

TBS:

INZICHT OP UITZICHT?

JAAP A. VAN VLIET (RED.)

TBS: Inzicht op uitzicht?

Jaap A. van Vliet (red.)

ISBN 978 90 8560 378 8

NUR 895 / THEMA JKV

© 2026 Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd bestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Tekst- en datamining van (delen van) deze uitgave is uitdrukkelijk niet toegestaan.

All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training and similar technologies.

Inhoudsopgave

1 (Bijna) honderd jaar tbs! Inzicht op uitzicht?	11
<i>Capaciteitstekorten en de noodzaak van herijking</i>	
Dr. Jaap A. van Vliet	
1.1 Inleiding	11
1.2 Het tbs-stelsel en capaciteitstekorten	14
1.2.1 Capaciteit	14
1.2.2 (Waarom) eerder beginnen met de behandeling?	17
1.3 Verdere inleiding tot dit boek	21
 2 Herijking van het tbs-systeem: noodzakelijk en verdedigbaar?	 27
Mr. dr. Ester Post	
2.1 Wat bracht de Wfz (niet)?	28
2.1.1 Een uitgangspunt dat geen echt vertrekpunt is: de patiënt op de juiste plaats	29
2.1.2 De weerbarstige vraag naar capaciteit en het waarborgen van kwaliteit	33
2.1.3 De overgang van forensische zorg naar reguliere zorg: een aansluiting die we maar blijven missen?	35
2.2 Het 'gewicht' van een stoornis	37
2.3 De effectiviteit van forensische zorg: wat weten we (niet)?	39
2.4 Een voorstel voor de toekomst	42
2.4.1 Het is tijd voor een revitalisering van de verenigingstheorie	42
2.4.2 Het vervaagde verschil tussen straf en maatregel	43
2.4.3 Waar hoort de ontoerekeningsvatbare dader (niet)?	43
2.4.4 Straf naar de mate van schuld en combinatievonnissen	44
2.4.5 Eén duidelijke bovengrens voor zowel de straf als de tbs-maatregel	46
 3 Overwegingen van een betrokken buitenstaander	 49
Lucy Schipstra	
3.1 'Hoezo heb jij ons iets te vertellen?'	49
3.2 Heb ik iets te vertellen?	49

3.3	Mijn positie in het forensische werkveld	50
3.4	Een warboel aan levensvragen	50
3.5	Contacten die mijn blik hebben gevormd	51
3.6	De centrale vraag: goede zorg op het juiste moment	52
3.7	Is een gevangenis een zorginstelling?	53
3.8	Detentieschade	54
3.9	Tien vragen over zorg in detentie	54
3.9.1	Waarom hebben we gevangenen én forensische klinieken?	54
3.9.2	Wat maakt dat het zo onmogelijk is om echt behandeling te geven binnen detentie?	54
3.9.3	Is het niet mogelijk om veel vaker te kiezen voor een combinatievonnis: straf én zorg en dan liefst op één plek?	55
3.9.4	Zorg op de BPG?	55
3.9.5	Toerekeningsvatbaar en zonder stoornis in detentie? Dan heb je toch alsnog zorg nodig?	56
3.9.6	Zorg is toch meer dan psychologische behandeling? Een zinnige invulling als verplicht keuzevak.	56
3.9.7	Weg met het wantrouwen. Hoe creëer je in vredesnaam een normalere sfeer in een PI?	58
3.9.8	Vergelding, wat moeten we daarmee?	58
3.9.9	Macht: wie beslist hier over wie?	59
3.9.10	Durven we het aan om het niet te weten?	59
3.10	Veel vragen. En toch?	60

Intermezzo – Een telefoontje dat alles op zijn kop zet 61

Een kort ervaringsverhaal van een nabestaande

Saskia Wolters

4 Slachtofferbewust werken in de tbs 65

Een mogelijke sleutel naar meer draagvlak voor re-integratie

Saskia Wolters

4.1	Inleiding: het leven na een moord	65
4.2	De eerste weken: onmacht en onwetendheid	66
4.3	Systemisch falen: een kritisch rapport	67
4.4	De positie van nabestaanden in het strafrechtelijke systeem	69
4.5	De psychosociale gevolgen van verlies door moord	71

4.6	Slachtofferbewust werken: een onderbenut instrument	71
4.7	Slachtofferbewust werken als sleutel naar maatschappelijk draagvlak	73
4.8	Conclusie en aanbevelingen	74
5	TBS en detentie: tussen angst en menselijkheid	77
	<i>Een pleidooi voor een humane, inclusieve benadering van capaciteitsproblemen in de forensische zorg</i>	
	Frans Douw	
5.1	Inleiding	77
5.2	Historisch perspectief: van rehabilitatie naar repressie	78
5.2.1	De jaren zeventig en tachtig: geloof in herstel	78
5.2.2	Gefaseerde detentie en open inrichtingen	78
5.2.3	Gratie en levenslang	79
5.3	Criminaliteitsontwikkeling en beleidskeuzes	79
5.3.1	Het cellentekort van de jaren tachtig	79
5.3.2	De dalende criminaliteit	80
5.4	De politieke en maatschappelijke context	80
5.4.1	Hardnekkige vooroordelen	80
5.4.2	De politieke omslag	81
5.5	Beleidskeuzes met verstrekkende gevolgen	82
5.5.1	Sluiting van kleinschalige voorzieningen	82
5.5.2	De erfenis van corona en toenemende repressie	82
5.6	Wat werkt: vertrouwen en menselijkheid	83
5.6.1	De kracht van vertrouwen	83
5.6.2	Het voorbeeld van de Longstay	83
5.7	Internationaal perspectief en toekomstvisie	84
5.7.1	Europese en VN-richtlijnen	84
5.7.2	Een inclusieve, veilige en duurzame toekomst	85
5.8	Conclusie	85
6	Somatische zorg in tbs-Inrichtingen	87
	<i>Een pleidooi voor geïntegreerde zorgmodellen bij lichamelijke en psychiatrische comorbiditeit</i>	
	Toon Walravens	
6.1	Inleiding: de verborgen crisis binnen de 'crisis'	87
6.2	Theoretisch kader: rechtvaardigheid, gerechtigheid en de forensische zorgplicht	89

6.3	Empirische realiteit: somatische comorbiditeit in forensische settings	90
6.4	De paradox van maximale beveiliging bij ernstige somatische ziekte	91
6.4.1	Verminderd risico	91
6.4.2	Therapeutische contraproductiviteit	91
6.4.3	Inefficiënt gebruik van voorzieningen	92
6.5	Naar een gedifferentieerd zorgmodel: praktische en ethische overwegingen	92
6.5.1	Dynamische risicotaxatie	92
6.5.2	Gespecialiseerde laag beveiligde units	92
6.5.3	Geïntegreerde zorgpaden	93
6.5.4	Palliatieve en terminale zorg	93
6.5.5	Professionele competenties en attitude	93
6.6	Barrières en implementatie-uitdagingen	94
6.6.1	Juridisch-institutioneel	94
6.6.2	Professionele en culturele weerstand	94
6.6.3	Financiële en organisatorische complexiteit	94
6.6.4	Risicoperceptie en publieke opinie	94
6.7	Ethische argumenten en slotoverwegingen	94
6.8	Conclusie: van infarct naar interventie	95
7	Tweede kansen in de tbs: tussen risicomanagement en resocialisatie	97
	Drs. Peter Braun	
7.1	Inleiding	97
7.2	De paradox van garanties in de forensische zorg	97
7.2.1	Garanties in het dagelijks leven	97
7.2.2	Risicobeoordelingen en selectieve perceptie	98
7.2.3	De eis van nul-risico in de forensische psychiatrie	98
7.3	Systemische gevolgen van de garantiecultuur	99
7.3.1	Verstopingen in het tbs-systeem	99
7.3.2	Wachtlijsten en het nimby-effect	99
7.4	De metafoor van genezing en littekens	100
7.4.1	Fysiek versus psychisch herstel	100
7.4.2	De onzichtbaarheid van psychische stoornissen	101
7.5	Het principe van eindigheid van vergelding	101
7.6	De Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg: een praktijkvoorbeeld	102
7.6.1	Achtergrond en doelstelling	102
7.6.2	Behandelfilosofie en resultaten	102
7.6.3	De paradox van tijdsdruk	102

7.7 Een systemische benadering van forensische zorg	103
7.7.1 Het forensisch systeem als geheel	103
7.7.2 Instrumenten voor systeemverbetering	103
7.8 De politieke dimensie en langetermijnplanning	104
7.8.1 Kortetermijndenken in het beleid	104
7.8.2 De kloof tussen wetenschap en beleid	105
7.9 Een onderzoeksagenda voor de toekomst	105
7.10 Conclusie	106
Over de auteurs	107

(Bijna) honderd jaar tbs! Inzicht op uitzicht?¹

Capaciteitstekorten en de noodzaak van herijking

Dr. Jaap A. van Vliet

1.1 Inleiding

‘Met ingang van 1994 is het aantal tbs-opleggingen op jaarbasis explosief gestegen ten opzichte van de daaraan voorafgaande jaren. Tot die tijd was er sprake van een aantal van tegen de 100 opleggingen, daarna groeide het aantal opleggingen tot tegen de 200 per jaar, terwijl de tendens is, dat de groei zich nog doorzet. Daarnaast blijkt dat het aantal beëindigingen van de tbs in het algemeen niet is toegenomen.² Ook is sprake van een verandering in de samenstelling van de tbs-populatie, waardoor onder meer de duur van de tenuitvoerlegging, en de verwachtingen over het wenselijk geachte zorgsysteem op lange termijn na verblijf in de tbs-kliniek, drastisch is gewijzigd. Uit onderzoek van Van Emmerik bij justitiële en niet-justitiële klinieken blijkt dat de toename van de tbs-duur vooral op rekening komt van de intramurale fase, wat leidt tot een grotere behoefte

1 De TBS-wetgeving werd na jarenlange parlementaire behandeling in 1928 ingevoerd. De naam van de maatregel werd in 1988 gewijzigd in tbs. Over de TBR, de tbs, de historie en de ontwikkelingen van de maatregel in de afgelopen honderd jaar zijn legio publicaties te lezen. Ik beperk mij hier tot het verwijzen naar het proefschrift van M.J.F van der Wolf (2012). *TBS – veroordeeld tot vooroordeel. Een visie na analyse van historische fundamenteën van recente knelpunten, het systeem en buitenlandse alternatieven*. Wolf Legal Publishers; Ch. Haffmans (1984). *Terbeschikking gesteld. Geschiedenis, oplegging en executie van een strafrechtelijke maatregel*. Gouda Quint; J.A. van Vliet (2006). *De TBS in zijn maatschappelijke context. De relatie tussen forensische psychiatrie en algemene geestelijke gezondheidszorg*. Wolf Legal Publishers.

2 Ministerie van Justitie (DJI) (1997). *Feiten en cijfers*. Den Haag, December, p. 29.

aan capaciteit van klinieken.³ Deze gegevens hebben tot gevolg gehad dat te lange wachttijden voor de klinieken ontstonden en ter beschikking gestelden als passant langdurig in huizen van bewaring moeten verblijven. Enerzijds is door de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het Ministerie van Justitie getracht hiervoor een oplossing te vinden in capaciteitsuitbreiding van de klinieken, anderzijds is er de behoefte de gemiddelde intramurale behandelduur verantwoord te verkorten. Dit laatste kan onder meer worden bevorderd door de uitstroombmogelijkheden uit de klinieken te verbeteren. In de praktijk blijkt dit voor de klinieken de nodige problemen op te leveren omdat, ondanks de al verrichte inspanningen, veelal een voldoende infrastructuur nog ontbreekt om de transmurale en de extramurale fase vorm te geven op het moment dat dit voor een ter beschikking gestelde verantwoord word geacht.

Steeds meer wordt verondersteld dat er middelen en wegen zijn om de intramurale verblijfsduur van ter beschikking gestelden te bekorten en/of deze zelfs aan een termijn te verbinden. Voor de directie Justitiële Jeugdinrichtingen en tbs (JJI/tbs) was dit aanleiding om praktisch inzicht te willen verkrijgen in die middelen en wegen. Tegen die achtergrond is in september 1997 besloten om het project “actieplan uitstroom tbs” te starten. Dit project moet worden beschouwd als een onderdeel van een meer omvattend kwaliteitsbeleid, dat bestaat uit de volgende hoofdonderdelen:

- een adequate selectie en plaatsing;
- en efficiënt doorstroombeleid;
- een effectief uitstroombeleid.⁴

In 1997 kreeg ik van het Ministerie van Justitie, DJI, de opdracht om projectmatig een onderzoek te doen naar de stagnerende uitstroom uit tbs-klinieken, wat in die jaren, evenals nu, een fors probleem was. Ik sprak daartoe tientallen wetenschappelijk onderzoekers, directies en andere medewerkers van tbs-klinieken. Daarnaast deed ik een literatuuronderzoek en bestudeerde beleidsstukken van alle toenmalige klinieken. Het in 1998 door DJI uitgebrachte rapport bevat aanbevelingen op kliniekniveau, regionaal niveau en landelijk niveau en een in-

3 J.L. van Emmerik (1995). Kenmerken van terbeschikking gestelden: een follow up. *SANCTIES* fl. 5, p. 297.

4 J.A. van Vliet (1998). *Morgen gaat het beter, beter, beter... Verslag van het project “actie-plan uitstroom tbs”*. Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.

schatting van de benodigde uitstroomvoorzieningen, passend bij de toenmalige situatie.⁵

Als in de bovenstaande tekst de jaartallen zouden zijn weggelaten, zou de nietsvermoedende lezer kunnen veronderstellen dat het voorgaande citaat uit het voorwoord van dit rapport op de huidige situatie van toepassing is. Maar niets is minder waar; het rapport riep een aantal Kamervragen op, die door de minister van Justitie werden beantwoord, maar er werd geen uitvoeringsproject opgestart. Weliswaar werden in de periode rond de eeuwwisseling enkele nieuwe tbs-klinieken gebouwd en geopend om zodoende plaats te creëren voor het toenemende aantal tbs-gestelden, maar de uitstroom werd niet actief bevorderd. En ook al ver vóór de eeuwwisseling was er regelmatig sprake van forse capaciteitstekorten.⁶ In- en uitstroom van tbs-gestelden heeft een grillig verloop, mede doordat het aantal opleggingen en beëindigingen afhankelijk is van rechterlijke beslissingen, maar ongetwijfeld ook van maatschappelijke opvattingen met betrekking tot criminaliteit, het stoornisbegrip en straffen. In hoofdstuk 2 van dit boek zal Ester Post een aantal van deze zaken nader uitwerken.

Inmiddels wordt het capaciteitstekort in de tbs-zorg (en ook in het gevangeniswezen) weer volop in de media besproken, omdat het aantal tbs-gestelden dat ten onrechte in het gevangeniswezen ('tbs-passanten') verblijft exponentieel groeit.⁷ De van verschillende kanten aangedragen oplossingen lijken elkaar nogal eens tegen te spreken. Moet de tbs aan een termijn worden gebonden, zoals door sommige advocaten wordt voorgesteld, of juist onbeperkt verlengbaar blijven? En moet de tenuitvoerlegging eerder plaatsvinden dan nu, soms vele jaren na het uitzitten van de meestal ook opgelegde gevangenisstraf, een straf die de afgelopen decennia vaak langer is geworden, terwijl de tbs pas later in het traject ten uitvoer mag worden gelegd dan voorheen? Sinds 2021 mag de tbs-behandeling niet eerder starten dan twee jaar vóór het aflopen van de opgelegde strafduur. Sommige advocaten trachten via gerechtelijke procedures voorrang

5 Van Vliet (1998), p. 19.

6 Zo kwam ik min of meer toevallig een artikel tegen uit *de Volkskrant* van 4 februari 1988 met de kop 'Groep heeft psychiatrische hulp nodig. Gevangencellen herbergen 240 gestoorde gedetineerden'. Dat artikel begint als volgt: 'In gevangenen en huizen van bewaring zijn 240 mannen opgesloten die daar niet thuis horen. Ze zijn zodanig geestelijk gestoord dat ze dringend psychiatrische behandeling nodig hebben.' *de Volkskrant*, 4 februari 1988, p. 8. Zie ook: J.A. van Vliet (2026). Oude wijn in nieuwe zakken. *Proces* 2026/3.

7 De overkoepelende organisatie TBS Nederland meldde medio januari 2024 nog een aantal van 150 tbs-passanten. In de recente brief van de staatssecretaris van Justitie en Veiligheid wordt in maart 2026 gesproken over 270 tbs-passanten.

te bewerkstelligen voor een cliënt, als die naar hun mening urgent behandeling nodig heeft.⁸ Dit laatste heeft uiteraard geen invloed op het capaciteitstekort, maar het is een moedige poging om iets voor een enkele patiënt te betekenen. Dit laat mijns inziens onverlet dat patiënten die een tbs-maatregel opgelegd hebben gekregen daarmee ook het recht hebben verworven op een plek in een behandelkliniek. Dit recht wordt wellicht juridisch verzacht door een schadevergoeding aan wachtenden toe te kennen, maar moreel en vanuit behandelperspectief is dit onvoldoende.

Er zijn in de loop van tientallen jaren legio commissies bij elkaar geroepen en (promotie)onderzoeken en artikelen verschenen, waarin het tbs-stelsel en de capaciteitsproblematiek aan de orde werd gesteld. Vele zijn snel in een diepe la verdwenen of in de vergetelheid geraakt. Het ‘Advies Langdurig in de tbs’ van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) uit 2020 geeft zonder twijfel een heldere analyse en een aantal zinvolle aanbevelingen om de druk op het tbs-systeem op te lossen.⁹ De vraag die mijns inziens de laatste jaren helaas niet (of niet voldoende indringend) wordt gesteld, is: *waarom leiden al deze publicaties niet tot oplossingen (of ten minste tot het inzetten van oplossingsrichtingen)?*

Op het TBS Congres in december 2024 werd het capaciteitstekort door diverse deskundigen breed besproken. Deze bundel geeft een overzicht van een deel van de daar besproken onderwerpen en biedt een scala aan inzichten en mogelijke oplossingen voor verbeteringen in het tbs-systeem en daarmee wellicht ook voor het capaciteitstekort.

1.2 Het tbs-stelsel en capaciteitstekorten

1.2.1 Capaciteit

Steeds weer werden de afgelopen jaren berichten verspreid over wachtlijsten voor de tbs en steeds weer werd de indruk gewekt dat het een nieuw en onverwacht fenomeen betrof. Uit de inleiding op het hiervoor genoemde en in 1998 verschenen onderzoeksrapport van het Ministerie van Justitie is echter te lezen dat deze

⁸ Zie bijvoorbeeld: <https://6b.nl/GhzQnez>.

⁹ Raad voor strafrechttoepassing en Jeugdbescherming (2020). *Langdurig in de tbs. Stagnatie in de door- en uitstroom van ter beschikking gestelden*. Ministerie van Justitie en Veiligheid, p. 30-31.

problematiek verre van nieuw is. De oprichting van FPC's¹⁰ De Kijvelanden, in 1996, en De Rooyse Wissel, rond de eeuwwisseling, waren acties van de overheid om te voldoen aan de vraag naar meer tbs-plaatsen. In het eerste decennium van deze eeuw werden daarnaast verschillende tijdelijke extra plaatsen (*tenders*) aan klinieken toegevoegd en dat leidde korte tijd tot een bevredigende situatie. Maar al snel, in de jaren 2012/2013 leek er daardoor even een overschot aan tbs-plaatsen te zijn. Het politieke besluit werd toen genomen om niet de – tijdelijke – tenders af te bouwen, maar om een of twee klinieken te sluiten. Het oog van toenmalig staatssecretaris Teeven viel op Oldenkotte en Veldzicht. Bestuur en raad van toezicht¹¹ van Oldenkotte moesten de qua behandeling én bedrijfsvoering zeer gezonde kliniek¹² sluiten, terwijl bekend was dat de volgende stroom patiënten al onderweg was. De ruim 100 patiënten moesten vanuit Oldenkotte worden overgeplaatst naar andere klinieken, hun lopende behandeling afbreken (met verwachte vertraging in de behandeling tot gevolg) én meer dan 300 medewerkers werden ontslagen of herplaatst, wat leidde een verlies aan kennis in de sector en kapitaalvernietiging; *penny wise, pound foolish*.¹³

Veldzicht werd omgevormd tot Centrum voor Transculturele Psychiatrie en heeft in de afgelopen tien jaar een grote expertise opgebouwd in het behandelen van (forensische) patiënten met een niet-westerse achtergrond en een andere nationaliteit dan de Nederlandse. Velen van hen kregen, na het plegen van een ernstig misdrijf, een maatregel opgelegd. 'Voor alle patiënten bij Veldzicht geldt dat het doel is om hen te stabiliseren en te behandelen. Zij kunnen daardoor

10 Forensisch psychiatrische centra, ofwel tbs-klinieken.

11 Toentertijd was ik daar lid van.

12 Binnen Oldenkotte was de gemiddelde behandelduur, op basis van een specifiek ontwikkelde werkwijze, teruggebracht tot circa zes jaar (tegen toen circa acht jaar gemiddeld in de sector), met de prognose dat bij voortzetting van deze werkwijze de duur nog iets verder kon dalen. Zie: A. Goosensen (2015). *Naar een geloofwaardige tbs. Aangrijpingspunten voor de optimalisatie van de behandelduur op basis van de praktijk in FPC Oldenkotte*. Wolf Legal Publishers. Dit waardevolle proefschrift verscheen helaas pas na sluiting van de kliniek en heeft daardoor, ten onrechte, weinig impact gehad op de ontwikkelingen in de tbs. Ik beveel het alsnog ter lezing aan.

13 De overgebleven middelen van de kliniek werden ondergebracht in de Stichting Vrienden van Oldenkotte. Het doel van de stichting is het stimuleren van forensisch psychiatrisch onderzoek door onderzoekers bij elkaar te brengen en budget beschikbaar te stellen. Daarnaast worden met name in Oost-Nederland extra activiteiten in de forensisch psychiatrische zorg gefinancierd die niet uit de reguliere middelen kunnen worden bekostigd. Zie ook: J.A. van Vliet (2026). Van klinische behandeling van tbs-gestelden naar wetenschappelijk onderzoek ter ondersteuning van de forensische praktijk: de Stichting Vrienden van Oldenkotte. *Tijdschrift voor Forensische Psychiatrie en Psychologie*, (in druk).