieven. Dit is exclusief behandeling, voor elk type stoornis bestaat bovenop het verblijfsstarief een vergoeding. Ter illustratie: voor de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis, veel voorkomend in de tbs, wordt een tarief van € 65.733,86 gerekend voor behandeling vanaf 30.000 minuten (500 uur). Voor schizofrenie en andere psychotische stoornissen, eveneens veel voorkomend, wordt € 67.531,38 gerekend voor een behandeling vanaf 30.000 minuten. Qua kostprijs per dag komt behandeling in de reguliere ggz hiermee dus ook in de buurt van de tbs-behandeling, terwijl (ernstig) delictgedrag ontbreekt.

INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

In internationaal perspectief valt op dat delinquenten met psychische problematiek veelal in twee groepen worden verdeeld: delinquenten met voornamelijk persoonlijkheidsproblematiek op as II komen in het gevangenisstelsel terecht en delinquenten met psychiatrische problematiek op as I gaan naar de (forensische) ggz (De Kogel & Nagtegaal 2006). In beide systemen in het buitenland vindt overigens behandeling plaats, het Canadese model is daar een mooi voorbeeld van.

Kortom, geen van de potentiële vergelijkingen met de tbs-behandeling gaat echt op: de populaties verschillen aanzienlijk op (strafrechtelijk) kader, psychiatrische problematiek, delictgedrag en/of doelstelling van het verblijf.

CONCLUSIE

Voor een kosten-batenanalyse van de tbs-maatregel zijn verschillende zaken van belang. Zo gaat het om een relatief kleine, maar complexe groep personen, die onbehandeld een hoog recidiverisico hebben. De kosten bedragen ongeveer € 1,5 miljoen per behandeling en de recidive na behandeling is 9,3% na 2 jaar en 21,2% na 9 jaar (tbswaardige recidive), wat lager is dan de ernstige recidive van ex-gedetineerden, die 38,9% na 2 jaar is en 63,8% na 9 jaar. Qua baten zijn de afname van psychopathologische symptomen en (overige) risicofactoren, heropnames (zowel justitieel als niet-justitieel en zowel vrijwillig als gedwongen) en de toename van beschermende factoren belangrijk. Experimenteel onderzoek is niet mogelijk. Vergelijkingen met alternatieven voor de tbs-behandeling laten zien dat de tbs-populatie aanzienlijk verschilt op belangrijke punten als (strafrechtelijk) kader, psychiatrische problematiek, delictgedrag en/of doelstelling van het verblijf, terwijl de kostprijs per dag weliswaar hoger ligt dan die voor PPC en ggz, maar niet exorbitant hoger.

Met veel aandacht voor de op het individu afgestemde behandeling voor een groep personen die elders in de huidige systemen niet kan worden behandeld, levert de

tbs-maatregel naar ons idee een waardevolle bijdrage aan het terugdringen van recidive en de veiligheid van de maatschappij. Een punt van zorg daarbij is de lange duur van de tbs, maar deze is onder de aandacht van de betrok-

kenen. Ten slotte bevelen wij aan een uitgebreidere rendementsanalyse te verrichten dan in het kader van deze korte bijdrage mogelijk is.

LITERATUUR

- Beurs E de, Emmelkamp P. Routine outcome monitoring. In: Emmelkamp P, Hoogduin K (red.). Van mislukking naar succes in de psychotherapie. Amsterdam: Boom; 2013. p. 69-92.
- Boonekamp J, Barendregt M, Spaans M, Rinne Th. Hoe gebruikt de rechtbank de PBC-rapportage? Een onderzoek naar PBC-rapporten van 2000-2005. Sancties 2008; 5: 294-303.
- Bouman YHA, Bulten BH. De protectieve werking van kwaliteit van leven: Een good lives-benadering. In: T.I. Oei TI, Groenhuijsen MS (red.). Forensische psychiatrie en haar grensgebieden: Actualiteit, geschiedenis en toekomst. Deventer: Kluwer; 2009. p. 501-19.
- Boutellier H. De veiligheidsutopie: Hedendaags onbehagen en verlangen rond misdaad en straf. Amsterdam: Boom; 2005.
- Bulten E, Nijman H. Veel psychiatrische stoornissen onder gedetineerden op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen. Veel gedetineerden willen zelf ook hulp. Ned Tijdschr Geneeskd 2009; 153: 1-6.
- DJI. PPC. Penitentiair psychiatrische centra. Facts and figures. Den Haag: DJI; 2012.
- DJI. Masterplan DJI 2013-2018. Den Haag: DJI; 2013.
- DJI. Forensische zorg in getal. 2009-2013. Den Haag: DJI; 2014.
- DJI. Forensische zorg in getal. 2010-2014. Den Haag: DJI; 2015a.
- DJI. Kernset prestatie-indicatoren forensische psychiatrie verslagjaar 2015. Forensische geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en zorg voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking. Den Haag: DJI; 2015b.
- DJI. Gevangeniswezen in getal. 2010-2014. Den Haag: DJI; 2015c.
- Goethals K, van Marle HJC. Routine outcome monitoring in de forensische psychiatrie: een lang verhaal in het kort. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 179-83.
- Kogel CH de, Nagtegaal MH. Gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis. Een inventarisatie van wetgeving en praktijk in het forensisch psychiatrisch systeem en het gevangenisstelsel in Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België. Onderzoek en Beleid nr. 240. Den Haag: WODC en Boom; 2006.
- Lammers S, Vrinten M, Nijman H. (Te) lang in de tbs? Een onderzoek naar patiënten die meer dan 15 jaar in de tbs-behandeling zijn. Den Haag: WODC en Nijmegen: Radboud Universiteit; 2015.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie. Rijksbegroting 2015 IV Veiligheid en Justitie, Kamerstukken 2014-2015, 34 000 VI, nr. 2. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie; 2014.
- Morrens M. Routine outcome monitoring in Vlaanderen: leren we wel de juiste lessen uit het Nederlands geROMmel? Tijdschr Psychiatr 2015; 57: 392-4.
- Nagtegaal MH. Verkorten van de tbs-verblijfsduur: een weg uit de crisis? Justitiële Verkenningen 2013; 4: 51-68.
- Nagtegaal MH, Schönberger HJM. Het belang van beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden. Memorandum 2013-01. Den Haag: WODC; 2013.
- Nagtegaal MH, Horst RP van der, Schönberger, HJM. Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden. Cijfers en mogelijke verklaringen. Onderzoek en beleid nr. 290. Den Haag: WODC en Boom; 2011.
- Nederlandse Zorgautoriteit. Tariefbeschikking gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg 2015. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit; 2015. Kenmerk TB/CU-5074-02.
- Nieuwenhuizen Ch van, Bogaerts S, Ruijter EAW, Bongers IL, Coppens M, Meijers RAAC. TBS-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse. Den Haag: WODC; 2011.
- Nugter A, Keet R, Dhondt T. Reactie op 'ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring'. Tijdschr Psychiatr 2012; 55: 307-8.
- Ruiters C de, Hildebrand M (red.). Behandelingsstrategieën bij forensisch-psychiatrische patiënten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2004.
- Taskforce behandelduur. Meerjarenafspraken forensische zorg 2013-2018. Bevindingen en aanbevelingen. Den Haag: Taskforce behandelduur; 2014.
- Veerbeek M, Knispel A, Nuijen J. GGz in tabellen, 2013-2014. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
- Vogel V de. Structured Risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice. The HCR-20 and the SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients. Amsterdam: Dutch University Press; 2005.
- Vries Robbé, M. Protective factors. Validation of the Structured Assessment of Protective Risk Factors for Violence Risk in Forensic Psychiatry. Utrecht: Van der Hoeven kliniek; 2014.

- Wartna BSJ, Bregman IM, Schapers CE, Blom M, Boonmann C. Recidivecijfers per fpc. Eindrapport van het haalbaarheidsonderzoek naar het gebruik van recidivecijfers op het niveau van de afzonderlijke tbs-instellingen. Cahier 2014-15. Den Haag: WODC; 2014a.
- Wartna BSJ, Tollenaar N, Verweij S, Timmermans M, Witvliet M, Homburg GHJ. Exploratie van de daling in de recidivecijfers van jeugdigen en ex-gedetineerden bestraft in de periode 2002-2010. cahier 2014-16. Den Haag: WODC, 2014b.
- Whitaker DJ, Le B, Hanson RK, Baker CK, McMahon PM, Ryan G, e.a. Risk factors for the perpetration of child abuse: A review and meta-analysis. Child Abuse Negl 2008; 32: 529-548.

SUMMARY

Mandatory treatment of forensic psychiatric patients in the Netherlands: costs and benefits in perspective

M.H. NAGTEGAAL, K. GOETHALS, G. MEYNEN

- BACKGROUND** So far, it is not known what costs and benefits are connected with the tbs-measure, a measure that involves a mandatory treatment programme for forensic psychiatric patients.
- AIM** To explore the costs and benefits that the tbs-measure has on society, on other important stakeholders such as victims and/or next-of-kin and the forensic psychiatric patients themselves.
- METHOD** We studied the relevant literature.
- RESULTS** The average costs of the tbs-treatment programme are 1.5 million euros. Additional costs result from recidivism among patients after tbs-treatment. Of these, 21.2% commit another serious offence after 9 years; this recidivism rate is much lower than rates for former offenders who have not received tbs-treatment (63.8%). Other costs arise through the impact that crimes have on stake-holders. Among the benefits of the tbs-programme are a reduction in psychopathological symptoms and in risk factors and lower recommitment rates (including judicial, non-judicial, voluntary and mandatory recommitment rates). Yet another benefit is the resultant increase of protective factors.
- CONCLUSION** Forensic psychiatric patients form a unique group within the mental health system in the Netherlands; these patients have multiple complex psychiatric problems and display serious criminal behavior. This group cannot easily be treated elsewhere in the existing judicial or mental health care system because these systems differ in (judicial) frameworks and have different treatment goals, and the forensic psychiatric patients have different psychiatric disorders and display more serious criminal behaviour than patients in the alternative systems. The daily costs of treatment in the tbs-system are higher than in other systems – but they are not exorbitant, given the complexity of the group. The tbs-measure therefore contributes to the safety of society.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)10, 739-745

KEY WORDS benefits, costs, protective factors, recidivism rates, risk factors, tbs-measure