Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum

Langdurige gevangenisstraf voorafgaand aan tbs-behandeling

Cijfers, juridisch kader en ervaringen in de forensisch psychiatrische praktijk

Cahier 2026-8

D.C. Donninger
M.H. Nagtegaal

Langdurige gevangenisstraf voorafgaand aan tbs-behandeling

Cijfers, juridisch kader en ervaringen in de forensisch psychiatrische praktijk

Cahier 2026-8

D.C. Donninger
M.H. Nagtegaal

Cahier
De reeks Cahier omvat de rapporten van onderzoek dat door en in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum is verricht. Opname in de reeks betekent niet dat de inhoud van de rapporten het standpunt van de Minister van Justitie en Veiligheid weergeeft.

Alle rapporten van het WODC zijn gratis te downloaden van WODC Repository.

Inhoud

Afkortingen **7**

Samenvatting **8**

1 Inleiding **24**
1.1 Aanleiding en achtergrond 24
1.1.1 Aanleiding 24
1.1.2 Rechterlijke overwegingen en gedragsdeskundige zorgen 27
1.1.3 Rechtstatelijk en maatschappelijk belang 28
1.1.4 Lange combinatievonnissen en mogelijke detentieschade 30
1.1.5 Sanctiedoelen van lange combinatievonnissen 33
1.1.6 Ontwikkelingen in andere wetgeving 37
1.2 Doelen en onderzoeksvragen 40
1.3 Methoden 42
1.3.1 Multi-methodische aanpak 42
1.3.2 Begrippen 42
1.3.3 Juridische analyse 43
1.3.4 Kwantitatieve analyse 44
1.3.5 Literatuuranalyse 48
1.3.6 Kwalitatieve analyse 51
1.4 Leeswijzer 54

2 Juridisch kader **55**
2.1 Inleiding 55
2.1.1 Algemene bepalingen rondom plaatsing 55
2.2 De Fokkensregeling (2 oktober 1997 t/m 4 augustus 2010) 58
2.2.1 Inhoud 58
2.2.2 Jurisprudentie 60
2.3 Artikel 37b lid 2 Sr (2 oktober 1997-heden) 61
2.3.1 Inhoud 61
2.3.2 Jurisprudentie 62
2.4 Artikel 6:2:8 Sv (1 januari 2020 - heden) 64
2.4.1 Inhoud 64
2.4.2 Jurisprudentie 64
2.5 Artikel 6.4 lid 3 sub a en b Besluit forensische zorg (26 juni 2019 – heden) 65
2.5.1 Inhoud 65
2.5.2 Jurisprudentie 65
2.6 Overige relevante bepalingen voor tbs-behandeling 65
2.6.1 Eerder starten 65
2.6.2 Later starten 66
2.6.3 Behandelverloop 67
2.7 Eerder verlenen van zorg, geen tbs-behandeling 67
2.7.1 Artikel 15 lid 4 Pbw (1 januari 1999 – heden) 67
2.7.2 Artikel 20c 69
2.7.3 Prepassantenafdeling PI Vught 69
2.8 Tussenconclusies 70

3	**Het combinatievonnis in cijfers**	**72**
3.1	Inleiding	72
3.2	Totaal aantal combinatievonnissen	73
3.2.1	Bruto strafduur	73
3.2.2	Netto strafduur	77
3.2.3	Kenmerken die samenhangen met korte of lange combinatievonnissen	81
3.3	Tbs-gestelden met een afgerond combinatievonnis	86
3.3.1	Duur in detentie voorafgaand aan plaatsing tbs-kliniek	88
3.3.2	Aantal klinieken en overplaatsingen	89
3.3.3	Behandelvoortgang	91
3.3.4	Alternatieve definitie lang combinatievonnis	94
3.4	Tbs-gestelden met een nog lopend combinatievonnis	97
3.5	Tussenconclusies	98
4	**Detentieschade bij lange combinatievonnissen**	**101**
4.1	Inleiding	101
4.2	Detentieschade en het brein	102
4.2.1	Algemeen beeld	102
4.2.2	Longitudinaal onderzoek	103
4.3	Detentieschade en psychische gezondheid	104
4.3.1	Algemeen beeld	104
4.3.2	Longitudinaal onderzoek	106
4.4	Detentieschade en lichamelijke gezondheid	110
4.4.1	Algemeen beeld	110
4.4.2	Longitudinaal onderzoek	111
4.5	Detentieschade en verslaving/middelengebruik	111
4.5.1	Algemeen beeld	111
4.5.2	Longitudinaal onderzoek	112
4.6	Detentieschade en slachtofferschap bij de gedetineerde	113
4.6.1	Algemeen beeld	113
4.6.2	Longitudinaal onderzoek	114
4.7	Detentieschade en zelfredzaamheid	114
4.7.1	Algemeen beeld	114
4.7.2	Longitudinaal onderzoek	115
4.8	Detentieschade en leefklimaat	116
4.8.1	Algemeen beeld	116
4.8.2	Longitudinaal onderzoek	117
4.9	Detentieschade en basisvoorwaarden voor re-integratie	117
4.9.1	Algemeen beeld	117
4.10	Detentieschade en veroudering	119
4.10.1	Achtergrond	119
4.10.2	Veroudering en het brein	121
4.10.3	Veroudering en psychische gezondheid	121
4.10.4	Veroudering en fysieke gezondheid	122
4.10.5	Veroudering en risicotaxatie	123
4.10.6	Veroudering en resocialisatie	124
4.11	Tussenconclusies	126

5 Ervaringen met lange combinatievonnissen in de praktijk 129
5.1 Inleiding 129
5.2 Perspectieven en belangen bij lange combinatievonnissen 129
5.3 Betrokken instanties in het traject van een lang combinatievonnis en hun taken 131
5.3.1 Indicatiestelling Forensische Zorg 131
5.3.2 Plaatsing DIZ 132
5.3.3 Penitentiaire Inrichting 132
5.3.4 Penitentiair Psychiatrisch Centra 133
5.3.5 Prepassantenafdeling 136
5.3.6 Forensisch Psychiatrisch Centra en – Klinieken 137
5.4 Het lange combinatievonnis door de ogen van behandelaren 138
5.4.1 Een lang combinatievonnis in de praktijk 138
5.4.2 Paradox van het lange combinatievonnis 140
5.5 Problemen in relatie tot een lang combinatievonnis 141
5.5.1 Detentieschade 141
5.5.2 Behandelverloop 144
5.5.3 Problemen rondom het systeem 146
5.6 Gesuggereerde oplossingen 147
5.6.1 Wijzigen van wet- en regelgeving 147
5.6.2 Herzien van het traject 149
5.6.3 Eerder uitvoeren onderdelen tbs 150
5.6.4 Beperken detentieschade 154
5.7 Tussenconclusies 155

6 Slot 159
6.1 Inleiding 159
6.2 Beantwoording onderzoeksvragen 159
6.3 Conclusies 166
6.4 Aanbevelingen 169
6.5 Discussie 173

Summary 176

Literatuur 191

Bijlage 1 Begeleidingscommissie 199

Bijlage 2 Overzicht geïnterviewde personen 200

Bijlage 3 Topiclijst 202

Bijlage 4 Indeling indexdelicten 204

Bijlage 5 Totaal aantal opgelegde gevangenisstraffen 207

Afkortingen

ACL	Adviescommissie levenslang
ACE	Adverse Childhood Experience
AGGG	Adviescommissie geestelijk gestoorde gedetineerden
AVT	Adviescollege Verloftoetsing tbs
CGT	Cognitieve gedragstherapie
CTP	Centrum Transculturele Psychiatrie
DIZ	Directie Individuele Zaken
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DMP	Data Management Plan
DPIA	Data Protection Impact Assessment
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
EPR	European Prison Rules
EZV	Extra Zorg Voorziening
fpc	Forensisch Psychiatrisch Centrum
fpk	Forensisch Psychiatrisch Kliniek
GLP	Gegevens Levering Protocol
GLS	Gegevens Levering Specificatie
GVM	Gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel
IFZ	Indicatiestelling Forensische Zorg
LFPZ	Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg
MITS	Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en psychologie
OVAR	Ontslag van alle rechtsvervolging
PBC	Pieter Baan Centrum
Pbw	Penitentiaire Beginselenwet
PI	Penitentiaire Inrichting
PIJ	Plaatsing in een inrichting voor jeugdigen
PJG	Psychiatrisch Juridisch Gezelschap
PMO	Psycho-Medisch Overleg
ppc	Penitentiaire Psychiatrische Centrum
RSJ	Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
Tbs	Terbeschikkingstelling
VB	Voorwaardelijke beëindiging
v.i.	Voorwaardelijke invrijheidstelling
Wfz	Wet forensische zorg
Wsenb	Wet straffen en beschermen

Samenvatting

Inleiding

De afgelopen jaren is er vanuit verschillende partijen (rechtspraak, juristen, forensisch psychiatrische gedragsdeskundigen en politici) kritiek geuit over lange combinatievonnissen, een tbs-maatregel gecombineerd met een lange gevangenisstraf. Enerzijds werd gesteld dat dergelijke vonnissen steeds vaker zouden worden opgelegd en anderzijds dat er tijdens een lange gevangenisstraf detentieschade zou optreden, die de kans op een geslaagde tbs-behandeling zou verlagen. Deze zorgen hebben geleid tot een politieke discussie en een motie in de Tweede Kamer over het herinvoeren van de Fokkensregeling, waarmee een tbs-gestelde niet de gehele duur van de opgelegde gevangenisstraf hoeft uit te zitten voordat de behandeling begint. Het huidige onderzoek is naar aanleiding van die discussie aangevraagd en heeft als doel te achterhalen of deze veronderstellingen van een gestegen aantal lange combinatievonnissen en het oplopen van detentieschade klopt.

Het overkoepelende doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de aard en omvang van de problematiek rondom lange combinatievonnissen, en te achterhalen of forensische zorgaanbieders mogelijkheden missen om de tbs-behandeling beter te laten verlopen. Dit overkoepelende doel is opgesplitst in drie subdoelen:

1 Het uiteenzetten van de huidige wettelijke mogelijkheden om een tbs-gestelde eerder dan na de gebruikelijke termijn aan zijn behandeling te laten beginnen.
2 Het beschrijven van het aantal tbs-gestelden dat in de periode van 2000-2024 een lang combinatievonnis opgelegd heeft gekregen.
3 Het bieden van inzicht in de huidige wetenschappelijke kennis over het optreden van detentieschade bij tbs-gestelden met lange combinatievonnissen.

De onderzoeksvragen en de beantwoording daarvan is te vinden in hoofdstuk 6, hier worden de belangrijkste bevindingen samengevat en de conclusies en aanbevelingen besproken.

Methode

Om de doelstellingen te bereiken en de complexiteit van de problematiek van lange combinatievonnissen te onderzoeken, is ervoor gekozen verschillende onderzoeksmethodes te gebruiken. Ten eerste is er een juridische analyse uitgevoerd om de huidige mogelijkheden tot het eerder starten met de tbs-behandeling in kaart te brengen overeenkomstig met doelstelling 1) Ten tweede zijn gegevens uit het Monitoring en Informatiesysteem Terbeschikking Stelling (MITS) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) gebruikt om een cijfermatig beeld te geven in de ontwikkeling van het aantal en de duur van opgelegde combinatievonnissen in de periode van 2000 tot en met 2024, overeenkomstig met doelstelling. 2) Ook is er relevante literatuur verzameld over eventuele gevolgen van een lange gevangenisstraf op de tbs-behandeling om de huidige wetenschappelijke kennis over detentieschade bij tbs-gestelden in kaart te brengen, overeenkomstig met doelstelling 3) Tot slot zijn er

interviews gehouden met onder andere behandelaren binnen het forensische zorgveld om meer begrip te krijgen van de problematiek waar zij in de praktijk tegenaan lopen.

Lang combinatievonnis

Er zijn verschillende denkrichtingen mogelijk bij het bepalen van de classificatie 'lang'. Enerzijds is het mogelijk dit te baseren op ervaringen in de praktijk, bijvoorbeeld in het gevangeniswezen of de tbs-praktijk (kwalitatief), anderzijds op de cijfers, bijvoorbeeld aan de hand van percentielscores van de waargenomen duur van de populatie tbs-gestelden om wie het gaat (kwantitatief). Voor het huidige rapport is een kwalitatieve definitie als meest relevant beschouwd, omdat dit de discussie rondom lange combinatievonnissen voornamelijk plaatsvindt in de praktijk. Daartoe is in de interviews met behandelaren in de forensische zorgpraktijk uitgevraagd wat zij zien als een lange gevangenisstraf wanneer deze in combinatie met een tbs-maatregel wordt opgelegd. Deze antwoorden zijn gecombineerd, waarna een lang combinatievonnis is geoperationaliseerd als een gevangenisstraf van 10 jaar of langer gecombineerd met tbs met bevel tot verpleging van overheidswege (hierna: tbs met verpleging).

Resultaten

Juridisch kader

Wetswijzigingen
Met de Fokkensregeling werd elke tbs-gestelde in beginsel na een derde van de opgelegde gevangenisstraf in een tbs-kliniek geplaatst. Na afschaffing van de Fokkensregeling volgde de standaardstart van de tbs-maatregel na twee derde deel van de gevangenisstraf, overeenkomstig met de destijds geldende regeling voor voorwaardelijke invrijheidstelling (v.i.). Hierin is overigens geen rekening gehouden met de capaciteitsproblematiek die gedurende de afgelopen 25 jaren soms meer en soms minder speelde. De afschaffing van de Fokkensregeling in 2010 pakte voor tbs-gestelden met verschillende strafduren verschillend uit; hoe langer de opgelegde gevangenisstraf, hoe meer nadeel hiervan is ondervonden. Ook de huidige geldende standaardbepaling voor plaatsing in de tbs-kliniek is gekoppeld aan de v.i.-termijn, maar deze is sinds 2021 met de Wet straffen en beschermen (Wsenb) ingrijpend gewijzigd (art. 6.4 lid 2 Besluit forensische zorg jo. art. 6:2:10 lid 1 Wetboek van strafvordering [Sv]). De v.i.-termijn is nog steeds gesteld op twee derde deel van de opgelegde gevangenisstraf, maar de periode van v.i. mag niet langer zijn dan twee jaar. Daardoor kan de tbs-behandeling in geval van een gecombineerde gevangenisstraf niet eerder starten dan twee jaar voorafgaand aan de afloop van de gevangenisstraf. Deze wijziging treft alleen de startdatum van de tbs-behandeling van tbs-gestelden met een combinatievonnis van langer dan zes jaar, voor hen is deze later. Zij worden daarmee sinds 1 juli 2021 vooral getroffen door de afschaffing van de Fokkensregeling.

Uitzonderingsgronden
Naast de standaardbepaling vanuit de Fokkensregeling waren er ten tijde van deze regeling uitzonderingen mogelijk die zagen op dan wel latere dan wel (nog) eerdere plaatsing in de tbs-kliniek. De meeste van deze uitzonderingsgronden zijn er anno 2026 nog. Twee van de drie bepalingen die zagen op een latere start zijn komen te vervallen: 1) adviezen van gedragsdeskundigen die zijn uitgebracht over de veroordeelde waaruit naar voren komt dat deze niet toegankelijk is voor behandeling

(oud art. 43 lid 2b Penitentiaire maatregel [Pm]), en 2) een beoordeling van extreme vluchtgevaarlijkheid van de tbs-gestelde (oud art. 43 lid 2c Pm). Drie van de vier bepalingen die zagen op een eerdere start gelden thans nog ongewijzigd: op grond van een advies van de rechter (oud art. 43 lid 3a Pm, thans art. 37b lid 2 Wetboek van Strafrecht [Sr]), indien er noodzaak bestaat tot spoedige behandeling van de veroordeelde (oud art. 43 lid 3b, thans art. 6.4 lid 3a Besluit forensische zorg) en indien de veroordeelde jonger is dan 23 jaar (art. 43 lid 3d Pm, thans art. 6.4 lid 3b Besluit forensische zorg). De vierde, het verblijf in de penitentiaire inrichting indien dit leidt tot ernstige gedragsproblemen van de veroordeelde (oud art. 43 lid 3c Pm), is komen te vervallen. Bij alle uitzonderingsgronden is het echter zo dat dit geen rechterlijke beslissing is, maar een advies waarover door de minister moet worden besloten, die deze beslissing neemt na een advies door Directie Individuele Zaken (DIZ). Door de afschaffing van de Fokkensregeling en het tegelijkertijd ongewijzigd blijven van de meeste uitzonderingsgronden is de mogelijkheid tot eerder starten van de tbs-behandeling meer afhankelijk geworden van een dergelijke beslissing.

Verlof
Uit de analyse van het juridische kader komt tot slot naar voren dat een essentieel onderdeel van de tbs-behandeling, te weten de mogelijkheid tot verlof, op grond van de Verlofregeling tbs niet mogelijk is voorafgaand aan de v.i.-datum. Mocht er worden gekozen voor een herintroductie van wettelijke mogelijkheden tot een eerdere start van de tbs-behandeling, dan kunnen sommige tbs-gestelden daardoor mogelijk worden belemmerd in hun behandeling. Dit betreft, wederom, vooral tbs-gestelden met combinatievonnissen van zes jaar en langer, omdat bij hen sinds de gewijzigde v.i.-regeling sprake is van een latere start van de behandeling. In die zaken is het verschil tussen de startdatum tbs en de v.i.-datum potentieel langer dan twee jaar, het moment waarop meestal wordt begonnen met de eerste stappen van verlof, te weten begeleid verlof. Daarmee is een herziening van deze beperking vanuit de Verlofregeling nodig om ten volle te kunnen profiteren van een eerdere start van de tbs-behandeling, mits daarvoor wordt gekozen.

Het combinatievonnis in cijfers

De resultaten over de combinatievonnissen zijn in drie subgroepen verdeeld: analyses over alle combinatievonnissen, analyses over alleen de afgeronde combinatievonnissen en analyses over de nog lopende combinatievonnissen.

Alle combinatievonnissen
In totaal is in de afgelopen 25 jaar 160 keer een combinatievonnis van 10 jaar of langer opgelegd (bruto strafduur, ongecorrigeerd voor de v.i.-termijn). Dit is 6% van het totaal aantal opgelegde combinatievonnissen in 2000 t/m 2024. Het aantal lange combinatievonnissen is significant gestegen, zowel in de laatste vijf jaar in vergelijking met de vijf jaar daarvoor, als ook in de laatste 12 jaar in vergelijking met de 13 jaar daarvoor. Dit komt vooral door een stijging in lange combinatievonnissen waarbij de gevangenisstraf tussen de 10 en 15 jaar duurt, lange combinatievonnissen van langer dan dat komen niet veel voor (2,3% van het totaal aan lange combinatievonnissen). Het aantal lange combinatievonnissen met een netto strafduur van 10 jaar of meer, waarin is gecorrigeerd voor de v.i.-termijn, is een stuk lager, dit komt 47 keer voor (2% van alle combinatievonnissen in 2000 t/m 2024). Verder is te zien dat er in 2000 t/m 2008 geen combinatievonnissen met een netto strafduur van 10 jaar of langer zijn opgelegd. Dit komt vanaf 2009 wel voor, waardoor vanaf 2019 voor het eerst ervaring is opgedaan met een lang combinatievonnis in de tbs-behandelpraktijk.

Tbs-gestelden met een lang combinatievonnis verschillen in een aantal kenmerken van tbs-gestelden met een kort combinatievonnis. Tbs-gestelden met een lang combinatievonnis zijn gemiddeld significant ouder ten tijde van het onherroepelijk worden van het vonnis dan tbs-gestelden met een kort combinatievonnis. Ook hebben tbs-gestelden met een lang combinatievonnis significant vaker een (poging tot) levensdelict gepleegd (93% van de lange combinatievonnissen) dan tbs-gestelden met een kort combinatievonnis (39% van de korte combinatievonnissen). Overige gewelds- en zedendelicten en brandstichting komen daarentegen significant minder vaak voor bij lange combinatievonnissen dan bij korte combinatievonnissen. Er is geen significant verschil in het aantal delicten waarvoor tbs-gestelden met een lang of kort combinatievonnis worden veroordeeld. Lange combinatievonnissen zijn in recentere jaren (2013 t/m 2024) significant minder vaak dan in eerdere jaren (2000 t/m 2012) voor vermogensdelicten en voor overige delicten opgelegd. Voor zedendelicten, overige geweldsdelicten en levensdelicten zijn geen significante verschillen over de tijd gevonden, waardoor niet kan worden gezegd dat er in recentere jaren (2013 t/m 2024) vaker lange combinatievonnissen worden opgelegd voor ernstigere delicten dan in eerdere jaren (2000 t/m 2012).

Afgerond combinatievonnis

Een subgroep van tbs-gestelden heeft zijn behandeling op peilmoment afgerond (op 1 juli 2025). Dit betreft 42 tbs-gestelden met een lang (26% van alle tbs-gestelden met een lang combinatievonnis) en 1.075 tbs-gestelden met een kort combinatievonnis, totaal 1.117 tbs-gestelden. Ten tijde van het onherroepelijk worden van het vonnis, ten tijde van de start van de behandeling en ten tijde van de afronding van de behandeling zijn zij gemiddeld even oud. Tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis hebben significant vaker een (poging tot) levensdelict gepleegd dan tbs-gestelden met een kort combinatievonnis en significant minder vaak een ander geweldsdelict gepleegd. Ook duurt de passantentijd voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis gemiddeld significant korter dan voor tbs-gestelden met een kort combinatievonnis. Verder duurt het voor tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis gemiddeld significant langer voordat zij een eerste machtiging voor begeleid verlof en voor onbegeleid verlof krijgen dan voor tbs-gestelden met een afgerond kort combinatievonnis. Daarentegen duurt het voor tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis gemiddeld even lang voordat zij met transmuraal verlof, met proefverlof en met voorwaardelijke beëindiging (VB) gaan als voor tbs-gestelden met een afgerond kort combinatievonnis. Tot slot duurt het voor tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis eveneens gemiddeld even lang om hun tbs-behandeling te voltooien als dat dit voor tbs-gestelden met een afgerond kort combinatievonnis duurt. Het aantal klinieken waarin tbs-gestelden met een afgerond lang of kort combinatievonnis hebben gezeten is gemiddeld gezien gelijk, net als het aantal overplaatsingen.

Verder, uit de analyses naar een alternatieve duur van de definitie van ‘lang’ (bijvoorbeeld, 7 jaar of meer, of juist 12 jaar of meer), is op te maken dat het voor de gemiddelde duren tot de eerste machtigingen voor begeleid verlof, onbegeleid verlof, VB en de duur van de totale behandeling uitmaakt met welke definitie van ‘lang’ wordt gerekend, soms is er wel verschil op deze uitkomstmaten en soms niet. Als naar de totale duur van de behandeling wordt gekeken, is er verschil vanaf 2 jaar t/m 8 jaar gevangenisstraf: voor tbs-gestelden met afgeronde lange combinatievonnissen duurt de behandeling significant korter dan voor tbs-gestelden met afgeronde korte combinatievonnissen.

Uit bovenstaande analyses kan niet worden geconcludeerd of en in hoeverre de duur van de gevangenisstraf samenhangt met de duur tot de verschillende eerste verlofmachtigingen of tot het einde van de tbs-behandeling (de behandelduur), er is namelijk geen zicht gekomen op factoren die onderliggend zijn aan enerzijds het zichtbaar maken van verschillen en anderzijds het uitblijven daarvan. Dergelijke factoren konden niet worden meegenomen, omdat deze op populatieniveau niet beschikbaar zijn, maar gedacht wordt in ieder geval aan verschillen in justitiële voorgeschiedenis, psychopathologie, verstandelijk vermogen en de mate van toerekeningsvatbaarheid. Dat er meerdere factoren meespelen in de behandelduur dan de duur van de gevangenisstraf blijkt ook uit ander onderzoek naar de behandelduur van tbs-gestelden.

Nog lopend combinatievonnis

Een andere subgroep van tbs-gestelden heeft zijn behandeling op peilmoment nog niet afgerond (op 1 juli 2025). Dit betreft 58 tbs-gestelden met een lang (36% van alle tbs-gestelden met een lang combinatievonnis) en 1.009 tbs-gestelden met een kort combinatievonnis, totaal 1.067 tbs-gestelden die ten tijde van het onherroepelijk worden van het vonnis gemiddeld even oud waren. Deze resultaten betreffen deze tbs-gestelden. Tbs-gestelden met een lang combinatievonnis hebben significant vaker een (poging tot) levensdelict gepleegd dan tbs-gestelden met een kort combinatievonnis en significant minder vaak een ander geweldsdelict. Er zijn vrijwel geen andere verschillen tussen tbs-gestelden met een nog lopend lang of kort combinatievonnis. Gemiddeld evenveel tbs-gestelden met een nog lopend lang of kort combinatievonnis hebben eerste machtigingen voor begeleid, onbegeleid, transmuraal, proefverlof, een indicatiestelling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg (LFPZ) en zijn met VB. Er is ook geen significant verschil tussen beide groepen voor de gemiddelde duur tot de machtigingen voor begeleid, onbegeleid en transmuraal verlof. Alleen de gemiddelde behandelduur op peilmoment verschilt: voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt deze gemiddeld korter dan die van tbs-gestelden met een lopend kort combinatievonnis. Het aantal tbs-gestelden met lopende combinatievonnissen en proefverlof, VB en een LFPZ-machtiging is te klein om te toetsen of er verschillen zijn in de duur tot deze uitkomstmaten van degenen met een lopend lang combinatievonnis en een lopend kort combinatievonnis.

Detentieschade bij lange combinatievonnissen

Detentieschade omvat de negatieve gevolgen die een gedetineerde (in dit geval tbs-gestelde) kan ervaren door tijd in detentie door te brengen, zoals psychische en fysieke problemen, het verliezen van sociale contacten en het verliezen van werk. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt veelal dat de prevalentie van dergelijke problemen bij gedetineerden hoog is. Het import-, deprivatie- en integratiemodel is gesuggereerd als verklaringsmodel voor het optreden van detentieschade. Het importmodel verklaart de hoge prevalentie van problematiek bij de detentiepopulatie aan de hand van al aanwezige problematiek, die de gedetineerde meeneemt het gevangeniswezen in (‘importeert’). Het deprivatiemodel stelt juist dat de hoge prevalentie van problematiek ontstaat door (slechte omstandigheden van) het leven in de gevangenis zelf. Het integratiemodel combineert beide visies. Onderzoek naar detentieschade voorafgaand aan de tbs-behandeling is er echter niet of nauwelijks, dat kon daardoor in het huidige onderzoek niet in beeld worden gebracht. Onderzoek over detentieschade in reguliere detentiepopulaties kan wel inzicht geven in de vormen van detentieschade die kunnen optreden bij deze groepen justitiabelen, en daarmee kan worden bezien in hoeverre dit van toepassing kan zijn op tbs-gestelden.

Binnen de *scoping review* en daarop aanvullende systematische zoektocht naar longitudinale studies zijn negen domeinen van mogelijke detentieschade gevonden, die elk van invloed kunnen zijn op de gezondheid en/of het welzijn van reguliere gedetineerden. Dit zijn detentie en: het brein, de psychische gezondheid, de lichamelijke gezondheid, verslaving en middelenmisbruik, slachtofferschap bij de gedetineerde, zelfredzaamheid, het leefklimaat, de basisvoorwaarden voor re-integratie en veroudering. Binnen elk domein zijn factoren gevonden waarvan wordt verwacht dat deze ook van invloed kunnen zijn op langgestrafte tbs-gestelden, sterker nog, dat sommige factoren en domeinen langgestrafte tbs-gestelden extra kunnen raken. Dit zijn het domein *detentieschade en het brein*, omdat er tijdens de behandeling veel nieuwe gedragingen worden aangeleerd waarbij goed executief functioneren van belang is. Ook het domein *detentieschade en psychische gezondheid* kan relevant zijn voor langgestrafte tbs-gestelden. Bij hen lijkt vaker sprake te zijn van één of meerdere persoonlijkheidsstoornissen en een lange tijd in detentie kan deze problematiek verergeren. Daarnaast wordt van het domein *detentieschade en zelfredzaamheid* verwacht dat dit ervoor kan zorgen dat het langer duurt om gebruiken en gewoontes tijdens de tbs-behandeling aan te leren. Binnen de behandeling wordt toegewerkt naar uiteindelijke re-integratie en daarvoor wordt ook gekeken naar de manier waarop een tbs-gestelde zich buiten de kliniek kan redden. Tot slot lijkt het domein *detentieschade en veroudering* relevant, omdat tbs-gestelden met een lang combinatievonnis na hun lange gevangenisstraf en tegen de tijd dat ze doorstromen naar de tbs een heel stuk ouder zullen zijn. Ook de tbs-behandeling zelf duurt gemiddeld genomen ongeveer negen jaar, waardoor langgestrafte tbs-gestelden pas op late leeftijd weer terugstromen in de maatschappij. Zo is berekend dat tbs-gestelden na een lang combinatievonnis en aansluitend een tbs-behandeling gemiddeld tussen de 50 en 70 jaar zullen zijn. Dit is een leeftijd waarbij re-integratie anders moet worden vormgegeven, bijvoorbeeld op het gebied van werk.

Ervaringen uit de praktijk

Perspectieven en belangen

Uit het verslag van een door het bestuursdepartement van het ministerie van Justitie en Veiligheid op 13 juni 2023 reeds georganiseerde brainstormsessie over lange combinatievonnissen is naar voren gekomen dat combinatievonnissen van een lange gevangenisstraf en een tbs-maatregel meerdere partijen raken met eigen perspectieven en belangen, en dat deze belangen niet altijd met elkaar in lijn zijn. In de uitvoeringspraktijk kan een eerdere start van de tbs-behandeling de capaciteitsbehoefte in het gevangeniswezen verlagen, al zal het tegelijkertijd juist zorgen voor een toename van de capaciteitsbehoefte in de tbs-sector Voor slachtoffers en nabestaanden is vooral behoefte aan rust, duidelijkheid en vergelding. Forensische zorgverleners pleitten daarentegen juist voor een vroege start van de behandeling want een tbs-maatregel in combinatie met een lange gevangenisstraf zijn volgens hen niet met elkaar te rijmen. De rechtspleging wil vooral duidelijkheid en niet teveel veranderingen in de regelgeving omdat dit zorgt voor verwarring en afbreuk doet aan het vertrouwen in het recht.

Traject lange combinatievonnissen

Verschillende instanties zijn bij het traject van een tbs-gestelde met een (lang) combinatievonnis betrokken. Op het moment dat de gevangenisstraf ten einde komt stelt de afdeling Indicatiestelling Forensische Zorg (IFZ) van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie (NIFP) een eerste plaatsingsindicatie, waarna de DIZ van de DJI de wachtlijst voor plaatsing in een tbs-kliniek beheert en de tbs-gestelde in een

tbs-kliniek zal plaatsen. Beide instanties zijn ook betrokken bij eventuele tussentijdse plaatsingsbesluiten. Verder kunnen justitiabelen met een lang combinatievonnis op veel plekken belanden; een reguliere afdeling van de PI, waar indien nodig psychische ondersteuning kan worden geboden op een Extra Zorg Voorziening afdeling (EZV), een Penitentiair Psychiatrisch Centrum (ppc), waarbinnen ook een veelzijdigheid aan afdelingen bestaat en zwaardere psychische problematiek kan worden aangepakt, de prepassantenafdeling en uiteindelijk in een Forensisch Psychiatrisch Centrum (fpc) of Forensische Psychiatrische Kliniek (fpk), waar de tbs-behandeling wordt gegeven.

Lang combinatievonnis door de ogen van behandelaren
Een lang combinatievonnis voelt voor de meeste behandelaren als tegenstrijdig en paradoxaal; zij pleiten voor het stoppen met opleggen van lange combinatievonnissen. De behandelaren achten verschillende duren 'lang', dit loopt uiteen van 4 jaar of langer tot 15 jaar of langer en, zoals eerder vermeld, gemiddeld genomen komt dit uit op 10 jaar of langer. Verder zien de behandelaren in de praktijk dat tbs-gestelden met een lang combinatievonnis vooral (pogingen tot) levensdelicten hebben gepleegd, soms in combinatie met zedendelicten. Qua psychopathologie hebben tbs-gestelden met lange combinatievonnissen vooral persoonlijkheidsstoornissen, verslavingsproblematiek, en minder vaak psychotische stoornissen en verstandelijke beperkingen, aldus de behandelaren. De meesten van hen zijn (licht) verminderd toerekeningsvatbaar verklaard.

Problemen
De behandelaren ervaren op verschillende vlakken problemen in relatie tot lange combinatievonnissen. Zo zien ze vormen van detentieschade bij justitiabelen die een lange periode in de gevangenis hebben doorgebracht vanuit de 'bajesmodus' die tot stand kan komen door deprivatie, hiërarchie en onveiligheid in de gevangenis. Maar ook het versterken van bepaalde risicofactoren zoals het verharden van (sommige) psychische problematiek en het wegvallen van een sociaal netwerk wordt door veel behandelaren als een vorm van detentieschade gezien. Een groot aantal van de behandelaren stelt ook dat er modererende factoren spelen die kunnen bijdragen aan het versterken van de eerdergenoemde vormen van detentieschade, namelijk leeftijd (met name ouder worden) en de snelle verandering van de maatschappij. Gedurende het behandelverloop wordt gezien dat de langgestrafte tbs-gestelden meer tijd nodig hebben om aan het klimaat in de tbs-kliniek te wennen. Dit wordt veelal omschreven als 'ontbajesen'. Ook ervaren veel behandelaren problemen met het afnemen van de delictanalyse vanwege de lange tijd die is vergaan tussen het plegen van het delict en het verrichten van de delictanalyse. Een aantal respondenten geeft tevens aan dat er binnen de groep langgestrafte tbs-gestelden minder motivatie bestaat om mee te werken aan de tbs-behandeling. Verder wordt het wegvallen van het prosociale netwerk en het toenemen van pro-criminele netwerken genoemd als probleem bij lange combinatievonnissen. Een groot deel van de behandelaren maakt de kanttekening dat het niet altijd te duiden is of de problemen die zijn ervaren komen doordat langgestrafte tbs-gestelden lang in de gevangenis hebben gezeten, of dat dit komt door de psychopathologie van een persoon.

Oplossingen
De meeste behandelaren noemen als ideale oplossing voor de problematiek van lange combinatievonnissen dat moet worden voorkomen dat deze vonnissen nog worden opgelegd. De verder gesuggereerde oplossingen van de behandelaren zijn te groeperen in suggesties voor wijzigingen van wet- en regelgeving, suggesties voor herziening van het traject, het eerder uitvoeren van bepaalde onderdelen van de

behandeling en het beperken van detentieschade. Als eerste mogelijke wetswijzing is geopperd dat de gevangenisstraf die zou kunnen worden opgelegd in combinatie met tbs bij wet wordt gemaximeerd. Een gecombineerd systeem waarbij tevens rekening wordt gehouden met de mate van (verminderde) toerekeningsvatbaarheid ziet een aantal behandelaren ook voor zich. Verder is een aantal behandelaren positief over het herinvoeren van de Fokkensregeling, waarbij het ten uitvoer te leggen deel van een derde van de opgelegde gevangenisstraf aanzienlijk minder is dan het opgelegde deel. Daarbij is wel de kanttekening gemaakt dat de Verlofregeling tbs dan zou moeten worden aangepast zodat verlof mogelijk wordt zodra de behandeling dit toelaat, zoals eerder ook uit de juridische analyse bleek. Ook ziet een aantal respondenten een oplossing in het voorwaardelijk opleggen van de tbs-maatregel, waarbij tegen het einde van de gevangenisstraf nogmaals wordt bekeken of de tenuitvoerlegging hiervan noodzakelijk is, vergelijkbaar met de gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel (GVM, art. 38z Sr). De oplegging van de GVM geschiedt tijdens de veroordeling door de rechter maar de tenuitvoerlegging gebeurt pas op het moment dat in een tweede rechterlijke procedure wordt besloten dat dit nodig is, nadat de gecombineerde gevangenisstraf en/of tbs-maatregel bijna is afgerond. Een commissie vergelijkbaar met de Adviescommissie levenslang zou kunnen worden ingesteld om tegen het einde van de gevangenisstraf bij langgestrafte tbs-gestelden opnieuw te bekijken of de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel nog nodig is.

Wanneer rechters toch lange combinatievonnissen blijven opleggen, en voor tbs-gestelden die momenteel al een dergelijk vonnis hebben, wordt door de respondenten voorgesteld om de tijd in detentie zo soepel mogelijk te laten verlopen zodat eventuele detentieschade kan worden voorkomen. Dit kan bijvoorbeeld door het al tijdens de gevangenisstraf aan te bieden van verschillende modules die daarvoor geschikt zijn en veelal tevens noodzakelijk in het kader van het bieden van adequate hulp, aldus de behandelaren. Dit zijn vooral de delictanalyse, medicatie, traumabehandeling, schematherapie en verslavingshulp. Ook door het verrijken van de detentieomgeving, het actief betrekken van het prosociale netwerk en door de justitiabelen actief te betrekken bij maatschappelijke ontwikkelingen kan detentieschade volgens hen worden voorkomen. Dergelijke behandelmodules kunnen op verschillende manieren worden vormgegeven, zo kunnen tbs-gestelden met een lang combinatievonnis gedurende hun gevangenisstraf op een speciale afdeling binnen de PI worden geplaatst, of op meerdere van dergelijke gespecialiseerde afdelingen die meer over het land zijn gespreid. Eveneens kan worden nagedacht over een landelijk forensisch zorgteam, dat de gesuggereerde behandelmodules bij de betrokkenen in hun eigen PI aanbiedt. Verder is geopperd dat de behandelingen in de ppc’s zouden kunnen worden uitgebreid, maar deze zijn eigenlijk niet opgericht en ingesteld voor langdurige trajecten.

Conclusies

1 Uit de analyse van wetgeving blijkt dat vooral de standaardbepaling vanuit de Fokkensregeling die zag op een eerdere start van de tbs-behandeling na een derde van de opgelegde gevangenisstraf thans niet meer van kracht is. Hierdoor moest een tbs-gestelde na de afschaffing daarvan standaard twee derde deel van de gevangenisstraf uitzitten, een derde deel meer dan voorheen. De meeste uitzonderingsgronden op de standaardbepaling die ten tijde van de Fokkensregeling bestonden en zagen op een eerdere start van de behandeling, zijn anno 2026 wel nog steeds van kracht (drie van de vier). Een latere start is minder

vaak mogelijk, twee van deze drie uitzonderingsgronden zijn komen te vervallen. Om voor de uitzonderingsgronden in aanmerking te komen, moet echter eerst een individuele beslissing worden genomen, waardoor voor de tbs-gestelde een minder sterke rechtspositie geldt dan als dit een rechterlijke beslissing zou zijn. Door de afschaffing van de Fokkensregeling en het tegelijkertijd ongewijzigd blijven van de meeste uitzonderingsgronden is de mogelijkheid tot eerder starten van de tbs-behandeling meer afhankelijk geworden van een dergelijke beslissing.

2 Met de komst van andere wetgeving na afschaffing van de Fokkensregeling zijn de start van de tbs-behandeling en het doorlopen van verlof bovendien extra nadelig beïnvloed. Dit zijn de Wsenb, die sinds 2021 de v.i.-datum en daarmee de tbs-termijndatum bij gevangenisstraffen van meer dan zes jaar vertraagd en de verlofregeling tbs, die sinds 2011 het zetten van verlofstappen voorafgaand aan de v.i.-datum/tbs-termijndatum onmogelijk heeft gemaakt. Het gecombineerde effect van beide wijzigingen kan in de praktijk voor tbs-gestelden met lange combinatievonnissen bijzonder slecht uitpakken, vooral in geval van gevangenisstraffen van zes jaar of meer.

3 In totaal is de afgelopen 25 jaar 160 keer een combinatievonnis van 10 jaar of langer opgelegd (bruto strafduur). Dit is 6% van het totaal aantal opgelegde combinatievonnissen in 2000 t/m 2024. Het aantal lange combinatievonnissen is significant gestegen, zowel in de laatste vijf jaar in vergelijking met de vijf jaar daarvoor, als ook in de laatste 12 jaar in vergelijking met de 13 jaar daarvoor. Dit komt vooral door een stijging van lange combinatievonnissen van 10 tot 15 jaar, lange combinatievonnissen van langer dan dat komen niet veel voor (2,3% van het totaal aan lange combinatievonnissen). Deze toename in het aantal lange combinatievonnissen sluit aan bij het beeld dat veel van de behandelaren in fpc's en ppc's hebben over de toename van het aantal lange combinatievonnissen in de praktijk.

4 Het aantal lange combinatievonnissen met een netto strafduur (gecorrigeerd voor de v.i.-datum) van 10 jaar of langer is een stuk lager, dit komt 47 keer voor in de afgelopen 25 jaar. Verder is te zien dat er in 2000 t/m 2008 geen combinatievonnissen met een netto strafduur van 10 jaar of langer zijn opgelegd. Dit komt vanaf 2009 wel voor, waardoor vanaf 2019 voor het eerst ervaring is opgedaan met een lang combinatievonnis in de tbs-behandelpraktijk. Dit kan verklaren waarom de problematiek rondom lange combinatievonnissen in recente jaren door behandelaren in de praktijk is opgemerkt.

5 Tbs-gestelden met een lang combinatievonnis verschillen op een aantal kenmerken significant van tbs-gestelden met een kort combinatievonnis (analyses over alle combinatievonnissen). Zij zijn gemiddeld ouder ten tijde van het onherroepelijk worden van het vonnis, hebben vaker een (poging tot) levensdelict gepleegd, en hebben minder vaak andere geweldsdelicten, zedendelicten en brandstichting gepleegd. Ook dit is in lijn met wat behandelaren zeggen over tbs-gestelden met lange combinatievonnissen.

6 Tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis zijn gemiddeld 47 jaar tijdens de start van de tbs-behandeling, dit verschilt niet significant van tbs-gestelden met een afgerond kort combinatievonnis. Het duurt het gemiddeld langer totdat ze een eerste machtiging voor begeleid en voor onbegeleid verlof krijgen dan voor tbs-gestelden met een kort combinatievonnis. De totale gemiddelde behandelduur verschilt niet significant tussen tbs-gestelden met een afgerond lang of een kort combinatievonnis. Hieruit kan niet worden geconcludeerd of en in hoeverre de duur van de gevangenisstraf samenhangt met de duur van de tbs-behandeling, er is geen zicht gekomen op factoren die onderliggend kunnen zijn aan enerzijds het zichtbaar worden van verschillen en anderzijds het uitblijven

daarvan. Dergelijke factoren konden niet worden meegenomen, omdat deze op populatieniveau niet beschikbaar zijn, maar gedacht wordt in ieder geval aan verschillen in justitiële voorgeschiedenis, psychopathologie, verstandelijk vermogen en de mate van toerekeningsvatbaarheid. Dat er meerdere factoren meespelen in de behandelduur dan de duur van de gevangenisstraf blijkt ook uit ander onderzoek naar de behandelduur van tbs-gestelden. Dat tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis gemiddeld later een eerste machtiging voor begeleid en onbegeleid verlof krijgen, lijkt wel aan te sluiten bij wat behandelaren vertellen over hun ervaringen in de praktijk: tbs-gestelden met een lange gevangenisstraf lijken wat langer de tijd nodig te hebben om te wennen aan het klimaat in de tbs-kliniek (het zogenoemde 'ontbajesen'). De cijfers lijken verder te suggereren dat dit effect kan afnemen naarmate de tbs-gestelde langer wordt behandeld, omdat de totale behandelduur niet significant verschilt, maar dit dient eerst nader te worden onderzocht.

7 Tbs-gestelden met een nog lopend lang of kort combinatievonnis verschillen bijna niet van elkaar. Tbs-gestelden met een nog lopend lang combinatievonnis zijn vaker veroordeeld voor een (poging tot) levensdelict en tbs-gestelden met een nog lopend kort combinatievonnis voor andersoortige geweldsdelicten. Ook de gemiddelde behandelduur op peilmoment verschilt; voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt deze gemiddeld korter dan die van tbs-gestelden met een lopend kort combinatievonnis. Verder hebben zij even vaak machtigingen voor begeleid, onbegeleid, transmuraal en proefverlof, en zijn met VB. Er is ook geen verschil tussen beide groepen voor de gemiddelde duur tot die machtigingen. Er is ook geen significant verschil gevonden in het wel of niet krijgen van een eerste machtiging voor LFPZ.

8 Er zijn negen domeinen van detentieschade gevonden, die mogelijk van negatieve invloed kunnen zijn op de gezondheid en behandelvoortgang van gedetineerden in het algemeen en (soms) van tbs-gestelden met een voorafgaande lange gevangenisstraf in het bijzonder. Dit zijn detentieschade en het brein, de psychische gezondheid, de lichamelijke gezondheid, verslaving en/of middelenmisbruik, slachtofferschap bij de gedetineerde, zelfredzaamheid, leefklimaat, basisvoorwaarden voor re-integratie en veroudering. Van detentieschade en het brein, detentieschade en de psychische gezondheid, detentieschade en zelfredzaamheid en detentieschade en veroudering wordt verwacht dat deze in het bijzonder negatief kunnen uitpakken voor tbs-gestelden.

9 In lijn met het integratiemodel kan tijd in detentie voor verschillende gedetineerden anders uitpakken. Enerzijds is te verwachten dat deze domeinen van detentieschade voor tbs-gestelden onverminderd en mogelijk zelfs sterker van toepassing zullen zijn. Dit komt doordat zij voorafgaand aan de tbs-behandeling net als reguliere gedetineerden in de gevangenis verblijven en doordat zij, inherent aan de opgelegde tbs-maatregel, stoornissen en daarmee samenhangende kwetsbaarheden zullen hebben waarmee zij het systeem in komen. Anderzijds kunnen er ook tbs-gestelden zijn die profiteren van hun verblijf in detentie en bij wie de problemen minder worden, onder meer omdat er al veel problemen bestonden voorafgaand aan de detentie en de structuur en beschikbaarheid van zorg voor hen soms beter is geregeld binnen de detentiemuren dan buiten in de maatschappij. Er kan dus sprake zijn van zowel een positieve als negatieve interactie tussen al bestaande problematiek en het gevangenisklimaat.

10 Een lang combinatievonnis voelt voor behandelaren als tegenstrijdig en de meeste van hen pleiten voor het stoppen met opleggen van lange combinatievonnissen. Mogelijke andere oplossingen zien op wijzigingen van wet- en regelgeving,

suggesties voor herziening van het traject, het eerder uitvoeren van bepaalde onderdelen van de behandeling en het beperken van detentieschade.

11 De gesuggereerde wetswijzigingen zijn het maximeren van de gevangenisstraf die kan worden opgelegd in combinatie met een tbs-maatregel, het beperken van de duur van de gevangenisstraf naar mate van de gradatie van toerekeningsvatbaarheid, het herinvoeren van de Fokkensregeling onder gelijktijdige aanpassing van de Verlofregeling tbs, en het voorwaardelijk opleggen van de tbs-maatregel, waarbij tegen het einde van de gevangenisstraf nogmaals wordt bekeken of deze wel noodzakelijk is.

12 De suggesties voor herziening van het traject zijn een parallel systeem aan dat van levenslanggestraften waarbij een speciale commissie advies geeft over het wel of niet tenuitvoerleggen van de tbs-maatregel tegen het einde van de gevangenisstraf en pathologie gebonden plaatsing.

13 Als eerder uit te voeren behandelmodules zijn vooral de delictanalyse, medicamenteuze behandeling, schematherapie, traumabehandeling en verslavingshulp gesuggereerd. Sommige van deze behandelmodules worden in een aantal ppc's en PI's al aangeboden. Voorwaarden daarbij zijn duidelijke afspraken en communicatie tussen de betrokken ketenpartners over de taakverdeling en op welke manier de reeds doorlopen behandelmodules worden vastgelegd.

14 Het beperken van de detentieschade kan het beste worden bereikt door het verrijken van de detentieomgeving, het actief betrekken van het prosociale netwerk aan de hand van bijvoorbeeld netwerkbijeenkomsten en het op de hoogte blijven en bespreken van maatschappelijke ontwikkelingen.

Aanbevelingen

Wetgeving en praktijk

1 Met het afschaffen van de Fokkensregeling kan een tbs-gestelde alleen eerder starten met de tbs-behandeling op grond van de wettelijke uitzonderingsgronden op de standaardstart gekoppeld aan de v.i.-datum. Over deze uitzonderingsgronden wordt besloten door de minister. Ter verbetering van de rechtspositie van tbs-gestelden kan worden overwogen om deze beslissing in plaats daarvan bij de rechter neer te leggen (conclusie 1).

2 Als een snellere behandeling van de tbs-gestelden in geval van lange combinatievonnissen wordt beoogd, wordt aanbevolen de Fokkensregeling opnieuw in te stellen, in ieder geval bij combinatievonnissen van langer dan zes jaar (conclusie 2).

3 Als een snellere behandeling van de tbs-gestelden in geval van lange combinatievonnissen wordt beoogd, wordt aanbevolen de generieke bepaling in de Verlofregeling af te schaffen die de eerste mogelijkheid tot verlof koppelt aan de datum v.i.. Gelijktijdig wordt aanbevolen de beoordeling voor het zetten van verlofstappen ook in geval van lange combinatievonnissen aan het Adviescollege Verloftoetsing tbs over te laten. Dit is een goed functionerend college dat een gedegen inschatting kan maken van het moment waarop verlof verantwoord is en bovendien wordt daarmee maatwerk mogelijk (conclusie 2).

4 Als men wil voorkomen dat er detentieschade wordt opgelopen bij langgestrafte tbs-gestelden, wordt aangeraden om het leefklimaat in detentie voor hen zoveel mogelijk te verrijken. Dit bevordert niet alleen het cognitieve vermogen, maar ook de psychische en fysieke gezondheid van deze tbs-gestelden. Dit kan onder andere door het uitbreiden van een zinvol dagprogramma waarbij een groter beroep wordt

gedaan op hun denk- en besluitvermogen. Hierbij valt te denken aan meer activiteiten in de gevangenis zoals (vaker) zelf koken, sport zoals voetbal kijken, zelf sporten, het stimuleren van het voeren van onderlinge gesprekken, het starten van een moestuin, of het onder toezicht/begeleiding verzorgen van dieren (kippen, vogels, konijnen of katten; conclusies 8 en 9).

5 De risicotaxatie praktijk is niet ingericht op tbs-gestelden met een lang combinatievonnis, onder meer doordat hun hogere leeftijd mogelijk specifieke risico- en beschermende factoren met zich meebrengt. Door het voor ouderen geschikt maken van instrumenten voor risico- en beschermende factoren kan er mogelijk een betere inschatting worden gemaakt van het risico van recidive van tbs-gestelden die op hogere leeftijd terugkeren in de maatschappij.

6 Verschillende wijzigingen in wet- en regelgeving kunnen worden ingezet om eerdere behandeling van tbs-gestelden met een lang combinatievonnis mogelijk te maken: het maximeren van de gevangenisstraf die kan worden opgelegd in combinatie met een tbs-maatregel, het beperken van de duur van de gevangenisstraf naar mate van de mate van toerekeningsvatbaarheid, het herinvoeren van de Fokkensregeling onder gelijktijdige aanpassing van de Verlofregeling tbs, en het voorwaardelijk opleggen van de tbs-maatregel, waarbij tegen het einde van de gevangenisstraf wordt bekeken of de tenuitvoerlegging daarvan wel noodzakelijk is (conclusie 11).

7 Als men wil voorkomen dat er detentieschade wordt opgelopen bij langgestrafte tbs-gestelden, kan men daarnaast in detentie beginnen met verschillende door tbs-behandelaren essentieel geachte behandelonderdelen: delictanalyse, medicamenteuze behandeling, schematherapie, traumabehandeling en verslavingshulp (conclusie 13).

8 De verrijking van het detentieklimaat en de start met essentieel geachte behandelonderdelen voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis kan ofwel gecentreerd op een speciale afdeling in het land plaatsvinden ofwel door op verschillende plekken in het land kleinschalige aparte afdelingen op te richten. De behoefte aan dergelijke plekken neemt de komende tijd toe, met 69 tbs-gestelden die in 2025-2035 na een lang combinatievonnis zullen starten met hun behandeling (conclusie 13 en 14).

Vervolgonderzoek

1 Mocht de invloed van lange gevangenisstraffen op de tbs-behandeling nader bepaald willen worden, is meer inzicht nodig in de achterliggende factoren die verschillen tussen tbs-gestelden met lange combinatievonnissen en degenen met korte combinatievonnissen kunnen verklaren. Uit het onderhavige onderzoek zijn verschillen in de gemiddelde duur tot de eerste machtiging voor begeleid verlof en voor onbegeleid verlof gevonden en is geen verschil in de totale behandelduur gevonden tussen tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis en tbs-gestelden met een afgerond kort combinatievonnis. Tegelijkertijd is het onbekend gebleven welke kenmerken van beide groepen tbs-gestelden de gevonden verschillen of het uitblijven daarvan kunnen verklaren. In vervolgonderzoek zouden verschillen in justitiële voorgeschiedenis, psychopathologie, verstandelijk vermogen en de mate van toerekeningsvatbaarheid in ieder geval moeten worden meegenomen. Het verdient de voorkeur om dergelijk onderzoek op populatieniveau te verrichten, maar uit het onderhavige onderzoek is gebleken dat deze gegevens er op dat niveau niet zijn. Een alternatief is het verrichten van dossieronderzoek, waarin kan worden gekeken naar deze en mogelijk andere factoren waarop beide groepen a priori verschillen. Ook kunnen dan andere

uitkomstmaten gerelateerd aan behandelsucces dan de behandelvoortgang zoals weergegeven in de (duur tot) afgegeven verlofmachtigingen worden meegenomen; daarbij wordt gedacht aan factoren zoals het toe- of afnemen van symptomen, stoornissen, kwaliteit van leven, et cetera. Er wordt aanbevolen een groep tbs-gestelden met een lang combinatievonnis van voldoende grootte te onderzoeken (30-50 dossiers) en tevens om te vergelijken met een gematchte controlegroep van tbs-gestelden met een kort combinatievonnis. Factoren waarvoor in ieder geval moet worden gecontroleerd zijn leeftijd ten tijde van de start van de tbs-behandeling, startjaar van de behandeling, sekse en delicttypen. Met dergelijk dossieronderzoek kan meer inzicht worden verkregen in de factoren onderliggend aan eventuele verschillen in behandelduur of het uitblijven daarvan en kan tevens beter worden gekeken naar verschillende uitkomstmaten van behandelvoortgang. Ook laten de groepsverschillen die thans zijn gevonden geen ruimte voor het in beeld brengen van individuele verschillen, die uit dergelijk dossieronderzoek wel zouden kunnen blijken. Vanuit het import-, deprivatie- en integratiemodel worden dergelijke verschillen ook verwacht. Door dossieronderzoek kan er onderscheid worden gemaakt in dit soort individuele verschillen en zou deels antwoord kunnen worden geven op onderzoeksvragen 2b t/m 2d die in dit onderzoek niet beantwoord konden worden.

2 Om meer inzicht te krijgen in de manier waarop een lange gevangenisstraf kan doorwerken in de behandeling van huidige tbs-gestelden met een lang combinatievonnis, kan prospectief longitudinaal onderzoek met herhaalde metingen worden opgezet in de gevangenis. Hierbij wordt aangeraden te starten met een uitgebreide diagnostische fase van tbs-gestelden met een lang combinatievonnis die aan het begin staan van hun gevangenisstraf, zodat helder is met welke stoornissen, risicofactoren en problemen zij beginnen aan hun gevangenisstraf. Dergelijk onderzoek kan duidelijk maken hoe symptomen, stoornissen, behandelsucces en kwaliteit van leven zich *real time* ontwikkelen. Daarmee kan ook meer inzicht worden verkregen in de toepasbaarheid van het import,- deprivatie- of integratiemodel. Een dergelijk onderzoek zou ook kunnen meenemen hoe de tijd in de gevangenis wordt doorgebracht en hoe de tbs-gestelde, het personeel en medegedetineerden de lange gevangenisstraf ervaren.

3 Een deel van de tbs-gestelden met een lang combinatievonnis is nog niet begonnen aan zijn behandeling, dit betreft 47 tbs-gestelden (29% van alle tbs-gestelden met een lang combinatievonnis). Het kan zinnig zijn om het onderzoek over een aantal jaar te herhalen om ook van deze tbs-gestelden te bepalen of en hoe de duur van de gevangenisstraf samenhangt met de behandelvoortgang.

Beperkingen onderzoek

Kwantitatieve analyse

De kwantitatieve analyses zien op drie subgroepen van tbs-gestelden met een combinatievonnis: alle tbs-gestelden met een combinatievonnis, degenen met een afgerond lang combinatievonnis en degenen met een nog lopend lang combinatievonnis. Een beperking van de analyses over de nog lopende lange combinatievonnissen is dat de tbs-behandeling van deze tbs-gestelden nog niet is afgerond. Dit zijn 58 tbs-gestelden (36% van de lange combinatievonnissen). Voor deze tbs-gestelden konden nog niet alle uitkomstmaten over de behandeling worden onderzocht. Er is daarnaast nog een groep tbs-gestelden met een lang combinatievonnis die nog niet is begonnen aan de tbs-behandeling. Dit zijn 47 tbs-

gestelden (29% van de lange combinatievonnissen). Ook van hen is het behandeltraject nog niet bekend. De bevindingen over de subgroep tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis zien daarmee niet op alle tbs-gestelden met een lang combinatievonnis. Dit is niet per se een methodologische beperking, deze informatie bestaat nu eenmaal nog niet. Wel is het zo dat nog niet bekend is of de gevonden verschillen of het uitblijven daarvan voor deze tbs-gestelden met een lang combinatievonnis ook zullen worden gevonden.

Een andere beperking is dat er vooral inzicht is verkregen in groepsgemiddelden. Daarmee kan het zo zijn dat sommige tbs-gestelden wel en sommige andere tbs-gestelden geen verschillen laten zien op de hier bekeken uitkomstmaten voor behandelvoortgang, te weten de gemiddelde duren tot de verlofmachtigingen, tot de voorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel en tot de totale behandelduur. Zoals al vermeld is het ook onbekend gebleven welke kenmerken van beide groepen tbs-gestelden de gevonden verschillen of het uitblijven daarvan kunnen verklaren, maar wordt verwacht dat verschillen in justitiële voorgeschiedenis, psychopathologie, verstandelijk vermogen en de mate van toerekeningsvatbaarheid daar een rol in zullen spelen. Een voordeel van de gehanteerde onderzoeksmethode is wel dat er zicht is gekregen op de gehele populatie van tbs-gestelden over 25 jaar waarmee de uitkomsten generaliseerbaar naar de gehele populatie tbs-gestelden zijn.

Tot slot is de groep tbs-gestelden met een lang combinatievonnis klein waardoor verschillen met de groep tbs-gestelden met een kort combinatievonnis alleen significant zullen zijn als er grote verschillen zijn. Dit komt doordat de power van de toets lager is wanneer er statistisch getoetst wordt met een kleine groep. Met het interpreteren van de kwantitatieve resultaten moet daarmee rekening worden gehouden. Dit zou bijvoorbeeld kunnen verklaren waarom de gemiddelde leeftijd ten tijde van het onherroepelijk worden van het vonnis significant verschilt tussen lange en korte combinatievonnissen wanneer dit voor alle combinatievonnissen wordt geanalyseerd (160 tbs-gestelden met een lang combinatievonnis), maar waarom leeftijdsverschillen tussen beide groepen niet meer significant zijn wanneer de analyses over alleen de afgeronde of alleen de nog lopende combinatievonnissen worden uitgevoerd (42 respectievelijk 58 tbs-gestelden met een lang combinatievonnis).

Literatuuranalyse

Idealiter was in het huidige onderzoek een overzicht gegeven van verschillende onderzoeken naar de relatie tussen detentieschade en de tbs-behandelvoortgang, zoals de behandelduur. Dit bleek niet mogelijk te zijn, omdat dergelijk onderzoek er niet of nauwelijks is. Vervolgens is ingestoken op het uitvoeren van een *scoping review*, waarmee onderwerpen in kaart kunnen worden gebracht die relevant kunnen zijn voor deze relatie. Een voordeel van deze methode is dat hiermee een breed scala aan domeinen van mogelijke detentieschade is gevonden. Een nadeel van deze methode is dat er geen systematisch overzicht kan worden verkregen van alle onderzoeken binnen deze domeinen. Dat zou kunnen worden gedaan in een vervolgonderzoek, mocht meer inzicht in de gevonden domeinen van potentiële detentieschade gewenst zijn. Een beperking daarvan zou echter wel zijn dat dit een algemene populatie van gedetineerden zou betreffen en wederom weinig of geen tbs-gestelden, omdat die onderzoeken er nu eenmaal niet zijn.

Kwalitatieve analyse

De onderzoekers hebben beoogd een expertmeeting met veel behandelaren uit tbs-klinieken in gesprek te laten gaan over problemen en mogelijke oplossingen rond lange combinatievonnissen. De opkomst bij deze meeting was echter laag (5 respondenten), vooral om agenda-technische redenen. Vervolgens is ervoor gekozen aanvullend individuele interviews met hen af te nemen. Hierdoor is alsnog veel informatie verzameld, maar onderlinge discussie tussen de verschillende respondenten zoals deze tijdens een brede expertmeeting had kunnen plaatsvinden, was hierdoor minder uitgebreid dan beoogd. Dit is enigszins ondervangen doordat sommige interviews zijn uitgevoerd met twee of meer respondenten tegelijk waardoor ook hier soms ruimte was voor gesprekken en discussie van respondenten onderling. In totaal zijn 25 behandelaren gesproken uit alle tbs-klinieken en daarmee is landelijke spreiding bereikt, bovendien hadden deze behandelaren veel behandelervaring. Desondanks zijn deze interview gegevens niet representatief voor alle behandelaren uit het tbs-veld; dit is echter inherent aan de gekozen onderzoeksmethode van het houden van kwalitatieve interviews.

Discussie

Zoals uit de resultaten blijkt, is het aantal lange combinatievonnissen de afgelopen jaren toegenomen. Niet alleen lange combinatievonnissen (10 jaar of meer) zijn significant toegenomen, ook lange gevangenisstraffen in het algemeen (10 jaar of meer) zijn dat. De toename van lange combinatievonnissen past dus binnen de trend van langer straffen.

Verder is niet precies te achterhalen waardoor het komt dat het significant langer duurt voordat tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis een eerste machtiging voor begeleid en voor onbegeleid verlof krijgen. Er is in het onderhavige onderzoek geen zicht gekomen op de factoren die hieraan ten grondslag kunnen liggen en er kan niet worden geconcludeerd of de behandelduur samenhangt met de detentieduur die daaraan voorafgaat noch in hoeverre dit zou kunnen zijn. Zoals vermeld wordt gedacht aan verschillen in factoren zoals de justitiële voorgeschiedenis, psychopathologie, verstandelijk vermogen en de mate van toerekeningsvatbaarheid. Het is ook mogelijk dat dit samenhangt met de factoren die tijdens de gesprekken met behandelaren naar voren kwamen over de zogenoemde bajesmodus. Volgens hen zorgt het detentieklimaat ervoor dat justitiabelen zich op een bepaalde manier aanpassen; ze worden geslotener en raken gewend aan het gebrek aan beslissingsvrijheid. Als justitiabelen na een lange tijd in dit detentieklimaat opeens in een tbs-kliniek komen, kost het tijd om uit deze ‘bajesmodus’ te komen. Het kan dat dit aanpassingsproces ervoor zorgt dat de start van de tbs-behandeling trager is, waardoor er onder behandelaren het idee heerst dat een tbs-behandeling in het geval van een lang combinatievonnis langer duurt. Uit de cijfers lijkt verder naar voren te komen dat het zetten van vervolgstappen in het behandelproces meer gelijk gaat lopen tussen lang- en kortgestrafte tbs-gestelden. Dit betreft de latere verlofstappen, de voorwaardelijke beëindiging en definitieve beëindiging van de tbs-maatregel. Er is echter meer onderzoek nodig naar de (a-prior) verschillen tussen beide groepen tbs-gestelden. Het is daarnaast niet te voorspellen hoelang tbs-gestelden met een lange gevangenisstraf over hun behandeling zouden hebben gedaan zonder de lange gevangenisstraf. Dat er meerdere factoren meespelen in de behandelduur dan de duur van de gevangenisstraf blijkt ook uit ander onderzoek naar de behandelduur van tbs-

gestelden. Deze studies laten zien dat naast detentieduur, ook de aanwezige problematiek samenhangt met de duur van de tbs-behandeling.

Zoals vermeld, bestaat er momenteel een nijpend capaciteitstekort in de tbs-sector (net als in het gevangeniswezen). Dit zorgt onder meer voor rechtstatelijke problemen, zo hebben onder meer rechters de Nederlandse overheid al meerdere keren aangesproken dat de capaciteitsproblematiek moet worden aangepakt. Een oplossing voor de lange combinatievonnissen kan niet worden gevonden zonder dat de capaciteitsproblematiek daarbij wordt meegenomen. Ondanks dat de capaciteitsproblematiek niet het hoofdonderwerp is van het huidige onderzoek, sporen de onderzoekers de overheid aan om de capaciteit van de verschillende aanbieders van de forensische zorg (tbs-klinieken, vervolgzorg, voorzieningen voor beschermd wonen) te vergroten en/of te ontlasten, zodat ook mogelijke oplossingen voor tbs-gestelden met lange combinatievonnissen beter kunnen worden doorgevoerd.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

1.1.1 Aanleiding

Op 9 september 2022 plaatste Het Onderzoeksbureau (de podcast van Omroep Wij Nederland) een aflevering online genaamd 'Tbs-experts slaan alarm, lange celstraf met tbs is ronduit onverstandig'. Het onderwerp van de aflevering was een combinatievonnis van een lange gevangenisstraf en een tbs-maatregel (vanaf nu: lange combinatievonnissen). In de podcast aflevering uitten tbs-advocaat Jan Jesse Lieftink, de voorzitter van tbs Nederland (Harry Beintema) en de voorzitter van vereniging van tbs-advocaten (Job Knoester) kritiek op lange combinatievonnissen. Zij stellen dat er de laatste tijd vaker sprake is van een lang combinatievonnis en daarnaast dat er tijdens een lange gevangenisstraf detentieschade optreedt, die de kans op een geslaagde tbs-behandeling verlaagt. Zoals Job Knoester het verwoordt: 'Dan denk ik aan de beeldspraak die ik altijd gebruik, namelijk dat je tegen een man met een hartaanval zegt, doe de marathon van Rotterdam en daarna naar de operatiekamer, want dat is wat er dan gebeurd'. Detentieschade is een parapluterm voor de negatieve gevolgen die een gedetineerde ervaart door de tijd in detentie, zoals psychische en fysieke problemen, het verliezen van sociale contacten en het verliezen van werk (zie bijvoorbeeld Beyens et al., 2014). De hypothese is dat deze detentieschade ook bij personen die een lang combinatievonnis opgelegd hebben gekregen voorkomt.

De rechter heeft de mogelijkheid om een verdachte naast een gevangenisstraf ter beschikking te stellen indien de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen dat eist. Daarnaast moet er bij de verdachte tijdens het begaan van het feit sprake zijn van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens; en moet het door hem begane feit een misdrijf zijn waarop naar de wettelijke omschrijving een gevangenisstraf van vier jaar of meer is gesteld dan wel behoort tot een van de in het wetsartikel opgesomde misdrijven (art. 37a lid 1 Sr). [1] In geval van een combinatievonnis zal eerst de gevangenisstraf ten uitvoer worden gelegd voordat de tbs-maatregel aanvangt (art. 6.4 lid 2 Besluit forensische zorg jo. art. 1.4 en 1.5 Regeling tenuitvoerlegging strafrechtelijke beslissingen).[2]

Naar aanleiding van bovengenoemde podcast stuurde het Kamerlid Sneller Kamervragen in, waarin hij de minister voor Rechtsbescherming om inzicht in lange combinatievonnissen vroeg (*Kamervragen II* 2022-23, 2022Z17389). In de beantwoording van de Kamervragen geeft de toenmalige minister voor

[1] Verspreiding opruiend geschrift (art.132 Sr), bedreiging met ernstig misdrijf (art.285 lid 1 Sr), stalking (art.285b), insubordinatie op schip (art.395 Sr), roekeloosheid in het verkeer (art. 175, tweede lid, onderdeel b, of derde lid in verbinding met het eerste lid, onderdeel b, van de Wegenverkeerswet 1994) en het binnen of buiten het Nederlands grondgebied brengen, telen, bereiden, bewerken, verwerken, verkopen, af te leveren, verstrekken of vervoeren van verboden middelen (art 11, tweede lid, van de Opiumwet).

[2] Vrijheidsbenemende sancties gaan voor vrijheidsbeperkende maatregelen en bij de vrijheidsbenemende maatregelen is de tbs met verpleging het sluitstuk (art. 1.4 en 1.5 Regeling tenuitvoerlegging strafrechtelijke beslissingen). Naar uitspraak van de Hoge Raad kan daarop zowel de met tenuitvoerlegging belaste autoriteit als de rechter een uitzondering maken. Daarvoor kan aanleiding bestaan in geval spoedige aanvang van de behandeling noodzakelijk is (ECLI:NL:HR:2020:1050), zie verder hoofdstuk 2.

Rechtsbescherming cijfers over het aantal combinatievonnissen in 2017-2021 en laat zien dat er sprake lijkt te zijn van een toename van lange combinatievonnissen, waarbij de duur van zes jaar of meer wordt aangehouden als 'lang' (*Aanhangsel van de Handelingen II* 2022/23, nr. 551). Zo zijn er in 2017 13 lange combinatievonnissen en in 2021 komt dit 28 keer voor. De meeste van deze lange combinatievonnissen duren tussen de 6 en 12 jaar (65 van 81, 80% van alle combinatievonnissen in 2017 t/m 2021). Van een trend wil de minister echter niet spreken.

Tijdens een Commissiedebat in februari 2023 werd de problematiek rondom combinatievonnissen nader besproken en opperde Kamerlid Mutluer een herinvoering van de zogenaamde Fokkensregeling als oplossing voor dit probleem (*Kamerstukken II* 2022/23, 29 911, nr. 391). Onder deze Regeling konden tbs-gestelden met een combinatievonnis eerder dan gebruikelijk beginnen aan hun behandeling (zie box 1.1). Het aanhalen van de Fokkensregeling zorgde vervolgens voor een levendig debat tussen de Kamerleden. De minister zegde toe om met de sector in gesprek te gaan over een mogelijke oplossing, waarbij hij concludeerde dat het eerder beginnen met de behandeling waardevol zou kunnen zijn, mits de onafhankelijke positie van de rechter zou worden gerespecteerd. Na dit debat diende het Kamerlid Mutluer een motie in met het voorstel de Fokkensregeling opnieuw in te voeren: 'De Kamer, gehoord de beraadslaging, overwegende dat een zo snel mogelijke behandeling van de stoornis van een tbs-patiënt het meest effectief is; van mening dat ook de veiligheid van de maatschappij gebaat is bij een snelle behandeling van een tbs-patiënt; van mening dat het wenselijk is veroordeelden met een vrijheidsstraf en tbs met dwangverpleging in beginsel uiterlijk na een derde van de vrijheidsstraf in een forensisch psychiatrisch centrum geplaatst zouden moeten worden (de Fokkensregeling); verzoekt de regering om te onderzoeken hoe en binnen welke termijn de Fokkensregeling weer kan worden ingevoerd, en gaat over tot de orde van de dag' (*Kamerstukken II* 2022/23, 24 587, nr. 887).

Een week later is over de motie gestemd, maar kon de uitslag bij handopsteken tot twee keer toe niet worden vastgesteld. Kamerlid Mutluer heeft de motie daarop aangehouden, maar vanwege het verstrijken van de termijn is de motie komen te vervallen (*Handelingen II* 2022/23, nr. 63-8). Desondanks schrijft de toenmalige minister voor Rechtsbescherming in een voortgangsbrief aan de Tweede Kamer dat naar aanleiding van de aangenomen motie (hoewel er dus formeel geen aangenomen motie is) een brainstormsessie met betrokken partijen is georganiseerd.[3] In deze brainstormsessie werd geconcludeerd dat het vroegtijdig beëindigen van een door de rechter opgelegde gevangenisstraf rechtstatelijke vragen oproept, terwijl er een gebrek aan wetenschappelijk onderzoek is naar de negatieve gevolgen van een lange gevangenisstraf op de tbs-behandeling. Daardoor, zo stelt de minister, is een zorgvuldige afweging van de vraag of de Fokkensregeling opnieuw moet worden ingevoerd niet mogelijk. Om deze reden zegt de minister toe het WODC te verzoeken hier een onderzoek naar uit te voeren en op basis van die resultaten te bezien of een nieuwe afweging noodzakelijk is (*Kamerstukken II* 2023/24, 33 628, nr. 101).

Hoewel een herinvoering van (een aangepaste vorm van) de Fokkensregeling een oplossing zou kunnen zijn voor de problematiek rondom lange combinatievonnissen, bestaan hierover ook zorgen. Zo benoemt een aantal Kamerleden dat een herinvoering van de Fokkensregeling in strijd zou kunnen zijn met het vergeldingsdoel van de gevangenisstraf. Ergens kan daarin ook een omslagpunt zitten, zo stelt Kamerlid

[3] Hierbij waren aanwezig: vertegenwoordigers van de vereniging van slachtofferadvocaten (LANGZ), DJI, 3RO, de rechtspraak en het bestuursdepartement JenV.

Sneller: 'Volgens mij is de gezamenlijke zoektocht hoe je die vergelding er deels in kan hebben zonder dat het misschien contraproductief wordt, bijvoorbeeld als het achttien jaar wordt. Waar zit de balans voor deze Minister en wat kan hij daaraan doen?' (*Kamerstukken II* 2023/24, 33 628, nr. 101, p. 18). De minister stelt daarop dat er eerst onderzoek nodig is naar het effect van een (langdurige) gevangenisstraf op de behandeling van een tbs-gestelde voordat er een zorgvuldige afweging over het herinvoeren van de Fokkensregeling kan worden gemaakt (*Kamerstukken II* 2023/24, 33 628, nr. 101, p. 7).

Box 1.1 Fokkensregeling

De Fokkensregeling werd in 1997 in het leven geroepen en creëerde de mogelijkheid om een veroordeelde tot een combinatievonnis onder bepaalde omstandigheden al na een derde van de gevangenisstraf te laten starten aan de tbs-behandeling (Lindhout et al., 2011). Normaliter kon pas met de tbs-behandeling worden gestart na twee derde van de gevangenisstraf, vanwege de koppeling met het moment van voorwaardelijke invrijheidsstelling (v.i.; oud art. 6:2:10 Sv, voor 1 juli 2021). De motivatie achter de Fokkensregeling was de overtuiging dat een tbs-behandeling voor mensen met een ernstige psychische stoornis effectiever is als hier zo spoedig mogelijk mee wordt gestart. In 2009 werd een wetsvoorstel ingediend ter afschaffing van deze regeling, omdat het idee heerste dat de Fokkensregeling vanwege ontwikkelingen in de psychiatrische zorg in detentie en de maatschappelijke opvatting over vergelding als strafdoel, niet meer relevant was (Lindhout et al., 2011). De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) werd gevraagd over dit wetsvoorstel te adviseren. De RSJ adviseerde tegen afschaffing van de Fokkensregeling, omdat deze regeling bij zou dragen aan het belangrijkste doel van de tbs, namelijk het beveiligen van de maatschappij. Een snelle start van de behandeling was volgens hen een belangrijke voorwaarde voor het slagen daarvan. Het afschaffen van de Fokkensregeling zou ervoor zorgen dat de behandelduur zou toenemen, net als de kans op een plaatsing in de longstay (RSJ, 2010).

Ondanks het advies van de RSJ om de Fokkensregeling in stand te houden, werd deze in 2010 om drie redenen afgeschaft (*Staatsblad*, 2010). Ten eerste zou de Fokkensregeling moeilijkheden geven in de behandelpraktijk, omdat de mogelijkheden tot verlof starten na twee derde van de gecombineerde gevangenisstraf en de behandeling start na een derde deel daarvan. In de tussengelegen periode kan de tbs-gestelde niet op verlof, terwijl dat een essentieel onderdeel van de behandeling is. Ten tweede zou de Fokkensregeling door de komst van de penitentiaire psychiatrische centra (ppc's) en de daarmee toegenomen mogelijkheid tot behandeling in detentie overbodig zijn geworden. Mocht er psychische zorg nodig zijn voorafgaand aan de opname in de tbs-kliniek, dan zou deze daar kunnen worden gegeven, aldus de toenmalige staatssecretaris. Ten derde was het volgens de toenmalige staatssecretaris onwenselijk om de Fokkensregeling te laten voortduren, omdat dit zou schuren met het vergeldingsdoel van de gevangenisstraf. Ook zou een veroordeelde tot een lang combinatievonnis onevenredig voordeel hebben ten opzichte van een veroordeelde tot een kort combinatievonnis, omdat er met de toepassing van de Fokkensregeling bij de eerste groep meer tijd van de gevangenisstraf af zou gaan. Dit vond de staatssecretaris onwenselijk.

1.1.2 Rechterlijke overwegingen en gedragsdeskundige zorgen

Niet alleen Kamerleden, maar ook rechters worstelen met de oplegging van lange gevangenisstraffen in combinatie met tbs. In een uitspraak van de rechtbank Rotterdam worden de implicaties daarvan door de rechter expliciet geuit, overwogen en uiteindelijk meegenomen in de uiteindelijke strafbepaling (ECLI:NL:RBROT:2023:6164). Deze zaak draait om een driedubbele moord, twee pogingen tot moord, bedreiging en vuurwapenbezit en staat ook wel bekend als de 'aanslag zorgboerderij Alblasserdam'. De verdachte werd onder andere veroordeeld voor driedubbele moord en twee pogingen tot moord. De officier van justitie vorderde een gevangenisstraf van 30 jaar, een tbs met verpleging en een gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel (GVM; zie box 1.2). De rechters vragen zich in deze uitspraak letterlijk af: 'Zijn de tbs-doelen nog haalbaar bij een gevangenisstraf van 30 jaar?'. Ze komen tot de conclusie dat het niet te overzien is of de door de wetgever gestelde doelen van tbs; de samenleving beschermen tegen ernstig recidivegevaar en verpleging en behandeling met als doel een zo goed mogelijke terugkeer in de samenleving van tbs-gestelden, kunnen worden behaald (zie ook paragraaf 1.1.5). De rechters namen hierover het volgende op in het vonnis:

> 'Concluderend is het voor de rechtbank niet te overzien of na detentie van 28 jaar nog reëel invulling kan worden gegeven aan de op dit moment door de deskundigen voorgestelde tbs. Meer in het bijzonder aan de daarbij door de wetgever gestelde doelen gericht op veilige terugkeer in de samenleving inclusief de genoemde concrete resocialisatie in een verlofsetting. Dit staat - op zichzelf al - in de weg aan de oplegging van het door de officier van justitie voorgestelde combinatievonnis.
>
> Bij het opleggen van combinatievonnissen zou het de strafrechter ruimte kunnen bieden als in de tenuitvoerlegging van combinatievonnissen mogelijkheden zouden bestaan om de tbs gericht op veilige terugkeer in de samenleving inclusief de genoemde concrete resocialisatie in een verlofsetting eerder te laten aanvangen. Bij die mogelijkheden kan dan steeds met de op dat moment in het oog springende omstandigheden rekening worden gehouden: kans op herhaling van crimineel gedrag, delictgevaarlijkheid, gedrag en ontwikkeling van de veroordeelde tijdens zijn detentie en de impact op slachtoffers en nabestaanden. Een en ander biedt de rechter meer ruimte voor maatwerk. Blijven die mogelijkheden uit dan kan een gevolg zijn dat dit type combinatievonnissen door de strafrechter minder makkelijk uit zijn gereedschapskist wordt gepakt.' (ECLI:NL:RBROT:2023:6164)

Verder komen de rechters tot de conclusie dat er sprake is van licht verminderde toerekeningsvatbaarheid die volgens hen niet tot een substantiële verlaging van het verwijt dat de verdachte kan worden gemaakt leidt. De rechters in deze zaak kiezen er om bovenstaande redenen voor om de verdachte een levenslange gevangenisstraf op te leggen, i.p.v. een lang combinatievonnis van 30 jaar en tbs (en daar bovenop nog de GVM), zoals door het OM werd gevorderd. Het Gerechtshof Den Haag kwam tijdens het hoger beroep echter tot een andere conclusie dan de Rechtbank Rotterdam (ECLI:NL:GHDHA:2024:2374). Zij wegen de vastgestelde stoornissen en verminderde mate van toerekeningsvatbaarheid anders en stellen 'dat een levenslange gevangenisstraf niet passend is, nu de bewezenverklaarde feiten niet volledig, maar verminderde mate aan de verdachte kunnen worden toegerekend. Om die reden zal het een tijdelijke gevangenisstraf opleggen'. Ze kozen er uiteindelijk voor de verdachte een gevangenisstraf van 30 jaar, tbs met verpleging en een GVM op te leggen, zoals oorspronkelijk door de officier van justitie gevorderd.

Box 1.2 Gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel (GVM)

De gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel (GVM) is een relatief nieuwe toezichtmaatregel vanuit de Wet langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding en vrijheidsbeperking (inwerkingtreding 1 januari 2018; art. 38z Sr). Uniek aan deze maatregel is dat dit een tweetrapsraket betreft, waarbij oplegging van de maatregel niet per definitie betekent dat deze ook ten uitvoer wordt gelegd. De oplegging van de GVM geschiedt tijdens de veroordeling door de rechter indien die dit nodig acht ter bescherming van de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen. De tenuitvoerlegging van de GVM gebeurt pas op het moment dat dit in een aparte gerechtelijke procedure wordt besloten nadat de gecombineerde tbs-maatregel en/of gevangenisstraf bijna is afgerond (30 dagen voor de afloop daarvan). Het WODC heeft deze maatregel de eerste vijf jaar gemonitord, in deze periode is deze 307 keer opgelegd en is negen keer een bevel tot tenuitvoerlegging gegeven (Van den Broek et al., 2024).

De discussie omtrent lange combinatievonnissen speelt daarnaast ook onder gedragsdeskundigen, wat onder andere blijkt uit een recent gepubliceerd tweeluik waar gedragsdeskundigen en juristen met elkaar 'in gesprek' gaan over de vraag of er tussen de twee disciplines een kloof bestaat (Roza et al., 2025; Janssen & Van Mulbregt, 2025). De artikelen zijn geschreven als reflectie op een interdisciplinaire ontmoeting met als titel 'Begrijpen wij elkaar?', die op 6 september 2024 heeft plaatsgevonden. Die ontmoeting was georganiseerd door de rechtbank Rotterdam en het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en psychologie (NIFP), en had als doel om rechters, officieren van justitie, advocaten en gedragsdeskundigen samen te brengen en elkaar beter te laten begrijpen. Tijdens de ontmoeting zijn meerdere onderwerpen aan bod gekomen[4], waaronder het lange combinatievonnis. Janssen en Van Mulbregt gaan in hun bijdrage in op de vraag hoe de rechter met de sanctietoemeting moet omgaan in geval van een verschil in de mate van toerekenbaarheid en verwijtbaarheid en tevens hoe kan worden voorkomen dat een (hele) lange gevangenisstraf de doelstellingen van de tbs in de weg staan. Kort gezegd zou volgens hen een verrekening van de mate van toerekeningsvatbaarheid moeten plaatsvinden in de op te leggen strafduur. Zoals Janssen en Van Mulbregt het stellen 'Tbs moet geen hangslot worden om met een schijn van humaniteit mensen disproportioneel lang te straffen' (2025, p. 11). De bijeenkomst en de twee artikelen tonen aan dat lange combinatievonnissen een onderwerp is dat ook bij gedragsdeskundigen en juristen leeft, en dat er vanuit meerdere partijen behoefte is naar antwoorden.

1.1.3 Rechtstatelijk en maatschappelijk belang

In de zomer van 2024 benadrukt de rechtbank Gelderland het huidige capaciteitstekort in de tbs in hun uitspraak met als koptitel: 'Het eeuwige dilemma in tbs-land' (ECLI:NL:RBGEL:2024:4282). Zij zeggen hierover het volgende:

> 'Een dilemma waarop door de verdediging terecht is gewezen, is het volgende. Als de tbs met voorwaarden wordt omgezet in tbs met verpleging, zal betrokkene op de passantenwachtlijst komen. Dat betreft tbs-gestelden die in een huis van bewaring wachten op plaatsing in een tbs-kliniek. Blijkens een brief van DIZ van

[4] Voor de geïnteresseerde lezer is het aan te raden Roza et al. (2025) en Janssen & Van Mulbregt (2025) te lezen voor een uitgebreide inzage in de besproken thema's tijdens de interdisciplinaire ontmoeting.

> 19 juni 2024 zijn er op dit moment 186 passanten die wachten op plaatsing; de wachttijd voor de geprefereerde [locatie 7] of [locatie 8] bedraagt ruwweg één tot twee jaar. Dit is bepaald deprimerend te noemen, eens te meer nu het Europees Hof voor de Rechten van de Mens al vanaf 2004 de Nederlandse Staat meermalen heeft gewaarschuwd en veroordeeld vanwege deze wachttijden en de Hoge Raad heeft geoordeeld dat een wachttijd van vier maanden het maximum zou moeten zijn. Dit is ook de norm in de bestaande wet, neergelegd in artikel 6.3 Wet forensische zorg. Helaas lijkt de overheid het afgelopen decennium echter stelselmatig in gebreke te zijn gebleven om te voldoen aan deze zorgplicht door enerzijds aan te sturen op het bevorderen van tbs-opleggingen en anderzijds het niet in overeenstemming hiermee faciliteren van de daarvoor benodigde behandelplaatsen en ook en begeleidingsplaatsen voor de broodnodige doorstroming na de klinische behandeling, hoewel deskundigen al jarenlang waarschuwen dat het systeem dreigt vast te lopen.'

In maart 2025 heeft de rechtbank Midden-Nederland eveneens opgeroepen deze problematiek met de hoogste prioriteit op te lossen en zegt hierover het volgende: 'Voor de effectiviteit en geloofwaardigheid van een opgelegde tbs-maatregel is het belangrijk dat deze ook daadwerkelijk en zonder lange wachttijd kan worden geëffectueerd. De rechtbank vindt het dan ook zeer zorgelijk en onwenselijk dat de wachttijden nu zo lang zijn dat een tbs-gestelde na afloop van de eerste twee jaar van de tbs nog steeds als passant op een plek wacht.' Ook stipt de rechtbank aan dat in relatie tot de lange wachttijden de vraag kan opkomen 'of de detentie van een tbs-gestelde leidt tot schending van het grondrecht dat niemand zijn vrijheid mag worden ontnomen als dat niet bij of krachtens de wet is bepaald. Dit grondrecht is verankerd in artikel 15 van de Grondwet en in artikel 5 van het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden' (ECLI:NL:RBMNE:2025:1154).

De passantenproblematiek doet af aan de rechtstaat zoals deze door de Venetië Commissie gedefinieerd wordt in de '*Rule of Law'* checklist (Venice Commission, 2025) en raakt aan ten minste twee van de elementen die in deze checklist centraal staan, namelijk het legaliteitsbeginsel en de rechtszekerheid. Justitiabelen die door de rechter een tbs-maatregel opgelegd hebben gekregen langer dan vier maanden (in het geval van een combinatievonnis 4 maanden langer dan de datum waarop de tbs-behandeling wettelijk hoort aan te vangen) te laten wachten in detentie voordat ze in een tbs-kliniek worden geplaatst, is een schending van artikel 6.3 Wet forensische zorg (Wfz) en daarmee in strijd met een aspect van het legaliteitsbeginsel dat stelt dat overheden zich moeten houden aan hun eigen opgestelde wetten en regels. Ook de rechtszekerheid komt in het geding omdat tbs-gestelden niet weten wat ze kunnen verwachten. Door de rechter is ze verteld dat ze op een bepaald moment worden geplaatst in een tbs-kliniek en een tbs-behandeling ondergaan, in plaats daarvan zitten ze voor een onbepaalde tijd in het gevangeniswezen.

Er bestaan voor het huidige onderzoek daarnaast maatschappelijke belangen. De tbs-maatregel heeft als primaire doel de maatschappij te beschermen tegen gewelddadig gedrag van daders met onderliggende psychische problemen. De Fokkensregeling droeg volgens de RSJ bij aan dit doel doordat de behandeling van tbs-patiënten effectiever zou zijn als die behandeling snel begint. Vooral wanneer er sprake is van een ernstige psychische stoornis. Ze schreven in hun advies dat lange combinatievonnissen vooral worden opgelegd bij zeer ernstige delicten, waarbij juist het verminderen van het recidiverisico belangrijk is om de maatschappij te kunnen beschermen (RSJ, 2010). Het huidige onderzoek kan inzicht bieden in de vraag hoe

tbs-gestelden in deze gevallen effectief en efficiënt te behandelen zijn en op verschillende manieren een positieve rechtstatelijke- en maatschappelijke impact hebben. Zo leidt een kortere behandelduur tot lagere kosten, snellere doorstroom in een overvolle sector, waar een flink capaciteitstekort heerst en een betere behandeling voor de tbs-gestelden. Hiermee kan enerzijds het recidiverisico mogelijk worden verkleind, wat de beveiliging van de maatschappij ten goede komt. Anderzijds versterkt het goed functioneren van het systeem onze rechtstaat. Het resultaat van het onderzoek dient verder als basis voor een besluit of aanpassing van wetgeving of beleid rondom combinatievonnissen wenselijk en/of passend is (*Kamerstukken II* 2023/24, 24 587, nr. 952 en *Kamerstukken II* 2023/24, 33 628 nr. 101).

1.1.4 Lange combinatievonnissen en mogelijke detentieschade

In de spraakmakende zaken over de problematiek van lange combinatievonnissen wordt doorgaans gesproken over gevangenisstraffen van 25, 28 of zelfs 30 jaar in combinatie met een tbs-maatregel. In deze zaken staan de rechters voor de uitdaging om de straftoemeting passend te maken bij verschillende kenmerken van de zaak (zie box 1.3). Uit een analyse van uitspraken van lange combinatievonnissen in de periode van 2010 tot en met 2025 blijkt dat deze meestal zijn opgelegd wanneer er sprake is van ernstige delicten zoals moord en/of doodslag. Verder is er vaak sprake van een hoog recidive risico en worden de veroordeelden veelal als volledig of (licht) verminderd toerekeningsvatbaar verklaard (Donninger et al., 2026).

Box 1.3 Voorbeelden van lange combinatievonnissen

Alex L. (ECLI:NL:GHARL:2017:9826)
Het Gerechtshof van Arnhem-Leeuwarden veroordeelde Alex L. in 2017 voor (onder andere) de doodslag op zijn partner en de verkrachting van en moord op haar dochter tot een gevangenisstraf van 30 jaar en tbs. Het hof acht hem voor een deel van de feiten verminderd toerekeningsvatbaar en komt tot het vonnis omdat 'het leed dat verdachte de slachtoffers en nabestaanden heeft aangedaan moet worden vergolden' en om de geschokte rechtsorde te herstellen. De tbs-maatregel 'moet verdachte duidelijk maken dat behandeling noodzakelijk is alvorens de mogelijkheid bestaat dat hij (op enig moment) in de samenleving kan terugkeren en de samenleving de waarborg geven dat een zodanige terugkeer niet zal plaatsvinden zolang bij verdachte sprake is van de (ernstige) persoonlijkheidsstoornis die mede aanleiding is geweest voor zijn handelen', aldus het hof. Ook motiveerde het hof de reden waarom zij expliciet geen advies over het eerder starten met de tbs-maatregel geeft (dat mogelijk is op grond van art. 37b lid 2 Sr). De reden daarvoor was dat de opgelegde gevangenisstraf mede gebaseerd was op feiten waarvoor de verdachte wel volledig toerekeningsvatbaar was verklaard en deze feiten moeten worden vergolden, aldus het hof. Daarmee was een advies op basis van artikel 37b lid 2 Sr 'geheel niet passend'.

Michael P. (ECLI:NL:GHARL:2019:5542)
In 2019 werd Michael P veroordeeld voor (onder andere) de verkrachting en moord op een jonge vrouw tot een gevangenisstraf van 28 jaar en tbs. De rechter acht hem uiteindelijk licht verminderd toerekeningsvatbaar. Tijdens het onderzoek in het PBC diagnosticeerden de deskundigen bij Michael P. een antisociale- en borderline persoonlijkheidsstoornis, en ze beschrijven twee scenario's van mogelijke (licht) verminderde toerekeningsvatbaarheid. De mate van toerekeningsvatbaarheid hangt daarbij samen van de manier waarop de feiten tot stand zijn gekomen, en dat was aan de rechtbank, aldus de gedragsdeskundigen. De Hoge Raad vermindert de door het hof opgelegde gevangenisstraf met vier maanden vanwege ernstige verzuimen waarbij onder andere tijdens de arrestatie lichamelijk letsel aan de veroordeelde is toegebracht. Een lang combinatievonnis werd als enige optie gezien om tot adequate vergelding en rechtsherstel te komen. Daarnaast heeft het hof zwaar laten meewegen dat de veroordeelde al een langdurige straf uitzat voor ernstige zedendelicten toen hij de nieuwe delicten pleegde. De tbs-maatregel werd noodzakelijk geacht voor een effectieve bescherming van de maatschappij.

Donny M. (ECLI:NL:RBLIM:2024:8607)
De Rechtbank Limburg veroordeelde Donny M. op 27 november 2024 voor (onder andere) de verkrachting en moord op een 9-jarige jongen tot een gevangenisstraf van 25 jaar, tbs met verpleging en een GVM. De rechter acht Donny M. voor een deel van de gepleegde feiten verminderd toerekeningsvatbaar. De rechtbank komt 'rekening houdend met de ernst van de feiten, de recidive van verdachte, diens verminderde en enigszins verminderde toerekeningsvatbaarheid en de noodzaak tot opleggen van tbs met dwangverpleging' tot dit lange combinatievonnis. In deze straftoemeting staan de vergelding en generale preventie volgens de rechtbank voorop. Zowel het OM als ook de verdachte hebben afgezien van hoger beroep, waarmee deze zaak definitief is afgedaan.

Detentieschade
Zoals gezegd is een belangrijke vraag in de discussie rondom lange combinatievonnissen of een lange gevangenisstraf kan zorgen voor extra schade of een verergering van problematiek die een tbs-behandeling moeilijker maken. Detentieschade omvat de negatieve gevolgen die een gedetineerde (in dit geval tbs-gestelde) ervaart door tijd in detentie, zoals psychische en fysieke problemen, het verliezen van sociale contacten en het verliezen van werk (zie bijvoorbeeld Beyens et al., 2014). Hier zijn verschillende verklaringen voor te geven, bijvoorbeeld vanuit het importmodel (Irwin & Cressey, 1962), het deprivatiemodel (Clemmer, 1958 en Sykes, 1958), en het later gesuggereerde integratiemodel (Paterline & Petersen, 1999; Thomas, 1977). Het importmodel verklaart de hoge prevalentie van problematiek binnen de detentiepopulatie aan de hand van al aanwezige problematiek, die de gedetineerde meeneemt het gevangeniswezen in ('importeert'). Het deprivatiemodel stelt juist dat de hoge prevalentie van problematiek ontstaat door (slechte omstandigheden van) het leven in de gevangenis zelf. Het integratiemodel combineert beide visies.

Onderzoek naar detentieschade voorafgaand aan de tbs-behandeling is er echter niet of nauwelijks.[5] De enkele onderzoeken die zijn gevonden, zijn (inmiddels) al wat ouder en niet altijd representatief voor de populatie tbs-gestelden van nu. Ook in andere publicaties wordt niet altijd onderbouwd op basis van welke gegevens de conclusie wordt getrokken dat de detentieschade doorwerkt in de tbs-behandeling. Zo stelde de RSJ (2010) in haar advies tegen de afschaffing van de Fokkensregeling dat de tbs-behandeling effectiever is als deze sneller start, maar onderbouwt dit niet met onderzoeksresultaten. Ook de toenmalige Staatssecretaris van Justitie stelde dat de kans op succes afhangt van de snelle start, maar gaf daarvoor geen nadere onderbouwing: 'Gelet op de hiervoor aangegeven problemen bij het onverkort overnemen van de voorstellen van de Commissie Fokkens, sta ik een andere mogelijkheid voor. Daarbij wil ik er geen misverstand over laten bestaan dat ik het uitgangspunt van de Commissie onderschrijf, namelijk dat het opleggen van een maatregel als regel de wenselijkheid van behandeling impliceert en dat het ten behoeve van de kans op succes daarvan in beginsel gewenst is daarmee zo spoedig mogelijk een begin te maken' (*Kamerstukken II*, 1993-1994, 22 329 nr. 5). Tot slot, hoewel de Commissie-Eenhoorn eveneens constateert dat een lange detentie volgens gedragsdeskundigen een averechts effect heeft op de behandelresponsiviteit van de tbs-gestelde, wordt niet duidelijk hoeveel gedragsdeskundigen dit vinden of op basis van welke gegevens zij dit concluderen (Commissie-Eenhoorn, 2014).[6] Kortom, in het forensische zorgveld is benoemd dat een snelle aanvang van de tbs-behandeling bijdraagt aan de efficiëntie van de behandeling, terwijl daarvoor weinig tot geen empirisch bewijs is.

[5] In 2008 is door het WODC al eerder onderzoek naar een gelijksoortig vraagstuk gedaan. In dit onderzoek werd gekeken naar data uit twee kalenderjaren en hebben de auteurs literatuur over onder andere effecten van detentie verkend. De onderzoekers concluderen dat er geen eenduidige conclusies over de effecten van detentie op de psychische gesteldheid van gedetineerden kunnen worden getrokken maar dat er aanwijzingen zijn dat gevangenisstraf zowel negatieve als positieve effecten kan hebben (Van Wijk et al., 2008).

[6] De Commissie-Eenhoorn boog zich over de vraag hoe de gemiddelde behandelduur in de tbs kon worden teruggedrongen. Zij kwamen met totaal 11 aanbevelingen, waarbij ook werd gesteld dat het voorkomen van detentieschade door onder meer terughoudend te zijn met het opleggen van lange combinatievonnissen een manier zou kunnen zijn om dit te bereiken (Commissie-Eenhoorn, 2014).

1.1.5 *Sanctiedoelen van lange combinatievonnissen*

Verschillende sancties hebben verschillende doeleinden, de belangrijkste zijn vergelding, generale en speciale preventie. Vergelding staat in het teken van leedtoevoeging voor hetgeen de veroordeelde de slachtoffers en nabestaanden heeft aangedaan. Daarnaast kan de straf zorgen voor genoegdoening in de ogen van slachtoffers en nabestaanden. Generale preventie kan worden bereikt doordat het straffen van crimineel gedrag van een individu een boodschap geeft aan de samenleving dat bepaald gedrag niet zal worden geaccepteerd. Speciale preventie ziet op het voorkomen van het plegen van nieuwe delicten door de veroordeelde (recidive). De veronderstelling is dat dit door meerdere aspecten kan worden bereikt (Boschman et al., 2023). Zo is er sprake van speciale afschrikking; de veroordeelde wordt door het negatieve gevolg van zijn gedrag afgeschrikt om in de toekomst hetzelfde gedrag te vertonen. Maar het doel van speciale preventie kan ook worden bereikt door resocialisatie. Door binnen een sanctie nieuwe vaardigheden te leren, kan de veroordeelde na uitvoering van de sanctie beter integreren in de maatschappij (Boschman et al., 2023; de Hullu & van Kempen, 2024).[7] Een tbs-maatregel dient andere doelen dan een gevangenisstraf en deze doeleinden zijn niet per definitie met elkaar in overeenstemming. Zeker in het geval van lange combinatievonnissen, waarbij zowel een langdurige gevangenisstraf als een tbs-maatregel wordt opgelegd, kan de vraag worden gesteld of de verschillende sanctiedoelen wel verenigbaar zijn.

Het hoofddoel van de tbs-maatregel is de beveiliging van de maatschappij. Dit wordt onder meer duidelijk uit het eerste vereiste voor oplegging en verlenging van de maatregel in artikel 37a Sr: 'Indien de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen dat eist …'. De tbs-maatregel kent lage recidivecijfers, zeker als het ernstigere vormen van recidive betreft en tevens op de langere termijn. Zo toont recent onderzoek aan dat de algemene recidive (alle nieuwe strafbare feiten) na twee jaar 16% is en de zeer ernstige recidive (strafdreiging van acht jaar of meer) eveneens laag is: gemiddeld 2,5% van de ex-tbs-gestelden die uitgestroomd zijn tussen 1998 en 2017 (Nagtegaal & Varkevisser, 2025). Dit betreft een groep tbs-gestelden die eerst met voorwaardelijke beëindiging is geweest (VB) waarbij is gekeken naar alle geregistreerde recidives tot 1 januari 2023. Tien jaar na de VB is het percentage zeer ernstige recidive nog steeds laag met gemiddeld 9,5% (Nagtegaal & Varkevisser, 2025). De tbs-maatregel sluit met name aan bij het resocialisatie-aspect van de speciale preventie. Door het behandelen van risicofactoren wordt het risico van recidive verminderd en wordt daarnaast gewerkt aan veilige re-integratie in de maatschappij (DJI, geraadpleegd 14 juni 2025).

Het meest prominente sanctiedoel van gevangenisstraf daarentegen, is de vergelding. Ook heeft de gevangenisstraf een unieke vorm van speciale preventie, namelijk het 'insluitingseffect'; zolang de veroordeelde in de gevangenis zit, is deze niet in staat nieuwe delicten te plegen. Bekend is dat gevangenisstraffen niet erg effectief zijn voor wat betreft het terugdringen van recidive; de algemene recidive (alle nieuwe strafzaken) twee jaar na uitstroom is 47% (Nederlandse ex-gedetineerden uit cohort 2019, n=21.344; Berghuis et al., 2024). De zeer ernstige recidive twee jaar na uitstroom is lager, 6% van de volwassen daders recidiveert binnen twee jaar (Weijters et al., 2019; meer recente cijfers over zeer ernstige recidive zijn niet er niet).[8] Ook

[7] Voor een uitgebreide uiteenzetting van de beschreven strafdoelen zie het rapport 'Korte vrijheidsstraffen' van het WODC (Boschman et al., 2023).

[8] Zeer ernstige recidive is gedefinieerd als alle nieuwe strafzaken naar aanleiding van het plegen van enig misdrijf met een wettelijke strafdreiging van minstens acht jaar (Blom et al., 2025).

wereldwijd is in verschillende onderzoeken geconcludeerd dat gevangenisstraf niet werkt voor het terugdringen van recidive (zie bijvoorbeeld Villettaz et al., 2015 en in een meta-analyse van Petrich et al., 2021). Zij concludeerden dat er geen enkel effect is van gevangenisstraf op het verbeteren van de maatschappelijke veiligheid: '*The null effect of custodial compared with noncustodial sanctions is considered a 'criminological fact'. Incarceration cannot be justified on the grounds it affords public safety by decreasing recidivism. Prisons are unlikely to reduce reoffending unless they can be transformed into people-changing institutions on the basis of available evidence on what works organizationally to reform offenders*' (Petrich et al., 2021, p. 1).

Wanneer gekeken wordt naar de bovenstaande recidivecijfers lijkt een lange gevangenisstraf minder goed aan te sluiten bij het resocialisatie-aspect van het doel van de speciale preventie dan de tbs-maatregel. En dat terwijl artikel 2 lid 2 van de Penitentiaire beginselenwet bepaalt dat: 'met handhaving van het karakter van de vrijheidsstraf of de vrijheidsbenemende maatregel wordt de tenuitvoerlegging hiervan zoveel mogelijk en afhankelijk van het gedrag van de betrokkene dienstbaar gemaakt aan de voorbereiding van de terugkeer in de maatschappij'. Resocialisatie is dus een wettelijk vastgelegd onderdeel van een gevangenisstraf. Dit resocialisatiebeginsel wordt ook binnen de Europese recht- en regelgeving erkend (art. 6, European Prison Rules). Hoewel de European Prison Rules (EPR) niet bindend zijn, worden ze wel gebruikt door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) bij de interpretatie van rechtsnormen die wel bindend zijn (Ligthart et al., 2019). In meerdere uitspraken benadrukt het EHRM het doel van resocialisatie tijdens de gevangenisstraf, en al helemaal wanneer er sprake is van een lange gevangenisstraf (Dickson v. UK app no. 44362/04 [ECHR 4 December 2007]; Vinter and others v. UK [ECHR, 9 Juli 2013]; Murray v. The Netherlands [ECHR, 26 April 2016]). In artikel 10 lid 3 van Internationaal Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten (IVBPR) staat eveneens dat de behandeling van gedetineerden in eerste plaats gericht moet zijn op verbetering en sociale rehabilitatie. Ligthart en collega's (2019) stellen dat deze wetgeving blijk geeft van een positieve verplichting voor de Nederlandse overheid om resocialisatie te faciliteren. Een positieve verplichting is een juridisch vastgelegde plicht die een actief optreden van de overheid verwacht (Van Kempen, 2008).

In geval van een lang combinatievonnis komen het vergeldingsaspect van de lange gevangenisstraf en het resocialisatie-aspect van de tbs-maatregel bij elkaar, terwijl deze met elkaar conflicteren. In de motivering van de rechter speelt een afweging tussen deze twee sanctiedoelen dan ook regelmatig een rol in de keuze om wel of niet een lang combinatievonnis op te leggen (Donninger et al., 2026).

Levenslange gevangenisstraf

Bij de oplegging van gevangenisstraffen bestaat tevens de mogelijkheid tot oplegging van een levenslange gevangenisstraf. In sommige zaken wordt door de rechter een expliciete afweging gemaakt om ofwel een lang combinatievonnis, ofwel een levenslange gevangenisstraf op te leggen (Donninger et al., 2026). Kenmerkende sanctiedoelen van dit type gevangenisstraf zijn de vergelding, de vereffening van de schade die de verdachte door de (levens)delicten aan de rechtsorde heeft toegebracht en de afschrikking van anderen die in een vergelijkbare situatie als die waarin de

verdachte zich heeft bevonden verkeren (ECLI:HR:2006:AU5496).[9] De speciale preventie van soortgelijke delicten door de verdachte in de toekomst staat bij die straf minder op de voorgrond. Ook beoogt de rechter te voorkomen dat de veroordeelde nog in de samenleving terugkeert, waarmee behandeling gericht op die terugkeer, zoals een tbs-maatregel dat juist wel is, niet aan de orde is (ECLI:HR:2006:AU5496). Deze sanctiedoelen komen duidelijk terug in onderstaande uitspraak:

> 'Dit in aanmerking genomen heeft de rechtbank kijkend naar de doelen van strafoplegging, te weten vergelding en speciale en generale preventie gelet op de bijzondere ernst van de in de onderhavige zaak aan de orde zijnde delicten, vergelding als strafdoel in deze zaak centraal gesteld. Het plegen van moord vraagt in de eerste plaats om vergelding. Door oplegging van een langdurige vrijheidsstraf wordt uiting gegeven aan de maatschappelijke verontwaardiging die volgt op het opzettelijk en met voorbedachten rade doden van een persoon en wordt het leed erkend dat door de nabestaanden wordt gevoeld. Bij vergelding dient niet alleen gekeken te worden naar de gevolgen voor het slachtoffer en de nabestaanden en de maatschappelijke verontwaardiging die het feit oproept, maar ook naar de persoon van de verdachte en het verwijt dat hem kan worden gemaakt in relatie tot het leed van de nabestaanden. Anders gezegd: in hoeverre heeft de houding van verdachte ná het plegen van de delicten nog verder in negatieve zin bijgedragen aan het leed en het verdriet van de nabestaanden.' (ECLI:NL:RBOVE:2020:3666)

Sinds de uitspraak van het EHRM dat Nederland reëel perspectief op vrijlating moest bieden aan levenslang gestraften (Vinter and others v. UK [ECHR, 9 Juli 2013]; Murray v. The Netherlands [ECHR, 26 April 2016]) en de daaropvolgende instelling van de Adviescommissie levenslang (ACL), is een wijziging gaande in de manier waarop naar deze sanctie wordt gekeken en worden lange combinatievonnissen met enige regelmaat afgewogen tegen een levenslange gevangenisstraf.[10] Soms wordt in deze zaken in eerste aanleg besloten tot een lang combinatievonnis, waarna in hoger beroep alsnog wordt besloten tot levenslang (bijv. Admilson R., ECLI:NL:RBNNE:2015:5389 en ECLI:NL:GHARL:2018:2456). In andere zaken wordt door de rechtbank juist eerst tot levenslang besloten waarna het hof alsnog een lang combinatievonnis oplegt (bijv. John S., ECLI:NL:RBROT:2023:6164 en ECLI:NL:GHDHA:2024:2374).

De zaak Admilson R. kwam in 2015 voor het eerst voor de rechter (ECLI:NL:RBNNE:2015:5389). Deze verdachte kreeg in eerste aanleg voor het medeplegen van een dubbele moord en eenvoudige doodslag een gevangenisstraf van 30 jaar en tbs met verpleging opgelegd. De rechtbank haalt in zijn motivering aan 'dat de praktijk van de levenslange gevangenisstraf in Nederland op gespannen voet staat met de eisen die uit het EVRM voortvloeien, omdat de facto nauwelijks perspectief

[9] En zie ook de rechtbank Overijssel die de sanctiedoelen afweegt inzake viervoudige moord: 'Dit in aanmerking genomen heeft de rechtbank kijkend naar de doelen van strafoplegging, te weten vergelding en speciale en generale preventie gelet op de bijzondere ernst van de in de onderhavige zaak aan de orde zijnde delicten, vergelding als strafdoel in deze zaak centraal gesteld. Het plegen van moord vraagt in de eerste plaats om vergelding. Door oplegging van een langdurige vrijheidsstraf wordt uiting gegeven aan de maatschappelijke verontwaardiging die volgt op het opzettelijk en met voorbedachten rade doden van een persoon en wordt het leed erkend dat door de nabestaanden wordt gevoeld. Bij vergelding dient niet alleen gekeken te worden naar de gevolgen voor het slachtoffer en de nabestaanden en de maatschappelijke verontwaardiging die het feit oproept, maar ook naar de persoon van de verdachte en het verwijt dat hem kan worden gemaakt in relatie tot het leed van de nabestaanden. Anders gezegd: in hoeverre heeft de houding van verdachte ná het plegen van de delicten nog verder in negatieve zin bijgedragen aan het leed en het verdriet van de nabestaanden' (ECLI:NL:RBOVE:2020:3666).

[10] Of, zoals in het verleden ook af en toe gebeurde, met elkaar gecombineerd. Zo is in de zaak Lucia de B. een levenslange gevangenisstraf en een tbs-maatregel opgelegd (zie ook Schuyt, 2006).

bestaat op verkorting van de opgelegde levenslange gevangenisstraf', waardoor de rechtbank niet koos voor een levenslange gevangenisstraf, maar voor een lang combinatievonnis. Dit was, aldus de rechtbank, meer in lijn met de eisen vanuit het EHRM. Het hoger beroep van deze zaak vond plaats in 2018, na de instelling van de ACL, en het Gerechtshof kwam tot een andere conclusie dan de rechtbank (ECLI:NL:GHARL:2018:2456). Sinds de instelling van de ACL betekent de levenslange gevangenisstraf namelijk niet altijd meer opsluiting voor de rest van het leven, terwijl dit daarvoor (op een zeldzaam geval van gratie na) wel zo was. De ACL verricht na 25 jaar een toets, die eerst ziet op de vraag voor welke re-integratieactiviteiten een levenslanggestrafte in aanmerking komt en uiteindelijk of een levenslanggestrafte gratie kan worden verleend (artikel 4 lid 1-3 Besluit Adviescollege levenslanggestraften [*Staatscourant*, 2016]). Daarmee is er meer perspectief gekomen op eerdere vrijlating.[11] Het hof Arnhem-Leeuwarden ziet daarmee geen bezwaren meer om een levenslange gevangenisstraf op te leggen en beargumenteert dat als volgt:

> 'Gelet op het arrest van de Hoge Raad van 19 december 2017 voorziet het Nederlandse recht nu in een zodanig stelsel van herbeoordeling op grond waarvan in de zich daarvoor lenende gevallen kan worden overgegaan tot verkorting van de levenslange gevangenisstraf, zodat oplegging van een levenslange gevangenisstraf op zichzelf niet in strijd is met artikel 3 EVRM.'

Daarbij kwam het hof tevens tot een andere beoordeling van de noodzaak tot tbs, waardoor de sanctie wijzigde van een lang combinatievonnis naar een levenslange gevangenisstraf:

> '… dat er sprake is van psychische problematiek bij verdachte en dat deze problematiek een rol heeft gespeeld bij de keuzes die verdachte heeft gemaakt. De ernst en omvang van die problematiek waren echter niet zodanig dat het hof verdachte de feiten verminderd toerekent. Hierbij heeft het hof ook gelet op de wijze waarop die feiten zijn gepleegd, onder meer verdachtes zeer planmatige aanpak. Het hof rekent verdachte de feiten volledig toe.'
> (ECLI:NL:GHARL:2018:2456)[12]

In haar uitspraak van 21 april 2026, bijna tien jaar na Murray v. The Netherlands, heeft het EHRM bovendien vastgesteld dat de nieuwe regeling omtrent de levenslange gevangenisstraf niet langer in strijd is met artikel 3 EVRM (F.B. and Others v. The Netherlands [ECHR, 21 April 2026], Admilson R. is één van de beklaagden in deze zaak).

Een voorbeeld van een zaak waarin het hof expliciet *niet* koos voor een levenslange gevangenisstraf, is de zaak van Alex L. die eerder in dit hoofdstuk beschreven is (box 1.2). In die zaak is de komst van de ACL juist reden om expliciet *niet* te kiezen voor een levenslange gevangenisstraf, omdat er dan na 25 jaar een mogelijkheid zou komen tot re-integratie. Beide beschreven zaken illustreren dat de ACL en de daarbij horende procedures in de rechtspraak niet tot eenduidige opvattingen leiden. Het ACL (2025) vraagt zich dit in haar tweejaarbericht ook af. Zij ziet in verschillende recente uitspraken terugkomen dat er mogelijk een misverstand is ontstaan over de manier waarop een levenslange gevangenisstraf kan eindigen. In die uitspraken geven zowel het OM als ook sommige rechters aan dat zij te allen tijde de mogelijkheid willen

[11] Hoewel ook is beargumenteerd dat de levenslanggestrafte slechter af is, zo moet er nu ten minste 25 jaar worden gewacht op enig perspectief op vrijlating (van Hattum, 2018).
[12] Admilson R. werd in hoger beroep veroordeeld voor drievoudige moord.

voorkomen dat een veroordeelde onbehandeld en gevaarlijk terugkeert in de maatschappij en om die reden kiezen voor het vorderen dan wel opleggen van een lang combinatievonnis in plaats van een levenslange gevangenisstraf (zie bijvoorbeeld: 28 jaar cel en tbs met dwangverpleging geëist in de zaak Gino (| Nieuwsbericht | Openbaar Ministerie; geraadpleegd 29 oktober 2025). Dit gaat echter uit van een verkeerde voorstelling van de werking van het ACL, aldus het ACL (2025). Bij de advisering over mogelijke re-integratieactiviteiten van een levenslanggestrafte wordt namelijk het gevaar dat van iemand uitgaat, het recidiverisico en de delictgevaarlijkheid, door het Pieter Baan Centrum (PBC) uitgebreid onderzocht en tevens wordt bekeken of er stoornissen en behandelmogelijkheden daarvoor bestaan. Het is dus een misverstand te veronderstellen dat een levenslanggestrafte van wie gevaar uitgaat voor de samenleving onbehandeld vrijkomt (ACL, 2025).

In de zaak Fouad L. motiveert de rechtbank wél op de juiste manier hoe een levenslange gevangenisstraf en een behandeling elkaar niet in de weg staan, aldus het ACL (2025):

> 'Voor zover in het kader van de aan de verdachte op te leggen levenslange gevangenisstraf op termijn mogelijkheden worden gezien voor een stapsgewijze resocialisatie, kunnen de bevindingen bij het huidige en bij het toekomstige PBC-onderzoek (alsnog) aanleiding zijn voor (verdere) behandeling, al dan niet met overplaatsing naar een tbs-kliniek (artikel 6.2.8 Sv). De ambtshalve gratieprocedure bij levenslanggestraften kent aldus belangrijke waarborgen om te voorkomen dat een veroordeelde zonder noodzakelijke behandeling en zonder bewerking van relevante risicofactoren kan terugkeren in de samenleving. In zoverre zal ook bij de levenslange gevangenisstraf, net als bij de tbs-maatregel, het vizier voor de verdachte op enig moment weer gericht worden op het onderzoeken van mogelijkheden tot een terugkeer in de maatschappij, zoals ook door het Europese Hof voor de Rechten van de Mens wordt verlangd. De rechtbank ziet echter in het kader van dit vonnis thans geen aanleiding en geen aanknopingspunten om vooruit te lopen op de mogelijkheid van een dergelijk traject.' (ECLI:NL:RBROT:2025:2145)

In een uitspraak van de Hoge Raad op 10 februari 2026 wordt bovendien geoordeeld dat het opleggen van een levenslange gevangenisstraf bij verdachten die geestelijke gezondheidzorg nodig hebben verenigbaar is met artikel 3 EVRM (ECLI:NL:HR:2026:177).[13]

1.1.6 Ontwikkelingen in andere wetgeving

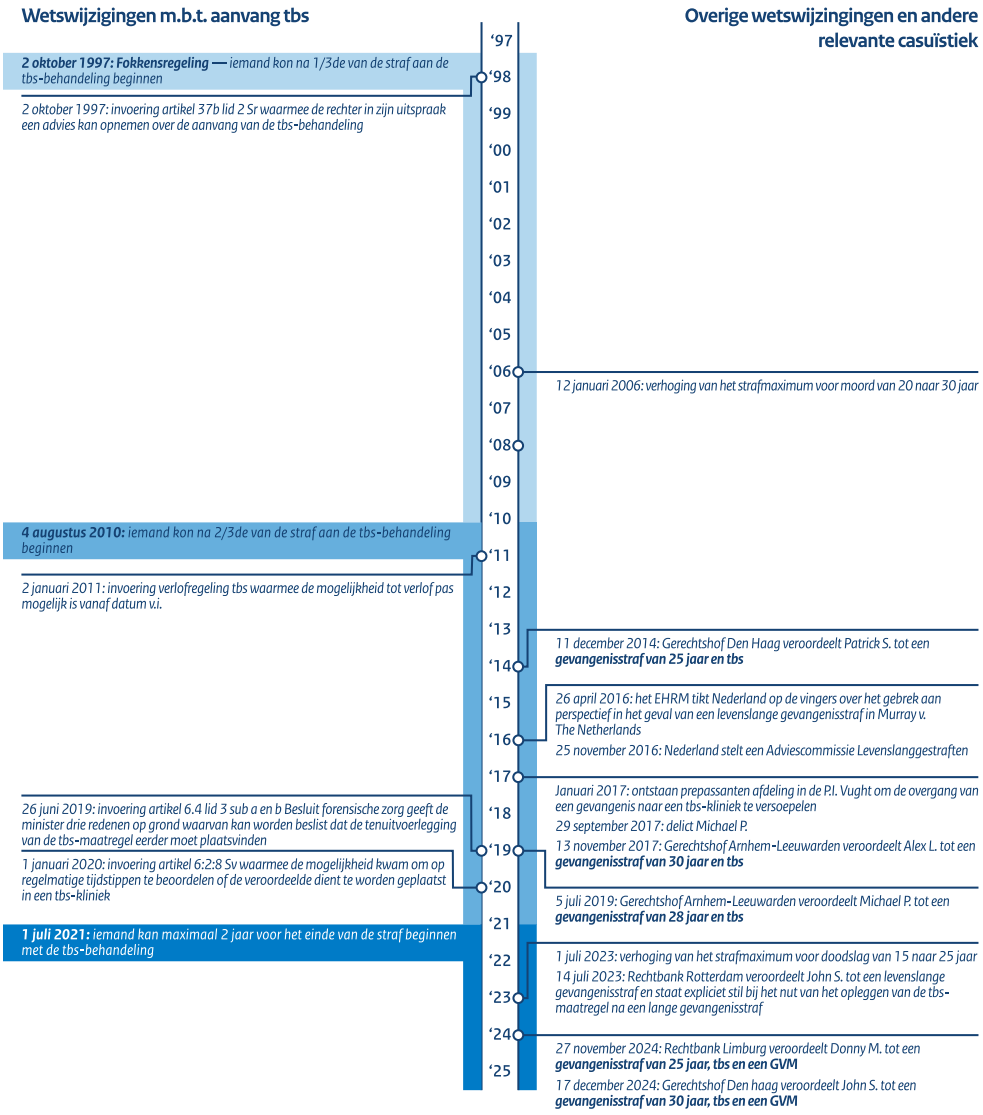
De afgelopen jaren zijn er naast het afschaffen van de Fokkensregeling verschillende ontwikkelingen in andere wetgeving geweest die invloed kunnen hebben op lange combinatievonnissen en de tenuitvoerlegging hiervan (zie de tijdlijn in figuur 1.1). Zo is in 2006 de maximale gevangenisstraf die kan worden opgelegd voor moord verhoogd van 20 jaar naar 30 jaar (*Staatsblad*, 2006), en is in 2023 de maximale gevangenisstraf voor doodslag verhoogd van 15 jaar naar 25 jaar (*Staatsblad*, 2023). Doordat voor deze delicten een langere gevangenisstraf en uiteraard ook een tbs-maatregel kan worden opgelegd, kan een combinatievonnis ook van langere duur zijn. Daarbij komt de recente wetswijziging van de termijn van voorwaardelijke invrijheidstelling (v.i.) vanuit de Wet straffen en beschermen (Wsenb), die impact

[13] Voor een nadere analyse van motiveringen van rechters in lange combinatievonnissen en de afweging met een levenslange gevangenisstraf, zie ook Donninger et al. (2026).

heeft op het ten uitvoer te leggen deel van die lange(re) gevangenisstraffen (*Staatsblad,* 2020). Voorheen was het zo dat iemand met een onvoorwaardelijke gevangenisstraf van één jaar of langer na twee derde van de straf in aanmerking kwam voor v.i..[14] Na de inwerkingtreding van de Wsenb per 1 juli 2021 is de v.i. gelimiteerd tot een maximum van twee jaar, waarbij deze voor gevangenisstraffen van langer dan zes jaar korter duurt dan voorheen. Personen met een combinatievonnis van een gevangenisstraf en een tbs-maatregel starten pas met de tbs-behandeling wanneer de v.i.-termijn is ingetreden (op basis van art. 6.4 lid 2 Besluit forensische zorg, zie ook hoofdstuk 2). De start van de tbs-behandeling is daarmee gekoppeld aan de start van de v.i.-termijn. Dit heeft als gevolg dat tbs-gestelden met een gevangenisstraf van langer dan zes jaar later starten met hun behandeling, ook bij gelijkblijvende gevangenisstraf. In de oude situatie startte iemand met een combinatievonnis van bijvoorbeeld 12 jaar na 8 jaar met de tbs-behandeling, na de inwerkingtreding van de Wsenb start deze persoon pas na 10 jaar. Deze nieuwe wetgeving heeft dus veel gevolgen voor de start van de tbs-behandeling. Hierdoor kan de problematiek rondom lange combinatievonnissen mogelijk verergeren en de werkzaamheid van een tbs-behandeling in de weg staan.

[14] Uitzondering hierop zijn gevangenisstraffen die tussen 1 en 2 jaar duren, dan start de v.i. na 1 jaar en een derde deel van het resterende strafdeel (art. 6:2:10 lid 1 Sv). Bijvoorbeeld, bij een gevangenisstraf van 1 jaar en 9 maanden, start de v.i. na 1 jaar en 3 maanden.

Figuur 1.1 Tijdlijn van relevante wetswijzigingen en casuïstiek van 1997 t/m 2025



Twee zaken die de grote impact van deze wetswijziging goed illustreren zijn de zaak van Alex L. uit 2017 (ECLI:NL:GHARL:2017:9826; uitgelegd in box 1.3) en de zaak van John S. uit 2025 (ECLI:NL:GHDHA:2024:2374; besproken in paragraaf 1.1.2). Beiden zijn veroordeeld tot een gevangenisstraf van 30 jaar en een tbs-maatregel, maar deze vonnissen hebben in de praktijk een uiteenlopende uitwerking. Alex L. komt namelijk al na 20 jaar in aanmerking voor v.i. en zal dan starten aan zijn behandeling in de tbs. John S. komt na 28 jaar in aanmerking voor v.i., waarmee de tbs-behandeling pas op dat moment kan aanvangen. John S. zal daarmee 8 jaar langer in de gevangenis doorbrengen dan Alex L., ondanks dat ze een gevangenisstraf van dezelfde duur opgelegd hebben gekregen. Naast dit grote verschil in strafduur tot de start van de tbs-behandeling heeft John S. ook een GVM opgelegd gekregen, waardoor ook het toezicht na afloop van de straf en tbs in dit geval langer kan duren.

Omdat de maximering van de v.i.-termijn alleen voor nieuwe gevangenisstraffen geldt (vanaf 1 juli 2021) en alleen bij gevangenisstraffen van langer dan zes jaar resulteert in een kortere v.i. dan voorheen (en daarmee een langere gevangenisstraf), kunnen de eerste tbs-gestelden voor wie dit van toepassing gaat zijn, vanaf 2027 worden verwacht. Het is goed daarmee rekening te houden, bijvoorbeeld in ramingen voor capaciteit van zowel gevangeniswezen als ook de tbs-klinieken, voor zover dit niet al gebeurt. Wanneer straffen langer worden blijven plaatsen in het gevangeniswezen immers langduriger bezet. Bovendien is er al sprake van een capaciteitstekort in het gevangeniswezen en de tbs (*Kamerstukken II* 2023/24, 33 628, nr. 101, p. 4). Deze wetgevingsontwikkelingen zullen waar relevant ook worden meegenomen in het huidige onderzoek.

1.2 Doelen en onderzoeksvragen

Het huidige onderzoek heeft als overkoepelend doel de aard en omvang van de problematiek rondom lange combinatievonnissen in kaart te brengen, en te achterhalen of forensische zorgaanbieders mogelijkheden missen om de tbs-behandeling beter te laten verlopen.[15] Dit overkoepelende doel is opgesplitst in drie subdoelen. Deze drie subdoelstellingen worden hieronder uiteengezet.

1 Het uiteenzetten van de huidige wettelijke mogelijkheden om een tbs-gestelde eerder dan na de gebruikelijke termijn aan zijn behandeling te laten beginnen.
2 Het beschrijven van het aantal tbs-gestelden dat in de periode van 2000-2024 een lang combinatievonnis opgelegd heeft gekregen.
3 Inzicht bieden in de huidige wetenschappelijke kennis die bestaat over het optreden van detentieschade bij tbs-gestelden bij lange combinatievonnissen.

Doelstelling 1
De eerste doelstelling van het onderzoek is het uiteenzetten van de huidige wettelijke mogelijkheden om een tbs-gestelde eerder dan na de gebruikelijke termijn aan zijn behandeling te laten beginnen. De onderzoeksvragen zijn:

1 Welke wettelijke mogelijkheden zijn er momenteel om eerdere behandeling van de tbs-gestelde mogelijk te maken binnen en buiten een fpc[16]? Gedacht wordt in ieder geval aan:
   a Artikel 37b lid 2 Wetboek van Strafrecht
   b Artikel 6.2.8 lid 2 etboek van Strafvordering
   c Artikel 43 lid 4 Penitentiaire beginselenwet
   d Artikel 6.4 lid 3 sub a en b Besluit forensische zorg
2 In hoeverre verschilt de Fokkensregeling van de bovengenoemde mogelijkheden om een tbs-gestelde eerder aan zijn behandeling te laten beginnen?
3 Is er een subgroep van tbs-gestelden bij wie de huidige wettelijke mogelijkheden tot een eerdere start van de behandeling niet volstaan?
   a Zo ja, waarom werken de huidige wettelijke mogelijkheden niet voor deze subgroep?
   b Zo ja, is er nieuwe wet- en regelgeving nodig zodat deze specifieke subgroep indien nodig eerder aan de behandeling kan beginnen?

[15] Als de resultaten daartoe aanleiding geven wordt er mogelijk een verdiepend onderzoek uitgevoerd.
[16] Oorspronkelijk was het de bedoeling tevens in kaart te brengen hoe vaak er van elke mogelijkheid gebruik was gemaakt. Dit bleek net als onderzoeksvraag 5 een dermate grote inspanning te vereisen bij de DJI dat dit niet binnen de reikwijdte van het huidige onderzoek viel.

Doelstelling 2
De tweede doelstelling van dit onderzoek is het beschrijven van het aantal tbs-gestelden dat in de periode van 1997-2024 een lang combinatievonnis opgelegd heeft gekregen. Met het oog op dit doel wordt de ontwikkeling van de duur van combinatievonnissen in de periode van 1997-2024 beschreven, evenals de factoren die hiermee samenhangen. De onderzoeksvragen zijn:

4 Hoe vaak legt de rechter een (lang) combinatievonnis op in de periode van 2000 tot en met 2024 (einde dataverzameling)?[17]
5 Zijn er kenmerken die samenhangen met de opgelegde duur van de gevangenisstraf in het combinatievonnis?
   a In hoeverre hangt de duur van een gevangenisstraf samen met het gepleegde delict?
   b In hoeverre hangt de duur van een gevangenisstraf samen met de justitiële voorgeschiedenis?
   c In hoeverre hangt de duur van een gevangenisstraf samen met de vastgestelde stoornis?
   d In hoeverre hangt de duur van een gevangenisstraf samen met het verstandelijk vermogen?
   e In hoeverre hangt de duur van een gevangenisstraf samen met de mate van toerekeningsvatbaarheid?[18]
   f In hoeverre hangt de duur van een gevangenisstraf samen met de demografische kenmerken van een veroordeelde (denk aan gender, leeftijd)?
6 Hoeveel tijd brengt de tbs-gestelde door in detentie voordat deze naar een FPC wordt overgeplaatst, en welk deel is dit van de opgelegde gevangenisstraf?
7 Hoeveel tbs-gestelden zijn per jaar begonnen aan hun behandeling nadat een lange gevangenisstraf ten uitvoer is gelegd en hoe verloopt dit traject?[19]
   a Wat is het aantal behandelpogingen?
   b Na hoeveel tijd wordt de eerste machtiging voor begeleid verlof gegeven?
   c Na hoeveel tijd wordt de eerste machtiging voor onbegeleid verlof gegeven?
   d Na hoeveel tijd wordt de eerste machtiging voor transmuraal verlof gegeven?
   e Na hoeveel tijd wordt de eerste machtiging voor proefverlof gegeven?
   f Na hoeveel tijd wordt besloten tot voorwaardelijke beëindiging van de verpleging?
   g Na hoeveel tijd wordt de tbs definitief beëindigd of wordt de tbs-gestelde in de Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (LFPZ) geplaatst?[20]

[17] Hoewel de onderzoekers beoogden dit vanaf de start van de Fokkensregeling (1997) in kaart te brengen, bleek de data over die eerste jaren niet betrouwbaar te zijn geregistreerd. Vandaar dat het startjaar 2000 is gekozen.
[18] Bij de mate van toerekeningsvatbaarheid wordt ook gekeken naar het aantal personen bij wie ontslag van alle rechtsvervolging volgt (OVAR). Deze subgroep van tbs-gestelden kan geen gevangenisstraf opgelegd krijgen, meestal vanwege het ontbreken van enige verantwoordelijkheid voor het gepleegde delict vanwege een ernstige psychische stoornis (Mebius et al., 2023).
[19] Als uit de analyse blijkt dat het aantal opgelegde lange combinatievonnissen de afgelopen jaren stabiel is geweest kan deze vraag inzicht geven in de vraag waarom forensische zorgaanbieders ervaren dat het aantal opgelegde lange combinatievonnissen de afgelopen jaren is toegenomen.
[20] Oorspronkelijk was er nog een vijfde vraag bij deze doelstelling: Bij hoeveel tbs-gestelden is tijdens de detentiefase sprake van uitplaatsing uit de gevangenis naar een forensische zorgsetting vanwege urgente psychische problematiek? De gegevens ter beantwoording van deze vraag bleken in verschillende datasystemen bij de DJI aanwezig te zijn en leidde tot een dermate grote en complexe inspanning bij de DJI dat deze gegevens niet konden worden verkregen binnen de reikwijdte van het huidige onderzoek.

Doelstelling 3
De derde doelstelling is inzicht bieden in de huidige wetenschappelijke kennis die bestaat over het optreden van detentieschade bij tbs-gestelden. De onderzoeksvragen zijn:

8 Wat kan er in de wetenschappelijke literatuur worden gevonden over (eventuele) detentieschade die optreedt bij tbs-gestelden tijdens het uitzitten van een lange gevangenisstraf voorafgaand aan de tbs-behandeling?
9 Welke onderdelen van de tbs-behandeling zouden baat kunnen hebben bij een zo vroeg mogelijke start en in hoeverre gebeurt dit al? (ontbajesen, delictanalyse, terugvalpreventieplan, pre-passantenafdeling e.d.).

In de volgende paragraaf zal voor de variabelen uiteen worden gezet op welke manier deze in het onderzoek worden geoperationaliseerd.

1.3 Methoden

1.3.1 Multi-methodische aanpak

Het huidige onderzoek is uitgevoerd aan de hand van een multi-methodische aanpak. Ten eerste is er een juridische analyse uitgevoerd om de huidige mogelijkheden tot het eerder starten met de tbs-behandeling in kaart te brengen. Ten tweede zijn gegevens uit de Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling (MITS) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) gebruikt om cijfermatig inzicht te geven in de ontwikkeling van combinatievonnissen in de periode van 2000 tot en met 2024. Ook is er relevante literatuur verzameld over eventuele gevolgen van een lange gevangenisstraf om de huidige wetenschappelijke kennis over detentieschade bij tbs-gestelden uiteen te zetten aan de hand van een *scoping review* en een gerichte systematische zoektocht naar longitudinale onderzoeken. Tot slot zijn er interviews gehouden met onder andere behandelaren binnen het forensische zorgveld om een groter begrip te krijgen van de problematiek waar zij in de praktijk tegenaan lopen. Deze onderdelen komen hieronder nader aan de orde (in de volgorde van de hoofdstukken), nadat een aantal belangrijke begrippen uit het onderzoek zijn toegelicht, waaronder de definiëring van een lang combinatievonnis.

1.3.2 Begrippen

Lang combinatievonnis
In Nederland wordt een gevangenisstraf van drie jaar of meer met enige regelmaat 'lang' genoemd, zo is er in de standaard cijfers van Criminaliteit & Rechtshandhaving geen nader onderscheid naar gevangenisstraffen van drie jaar of meer gemaakt (en zie bijvoorbeeld ook Boschman et al., 2025). Verder rapporteerde de DJI tot voor kort standaard over de duur van combinatievonnissen waarin zes jaar of meer de categorie 'lang' definieerde, maar deze categorie is niet nader uitgesplitst (zie bijv. DJI, 2021).

Er zijn verschillende denkrichtingen mogelijk bij het bepalen van de classificatie 'lang'. Enerzijds is het mogelijk dit te baseren op ervaringen in de praktijk, bijvoorbeeld in het gevangeniswezen of de tbs-praktijk (kwalitatief), anderzijds op de cijfers, bijvoorbeeld aan de hand van percentielscores (kwantitatief). Voor de kwalitatieve definitie is in de interviews met behandelaren in de forensische zorgpraktijk uitgevraagd wat zij zien als een lange gevangenisstraf wanneer deze in combinatie met een tbs-maatregel wordt opgelegd. Hier kwam een gemiddelde van 9,5 jaar uit,

en dit is afgerond naar 10 jaar (eveneens de mediaan en het meest gegeven antwoord). De kwalitatieve definitie van een lang combinatievonnis is dus een gevangenisstraf van 10 jaar of langer met een tbs-maatregel.

Voor de kwantitatieve definitie is gebruikgemaakt van de gegevens uit MITS en zijn op basis van alle tbs-opleggingen waarin tevens een gevangenisstraf is opgelegd percentielscores berekend. Met een percentielscore kan aangeven worden welk percentage van tbs-gestelden een gevangenisstraf van een bepaalde duur heeft gehad. Als een bepaalde duur bijvoorbeeld in het 40e percentiel valt, dan heeft 40% van de tbs-gestelden een gevangenisstraf van die duur of korter gehad. Uit de data blijkt dat de 25 percentielscore valt op 360 dagen (1 jaar). De 75ste percentielscore is 1.460 dagen (4 jaar). Statistisch gezien is een lang combinatievonnis dus een gevangenisstraf van 4 jaar of langer in combinatie met een tbs-maatregel.

In het huidige onderzoek is gekozen aan te sluiten bij de definitie zoals gehanteerd in de praktijk. Een lang combinatievonnis is daarmee gedefinieerd als de combinatie van een tbs-maatregel en een gevangenisstraf van 10 jaar of meer. Het is daarnaast goed om te benoemen dat ook andere definities mogelijk zijn en dat de maatschappelijke en juridische definitie van een lang combinatievonnis onderhevig is aan verandering over tijd.

Overige begrippen

Bruto strafduur	De duur van een onvoorwaardelijk opgelegde gevangenisstraf
Lang combinatievonnis	Een vonnis van een gevangenisstraf van 10 jaar of langer in combinatie met een tbs-maatregel
Langgestrafte tbs-gestelde	Iemand die een lang combinatievonnis opgelegd heeft gekregen
Netto strafduur	De voor de Fokkens- dan wel v.i.-regeling gecorrigeerde bruto strafduur
Tbs-gestelde	Persoon aan wie een tbs-maatregel is opgelegd, al dan niet al begonnen met de tbs-behandeling
Tbs-termijndatum	De datum waarop de tbs-behandeling volgens de wet zou moeten aanvangen
Tbs-passant	De wettelijke tbs-termijn is aangevangen, maar de patiënt wacht nog in het gevangeniswezen op plaatsing in tbs-kliniek
Veroordeelde tot combinatievonnis	De v.i.-datum (en daardoor de wettelijke tbs-termijn) is nog niet bereikt
V.i.-datum	De datum waarop van rechtswege voorwaardelijke invrijheidsstelling mag worden verleend
Passantentijd	De extra tijd die een tbs-passant in de gevangenis zit terwijl de wettelijke termijn van de tbs-behandeling al is aangevangen

1.3.3 Juridische analyse

Voor de onderzoeksvragen 1 t/m 3 is een juridische verkenning van de huidige mogelijkheden tot het eerder starten met de tbs-behandeling in geval van een (lang) combinatievonnis uitgevoerd. Hiervoor zijn op alfabetische volgorde de volgende bronnen onderzocht:

- Aanwijzing voorwaardelijke invrijheidstelling
- Aanwijzing tbs bij vreemdelingen
- Aanwijzing tbs met voorwaarden en voorwaardelijke beëindiging
- Beginselenwet forensische zorg
- Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen
- Beginselenwet verpleging tbs-gestelden
- Besluit forensische zorg
- Penitentiaire beginselenwet
- Penitentiaire maatregel
- Regeling plaatsing veroordeelden gevangenisstraf en tbs
- Verlofregeling tbs
- Wet forensische zorg
- Wetboek van strafrecht
- Wetboek van strafvordering

Binnen deze bronnen is gezocht naar de termen: 'behandeling', 'overplaatsing', zorg, hulp, enzovoorts. Verder is bekeken of er regelgeving is die de start van de tbs-behandeling beïnvloedt.

1.3.4 Kwantitatieve analyse

Voor de onderzoeksvragen 4 t/m 7 is gebruikgemaakt van gegevens uit MITS afkomstig van de DJI. Hiervoor is eerst een *Data Protection Impact Assessment* (DPIA) geschreven en is een data-aanvraag bij de DJI ingediend. Nadat de data-aanvraag is goedgekeurd is er door de onderzoekers een geheimhoudingsverklaring getekend. Vervolgens is in samenwerking met de DJI een Gegevens Levering Specificatie (GLS) en een Gegevens Levering Protocol (GLP) opgesteld met daarin de afspraken over de datalevering. Uit MITS zijn van alle personen die in de periode van 1 januari 2000 t/m 31 december 2024[21] een tbs-maatregel met verpleging opgelegd hebben gekregen geanonimiseerde gegevens verkregen. Aangezien de tbs-maatregel met voorwaarden alleen te combineren is met een gevangenisstraf van vijf jaar of korter, zijn deze personen uitgesloten van het onderzoek. Ook personen bij wie de tbs met voorwaarden is omgezet naar een tbs met verpleging vallen buiten de gevraagde dataset, omdat ook deze (eventueel) gecombineerde gevangenisstraf niet langer kan zijn geweest dan vijf jaar. Voor tbs-gestelden met een gemaximeerde tbs geldt dat er bij wet geen maximumtermijn is verbonden aan de te combineren gevangenisstraf, maar is de behandelduur bij voorbaat gemaximeerd tot 4 jaar. Omdat er in het huidige onderzoek onder andere gekeken wordt naar de samenhang van detentieduur en het behandelverloop en de behandelduur is ervoor gekozen om de gemaximeerde tbs ook uit te sluiten. De volgende gegevens zijn op persoonsniveau geleverd en gebruikt voor de analyses:

- Datum uitspraak tbs-maatregel onherroepelijk
- Duur opgelegde onvoorwaardelijke gevangenisstraf in jaren, maanden, e/o dagen
- Indexdelict(en): aantal en type, inclusief voorloopdelicten
- Geboortedatum
- Geslacht
- Startdatum detentie
- Einddatum detentie (beoogd): datum van de start passantenperiode

[21] In eerste instantie zijn gegevens vanaf 1997 opgevraagd, MITS heeft echter pas vanaf 2000 betrouwbare data waardoor we deze gegevens pas vanaf dat jaar konden krijgen.

- Einddatum detentie (praktijk): datum van de start van de tbs-behandeling & opname in een kliniek
- Start- en einddatums van alle behandelpogingen/overplaatsingen
- Datum eerste machtiging begeleid verlof
- Datum eerste machtiging onbegeleid verlof
- Datum eerste machtiging transmuraal verlof
- Datum eerste machtiging proefverlof
- Startdatum voorwaardelijke beëindiging
- Einddatum tbs-maatregel: datum onvoorwaardelijke beëindiging
- Datum indicatie LPFZ
- Vastgestelde stoornissen: psychotisch/persoonlijkheidsstoornis
- IQ: tweedeling in groter of kleiner dan 80

Databewerking

Opgelegde strafduur
De geleverde dataset bevatte drie variabelen die elk de opgelegde strafduur weergaven in ofwel dagen, ofwel maanden ofwel jaren. De eerste stap was om de opgelegde strafduur samen te voegen in één variabele zodat de gehele populatie met elkaar vergeleken kon worden. Dit is gedaan door de variabelen waarin de strafduur werd weergegeven in jaren of maanden om te zetten naar dagen, zodat van elk uniek persoon duidelijk werd hoeveel dagen de opgelegde strafduur was. Hierbij is rekening gehouden met de inwerkingtreding van de Invoeringswet herziening tenuitvoerlegging strafrechtelijke beslissingen. Dit houdt in dat tot 31 december 2019 een jaar vermenigvuldigd is met 365 dagen. Vanaf 2020 is de strafduur van een jaar gelijkgetrokken met 12 maanden (één maand is 30 dagen), waardoor een jaar vanaf dat moment vermenigvuldigd is met 360 dagen (*Kamerstukken I* 2016/17, 34 086, nr. 82; *Staatsblad*, 2017, 2019). Hierdoor is er één variabele gecreëerd met de opgelegde strafduur in dagen. Voor sommige analyses is deze strafduur gegroepeerd in categorieën van vijf jaar (0-5 jaar, 5-10 jaar, 10-15 jaar, 15-20 jaar, 20-25 jaar en 25 jaar of langer).

Strafduur tot de start van de tbs-behandeling
Een doel van het huidige onderzoek is inzicht verkrijgen in de duur die een tbs-gestelde doorbrengt in de gevangenis voordat de tbs-behandeling aanvangt. De opgelegde strafduur is daarom op twee manieren verwerkt. Ten eerste is de bruto strafduur bekeken: de opgelegde strafduur zonder daarbij correcties door te voeren. Ten tweede is de netto strafduur bepaald. De bruto strafduur opgelegd in de periode van 2000 tot 4 augustus 2010 is daarvoor met twee derde verlaagd, omdat in deze periode van de Fokkensregeling van kracht was. In de periode van 5 augustus 2010 t/m 30 juni 2021 is er een derde van de bruto strafduur afgetrokken. In deze periode gold dat de voorwaardelijke invrijheidstelling (v.i.) aanving nadat twee derde van de straf was uitgezeten. Op 1 juli 2021 trad de Wet straffen en Beschermen in werking waarbij de voorwaardelijke invrijheidsstelling (en daarmee de tbs-termijndatum) ingaat na twee derde van de straf *met een maximum van twee jaar*. Aangezien de datums in het databestand de datums zijn waarop de uitspraak onherroepelijk is geworden en niet die van de uitspraak zelf, is elke periode met twee weken verlengd. Een vonnis dat op 14 juli onherroepelijk is geworden valt namelijk onder de regeling die twee weken eerder gold.

Indexdelicten
De delicten waarvoor de tbs-gestelden zijn veroordeeld, de indexdelicten, stonden op artikelnummer in het aangeleverde databestand. Voor elk geregistreerd wetsartikel is achterhaald welk delict het betreft en alle delicten zijn ingedeeld naar zes typen delict: levensdelicten (bijvoorbeeld moord), overige geweldsdelicten (bijvoorbeeld mishandeling), zedendelicten (bijvoorbeeld verkrachting), vermogensdelicten (bijvoorbeeld diefstal zonder geweld), brandstichting of overig (alle bijzondere wetten, zoals Wet wapens en munitie; zie bijlage 4 voor een overzicht van alle categorieën). Indien voorbereidingen of pogingen ook strafbaar zijn vallen ook deze binnen de delictscategorieën. Voor elke delictscategorie is vervolgens een dichotome variabele aangemaakt waarmee is aangegeven of een tbs-gestelde al dan niet voor één of meerdere van dit type delicten veroordeeld is. Ook het totaal aantal delicten is bij elkaar opgeteld, dit varieert tussen de één en twaalf.

Overplaatsingen
Een subgroep van tbs-gestelden is na de eerste opname in een tbs-kliniek ten minste één keer overgeplaatst (n=1.129, 33,3%). Voor deze subgroep is een bestand geleverd met alle overplaatsingen. Voordat de analyses konden worden uitgevoerd is dit bestand met overplaatsingen gekoppeld aan het hoofdbestand met de gegevens uit MITS over de gehele tbs-populatie. Dit is gedaan door de gegevens in de twee aparte bestanden aan elkaar te koppelen aan de hand van unieke pseudonummers. Een aantal tbs-gestelden hebben in de periode 2000 tot en met 2024 vaker een tbs-maatregel opgelegd gekregen. Er is in deze gevallen handmatig gecontroleerd bij welk tbs-traject de overplaatsing gegevens hoorden en aan het juiste traject is een extra pseudonummer gegeven. Zo kon worden gegarandeerd dat tijdens het samenvoegen van de bestanden de juiste overplaatsingsgegevens aan het juiste tbs-traject werden gekoppeld.

Analyses

In- en exclusiecriteria
In de periode 2000 t/m 2024 zijn in totaal 3.388 opleggingen van de tbs-maatregel met verpleging geweest. Voor het bepalen van (kenmerken van) het aantal opgelegde combinatievonnissen en (kenmerken van) behandeltrajecten in geval van een combinatievonnis is een aantal personen uit de dataset uitgesloten (zie tabel 1.1). Eerst zijn alle vonnissen waarbij naast een tbs-maatregel geen gevangenisstraf is opgelegd uitgesloten. In dit soort gevallen is er sprake van ontslag van alle rechtsvervolging (OVAR). Het doel van het onderzoek is immers in kaart brengen hoe vaak het voorkomt dat de tbs-maatregel in combinatie met een gevangenisstraf is opgelegd. Dit komt 801 keer voor (24% van het totaal aantal tbs-opleggingen in 2000 t/m 2024). In de dataset zijn een paar vonnissen terechtgekomen waarbij het gaat om een gemaximeerde tbs, ook deze zijn uitgesloten (drie keer). Daarmee resteren 2.584 combinatievonnissen in de periode 2000 t/m 2024 van wie in paragraaf 3.2 een aantal kenmerken is bekeken.

Vervolgens is voor het bepalen van (kenmerken van) het behandeltraject een aantal aanvullende exclusiecriteria opgenomen (paragrafen 3.3 en 3.4). Uitgangspunt hierbij is dat de analyses moeten zien op unieke tbs-gestelden (elke persoon één keer) met zowel een geldige start als een geldig einde van de maatregel. Sommige personen hebben in de onderzoeksperiode meerdere keren een tbs-maatregel opgelegd gekregen, bijvoorbeeld in 2000 en opnieuw in 2018. In deze gevallen zijn alleen gegevens vanuit het eerste behandeltraject meegenomen, tenzij de nieuwe uitspraak

binnen een jaar na de eerste uitspraak volgt, dan is de meest recente uitspraak meegenomen. De reden hiervoor is dat een tweede tbs-behandeling anders verloopt dan een eerste. Er zijn om deze reden 38 uitspraken (2% van de combinatievonnissen) uitgesloten. Van een ander deel van de tbs-gestelden is de maatregel geëindigd, omdat zij zijn overleden (156 keer, 6%), deze tbs-gestelden zijn niet meegenomen in de analyses. Ook het eindigen van een tbs-traject wegens uitzetting/uitlevering naar het land van herkomst (48 keer, 2%) is daarbij als een ongeldig einde van de maatregel beschouwd, deze tbs-gestelden zijn eveneens uitgesloten.

Voor het in kaart brengen van het behandeltraject is het daarnaast belangrijk dat de tbs-behandeling ten eerste gestart is, en ten tweede op een geldige manier is beëindigd. Er zijn 158 combinatievonnissen gevonden waarbij de tbs-maatregel nog niet is gestart (6%; de gevangenisstraf loopt nog, of er is nog geen plek in de tbs-kliniek) en 995 combinatievonnissen waarbij de tbs-maatregel nog niet is geëindigd (39%; de tbs-maatregel loopt nog). Voor tbs-gestelden met een Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (LFPZ)-status, heeft de behandeling (al dan niet tijdelijk) een ander doel, deze is niet gericht op terugkeer in de maatschappij. In de dataset komt het 80 keer voor dat een LFPZ-machtiging is afgegeven (3%). Sommige tbs-gestelden zijn na een verblijf in de LFPZ teruggekeerd naar een reguliere behandelsetting en hebben hun behandeling afgerond, dit komt 8 keer voor. De overige 72 tbs-gestelden verblijven op het moment van de data-levering in de LFPZ. Deze tbs-gestelden zijn uitgesloten van de analyses, omdat de hier gehanteerde uitkomstmaten voor hen niet kunnen worden berekend; zij kunnen immers niet met verlof en ook de totale behandelduur is niet bekend. Daarmee resteren 1.117 tbs-gestelden met combinatievonnissen waarvoor het behandeltraject in kaart is gebracht (43% van de tbs-gestelden met een combinatievonnis in 2000 t/m 2024).

Ter controle zijn de percentielscores voor de duur van de gevangenisstraf ook na toepassing van de in- en exclusiecriteria berekend (zie paragraaf 1.3.2). De 25^{e} en 75^{e} percentielscores van de opgelegde gevangenisstraffen bleken na toepassing van de exclusiecriteria exact hetzelfde te zijn, waarmee de duur van de gevangenisstraf van de geïncludeerde en van de uitgesloten tbs-gestelden niet verschilt.

Tabel 1.1 In- en exclusiecriteria

In- en exclusiecriteria	n	%
Aantal uitspraken	3.388	100%
OVAR*	801	23,6%[a]
Aflopen termijn gemaximeerde tbs	3	0,09%[a]
Aantal combinatievonnissen	*2.584*	*76,3%[a]*
Exclusieredenen behandeltraject		
Nieuwe tbs-oplegging	38	1,5%[b]
Overleden	156	6,0%[b]
Uitzetting/uitlevering	48	1,9%[b]
Tbs is nog niet gestart	158	6,1%[b]
Tbs is nog niet geëindigd	995	38,5%[b]
Huidige LFPZ-status	72	2,8%[b]
Totaal geëxcludeerde tbs-gestelden	*1.467*	*56,8%[b]*
Totaal aantal tbs-gestelden met afgerond combinatievonnis	**1.117**	**43,2%[2]**

* Ontslag van alle rechtsvervolging (wanneer er alleen een tbs-maatregel is opgelegd en geen gevangenisstraf).

a Percentage van totaal aantal uitspraken.

b Percentage van totaal aantal combinatievonnissen.

Toetsen

De gegevens zijn vervolgens in SPSS geanalyseerd. Daarbij zijn t-toetsen verricht om groepsverschillen in gemiddelden tussen lange en korte combinatievonnissen te analyseren (leeftijd ten tijde van het onherroepelijk worden van het vonnis, leeftijd ten tijde van de start van de tbs-behandeling en leeftijd ten tijde van het eindigen van de tbs-behandeling, duur in detentie voorafgaand aan plaatsing tbs-kliniek, aantal overplaatsingen en unieke klinieken waar een tbs-gestelde heeft gezeten en de behandelvoortgang) en chi-kwadraattoetsen om dichotome groepsverschillen te toetsen (sekse en gepleegde delict). In een Cox-regressie-analyse is gekeken naar de gelijktijdige samenhang van verschillende voorspellers van het al dan niet afronden van de behandeling: sekse, leeftijd ten tijde van het onherroepelijk worden van het vonnis, leeftijd ten tijde van het starten van de behandeling, indexdelict (zeden, geweld, of levensdelict) en de duur van de opgelegde gevangenisstraf in jaren. Deze toets is gekozen, omdat daarmee het effect van verschillende voorspellende variabelen tot de tijd tot een bepaalde gebeurtenis kan worden onderzocht, in dit geval het afronden van de behandeling. Ook in een logistische regressie-analyse is gekeken naar de invloed van deze voorspellende variabelen op het afronden van de behandeling. Deze toets is gekozen om de voorspellende waarde van het model te kunnen bepalen.

1.3.5 Literatuuranalyse

Om een antwoord te vinden op de achtste onderzoeksvraag: Wat kan er in de wetenschappelijke literatuur worden gevonden over (eventuele) detentieschade die optreedt bij tbs-gestelden tijdens het uitzitten van een lange gevangenisstraf voorafgaand aan de tbs-behandeling is een uitgebreide literatuuranalyse verricht waarbij relevante literatuur over detentieschade is verzameld en gelezen. Deze

zoektocht werd bemoeilijkt door verschillende unieke aspecten van de onderzoeksvraag.

Ten eerste moet de schade, of de problemen, zich gedurende de detentie ontwikkelen en niet reeds bestaan bij aanvang van de detentie. Om deze detentieschade te meten, is het noodzakelijk te kijken naar onderzoek waarin meerdere meetmomenten zijn opgenomen, bij voorkeur longitudinaal of cohortonderzoek. In dergelijk onderzoek wordt de onderzoekspopulatie op zijn minst op twee momenten gemeten, zodat een ontwikkeling over tijd kan worden onderzocht. Daarmee kan een antwoord worden gegeven op de vraag of de detentieschade al bestond voorafgaand aan de detentie of dat deze gedurende de detentie is opgelopen of juist verergerd. Idealiter is ten minste een moment gekozen aan het begin van de detentie en een meetmoment enige tijd later. Ten tweede, om de detentieschade specifiek bij de huidige onderzoekspopulatie te bekijken, te weten 1) *tbs-gestelden* en 2) met een *lang* combinatievonnis, is het nodig enige jaren tussen dergelijke meetmomenten te hebben. Aangezien we een lang combinatievonnis hebben gedefinieerd als 10 jaar en langer, zou dit een goede periode zijn. Ten derde zou het nodig zijn tbs-gestelden te onderzoeken, of ten minste een groep delinquenten bij wie al sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis, omdat dit het criterium is voor oplegging van een tbs-maatregel. Tot slot blijkt uit verschillende onderzoeken dat de Nederlandse detentiepopulatie verschilt van die van buitenlandse detentiepopulaties en van degenen in voorarrest, bijvoorbeeld op de strafduur (aanzienlijk minder lang in Nederland) en op het gevangenisklimaat (onder meer milder in Nederland; zie bijvoorbeeld Dirkzwager et al., 2021) en zou de literatuur daarmee vooral nuttig zijn als deze ziet op de Nederlandse gevangenissen. In de ideale situatie zouden we daarmee onderzoek willen beschrijven dat bestaat uit:

1 longitudinaal of cohortonderzoek met twee of meer meetmomenten,
2 waarvan één meetmoment aan de start en één na een gevangenisstraf van 10 jaar of meer,
3 bij tbs-gestelden of bij gedetineerden met een reeds bestaande psychische stoornis,
4 in de Nederlandse gevangenissen.

Deze onderzoeken zijn door de onderzoekers echter *niet* gevonden. Longitudinaal onderzoek of cohortonderzoek bestaat wel, maar de periode tussen de meetmomenten is veelal korter. In de meeste studies zijn verder vooral (relatief) kortgestrafte gedetineerden onderzocht.[22] Het is daarmee nog de vraag in hoeverre dit kan worden toegepast op de groep langgestraften, omdat deze groep in de onderzoeken minder vaak voorkomt. Bovendien, dit zijn veelal geen tbs-gestelden, soms echter wel delinquenten met al bestaande psychische problematiek. In onlangs gepubliceerd onderzoek naar de gevolgen van het leefklimaat in detentie voor langgestrafte personen is geconcludeerd, dat naarmate de gevangenisstraf langer duurt, deze meer negatieve gevolgen zal hebben (Boschman et al., 2025).[23] Ook is geconcludeerd dat kwetsbare groepen nog meer dan anderen nadelige gevolgen ondervinden van omstandigheden in de gevangenis. Tbs-gestelden zijn over het algemeen ook te beschouwen als een kwetsbare groep, waarmee de gevonden domeinen van detentieschade mogelijk ook van toepassing kunnen zijn op hen. Tot slot is er

[22] De definitie van een korte gevangenisstraf varieert. Bij de bespreking van de resultaten wordt zoveel mogelijk beschreven op welke termijn de onderzoeken zien. Uit onderzoek in Nederland blijkt dat 70% van de gevangenisstraffen in Nederland korter zijn dan drie maanden (Boschman et al., 2023).

[23] Boschman et al. (2025) definiëren langgestraft op drie jaar of langer. Dat is een andere termijn dan in het huidige onderzoek, maar het betreft in dat onderzoek ook een andere doelgroep: reguliere gedetineerden, terwijl het huidige onderzoek ziet op *tbs-gestelden* met een lange gevangenisstraf.

onderzoek verricht in Nederlandse gevangenissen waar mogelijkerwijs ook uit kan worden geput.

Om bovenstaande redenen is noodzakelijkerwijs gekozen voor een andere onderzoeksopzet, waarbij niet alleen tbs-gestelden of een vergelijkbare populatie zijn onderzocht, maar ook onderzoeken zijn opgenomen die:

1 longitudinaal of cohortonderzoek met twee of meer meetmomenten betroffen;
2 waarvan de tijd tussen de meetmomenten ook korter dan na 10 jaar gevangenisstraf kon zijn;
3 waarbij de populatie bestond uit tbs-gestelden of uit gedetineerden die soms wel en soms geen reeds bestaande psychische stoornis hadden;
4 waarbij soms wel en soms geen onderzoek in Nederlandse gevangenissen is verricht.

Hiertoe is eerst een verkenning van relevante onderwerpen verricht en is vervolgens een beknopte systematische review naar reviews, longitudinaal en cohortonderzoek uitgevoerd. Beide onderdelen worden hieronder nader omschreven.

Verkenning van relevante onderwerpen
De eerste stap in de zoektocht was het verrichten van een *scoping review*. Dit is een relatief nieuwe manier om de literatuur in een bepaald gebied in kaart te brengen en is bij uitstek geschikt om voor de onderzoeksvraag relevante domeinen te vinden (zie bijvoorbeeld Munn et al., 2018). Het verschil met een systematische review is dat er niet systematisch op zoek gegaan wordt naar wat werkt en wat niet, maar eerder in kaart wordt gebracht welke onderwerpen relevant zouden kunnen zijn voor een dergelijke review. Dit is gedaan op verschillende manieren waaronder het doorzoeken van de literatuur database van de Kennislijn Forensische Zorg van het WODC, maar er is ook binnen de publicaties van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) gezocht. Deze artikelen en de literatuurlijsten zijn gescreend op relevante onderwerpen. Er werd snel duidelijk dat de literatuur rijk was aan studies naar problemen die kunnen bestaan of ontstaan in detentie en er is een overzicht gemaakt van deze problemen, waarbij in ieder geval is gezocht naar literatuur over uit de tbs-praktijk bekende problematiek en daarnaast enkele aanvullende onderwerpen:

- Detentie en het brein
- Detentie en de psychische gezondheid
- Detentie en lichamelijke gezondheid
- Detentie, verslaving/middelengebruik
- Detentie en slachtofferschap bij de gedetineerde
- Detentie en zelfredzaamheid
- Detentie en leefklimaat
- Detentie en basisvoorwaarden voor re-integratie
- Detentie en veroudering

Bij deze onderwerpen is Nederlands en buitenlands onderzoek samengevat in hoofdstuk 4. Vervolgens is naar aanvullende longitudinale onderzoeken gezocht binnen bovenstaande thema's.[24]

[24] Uit de *scoping review* waren al een aantal longitudinale studies gevonden: Meijers et al. (2018a & 2018b), Sapkota et al. (2024), Dirkzwager et al. (2021), Weber et al. (2022) en Sentse et al. (2022).

Systematische review
Na de *scoping review* is een beknopte systematische review verricht. Door een zoektocht waarbij de verschillende synoniemen voor detentie (*offender, prison*, inmate*, jail, custod*, incarcerat*, penitentiary* en *remand*) werden gecombineerd met een specifieke onderzoeksopzet (*systematic review, meta** en *longitudinal*) zijn verschillende zoekpogingen gedaan in de volgende databases:

- Scopus (www.scopus.com)
- Wiley (www.onlinelibrary.wiley.com)
- Pubmed (www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)

Er is gezocht naar onderzoeken gepubliceerd tussen januari 2015 tot en met juni 2025. Verder is er per database gefilterd met de aanwezige zoekknoppen. Omdat de zoekmachines licht van elkaar afweken zag elke uiteindelijk gebruikte zoekstring er net anders uit (inclusief asterisks, haakjes e.d.):

Scopus: TITLE-ABS-KEY ((offender OR prison* OR inmate* OR jail OR custod* OR incarcerat* OR penitentiary OR remand) AND ("systematic review" OR meta* OR longitudinal)) AND PUBYEAR > 2014 AND PUBYEAR < 2026 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA,"PSYC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA,"NEUR") OR LIMIT-TO (SUBJAREA,"SOCI")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE,"re")): 529 resultaten

Wiley: (offender OR prison* OR inmate* OR jail OR custod* OR incarcerat* OR penitentiary OR remand) AND ("systematic review" OR meta* OR longitudinal) + jan 2015 t/m juni 2025 + journals NOT (pregnan* OR uterus): 404 resultaten

Pubmed: (offender OR prison* OR inmate* OR jail OR custod* OR incarcerat* OR penitentiary OR remand) AND ("systematic review" OR meta* OR longitudinal) + afgelopen 10 jaar + systemic review + meta-analysis + humans + English + Dutch: 802 resultaten

In totaal zijn 1.735 resultaten gevonden. Deze zijn allemaal geëxporteerd naar Endnote. In Endnote is er gecontroleerd op dubbele hits. Van de gevonden studies waren 161 dubbele items. De zoektocht heeft daarmee geleid tot 1.574 unieke resultaten. In Endnote is vervolgens met de zoekfunctie gezocht met de term 'longit' in de titel en abstract. Dit bracht het aantal verder terug naar 234 artikelen. Deze zijn door twee onderzoekers los van elkaar gescreend op titel en abstract. Na de individuele screening is er door middel van consensus besloten dat 31 artikelen in hun totaliteit werden doorgenomen om de relevantie te bepalen. Deze artikelen zijn wederom door twee onderzoekers individueel doorgenomen, en vervolgens door middel van consensus geïncludeerd of alsnog uitgesloten. Uiteindelijk zijn er zes relevante studies gevonden in de systematische zoektocht.[25] Deze zijn verwerkt in hoofdstuk 4 als aanvulling op de *scoping review*, waardoor er in totaal 12 longitudinale studies zijn opgenomen.

1.3.6 Kwalitatieve analyse

Gesproken personen, afgelegde werkbezoeken
Om meer inzicht te krijgen in de eventuele problemen die forensische zorgverleners ervaren met personen die een lang combinatievonnis opgelegd gekregen hebben en

[25] Bondolfi et al. (2020), Chung et al. (2022), Dirkzwager et al. (2018), Favril et al. (2024), Genberg et al. (2015) en Porter en DeMarco (2018).

een antwoord te geven op onderzoeksvraag 9, zijn behandelaren uit de tbs/forensische zorgpraktijk gesproken. Eerst is een expertmeeting georganiseerd met behandelaren uit de tbs-klinieken. Hiervoor is een LinkedIn oproep geplaatst, in een besloten groep met 591 professionals uit de forensisch psychiatrische praktijk. Toen hier weinig reactie op kwam, is er contact gezocht met alle tbs-klinieken in Nederland[26] (met uitzondering van LFPZ), en gevraagd of de oproep tot medewerking aan het onderzoek intern bij hen kon worden verspreid. Dit bleek effectiever dan het bericht op LinkedIn. Uiteindelijk zijn er vijf behandelaren aanwezig geweest tijdens de expertmeeting en gaven verschillende behandelaren aan dat zij niet in de gelegenheid waren om bij de expertmeeting te zijn, maar wel geïnteresseerd waren om deel te nemen aan het onderzoek. Na de expertmeeting is gezien de beperkte opkomst en de wens om meer behandelaren te spreken besloten om aanvullend behandelaren uit alle fpc's te benaderen voor een online interview. Tijdens de expertmeeting kwam naar voren dat het waardevol zou zijn om daarnaast ook behandelaren uit de Penitentiair Psychiatrische Centra (ppc's) te spreken.[27] Uit deze oproep vloeiden een aantal interviews voort en vervolgens zijn er ook via de sneeuwbalmethode meer respondenten geworven. Uiteindelijk zijn er, inclusief de expertmeeting, 25 behandelaren (huidig of voormalig) geïnterviewd (zie bijlage 2 voor een overzicht).

Er zijn naast behandelaren ook interviews afgenomen met een aantal personen die buiten de behandeling binnen een fpc of ppc, te maken hebben met de problematiek rondom lange combinatievonnissen en hierover achtergrondinformatie konden verschaffen. Zo was er bij de expertmeeting een behandelinhoudelijke beleidsadviseur uit een tbs-kliniek aanwezig en is er gesproken met een medewerker van de dienst Indicatiestelling Forensische Zorg (IFZ) van het NIFP, het landelijke punt dat over elke tbs-gestelde in Nederland een advies uitbrengt over waar deze het beste geplaatst kan worden. Ook is er gesproken met een aantal medewerkers van de Directie Individuele Zaken (DIZ) die gaan over de uiteindelijke plaatsing van tbs-gestelden. Tot slot is er gesproken met tbs-advocaat Jan-Jesse Lieftink. In het totaal zijn er daarmee voor het onderzoek 31 mensen gesproken.

De interviews en expertmeeting waren semi-gestructureerd van opzet. Op basis van de literatuurverkenning (zie paragraaf 1.3.5) zijn relevante thema's opgenomen in een topiclijst (zie bijlage 3). De opzet was grofweg ingedeeld naar het in kaart brengen van enerzijds mogelijke problemen rondom lange combinatievonnissen en anderzijds mogelijke oplossingen. Deze thema's zijn tijdens de gesprekken met behandelaren nagelopen, maar de opzet gaf genoeg ruimte om ook ter plekke door te vragen op relevante informatie die door de respondenten werd opgebracht gedurende het interview. De interviews hebben plaatsgevonden tussen 23 januari 2025 en 30 mei 2025. Van alle interviews hebben er 15 online plaatsgevonden via Webex of Teams. Eén gesprek is telefonisch afgenomen en 12 van de respondenten zijn fysiek gesproken. Op 23 januari 2025 heeft de expertmeeting plaatsgevonden waar vijf behandelaren uit verschillende fpc's gesproken zijn. Op 14 februari 2025 heeft er een werkbezoek bij het ppc Haaglanden plaatsgevonden waar de onderzoekers naast het spreken van zes behandelaren, ook een rondleiding hebben gehad. Hier zijn de onderzoekers op 19 mei teruggekeerd voor een door de PI Haaglanden georganiseerde ketenpartnerdag met de titel 'Samen Beter'. Op 4 april 2025 is een bezoek gebracht aan de pre-passantenafdeling in PI Vught, waar de onderzoekers een rondleiding

[26] Fpc's: De Oostvaarderskliniek, de Kijvelanden, Rooyse Wissel, Mesdag, Pompestichting, van der Hoeven Kliniek; Fpk's: De Woenselse Poort, GGZ Drenthe, Inforsa, Trajectum.

[27] Ppc's: Haaglanden, Vught, Zaanstad, Zwolle; Centrum voor transculturele psychiatrie Veldzicht (heeft een ppc-afdeling).

kregen over de afdeling en een interview hebben afgenomen met de behandelcoördinator van deze afdeling. Tot slot zijn twee bijeenkomsten van het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap (PJG) bezocht en een bijeenkomst van het kennisnetwerk over victimologie in Nederland (ViNe), over slachtofferschap bij gedetineerden. De eerste PJG-bijeenkomst betrof een bijeenkomst over ouderen in detentie, op 19 november 2024. Vanuit deze bijeenkomst zijn de twee presentaties gebruikt als bron van input voor de paragraaf over detentieschade en veroudering (paragraaf 4.10). De tweede PJG-bijeenkomst betrof een bijeenkomst over lange combinatievonnissen, op 27 mei 2025. Ook deze bijeenkomst leidde tot inspiratie over en input voor sommige paragrafen. De bijeenkomst van ViNe op 30 november 2025 leidde vooral tot inspiratie voor de paragraaf over detentieschade en slachtofferschap bij de gedetineerde (paragraaf 4.6).

Analyse
Nadat de interviews waren afgenomen zijn de verslagen van de interviews uitgewerkt. De interviews zijn afgenomen door twee onderzoekers waarvan er één ter plekke aantekeningen maakte. Na afloop vulde de tweede onderzoeker deze verslagen aan. Verder zijn de gesprekken waar mogelijk opgenomen. Uitzonderingen hierop zijn de gesprekken die hebben plaatsgevonden tijdens de werkbezoeken in de Penitentiaire Inrichtingen (PI). De interviewverslagen zijn nageluisterd en waar nodig aangevuld. Omdat het doel van de interviews niet is om tijdens de resultaten te kunnen citeren, maar om thema's te identificeren is er voor gekozen niet letterlijk te transcriberen.

De interviewverslagen zijn vervolgens in MaxQDa geanalyseerd. Aan de hand van een binnen de criminologie breed gebruikte codeermethode. De eerste stap in deze methode was open coderen. Dit is een manier om op inductieve wijze nieuwe aspecten uit de interviews te vergaren. Relevante passages kregen afzonderlijke codes. In een tweede analyseronde (axiaal coderen) zijn de fragmenten met inductieve codes, waar mogelijk, onderverdeeld binnen de in de literatuurverkenning gevonden domeinen. Tot slot is de derde stap in open coderingen toegepast, genaamd selectief coderen, waarbij gezocht is naar mogelijke relaties tussen thema's, en zijn de codes teruggebracht tot een overzichtelijk geheel. Bij deze laatste stap is gekeken of de inductieve codes eventueel konden worden ondergebracht bij de al gevonden domeinen (Decorte & Zaitch, 2016).

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te vergroten zijn de eerste twee verslagen door twee onderzoekers apart van elkaar gecodeerd. Vervolgens zijn de verschillen en overeenkomsten aangekaart en is er tot consensus over de interpretatie en toepassing van codes gekomen. De resterende verslagen zijn telkens door één onderzoeker gecodeerd. De uiteindelijke codeboom vormde de basis voor het rapporteren van de resultaten uit de interviews. Deze resultaten zijn in hoofdstuk 5 uiteengezet. Tot slot zijn enkele (beleids)documenten bestudeerd om de informatie uit de interviews aan te vullen met enkele feitelijkheden. Zoals altijd bij kwalitatief onderzoek geven de resultaten niet per definitie de situatie weer zoals deze in de ppc's en fpc's op alle afdelingen en onder alle omstandigheden voor alle tbs-gestelden gelden.

Representativiteit
Voor het onderzoek is beoogd om van alle fpc's, ppc's en fpk's behandelaren te spreken. Bij twee fpk's is dit vanwege drukte in de kliniek niet gelukt en door een derde werd op de vraag om mee te werken aan het onderzoek aangegeven dat ze weinig ervaring hebben met tbs-gestelden met een lang combinatievonnis en niet veel aan het onderzoek konden bijdragen. Van de overige klinieken en ppc's is ten minste

één behandelaar gesproken. Zoals ook te zien is in bijlage 2 zijn sommige klinieken en ppc's meer vertegenwoordigd in het onderzoek. De resultaten van de interviews zijn dus niet te generaliseren over de gehele populatie. In hoofdstuk 5 is beoogd de ervaringen van de geïnterviewde personen weer te geven maar het is niet de bedoeling dat deze resultaten kwantitatief worden geïnterpreteerd.

1.4 Leeswijzer

In dit rapport zijn de resultaten van de in paragraaf 1.3 uiteengezette onderzoeksmethoden gepresenteerd. In hoofdstuk 2 zijn de relevante wettelijke bepalingen rondom lange combinatievonnissen uiteengezet, zoals de huidige wettelijke mogelijkheden om een justitiabele met een lang combinatievonnis eerder dan gebruikelijk aan de tbs-behandeling te laten beginnen. In hoofdstuk 3 is een beschrijvend, cijfermatig overzicht gegeven van alle combinatievonnissen die in de periode van 2020-2025 onherroepelijk geworden. In hoofdstuk 4 is literatuur over detentieschade besproken, aan de hand van negen domeinen waarbinnen detentieschade eventueel kan ontstaan en wordt bezien op welke manier dit toe te passen is op tbs-gestelden met een lang combinatievonnis en de tbs-behandelduur. In hoofdstuk 5 zijn door de behandelpraktijk ervaren problemen en mogelijke oplossingen voor lange combinatievonnissen beschreven. Na elk hoofdstuk worden tussenconclusies getrokken en tot slot wordt er in hoofdstuk 6 antwoord gegeven op de onderzoeksvragen en overkoepelende conclusies getrokken. In hoofdstuk 6 zijn tevens aanbevelingen gegeven voor wetgeving, de praktijk en eventueel vervolgonderzoek en is gereflecteerd op de beperkingen van het onderzoek. De bevindingen in de tussenconclusies van de verschillende hoofdstukken zijn een weergave van de gevonden resultaten, zonder dat deze in een breder perspectief worden geplaatst. Dit wordt wel gedaan in het slothoofdstuk.

2 Juridisch kader

2.1 Inleiding

Aan de hand van een juridische verkenning is inzichtelijk gemaakt welke wettelijke bepalingen in het verleden en thans gelden rondom de start van de tbs-behandeling. Daarmee worden onderzoeksvragen 1 t/m 3 beantwoord:

1 Welke wettelijke mogelijkheden zijn er momenteel om eerdere behandeling van de tbs-gestelde mogelijk te maken binnen en buiten een fpc?
2 In hoeverre verschilt de Fokkensregeling van de bovengenoemde mogelijkheden om een tbs-gestelde eerder aan zijn behandeling te laten beginnen?
3 Is er een subgroep van tbs-gestelden bij wie de huidige wettelijke mogelijkheden tot een eerdere start van de behandeling niet volstaan?
   a Waarom werken de huidige wettelijke mogelijkheden niet voor deze subgroep?
   b Is nieuwe wet- en regelgeving nodig zodat deze specifieke subgroep indien nodig eerder aan de behandeling kan beginnen?

Eerst zijn enkele algemene plaatsingscriteria voor tbs-gestelden opgenomen (paragraaf 2.1.1), vervolgens is meer uitleg over de Fokkensregeling gegeven, die geldig was van 1997 tot en met 2009 (paragraaf 2.2). Daarna komen de huidige mogelijkheden tot (eerdere en latere) behandeling in wet- en regelgeving aan bod (paragraaf 2.3 t/m 2.7). Bij de meeste besproken juridische bepalingen is ter illustratie kort jurisprudentie toegevoegd, zodat de werking van het artikel in de praktijk wordt weergegeven (indien gevonden). Het hoofdstuk eindigt met een beschouwing van de belangrijkste bevindingen (paragraaf 2.8). Bij alle bepalingen geldt dat dit wettelijke bepalingen zijn waarbij geen rekening is gehouden met huidige plaatsingsmogelijkheden in de praktijk, waar thans in alle relevante sectoren, tbs en gevangeniswezen, waaronder de ppc's, sprake is van een capaciteitstekort en personeelstekort.

2.1.1 Algemene bepalingen rondom plaatsing

Tenuitvoerleggingsvolgorde
In geval van een combinatievonnis wordt eerst de gevangenisstraf tenuitvoergelegd, daarna de tbs-maatregel. Deze tenuitvoerleggingsvolgorde staat in het Besluit forensische zorg, op grond van artikel 6.4 lid 2. Dit artikel is, zij het in licht gewijzigde vorm, hetzelfde artikel als oud artikel 42 Penitentiaire maatregel (Pm), waarin ook de Fokkensregeling was opgenomen (zie paragraaf 2.2): 'De plaatsing van een veroordeelde tot gevangenisstraf die tevens de maatregel van terbeschikkingstelling met verpleging van overheidswege is opgelegd, geschiedt indien het ten uitvoer te leggen gedeelte van de gevangenisstraf is ondergaan'.

Reguliere startdatum tbs-behandeling (art. 6.4 lid 2 Besluit forensische zorg jo. art. 6:2:10 lid 1 Sv)
Hetzelfde artikel regelt dat de tbs-behandeling start zodra het 'ten uitvoer te leggen deel van de gevangenisstraf', is ondergaan. Dit pakt voor tbs-gestelden met verschillende strafduren verschillend uit. Zo start de tbs-termijn voor tbs-gestelden met een gevangenisstraf tot 1 jaar nadat de gehele duur van de opgelegde gevangenisstraf ten uitvoer is gelegd. Voor tbs-gestelden met een gevangenisstraf van

1 jaar of meer is de startdatum gekoppeld aan de v.i.-datum (art. 6:2:10 lid 1 Sv). Voor veroordeelden tot een gevangenisstraf tussen 1 en 2 jaar volgt de v.i.-datum na een jaar plus een derde van het daarna resterende deel van de gevangenisstraf (art. 6:2:10 lid 1a). Bijvoorbeeld, een gevangenisstraf van 1 jaar en 6 maanden, resulteert in een v.i.-datum na 1 jaar en 3 maanden). Voor veroordeelden tot een gevangenisstraf van langer dan twee jaar volgt de v.i.-datum na twee derde deel van de opgelegde gevangenisstraf, '*met dien verstande dat de periode waarover voorwaardelijke invrijheidstelling wordt verleend, niet langer kan zijn dan twee jaren*'; art. 6:2:10 lid 1b Sv).[28] Daarmee geldt dat tbs-gestelden met een gevangenisstraf van meer dan 2 jaar, maar minder dan 6 jaar, twee derde deel van de gevangenisstraf moeten uitzitten. Voor tbs-gestelden met een gevangenisstraf van meer dan 6 jaar pakt dit anders uit, zij mogen niet eerder dan twee jaar voorafgaand aan het einde van de opgelegde gevangenisstraf met de tbs-behandeling beginnen. Deze laatste bepaling is in 2021 met de Wsenb ingevoerd (zie ook paragraaf 1.1.6.[29] Deze beperking beïnvloedt alleen de startdatums van veroordeelden tot een combinatievonnis van langer dan zes jaar (onherroepelijke veroordeling na 1 juli 2021), omdat daar de grens van maximaal twee jaar ligt. Bijvoorbeeld, voorafgaand aan de Wsenb startte de tbs-termijn bij een gevangenisstraf van 30 jaar na 20 jaar, nu start de tbs-termijn bij een gevangenisstraf van 30 jaar na 28 jaar. Dertig jaar gevangenisstraf is thans de maximaal geldende duur van de tijdelijke gevangenisstraf. Daarmee ligt de extra duur van de gevangenisstraf die moet worden uitgezeten voordat met de tbs-behandeling kan worden begonnen voor de subgroep van tbs-gestelden met een combinatievonnis van langer dan zes jaar opgelegd op of na 1 juli 2021 tussen de twee en acht jaar. Voor uitzonderingen bij de reguliere startdatum van de tbs-behandeling, zie paragraaf 2.3-2.5.

Toezien op adequate behandeling (art. 6:2:16 Sv)
In het wetboek van strafvordering is de verpleging van overheidswege en terbeschikkingstelling geregeld. Hierin is bepaald dat de behandeling van een tbs-gestelde en de veiligheid van de samenleving adequaat gebeurt: 'Onze Minister ziet erop toe dat de ter beschikking gestelde die van overheidswege wordt verpleegd de nodige behandeling krijgt; de veiligheid van de samenleving in acht wordt genomen en de belangen van slachtoffers worden gediend. Hij kan met betrekking tot bepaalde verpleegden aan het hoofd van de instelling bijzondere aanwijzingen geven in het belang van de veiligheid van anderen of de algemene veiligheid van personen of goederen of het belang van de slachtoffers' (art. 6:2:16 Sv).

Plaatsing, overplaatsing en overbrenging (Wfz)
In de Wet forensische zorg (Wfz) is de plaatsing, overplaatsing en overbrenging van forensische patiënten geregeld. Na een indicatiestelling over de benodigde zorg neemt de minister een besluit over de plaatsing bij een zorgaanbieder (art. 6.1 lid 1 Wfz). Dit geldt voor alle forensische patiënten, dus ook voor forensische patiënten aan wie een tbs-maatregel is opgelegd. In de artikelen hierna volgen nadere regels over plaatsing, overplaatsing en overbrenging. De meest relevante artikelen zijn hier opgenomen, maar voor een volledig overzicht wordt verwezen naar hoofdstuk 6 Wfz.

[28] Voor uitzonderingen en overige bepalingen hierbij zie artikel 6:2:10 lid 2 t/m lid 5 Sv.
[29] Hiermee is het ook zo dat de v.i.-proeftijd gelijktijdig loopt met (een deel van) de tbs-behandeling. Echter, tijdens de tbs-behandeling wordt de v.i.-proeftijd opgeschort, waardoor beide kaders niet gelijktijdig ten uitvoer worden gelegd. De v.i.-proeftijd herleeft weer op het moment dat de rechter de verpleging voorwaardelijk beëindigd. Aan de voorwaardelijke beëindiging worden veelal al voorwaarden verbonden, om die reden zal de Centrale Voorziening v.i. van het OM die over de v.i. gaat in de meeste gevallen aan de v.i. niet ook voorwaarden verbinden (Aanwijzing voorwaardelijke invrijheidstelling; geraadpleegd 30 mei 2025).

Bij de plaatsing bij een zorgaanbieder (zoals bedoeld in art. 6.1 lid 1 Wfz) worden in navolging van artikel 6.2 Wfz in ieder geval in de overwegingen betrokken:

a de eisen die de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de forensische patiënt voor de veiligheid van anderen dan de forensische patiënt of de algemene veiligheid van personen of goederen stelt;
b de eisen die de verlening van forensische zorg aan de forensische patiënt gezien de aard van de bij hem geconstateerde psychische stoornis of verstandelijke beperking stelt;
c de forensische zorgbehoefte en het beveiligingsniveau zoals opgenomen in de indicatiestelling.

Op grond van artikel 6.3 lid 1 Wfz geldt tijdige plaatsing van een tbs-gestelden: 'De plaatsing, bedoeld in artikel 6.1, eerste lid [Wfz], van een ter beschikking gestelde in een instelling geschiedt binnen een termijn van vier maanden na aanvang van de termijn van terbeschikkingstelling. Deze termijn kan telkens worden verlengd met vier maanden. Met een beslissing tot verlenging wordt gelijkgesteld een weigering om binnen de in de eerste volzin genoemde termijn te beslissen'. Op grond van artikel 6.3 lid 2 Wfz geldt dat tbs-gestelden in het gevangeniswezen dienen te wachten op plaatsing als er een wachttijd is: 'Zolang de opname van terbeschikkinggestelden in een voor hen bestemde plaats niet mogelijk is, is Onze Minister bevoegd om hen, gedurende een termijn van maximaal één jaar, te plaatsen in een instelling die als organisatorisch verband deel uitmaakt van een penitentiaire inrichting'.

Artikel 6.7 Wfz ziet op overbrenging naar een private instelling als de aard van de stoornissen daartoe aanleiding geeft: 'Indien de aard van de bij de forensische patiënt geconstateerde psychische stoornis, verslaving daaronder begrepen, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap daartoe aanleiding geeft, kan Onze Minister bepalen dat de forensische patiënt naar een private instelling, niet zijnde een private instelling met een bijzondere aanwijzing als bedoeld in artikel 3.3, eerste lid [Wfz], zal worden overgebracht om daar zolang dat noodzakelijk is, te worden verpleegd. Voor deze overbrenging is een zorgmachtiging vereist op grond van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg of een rechterlijke machtiging voor onvrijwillige opname op grond van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. Een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging als bedoeld in de vorige volzin kan achterwege blijven indien de forensische patiënt schriftelijk en vrijwillig met de overbrenging instemt'.

En artikel 6.8 Wfz: 'Onze Minister draagt zorg voor overbrenging van de forensische patiënt naar de daartoe bestemde plaats, indien dit vanuit het oogpunt van sociale verzorging en hulpverlening noodzakelijk is en een dergelijke overbrenging zich verdraagt met de ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming'.

Passantentijd (Pbw)

Op grond van artikel 9 lid 2f Pbw kan een tbs-gestelde ten aanzien van wie een bevel tot verpleging van overheidswege (art. 37b Sr) is gegeven in een huis van bewaring worden opgenomen zolang opname in de voor hem bestemde plaats niet mogelijk is. En ook, veroordeelden aan wie tevens een tbs-maatregel is opgelegd, kunnen na het einde van de vrijheidsstraf in een gevangenis verblijven, zolang opname in de voor hem bestemde plaats niet mogelijk is (art. 10 lid 1 Pbw).

2.2 De Fokkensregeling (2 oktober 1997 t/m 4 augustus 2010)

2.2.1 Inhoud

Onder de Fokkensregeling begon een veroordeelde tot een combinatievonnis in beginsel na een derde van de gevangenisstraf aan de tbs-behandeling (art. 3 lid 2 Regeling plaatsing veroordeelden gevangenisstraf en tbs; inwerkingtreding 2 oktober 1997, *Staatscourant*, 1997, nr. 185 - pag. 10; zie ook box 1.1). Onder vrijwel gelijkblijvende tekst werd deze bepaling per 1 januari 2000 overgeheveld naar artikel 42 lid 1 Pm (*Staatsblad*, 1999) en nog weer later werd dit artikel 6.4 Besluit forensische zorg (zie paragraaf 2.5). Voorafgaand aan de Fokkensregeling werd na twee derde van de gevangenisstraf met de tbs-behandeling gestart, vanwege de koppeling van dit moment met het moment van voorwaardelijke invrijheidsstelling (v.i.; oud art. 6:2:10 Sv, vóór 1 juli 2021). De bepaling luidde:

'De plaatsing van een veroordeelde in een justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden met toepassing van artikel 13 Wetboek van Strafrecht[30] juncto artikel 120 Gevangenismaatregel[31] geschiedt in beginsel nadat een derde van de opgelegde straf ten uitvoer is gelegd' (art. 3 lid 2 Regeling plaatsing veroordeelden gevangenisstraf en tbs). En per 1 januari 2000: 'De plaatsing van een veroordeelde tot gevangenisstraf die tevens de maatregel van terbeschikkingstelling met verpleging van overheidswege is opgelegd, geschiedt in beginsel nadat een derde van de opgelegde vrijheidsstraf ten uitvoer is gelegd' (oud art. 42 lid 1 Pm). Omdat de bepalingen in de Regeling plaatsing veroordeelden gevangenisstraf en tbs kort na invoering werden overgeheveld naar artikel 42 en 43 Pm worden hierna die artikelnummers geciteerd.

In afwijking van oud artikel 42, eerste lid Pm, kon de plaatsing van een veroordeelde tot gevangenisstraf die tevens de maatregel van terbeschikkingstelling met verpleging van overheidswege is opgelegd om de volgende redenen ook op een eerder of op een later tijdstip dan vermeld in oud artikel 42, eerste lid, geschieden (oud art. 43 lid 1-3 Pm).

Redenen voor plaatsing op een later tijdstip konden zijn (oud art. 43 lid 2a-2c Pm):

- 2a: het advies van de rechter, bedoeld in artikel 37b, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht (zie hieronder),
- 2b: adviezen van gedragsdeskundigen die zijn uitgebracht over de veroordeelde waaruit naar voren komt dat deze niet toegankelijk is voor behandeling,
- 2c: gebleken is dat de veroordeelde extreem vluchtgevaarlijk is.

Redenen voor plaatsing op een *eerder* tijdstip (oud art. 43 lid 3a-c Pm):
- 3a: het advies van de rechter, bedoeld in artikel 37b, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht,
- 3b: de noodzaak tot spoedige behandeling van de veroordeelde,

[30] Hier stond: 'Indien een veroordeelde tot gevangenisstraf tevens de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege is opgelegd, wordt op regelmatige tijdstippen beoordeeld of de veroordeelde dient te worden geplaatst in een justitiële inrichting voor verpleging van terbeschikkinggestelden. De Minister geeft nadere regels voor de frequentie van de beoordelingen, alsmede de wijze waarop de beoordelingen dienen plaats te vinden' (oud art. 13 Sr).

[31] Hier stond: 'De tot gevangenisstraf, hechtenis of vervangende hechtenis veroordeelde kan met toepassing van artikel 13 van het Wetboek van Strafrecht ter observatie, ter tenuitvoerlegging dan wel ter verdere tenuitvoerlegging van de straf in een justitiële inrichting voor verpleging van terbeschikkinggestelden worden geplaatst' (oud art. 120 Gevangenismaatregel).

- 3c: het verblijf in de penitentiaire inrichting, indien dit leidt tot ernstige gedragsproblemen van de veroordeelde,
- 3d: de leeftijd van de veroordeelde, indien deze jonger is dan 23 jaar.

In artikel 37b lid 2 Sr stond destijds en staat nog steeds, dat de tbs-maatregel op een ander tijdstip aan kon vangen als de rechter daartoe een advies opnam: 'Indien de rechter naast de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege een gevangenisstraf heeft opgelegd kan de rechter in zijn uitspraak een advies opnemen omtrent het tijdstip waarop de terbeschikkingstelling met verpleging van overheidswege dient aan te vangen' (*Staatsblad*, 1999). Dit artikel is overigens op het moment van schrijven, begin 2026, nog steeds en ongewijzigd van kracht.

De uitzonderingsgronden voor oud artikel 43 Pm zijn thans geregeld in artikel 6.4 lid 3 Besluit forensische zorg en worden in paragraaf 2.5 verder besproken.

In de Regeling plaatsing veroordeelden gevangenisstraf en tbs werd de oprichting van de Adviescommissie geestelijk gestoorde gedetineerden (AGGG) bij de DJI geregeld, die de minister adviseert over plaatsing van veroordeelden tot een gevangenisstraf en/of een tbs-maatregel (art. 2 lid 1 Regeling plaatsing veroordeelden gevangenisstraf en tbs; inwerkingtreding 2 oktober 1997, *Staatscourant*, 1997, nr. 185, p. 10). Ook deze commissie bestaat voorjaar 2026 nog steeds, hoewel de regeling een iets andere naam heeft gekregen (zie art. 23 Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden).

Zoals eerder besproken, is de Fokkensregeling per 4 augustus 2010 afgeschaft (*Staatsblad*, 2010; zie ook box 1.1). De afschaffing van de Fokkensregeling pakte voor tbs-gestelden met verschillende strafduren verschillend uit, waarbij geldt dat hoe langer de opgelegde gevangenisstraf was, hoe meer nadeel van de afschaffing is ondervonden (zie ook tabel 2.1):

- Voor tbs-gestelden met een gevangenisstraf tot 1 jaar: relatief klein effect van afschaffing Fokkensregeling, zij startten destijds na een derde van de gevangenisstraf (na nul tot vier maanden) en startten daarna met de behandeling na het uitzitten van de gehele duur van de gevangenisstraf[32]; bijvoorbeeld, met een gevangenisstraf van 9 maanden startte de behandeling onder de Fokkensregeling na 3 maanden en na afschaffing daarvan na 6 maanden.
- Voor tbs-gestelden met een gevangenisstraf tussen 1 en 2 jaar: met de afschaffing van de Fokkensregeling starten zij later met de behandeling, te weten na het uitzitten van 1 jaar plus een derde deel van het alsdan nog ten uitvoer te leggen deel van de gevangenisstraf; bijvoorbeeld, met een gevangenisstraf van 18 maanden startte de behandeling onder de Fokkensregeling na 6 maanden en na afschaffing daarvan na 1 jaar en 3 maanden.
- Voor tbs-gestelden met een gevangenisstraf van meer dan 2 jaar: met de afschaffing van de Fokkensregeling starten zij later met de behandeling, te weten na het uitzitten van twee derde deel van de gevangenisstraf; bijvoorbeeld, met een gevangenisstraf van 36 maanden startte de behandeling onder de Fokkensregeling na 12 maanden en na afschaffing daarvan na 24 maanden.

[32] Vanwege de koppeling met de v.i.-datum is er voor tbs-gestelden met een duur tussen de 0-1 jaar gevangenisstraf geen aftrek van de gevangenisstraf, omdat de v.i. niet van toepassing is op gevangenisstraffen tussen 0-1 jaar en alleen vanaf 1 jaar gevangenisstraf geldt.

Deze situatie duurde van 8 augustus 2010 tot 1 juli 2021, waarna de v.i.-regeling met de Wsenb wijzigde (zie eerder). Daarna pakte de afschaffing van de Fokkensregeling voor tbs-gestelden met een gevangenisstraf van meer dan zes jaar extra nadelig uit, aangezien de v.i.-periode werd beperkt tot maximaal twee jaar en tbs-gestelden met een gevangenisstraf van zes jaar of meer daarmee maximaal twee jaar aftrek van hun gevangenisstraf krijgen:

- Voor tbs-gestelden met een gevangenisstraf van meer dan 6 jaar: met de wijziging in de v.i.-regeling op grond van de Wsenb starten zij nog later met behandeling, te weten na het uitzitten van de duur van de gevangenisstraf min twee jaar. Bijvoorbeeld, met een gevangenisstraf van 30 jaar startte de behandeling onder de Fokkensregeling na 20 jaar en na de Wsenb na 28 jaar.

De maximale tijdelijke gevangenisstraf is 30 jaar. Daarmee ligt de extra duur van de gevangenisstraf die moet worden uitgezeten voordat met de tbs-behandeling kan worden begonnen voor de subgroep van tbs-gestelden met een combinatievonnis van langer dan zes jaar opgelegd op of na 1 juli 2021 tussen de twee en acht jaar.

Tabel 2.1 Uit te zitten deel van de gevangenisstraf voorafgaand aan de tbs-behandeling naar periode waarin dit geldt

Duur gevangenisstraf	Fokkensregeling	Na Fokkenregeling	Na Wsenb
	2 oktober 1997 t/m 4 augustus 2010	5 augustus 2010 t/m 30 juni 2021	1 juli 2021 - heden
0-1 jaar	0-4 maanden	0-1 jaar	0-1 jaar
1-2 jaar	1 jaar plus 1/3 van 1-2 jaar	1 jaar plus 2/3 van 1-2 jaar	1 jaar plus 2/3 van 1-2 jaar
2-6 jaar	1/3 van 2-6 jaar	2/3 van 2-6 jaar	2/3 van 2-6 jaar
6 jaar of meer	1/3 van 6 jaar of meer	2/3 van 6 jaar of meer	2/3 van 6 jaar of meer, maar maximaal 2 jaar aftrek van gevangenisstraf

2.2.2 Jurisprudentie

De toepassing van de Fokkensregeling was met enige regelmaat onderwerp van bespreking in rechtszaken waarin een tbs-maatregel wordt opgelegd. Zo werd in een zaak waarbij als gevolg van brandstichting twee personen om het leven kwamen door de officier gevorderd dat de tbs-maatregel na de helft van de op te leggen gevangenisstraf zou aanvangen, terwijl de raadsman bepleitte dat zo snel mogelijk met de behandeling zou worden begonnen. De rechtbank was van mening dat het in het belang van de verdachte, en daarmee ook in het belang van de samenleving was dat verdachte sneller zou starten dan de officier vorderde:

> 'Gelet op verdachtes problematiek en het advies van psychiater Boerboom daaromtrent, te weten dat de problematiek van verdachte eerder zal verslechteren dan verbeteren zolang hij verblijft in een penitentiaire inrichting, waar hem niet de zorg en verpleging kan worden geboden die hij zo nodig heeft, is het naar het oordeel van de rechtbank in het belang van verdachte, en daarmee ook in het belang van de samenleving, dat verdachte op relatief snelle termijn een aanvang

kan maken met zijn behandeling. De rechtbank staat dan ook voor ogen dat verdachte, in overeenstemming met het uitgangspunt van artikel 42 Penitentiaire Maatregel, na ommekomst van een derde deel van de op te leggen gevangenisstraf zal worden geplaatst in een inrichting voor de verpleging van ter beschikking gestelden.' (ECLI:NL:RBARN:2009:BI700)

Ook in een andere zaak speelt de Fokkensregeling een rol. Hierin is deze regeling net afgeschaft, juist in de periode tussen de afhandeling van de zaak in eerste aanleg en in hoger beroep. Het hof acht het ongunstig dat de behandeling van betrokkene daarmee later zou starten en adviseert daarom dat de behandeling alsnog na een derde van de opgelegde gevangenisstraf start:

'Gedurende deze appelprocedure is de zogenaamde Fokkensregeling afgeschaft, waardoor veroordeelden een groter deel van de hen opgelegde gevangenisstraf moeten uitzitten voordat de tbs-behandeling kan beginnen. In deze zaak, waarin het hof tot eenzelfde strafoplegging komt als de rechtbank, zou de positie van verdachte feitelijk verslechteren door het tijdverloop dat met de berechting in hoger beroep is gemoeid, doordat hij langer in detentie zou moeten verblijven. Dat acht het hof onwenselijk. Daarom, en gelet op het hierboven weergegeven oordeel van de deskundigen dat verdachte gebaat is bij een zo kort mogelijke detentieperiode, zal het hof adviseren dat de terbeschikkingstelling met verpleging van verdachte zal beginnen na ommekomst van één derde deel van de op te leggen gevangenisstraf.' (ECLI:NL:GHARN:2010:BO5301)

Naast deze uitspraken, zijn er op rechtspraak.nl verschillende zaken te vinden waaruit blijkt dat de Fokkensregeling niet altijd kon worden toegepast, omdat de capaciteitstekorten in de forensische zorg tijdige plaatsing van de tbs-passanten in de weg stond (zie bijv. ECLI:NL:RBSGR:2011:BU9328). Tot slot een zaak waarin de officier van justitie verzoekt om juist geen gebruik te maken van de Fokkensregeling, maar de behandeling pas te laten starten na twee derde deel van de opgelegde gevangenisstraf. Op grond van artikel 37b lid 2 Sr kon de rechtbank (en kan dat nog steeds) ook een advies uitbrengen voor een latere start van de behandeling, hoewel dat niet vaak voorkomt. De rechtbank wil echter juist niet afwijken van de start na een derde deel van de gevangenisstraf, omdat dit 'de positieve werking van de thans bij verdachte aanwezige bereidheid tot behandeling zou kunnen doorkruisen.' (ECLI:NL:RBROT:2005:AU1645)

2.3 Artikel 37b lid 2 Sr (2 oktober 1997-heden)

2.3.1 Inhoud

Artikel 37b lid 2 Sr geeft de rechter de mogelijkheid om, indien er naast de tbs-maatregel een gevangenisstraf wordt opgelegd, in zijn uitspraak een advies op te nemen omtrent het tijdstip waarop de terbeschikkingstelling dient aan te vangen. Dit artikel is op 2 oktober 1997 in werking getreden (*Staatsblad*, 1997) en is in ongewijzigde vorm anno eind 2025 nog steeds van kracht. In de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw speelde de problematiek van lange combinatievonnissen ook en werd uiteindelijk, na advies van de Commissie-Fokkens, tevens artikel 37b lid 2 Sr in het wetboek ingevoerd. In de stukken over de invoering van dit wetsartikel is terug te lezen dat men destijds ook worstelde met enerzijds de onwenselijk geachte combinatie van een lang combinatievonnis en anderzijds de inperking van de rechterlijke macht,

waardoor het invoeren van een artikel op basis waarvan een lang combinatievonnis werd verboden onwenselijk werd geacht (Commissie Fokkens, 1993; *Kamerstukken II* 1994/95, 24 256, nr. 3, *Kamerstukken I* 1996/97, 24 256 nr. 34a).

Beperkingen
Artikel 37b lid 2 Sr betreft een advies van de rechter aan de minister van Justitie en Veiligheid over een eerdere start van de tbs-behandeling. Dit advies hoeft niet te worden opgevolgd, het staat de minister vrij er al dan niet gebruik van te maken. Nadere regelgeving over het beoordelingsproces dat de minister over dit advies doorloopt staat in hoofdstuk 4. Duidelijk is verder dat er voor de veroordeelde beroep openstaat tegen de beslissing van de minister bij de RSJ (art. 6:2:8 lid 4 Sv, zie ook paragraaf 2.4). Volgens Janssen en Van Mulbregt (2025) wordt er van de adviesmogelijkheid vanuit dit wetsartikel door rechters weinig gebruikgemaakt. Binnen de reikwijdte van het huidige onderzoek was het helaas niet mogelijk exacte cijfers te achterhalen over het aantal keer dat een advies op grond van artikel 37b lid Sr is gegeven dan wel is opgevolgd in de onderzoeksperiode (2000 t/m 2024). Dit wordt niet centraal bijgehouden in MITS noch bij DIZ en het zou een te grote tijdsinspanning vergen dit uit de dossiers te halen. Eerder zijn hierover ook Kamervragen gesteld, die in november 2022 zijn beantwoord (*Aanhangsel van de Handelingen* II 2022/23, nr. 551). Daaruit blijkt inderdaad dat er geen centrale registratie is van het aantal keer dat dit advies is uitgebracht, ook niet door de Rechtspraak. Wel heeft de toenmalige minister via de DJI over een aantal jaar cijfers gevonden (2018-2022). In die jarenzijn er acht zaken waarin de rechter een advies tot eerder starten van de behandeling op grond van artikel 37b Sr heeft gegeven. De minister geeft verder aan dat het advies van de rechter na advisering door de AGGG in de meeste gevallen (niet nader gespecificeerd) is gevolgd. In 1 zaak is er geen advies van de AGGG geweest en in 1 zaak is het advies niet gevolgd, omdat er al een goed behandeltraject was in detentie.

2.3.2 Jurisprudentie

In de volgende zaak is op grond van artikel 37b lid 2 Sr een advies tot eerdere start van de tbs-behandeling gegeven, dat door het hof als 'dringend' wordt geclassificeerd. Het hof adviseert de minister in deze zaak zelfs dat de tbs-maatregel voorafgaand aan de executie van de gevangenisstraf zal worden gestart. Bepalende factor in deze zaak is de jeugdige leeftijd van betrokkene en de aanname dat spoedige behandeling kan voorkomen dat de problematiek juist vanwege die jeugdige leeftijd nog sterker zal toenemen (bold arcering reeds aanwezig in uitspraak hof):

> 'Overeenkomstig artikel 37b lid 2 van het Wetboek van Strafrecht adviseert het hof de Minister **dringend** de behandeling van de verdachte te laten aanvangen alvorens tot executie van de gevangenisstraf zal worden overgegaan. Meer specifiek adviseert het hof de maatregel tot terbeschikkingstelling met verpleging van overheidswege **met ingang van 1 augustus 2015** aan te doen vangen. Aan dit advies liggen de volgende overwegingen ten grondslag. De verdachte was 18 jaar oud ten tijde van de bewezen geachte feiten. De vijf reeds genoemde deskundigen hebben ter terechtzitting in hoger beroep allen het belang van een zo spoedig mogelijke aanvang van de behandeling van de verdachte beklemtoond. Zij hebben daartoe onder meer opgeworpen dat de verdachte nu nog een betrekkelijk jeugdige leeftijd heeft, hij in een vrij vroeg stadium van persoonlijkheidsontwikkeling is, zijn stoornis nog niet is bestendigd en dat de mogelijkheden tot beïnvloeding en verandering tot zijn 25e levensjaar optimaal zijn, mits de verdachte open staat voor behandeling. De verdachte heeft verklaard

> open te staan voor een behandeling. Daarnaast is van groot belang dat de samenleving erbij gebaat is dat jegens de verdachte, als hij eenmaal weer op vrije voeten komt, al het mogelijke is gedaan om het gevaar van herhaling van seksuele en/of gewelddadige gedragingen te voorkomen. Tenslotte heeft het hof in ogenschouw genomen dat de verdachte reeds drie jaren in voorarrest heeft doorgebracht.' (ECLI:NL:GHAMS:2015:2073)

In een andere zaak verbleef een veroordeelde in afwachting van de start van zijn tbs-behandeling als passant in een penitentiaire inrichting en pleegde daar een nieuw ernstig geweldsdelict. Kort daarna werd hij in een tbs-kliniek geplaatst voor de start van zijn behandeling. Voor het nieuwe delict kreeg hij gevangenisstraf en een tweede tbs-maatregel opgelegd, maar de rechtbank achtte het beter om dit aan te passen gezien de in de tussentijd gestarte behandeling in het kader van de eerste tbs-maatregel:

> 'De rechtbank is van oordeel dat het in het belang van de maatschappij is, en tevens in het belang van verdachte, dat de huidige behandeling in het kader van de terbeschikkingstelling ongestoord kan worden voorgezet (…) De rechtbank zal met analoge toepassing van het bepaalde in artikel 37b lid 2 van het Wetboek van Strafrecht het advies geven de terbeschikkingstelling met dwangverpleging op zodanig tijdstip te laten aanvangen dat de continuïteit van de reeds gestarte behandeling blijft gewaarborgd.' (ECLI:NL:RBMAA:2009:BK6188)

Ook zijn verschillende zaken gevonden waarin de verdediging de rechtbank verzoekt een advies uit te brengen tot eerdere behandeling op grond van artikel 37b lid 2 Sr, bijvoorbeeld in deze zaak:

> 'Indien de rechtbank toch overgaat tot het direct opleggen van een tbs-maatregel met dwangverpleging heeft de raadsvrouw verzocht om op grond van artikel 37b lid 2 Sr een advies op te nemen omtrent de aanvang van het tijdstip van de maatregel. De raadsvrouw heeft daartoe aangevoerd dat het van het grootste belang is dat verdachte zo snel mogelijk in een omgeving terecht komt waarin hij kan worden behandeld en een daadwerkelijke diagnose kan worden vastgesteld. Tot slot heeft de raadsvrouw aan de rechtbank verzocht om rekening te houden met de omstandigheid dat verdachte reeds zijn baan, woning en zijn gezin is kwijtgeraakt.' (ECLI:NL:RBDHA:2017:9578)

De rechtbank gaat hier niet in mee: 'Hoewel de rechtbank de noodzaak van behandeling nadrukkelijk ziet, zal zij gelet op de ernst van de bewezenverklaarde feiten geen gebruik maken van haar bevoegdheid genoemd in artikel 37b lid 2 Sr' (ECLI:NL:RBDHA:2017:9578; een ander voorbeeld staat in deze uitspraak: ECLI:NL:RBMNE:2024:6805). In een andere zaak adviseert het hof wel tot een eerdere start van de behandeling, conform de overweging van de verdediging (ECLI:NL:GHAMS:2016:4206).

Tot slot speelt in een zaak voor het hof Amsterdam mee dat niet alleen een inschatting van het behandelsucces een rol speelt bij de beoordeling van de vraag of de behandeling eerder moet starten: 'Het hof onderkent dat de behandeling van de verdachte zeer waarschijnlijk effectiever en succesvoller zal zijn indien deze op (relatief) korte termijn aanvangt'.

En:

> 'Zoals uit voornoemde citaten naar voren komt, vloeit de gestelde wenselijkheid van een spoedige behandeling louter voort uit het door de deskundigen gehanteerde behandelperspectief en zijn andere factoren, bijvoorbeeld de ernst van de feiten, door hen - terecht - buiten beschouwing gelaten. Het hof kan aan dergelijke andere factoren evenwel niet voorbijgaan. In het bijzonder de ernst van de feiten, de omvangrijke schaal waarop die hebben plaatsgevonden, de schade die aan kinderen is berokkend en het leed dat gezinnen is aangedaan, brengen naar het oordeel van het hof mee dat moet worden afgezien van een advies dat strekt tot aanvang van de tbs voordat de verdachte twee derde van de op te leggen gevangenisstraf heeft uitgezeten.' (ECLI:NL:GHAMS:2013:BZ8885)

2.4 Artikel 6:2:8 Sv (1 januari 2020 - heden)

2.4.1 Inhoud

Indien een veroordeelde tot gevangenisstraf tevens de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege is opgelegd, wordt op regelmatige tijdstippen beoordeeld of de veroordeelde dient te worden geplaatst in een instelling voor verpleging van terbeschikkinggestelden (art. 6:2:8 lid 2 Sv).[33]

Deze plaatsing gebeurt overeenkomstig de Wet forensische zorg (art. 6:2:8 lid 3 Sv). Op grond van artikel 6:2:8 lid 4 Sv kan beroep worden ingesteld: 'Tegen de beslissing tot plaatsing, de beslissing tot beëindiging daarvan en de beslissing tot niet plaatsing in afwijking van het advies van de rechter overeenkomstig het bepaalde in artikel 37b, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht kan de veroordeelde binnen vier weken nadat die beslissing aan hem is medegedeeld beroep instellen bij de Raad voor strafrechtstoepassing en jeugdbescherming. Hoofdstuk XVI van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden is van overeenkomstige toepassing'.

Als een tbs-gestelde zijn vrijheidsstraf uitzit in een tbs-kliniek (op grond van art. 6:2:8 Sv of krachtens de Penitentiaire Beginselenwet), loopt de termijn van de gevangenisstraf én die van de tbs-maatregel gelijktijdig (art. 6:1:19 lid 2a Sv).

2.4.2 Jurisprudentie

Beslissingen op grond van artikel 6:2:8 Sv zijn geen rechterlijke beslissingen, maar worden door de minister genomen. Om die reden zijn deze niet op rechtspraak.nl te vinden. Aangezien beroep tegen deze beslissing openstaat bij de RSJ, is binnen de database van hun beslissingen gezocht op "6:2:8", "tbs", "eerdere plaatsing" en zijn de gevonden beslissingen bekeken (zie: Jurisprudentie | Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming). Er zijn echter geen zaken gevonden waarin op grond van artikel 6:2:8 lid 2 Sv bezwaar is gemaakt tegen een plaatsingsbesluit; de gevonden uitspraken zien vooral op bezwaren tegen plaatsing in het ene fpc, terwijl een ander fpc is gewenst.

[33] In artikel 6:2:8 lid 1 Sv is het omgekeerde geregeld en kan een veroordeelde tot gevangenisstraf vanwege een psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap juist in een tbs-instelling worden geplaatst. Volgens de Hoge Raad biedt dit artikel daarmee de ruimte voor een gedetineerde om daarbij te profiteren van gedragskundige zorg en behandeling (ECLI:NL:HR:2023:265).

2.5 Artikel 6.4 lid 3 sub a en b Besluit forensische zorg (26 juni 2019 – heden)

2.5.1 Inhoud

Zoals in paragraaf 2.1.1 vermeld is de reguliere start van de behandeling geregeld in artikel 6.4 lid 2: 'De plaatsing van een veroordeelde tot gevangenisstraf die tevens de maatregel van terbeschikkingstelling met verpleging van overheidswege is opgelegd, geschiedt indien het ten uitvoer te leggen gedeelte van de gevangenisstraf is ondergaan'. Vervolgens worden redenen gegeven op grond waarvan de minister kan beslissen dat de tenuitvoerlegging eerder moet plaatsvinden (art. 6.4 lid 3a-c Besluit forensische zorg), indien:

a er dringende medische redenen aanwezig zijn die plaatsing op een eerder tijdstip noodzakelijk maken;
b de veroordeelde jonger is dan 23 jaar en plaatsing op een eerder tijdstip met het oog op zijn ontwikkeling noodzakelijk is;
c het advies van de rechter, bedoeld in artikel 37b, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht, daartoe aanleiding geeft.

Daarmee is de vierde uitzonderingsgrond tot een eerdere start van de tbs-behandeling die ten tijde van de Fokkensregeling bestond, het verblijf in de penitentiaire inrichting indien dit leidt tot ernstige gedragsproblemen van de veroordeelde (oud art. 43 lid 3c Pm), komen te vervallen.

Verder moet ten aanzien van veroordeelden tot een combinatievonnis zo spoedig mogelijk na het onherroepelijk worden van de rechterlijke uitspraak een plaatsingsbesluit worden genomen (art. 6.4 lid 4 Besluit forensische zorg). Tot slot dient na het onherroepelijk worden van de uitspraak een periodieke beoordeling plaats te vinden omtrent de noodzaak tot plaatsing in een tbs-kliniek (art. 6.4 lid 5 Besluit forensische zorg).

2.5.2 Jurisprudentie

Er zijn op rechtspraak.nl geen uitspraken gevonden waarin op grond van artikel 6:4 lid 3 Besluit forensische zorg gebruikgemaakt is van een eerder moment van plaatsing in een tbs-kliniek. Leeftijd kan wel een rol spelen in de overweging tot advisering van eerdere plaatsing, zie het eerder besproken vonnis in paragraaf 2.3.2, destijds onder vernoeming van artikel 37b lid 2 Sr (ECLI:NL:GHAMS:2015:2073).

2.6 Overige relevante bepalingen voor tbs-behandeling

2.6.1 Eerder starten

Jeugdigen
De tbs-maatregel is vooral bedoeld voor personen van 18 jaar en ouder. Met de mogelijkheid 16- en 17-jarigen te berechten volgens het volwassenenstrafrecht (art. 77b Sr) kan het echter theoretisch gezien ook voorkomen dat een 16- of 17-jarige een tbs-maatregel krijgt opgelegd. Jeugdige tbs-gestelden, tussen de 18 en 23 jaar, kunnen eerder in een tbs-kliniek worden geplaatst, indien dat noodzakelijk is voor hun ontwikkeling (op grond van art. 6.4 lid 3b Besluit forensische zorg; zie ook paragraaf 2.5.1). Zij kunnen ook in een justitiële jeugdinrichting worden geplaatst (art. 8 lid 1h

Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen). Dit kan ook van toepassing zijn op een jeugdige die eerst een PIJ-maatregel heeft gehad (plaatsing in een inrichting voor jeugdigen; art. 77s Sr). Deze maatregel is voor jeugdigen tussen de 12 en 18 jaar en dit wordt in de praktijk ook wel jeugd-tbs genoemd. De PIJ-maatregel kan maximaal 7 jaar duren, tenzij na afloop van deze termijn nog gevaar dreigt ('indien de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen de omzetting in die maatregel eist'). In dat geval kan deze ook worden omgezet in een tbs-maatregel (art. 6:6:33 lid 1-6 Sv). Na een dergelijke omzetting is de betrokkene ten minste 19 jaar: als de PIJ-maatregel aan een 12-jarige is opgelegd en deze 7 jaar heeft geduurd. Deze personen zullen meestal in een tbs-kliniek worden geplaatst, maar komen ook op de wachtlijst daarvoor.

Ontoerekeningsvatbaar verklaarden
Tbs-gestelden die volledig ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard, krijgen geen gevangenisstraf opgelegd en beginnen gelijk met hun tbs-maatregel. De tbs-maatregel kan niet worden gecombineerd met een gevangenisstraf als er sprake is van ontoerekeningsvatbaarheid (Aanwijzing tbs met voorwaarden en voorwaardelijke beëindiging van het bevel tot verpleging van overheidswege; geraadpleegd 15 januari 2025). Dit heeft te maken met het feit dat een ontoerekeningsvatbare veroordeelde geen strafrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Er is dan een geslaagd beroep gedaan op de strafuitsluitingsgrond die in art. 39 Sr geregeld staat: 'Niet strafbaar is hij die een feit begaat, dat hem wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend.' In dit geval volgt er een ontslag van alle rechtsvervolging (OVAR): 'Acht de rechtbank het feit bewezen, doch dit niet te zijn een strafbaar feit of den verdachte deswege niet strafbaar, dan ontslaat zij hem van alle rechtsvervolging te dier zake. In het geval, bedoeld in artikel 39 van het Wetboek van Strafrecht, kan zij tevens een maatregel opleggen als voorzien in artikel 37a, 37b of 77s van het Wetboek van Strafrecht, indien de wettelijke voorwaarden daarvoor zijn vervuld' (art. 352, lid 2 Sv).

2.6.2 Later starten

Ongewenst vreemdeling verklaarden
Bij tbs-gestelden die als ongewenst vreemdeling zijn verklaard en die geen rechtmatig verblijf in Nederland hebben, begint de tbs-maatregel later, op het moment dat de gecombineerde gevangenisstraf geheel is uitgezeten (Aanwijzing tbs bij vreemdelingen; geraadpleegd 15 januari 2025). Vreemdelingen komen namelijk niet in aanmerking voor v.i. en daarmee geldt de startdatum van de tbs-termijn voor hen pas na afloop van de gehele gevangenisstraf. Ook wordt zoveel mogelijk afgezien van het vorderen van een tbs-maatregel bij deze personen, maar als dit toch nodig is, dan wordt ingezet op een tbs met verpleging. Verder is het uitgangspunt om in te zetten op een snelle en veilige repatriëring naar het land van herkomst. De minister kan op grond van artikel 6.4 lid 3 Besluit forensische zorg ook bij vreemdelingen beslissen om de tbs-maatregel eerder te laten aanvangen (zie paragraaf 2.5) en de rechter kan de minister adviseren om op grond van artikel 37b lid 2 Sr over te gaan tot een eerdere start van de behandeling. Mocht dit nodig zijn, dan verdient het daarbij aanbeveling, volgens de Aanwijzing tbs bij vreemdelingen, om aan te sluiten bij de algemene v.i.-regeling en de tbs-maatregel na twee derde van de gevangenisstraf te laten aanvangen.

2.6.3 *Behandelverloop*

Verlofregeling tbs (2 januari 2011 - heden)
Een tbs-gestelde die zijn de gecombineerde gevangenisstraf nog niet tot een bepaalde duur heeft uitgezeten, mag nog niet met verlof. In de Verlofregeling tbs is bepaald dat er geen verlofmachtiging kan worden afgegeven als de tbs-gestelde zijn gevangenisstraf nog niet heeft uitgezeten tot de datum v.i.: 'Indien de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde voor de datum voorwaardelijke invrijheidstelling in een fpc is geplaatst, wordt een machtiging niet verleend voor genoemde datum' (art. 2 lid 5 Verlofregeling tbs). In min of meer dezelfde vorm maakt deze bepaling sinds 2007 onderdeel uit van de verloftoetsingspraktijk (*Staatscourant*, 2007; zie ook Nagtegaal et al., 2011). Tbs-gestelden die een combinatievonnis hebben gekregen, kunnen daarmee pas met verlof na het verstrijken van de termijn van twee derde deel van de opgelegde gevangenisstraf, waarbij tevens geldt dat dit niet langer dan twee jaar tot het einde van de strafduur mag zijn (zie eerder). Stel een tbs-gestelde krijgt zes jaar gevangenisstraf opgelegd, dan is de datum v.i. na vier jaar. Stel nu dat de rechter, bijvoorbeeld op een van de gronden genoemd in paragrafen 2.3 tot en met 2.6 adviseert de tbs-gestelde eerder te laten starten aan zijn behandeling, bijvoorbeeld na een derde deel (twee jaar), dan kan de tbs-gestelde de eerste twee jaar van zijn behandeling niet met verlof. In de eerste twee jaar van de behandeling is de behoefte aan verlof wellicht nog niet zo groot, maar in geval van een gevangenisstraf van meer dan zes jaar gaat deze beperking meer spelen. Stel een tbs-gestelde krijgt 12 jaar gevangenisstraf opgelegd, dan is de datum v.i. na 10 jaar. Als de tbs-gestelde alsnog eerder in de tbs-kliniek wordt geplaatst, bijvoorbeeld na een derde deel, dat in dit geval na vier jaar is, moet nog zes jaar worden gewacht tot het eerste moment van verlof. Volgens behandelaren staat deze beperking vanuit de Verlofregeling tbs in de weg van een eerdere start van de behandeling in geval van een lang combinatievonnis (zie ook hoofdstuk 5). Eerder starten met de tbs-behandeling in een fpc heeft volgens hen alleen zin als dit met mogelijkheden tot verlof kan worden gecombineerd. Als een tbs-gestelde geen combinatievonnis heeft gekregen, is er geen beperking aan het moment waarop met verlof kan worden begonnen.

2.7 Eerder verlenen van zorg, geen tbs-behandeling

2.7.1 *Artikel 15 lid 4 Pbw (1 januari 1999 – heden)*

Inhoud
Op grond van artikel 15 lid 4 Pbw[34] kan een gedetineerde met een stoornis worden overplaatst naar een zorgaanbieder in het kader van de Wvggz, de Wzd of de Wfz: 'In geval van een psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap van een gedetineerde kan Onze Minister bepalen dat de gedetineerde naar een accommodatie als bedoeld in artikel 1:1, onderdeel b, van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg of artikel 1, onderdeel b, van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten zal worden overgebracht om daar zolang dat noodzakelijk is te worden verpleegd. Indien de gedetineerde wordt overgebracht ten behoeve van de verlening van forensische zorg, bedoeld bij of krachtens de Wet forensische zorg, geschiedt de overbrenging overeenkomstig die wet'. Hoewel de definities van zorgaanbieders licht variëren tussen deze wetten, komt het erop neer dat zorgaanbieders beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verlenen, waarbij

[34] Oorspronkelijk ingevoerd onder artikel 15 lid 5 Pb en met iets andere bewoordingen.

zorg kan bestaan uit verschillende typen zorg, zoals bejegening, verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding, bescherming, beveiliging en tevens uit verplichte zorg (zie verder art. 3.2 Wvggz). Zodra stabilisatie van de problematiek plaatsvindt, keert de gedetineerde terug naar detentie.

Omdat de penitentiaire beginselenwet ziet op gedetineerden, gedefinieerd als 'personen ten aanzien van wie de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel in een inrichting plaatsvindt' (art. 1e Pbw), kan deze wet ook van toepassing zijn op personen aan wie een combinatievonnis is opgelegd. Immers, gedurende de tenuitvoerlegging van het deel van de sanctie bestaande uit de gevangenisstraf, is een dergelijk persoon gedetineerd als ieder ander. Het uitgangspunt hierbij is dat 'de regels van het huis' leidend zijn, de regels worden gevolgd van de plek waar de persoon verblijft.

Een vergelijkbare bepaling staat in artikel 43 lid 4 Pbw, dat de directeur van een penitentiaire inrichting de mogelijkheid geeft om indien nodig een gedetineerde over te laten plaatsen naar een forensische zorginstelling: 'De directeur draagt zorg voor overbrenging van de gedetineerde naar de daartoe bestemde plaats, indien de in het eerste lid omschreven zorg en hulp dit noodzakelijk maken en een dergelijke overbrenging zich verdraagt met de ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming. Indien de gedetineerde wordt overgebracht ten behoeve van de verlening van forensische zorg bedoeld in de Wet forensische zorg, geschiedt de overbrenging overeenkomstig de bepalingen van die wet'. In artikel 43, lid 1 Pbw staat verder dat de gedetineerde recht heeft op sociale verzorging en hulpverlening.

Jurisprudentie
In een zaak tegen een veroordeelde zonder verblijfsvergunning legt de rechtbank wegens poging doodslag een gevangenisstraf op zonder tbs-maatregel. Uit de onderliggende stukken blijkt dat er sprake is van forse psychische problematiek, maar de rechtbank voelt zich toch genoodzaakt tot oplegging van een kale gevangenisstraf zonder tbs. De rechtbank beargumenteert dat bij een tbs met voorwaarden of een voorwaardelijke gevangenisstraf de tenuitvoerlegging van de bijzondere voorwaarden niet uitvoerbaar zijn en bij een tbs met verpleging het resocialisatietraject uitzichtloos is. Voorwaarden als het vinden van werk en woonruimte en het afsluiten van een zorgverzekering zijn niet goed mogelijk voor vreemdelingen (Aanwijzing tbs bij vreemdelingen). Wel adviseert de rechtbank op grond van artikel 15 Pb dat plaatsing in CTP Veldzicht voor betrokkene uitermate geschikt lijkt: 'De rechtbank realiseert zich dat verdachte door het opleggen van een kale gevangenisstraf niet de voor hem passende en noodzakelijke behandeling zal ontvangen. De rechtbank geeft daarom het navolgende in overweging mee. Verdachte verblijft nu in CTP Veldzicht, waar veroordeelden verblijven met psychiatrische problematiek en zonder verblijfsvergunning. Op deze plek krijgt verdachte nu de benodigde zorg en (medicamenteuze) behandeling, die effect lijkt te sorteren. De minister kan op basis van artikel 15 Penitentiaire beginselenwet besluiten de resterende gevangenisstraf ten uitvoer te leggen in CTP Veldzicht, die daarvoor uitermate geschikt lijkt. Omdat verdachte na aftrek van zijn voorarrest nog enkele maanden gedetineerd zal zijn heeft de officier van justitie voorafgaand aan de invrijheidsstelling van verdachte zo nodig ook nog voldoende tijd een zorgmachtiging voor te bereiden' (ECLI:NL:RBZWB:2021:4617).

In een andere zaak, waarin eveneens sprake is van doodslag, wordt de veroordeelde enigszins verminderd toerekeningsvatbaar geacht en is de rechtbank van oordeel dat

het matige recidivegevaar van verdachte, zoals door de deskundigen geschetst, niet voldoende is voor oplegging van een tbs-maatregel. Om die reden legt de rechtbank alleen een gevangenisstraf op en stelt: 'De rechtbank zal daarom volstaan met het opleggen van enkel een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf, waarbij de rechtbank opmerkt dat hulpverlening aan verdachte, indien wenselijk, ook reeds tijdens de detentie van verdachte kan plaatsvinden op basis van artikel 43 penitentiaire beginselenwet' (ECLI:NL:RBZWO:2002:AE2669).

2.7.2 Artikel 20c

Inhoud
Op grond van artikel 20c Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden is geregeld dat gedetineerden in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum kunnen worden geplaatst ten aanzien van wie:

a in verband met een psychiatrische stoornis, een persoonlijkheidsstoornis, psychosociale problematiek, verslavingsproblematiek of een verstandelijke beperking, forensische zorg is geïndiceerd;
b in verband met de vraag of forensische zorg is geïndiceerd, nadere observatie is vereist.

Zoals vermeld in paragraaf 2.1.1, geldt dat tbs-gestelden in het gevangeniswezen dienen te wachten op plaatsing als er een wachttijd is, waaraan de maximale termijn van 1 jaar is verbonden: 'Zolang de opname van terbeschikkinggestelden in een voor hen bestemde plaats niet mogelijk is, is Onze Minister bevoegd om hen, *gedurende een termijn van maximaal één jaar*, te plaatsen in een instelling die als organisatorisch verband deel uitmaakt van een penitentiaire inrichting' (art. 6.3 lid 2 Wfz). Het lijkt er echter op dat er in de praktijk niet altijd rekening kan worden gehouden met deze termijn, gezien de capaciteitsproblematiek in de tbs-klinieken.

Van Bekkum et al. (2021) geven cijfers over de manier waarop (in ieder geval t/m publicatie van hun artikel in 2021) gedetineerden in het ppc terecht kunnen komen. De gevangenispsycholoog kan een gedetineerde aanmelden vanuit het reguliere gevangeniswezen of detentiecentrum (59,1% van de ppc-opnames), direct vanuit de rechtbank of een politiebureau na indicatiestelling van het NIFP, GGD/GGz of door de rechter-commissaris (bijvoorbeeld preventief gehechten, 29,5%) of vanuit een ppc uit een andere regio (5,9%) of de forensische geestelijke gezondheidszorg (GGZ; 1,5%). Ongeveer de helft tot driekwart van de tbs-passanten verblijft in een ppc (*Kamerstukken II*, 2023/24, 24 587 nr. 939).

Jurisprudentie
In de jurisprudentie is vooral de verslaglegging van trajecten van verdachten in een PPC terug te vinden, bijvoorbeeld in deze zaak: 'Cliënt onderging de detentie in het Penitentiair Psychiatrisch Centrum van PI Vught' (bijvoorbeeld ECLI:NL:PHR:2015:168) of er wordt aangeduid dat de verdachte thans in een ppc verblijft (bijvoorbeeld ECLI:NL:RBROT:2016:10403).

2.7.3 Prepassantenafdeling PI Vught

Inhoud
Tbs-gestelden met een strafrestant van minimaal een jaar, komen in aanmerking voor plaatsing op de prepassantenafdeling van de PI Vught. Daar worden zij voorbereid op

de daadwerkelijke tbs-behandeling die in de fpc's plaatsvindt. Voor meer informatie over deze afdeling wordt verwezen naar hoofdstuk 5.

Jurisprudentie
Omdat dit geen wettelijke bepaling is, maar een interne differentiatie binnen de PI Vught, zijn hierover geen uitspraken gepubliceerd op rechtspraak.nl.

2.8 Tussenconclusies

In dit hoofdstuk zijn de juridische gronden op basis waarvan de tbs-termijn kan starten op een rij gezet. Eerst is gekeken naar de situatie waarin de Fokkensregeling nog gold, daarna is gekeken naar huidige bepalingen. In deze paragraaf zijn de belangrijkste bevindingen beschreven, zijn de gevonden bepalingen met elkaar vergeleken en is inzichtelijk gemaakt hoe dit impact kan hebben op het traject dat een tbs-gestelde veroordeeld tot een (lang) combinatievonnis volgt.

Standaardbepaling
Met de Fokkensregeling werd elke tbs-gestelde in beginsel na een derde van de opgelegde gevangenisstraf in een tbs-kliniek geplaatst. Na afschaffing van de Fokkensregeling volgde de standaardstart van de tbs-maatregel na twee derde deel van de gevangenisstraf. De afschaffing van de Fokkensregeling pakte voor tbs-gestelden met verschillende strafduren verschillend uit. Over het algemeen geldt, hoe langer de gevangenisstraf, hoe meer nadeel is ondervonden van de afschaffing van de Fokkensregeling.

Subgroep tbs-gestelden extra getroffen
Naast de wijziging in de standaardbepaling, is de wijziging in de v.i.-datum en daarmee in de startdatum van de tbs-behandeling die in 2021 met de Wsenb is ingevoerd van invloed geweest op tbs-gestelden met een combinatievonnis (art. 6:2:10 lid 1b Sv). Dit komt doordat de v.i.-datum is gekoppeld aan de startdatum van de tbs-behandeling. Met de Wsenb is geregeld dat de periode waarvoor v.i. wordt verleend, niet langer kan zijn dan twee jaar. Daardoor kan de tbs-behandeling in geval van een gecombineerde gevangenisstraf niet eerder starten dan twee jaar voorafgaand aan de afloop van de gevangenisstraf. Deze wijziging treft alleen tbs-gestelden met een combinatievonnis van langer dan zes jaar, voor hen is de startdatum van de tbs-behandeling later. Zij worden daarmee sinds 1 juli 2021 extra getroffen door de afschaffing van de Fokkensregeling.

Uitzonderingsgronden
Naast de standaardbepaling vanuit de Fokkensregeling waren er ten tijde van deze regeling uitzonderingen mogelijk die zagen op dan wel latere dan wel (nog) eerdere plaatsing. De meeste van deze uitzonderingsgronden zijn er anno 2026 nog. Twee van de drie bepalingen die zagen op een latere start zijn komen te vervallen: 1) adviezen van gedragsdeskundigen die zijn uitgebracht over de veroordeelde waaruit naar voren komt dat deze niet toegankelijk is voor behandeling (oud art. 43 lid 2b Pm), en 2) een beoordeling van extreme vluchtgevaarlijkheid van de tbs-gestelde (oud art. 43 lid 2c Pm). Drie van de vier bepalingen die zagen op een eerdere start gelden thans nog ongewijzigd: op grond van een advies van de rechter(oud art. 43 lid 3a Pm, thans art. 37b lid 2 Sr), indien er noodzaak bestaat tot spoedige behandeling van de veroordeelde (oud art. 43 lid 3b, thans art. 6.4 lid 3a Besluit forensische zorg) en indien de veroordeelde jonger is dan 23 jaar (art. 43 lid 3d Pm, thans art. 6.4 lid 3b

Besluit forensische zorg) en de vierde, het verblijf in de penitentiaire inrichting indien dit leidt tot ernstige gedragsproblemen van de veroordeelde (oud art. 43 lid 3c Pm), is komen te vervallen. . Bij alle uitzonderingsgronden is het echter zo dat dit geen rechterlijke beslissing is, maar een advies waarover door de minister moet worden besloten, die deze beslissing neemt na een advies door DIZ. Daarmee is de mogelijkheid tot eerder starten meer afhankelijk geworden van een dergelijke beslissing.

Huidige trajectmogelijkheden
Zoals uit bovenstaande blijkt, zijn er in het traject dat een tbs-gestelde aflegt voorafgaand aan de daadwerkelijke plaatsing en behandeling in een tbs-kliniek verschillende wettelijke mogelijkheden om indien nodig eerder te starten met de tbs-behandeling:

- Vonnis onherroepelijk: op grond van een advies van de rechter in het veroordelend vonnis (art. 37b lid 2 Sr) kan de AGGG een advies aan de minister geven om eerder met de tbs-behandeling te starten dan de v.i.-datum.
- Veroordeelde tot combinatievonnis (v.i.-datum is nog niet bereikt): op regelmatige tijdstippen wordt beoordeeld of de veroordeelde dient te worden geplaatst in een tbs-kliniek (art. 6.2.8 lid 1 Sv).

Tevens is er een mogelijkheid in geval van bijzondere omstandigheden:

- Tbs-gestelden bij wie eerder dringende medische redenen aanwezig zijn, die jonger zijn dan 23 jaar of bij wie een advies van de rechter tot eerdere plaatsing is gegeven op grond van artikel 37b lid 2 Sr (art. 6.4 Besluit forensische zorg).

Daarnaast zijn er mogelijkheden tot het eerder krijgen van benodigde zorg, maar dit is nadrukkelijk géén tbs-behandeling:

- Tbs-passant (tbs-termijn is aangevangen): kan worden geplaatst in een ppc (art. 20c Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden) of op de prepassanten afdeling van de PI Vught (geen wettelijk kader).

Tot slot
Uit bovenstaande analyse blijkt ook dat een essentieel onderdeel van de tbs-behandeling, te weten de mogelijkheid tot verlof, op grond van de Verlofregeling tbs niet mogelijk is voorafgaand aan de v.i.-datum. Mocht er worden gekozen voor een herintroductie van wettelijke mogelijkheden tot een eerdere start van de tbs-behandeling, dan kunnen sommige tbs-gestelden daardoor mogelijk worden belemmerd in hun behandeling. Dit betreft, wederom, vooral tbs-gestelden met combinatievonnissen van zes jaar en langer. In die zaken is het verschil tussen de startdatum tbs en de v.i.-datum potentieel namelijk langer dan twee jaar, het moment waarop meestal wordt begonnen met de eerste stappen van verlof, te weten begeleid verlof. Daarmee is een herziening van deze beperking vanuit de Verlofregeling nodig om ten volle te kunnen profiteren van een eerdere start van de tbs-behandeling, mits daarvoor wordt gekozen.

3 Het combinatievonnis in cijfers

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is gekeken naar het aantal keer dat een combinatievonnis in de afgelopen 25 jaar is opgelegd. Ook zijn kenmerken van de duur van de combinatievonnissen in kaart gebracht en is gekeken naar het behandeltraject van tbs-gestelden met een combinatievonnis. Daarmee wordt een antwoord gegeven op onderzoeksvragen 4 t/m 7:

4 Hoe vaak legt de rechter een (lang) combinatievonnis op in de periode van 2000 tot en met 2024?
5 Zijn er kenmerken die samenhangen met de opgelegde duur van de gevangenisstraf?
   a In hoeverre hangt de duur van een gevangenisstraf samen met het gepleegde delict?
   b In hoeverre hangt de duur van een gevangenisstraf samen met de vastgestelde stoornis?
   c In hoeverre hangt de duur van een gevangenisstraf samen met het verstandelijk vermogen?
   d In hoeverre hangt de duur van een gevangenisstraf samen met de demografische kenmerken van een veroordeelde (denk aan gender, leeftijd)?
6 Hoeveel tijd brengt de tbs-gestelde door in detentie voordat deze naar een fpc wordt overgeplaatst, en welk percentage is dit van de opgelegde gevangenisstraf?
7 Hoeveel tbs-gestelden zijn per jaar begonnen aan hun behandeling nadat een lange gevangenisstraf ten uitvoer is gelegd en hoe verloopt dit traject?
   a Wat is het aantal behandelpogingen?
   b Na hoeveel tijd wordt de eerste machtiging voor begeleid verlof gegeven?
   c Na hoeveel tijd wordt de eerste machtiging voor onbegeleid verlof gegeven?
   d Na hoeveel tijd wordt de eerste machtiging voor transmuraal verlof gegeven?
   e Na hoeveel tijd wordt de eerste machtiging voor proefverlof gegeven?
   f Na hoeveel tijd wordt besloten tot voorwaardelijke beëindiging van de verpleging?
   g Na hoeveel tijd wordt de tbs definitief beëindigd of wordt de tbs-gestelde in de LFPZ geplaatst?

In paragraaf 3.2 is het aantal opgelegde combinatievonnissen in 2000 t/m 2024 beschreven, waarna in paragraaf 3.3 kenmerken van deze combinatievonnissen aan bod komen (N=2.584). In paragraaf 3.4 is gekeken naar tbs-gestelden die een kort of een lang combinatievonnis hebben gehad en hun behandeling inmiddels hebben afgerond (n=1.109). Merk op dat het in paragraaf 3.4 om een andere groep gaat dan in paragraaf 3.2 en 3.3. In paragraaf 3.5 is gekeken naar tbs-gestelden met een nog lopend combinatievonnis. Het hoofdstuk eindigt met deelconclusies (paragraaf 3.6).

3.2 Totaal aantal combinatievonnissen

3.2.1 Bruto strafduur

In 2000 t/m 2024 zijn in totaal 3.385 tbs-maatregelen opgelegd (vonnis onherroepelijk). In 801 zaken is daarnaast geen gevangenisstraf opgelegd (OVAR, 24%) en in 2.584 zaken is wel een gevangenisstraf gecombineerd (76%).[35] Ter vergelijking, in dezelfde periode zijn 784.037 gevangenisstraffen opgelegd (zie bijlage 5). Het aantal combinatievonnissen vormt daarmee slechts 0,3% van het totaal aantal opgelegde gevangenisstraffen in deze periode. In paragraaf 3.2 en 3.3 zijn de combinatievonnissen en de daarmee samenhangende kenmerken besproken. Daarbij is in deze paragraaf eerst gekeken naar de bruto strafduur, waarmee de opgelegde gevangenisstraf wordt bedoeld, zonder correctie voor eventuele tijd doorgebracht in voorlopige hechtenis of aftrek van de periode van v.i. Daarna komt de netto strafduur aan bod, waarin wel is gerekend met een aftrek van de periode van v.i..

In totaal is de afgelopen 25 jaar 160 keer een combinatievonnis met een bruto gevangenisstraf van 10 jaar of langer opgelegd (6%) en 2.424 keer (94%) een combinatievonnis met een gevangenisstraf van minder dan 10 jaar (zie tabel 3.1). Zoals in de methode is aangegeven, wordt een gevangenisstraf van 10 jaar beschouwd als lang. Dit aantal is de afgelopen jaren significant gestegen, zo is er in de afgelopen vijf jaar (2020 t/m 2024) in 48 zaken (gemiddeld 9% van de opleggingen in die jaren) een lang combinatievonnis opgelegd, terwijl dit in 2015 t/m 2019 nog gemiddeld 6% (21 keer) was (X^2[1]=4,09; p=0,04, w=0,068 [kleine effectgrootte]). Als er langer wordt teruggekeken en de totale onderzoeksperiode in tweeën wordt gedeeld, is eveneens een significante stijging te zien: 77 keer (gemiddeld 5% van de opleggingen in 2000 t/m 2012) en 83 keer (gemiddeld 8% van de opleggingen in 2013 t/m 2024 (X^2[1]=12,04; p=0,001, w=0,068 [kleine effectgrootte]). Te zien is verder dat de meeste bruto combinatievonnissen kort zijn en tussen de 0-10 jaar duren (94%). Daarvan maakt de categorie 0-5 jaar het grootste deel uit, dit is gemiddeld 76% in 2000 t/m 2024 (range 63% in 2017 tot 90% in 2001). Verder is te zien dat een combinatievonnis van 25 jaar of langer een zeldzaamheid is, dit is totaal in de afgelopen 25 jaar 6 keer opgelegd en komt voor het eerst voor in 2009.

[35] Tbs-gestelden die naast een tbs-maatregel geen gevangenisstraf hebben opgelegd gekregen zijn in dit gehele hoofdstuk uitgesloten, deze cijfers betreffen dus enkel tbs-opleggingen in combinatie met een gevangenisstraf van ten minste 1 dag (zoals in hoofdstuk 1.3.1 is uitgelegd).

Tabel 3.1 Aantal combinatievonnissen in 2000 t/m 2024 naar bruto opgelegde strafduur in intervallen van 5 jaar (N=2.584 combinatievonnissen)

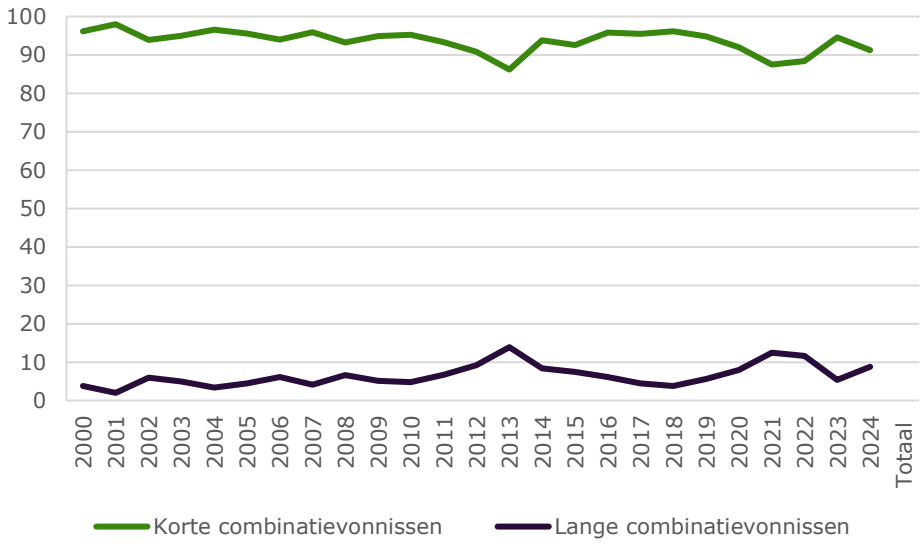
Jaar	0-5 jaar		5-10 jaar		10-15 jaar		15-20 jaar		20-25 jaar		25 jaar of langer		Totaal	
	n	%[a]	n	%[a]	n	%[a]	n	%[a]	n	%[a]	n	%[a]	n	%
2000	86	83,5	13	12,6	4	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	103	100
2001	133	89,9	12	8,1	3	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	148	100
2002	134	81,7	20	12,2	5	3,0	5	3,0	0	0,0	0	0,0	164	100
2003	139	77,7	31	17,3	7	3,9	2	1,1	0	0,0	0	0,0	179	100
2004	140	78,2	33	18,4	4	2,2	1	0,6	1	0,6	0	0,0	179	100
2005	134	84,8	17	10,8	2	1,3	3	1,9	2	1,3	0	0,0	158	100
2006	99	75,0	25	18,9	5	3,8	2	1,5	1	0,8	0	0,0	132	100
2007	116	80,0	23	15,9	5	3,4	0	0,0	1	0,7	0	0,0	145	100
2008	69	77,5	14	15,7	2	2,2	2	2,2	2	2,2	0	0,0	89	100
2009	64	81,0	11	13,9	2	2,5	0	0,0	1	1,3	1	1,3	79	100
2010	45	71,4	15	23,8	2	3,2	0	0,0	1	1,6	0	0,0	63	100
2011	51	68,0	19	25,3	2	2,7	1	1,3	2	2,7	0	0,0	75	100
2012	46	70,8	13	20,0	5	7,7	1	1,5	0	0,0	0	0,0	65	100
2013	43	66,2	13	20,0	5	7,7	4	6,2	0	0,0	0	0,0	65	100
2014	36	62,1	19	31,7	1	1,7	2	3,3	1	1,7	1	1,7	60	100
2015	42	77,8	8	14,8	3	5,6	1	1,9	0	0,0	0	0,0	54	100
2016	46	68,7	19	27,1	4	5,7	0	0,0	1	1,4	0	0,0	70	100
2017	42	62,7	22	32,8	1	1,5	1	1,5	0	0,0	1	1,5	67	100
2018	61	77,2	15	19,0	2	2,5	1	1,3	0	0,0	0	0,0	79	100
2019	66	69,8	24	25,0	5	5,2	0	0,0	0	0,0	1	1,0	96	100
2020	62	71,3	18	20,7	4	4,6	0	0,0	2	2,3	1	1,1	87	100
2021	86	67,2	26	20,3	9	7,0	6	4,7	1	0,8	0	0,0	128	100
2022	60	69,8	16	18,6	8	9,3	2	2,3	0	0,0	0	0,0	86	100
2023	83	75,5	21	19,1	4	3,6	0	0,0	2	1,8	0	0,0	110	100
2024	78	75,7	16	15,5	6	5,8	2	2,0	0	0,0	1	1,0	103	100
Totaal	**1.961**	**75,9[b]**	**463**	**17,9[b]**	**100**	**3,9[b]**	**36**	**1,4[b]**	**18**	**0,7[b]**	**6**	**0,2[b]**	**2.584**	**100**

a Percentage van het totaal aantal combinatievonnissen per jaar.

b Percentage van het totaal aantal combinatievonnissen met deze bruto strafduur.

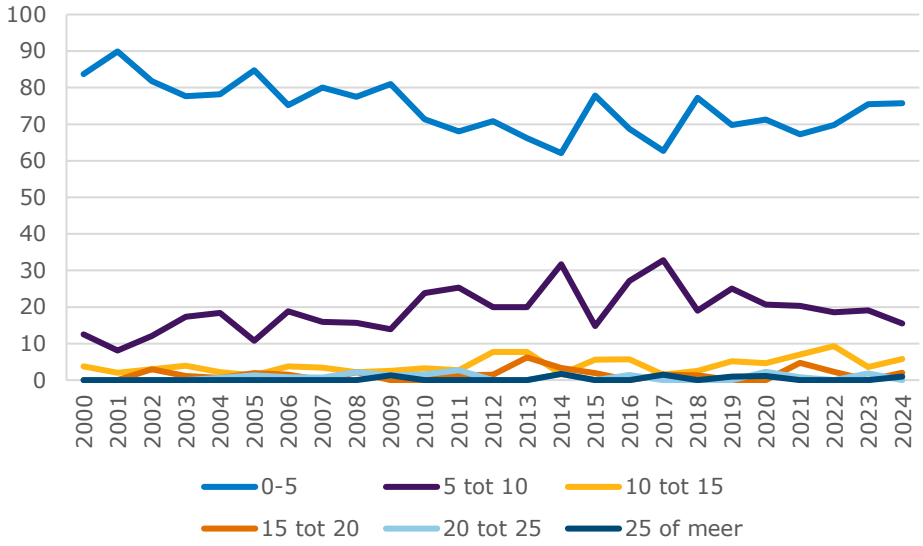
In figuur 3.1 zijn de korte (minder dan 10 jaar) en de lange (10 jaar of meer) combinatievonnissen tegen elkaar afgezet. Hoewel het gemiddeld aantal opleggingen van de afgelopen 25 jaar op 6% (n=160) ligt, bestaan er schommelingen per jaar. Het hoogste aantal lange combinatievonnissen gerelateerd aan het totaal aantal opleggingen is in 2013, in dat jaar zijn er 9 (13,9%) lange combinatievonnissen opgelegd. Ook in 2021 (12,5%, n=16) en 2022 (11,6%, n=10) is sprake van een piek in het totaal aantal lange combinatievonnissen.

Figuur 3.1 Opleggingen van korte en lange combinatievonnissen gerelateerd aan aantal opleggingen van combinatievonnissen per jaar (bruto strafduur in % van het totaal, N=2.584 combinatievonnissen)



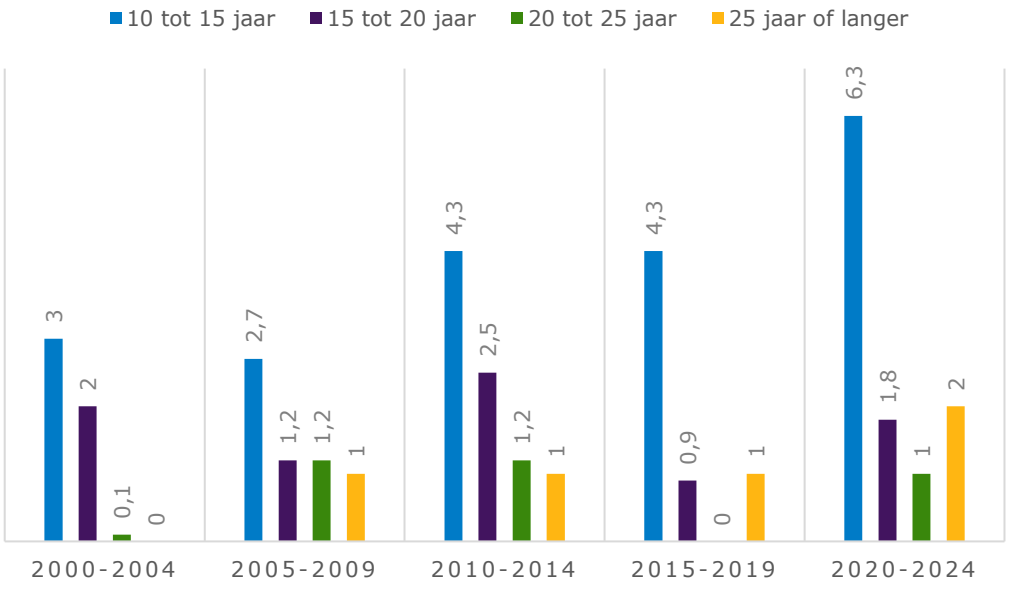
Als het aantal combinatievonnissen verder uiteen wordt gesplitst, is te zien dat de pieken in het totaal aantal lange combinatievonnissen vooral komen door een stijging in de gevangenisstraffen van 10 tot 15 jaar (zie figuur 3.2). Dit geldt onder andere voor de pieken in 2013 (7,7%, n=5) en in 2022 (9,3%, n=8). Te zien is verder dat de piek in het totaal aantal lange combinatievonnissen in 2013 ook deels wordt veroorzaakt door een toename van de gevangenisstraffen van 15 tot 20 jaar (6,2%, *n*=4). De piek in het totaal aantal lange combinatievonnissen in 2021 komt door een stijging van het aantal gevangenisstraffen van 10 tot 15 jaar én een stijging van het aantal gevangenisstraffen van 15 tot 20 jaar (4,7%). Het aantal opleggingen van een straf van 20 tot 25 jaar en van 25 jaar of langer fluctueert slechts licht, tussen 0 en 3%.

Figuur 3.2 Relatieve percentage korte en lange combinatievonnissen naar totaal aantal opleggingen combinatievonnissen per jaar (bruto strafduur in % van het totaal, N=2.584 combinatievonnissen)



In figuur 3.3 is per vijf jaar weergegeven wat het relatieve aandeel is van lange combinatievonnissen op het totaal aantal combinatievonnissen. Ook hier is duidelijk zichtbaar dat vooral gevangenisstraffen van tien tot 15 jaar in recente jaren relatief is toegenomen. Verder is te zien dat gevangenisstraffen van 25 jaar of langer vanaf 2005-2010 zijn opgelegd en daarvoor niet. In het meest recente tijdvlak is deze categorie verdubbeld van 1% naar 2%.

Figuur 3.3 Relatieve percentage opleggingen lange combinatievonnissen naar totaal aantal opleggingen combinatievonnissen in 2000 t/m 2024 (cohorten van vijf jaar, N=2.584 combinatievonnissen)



Tot slot is gekeken naar de jaartallen waarin tbs-gestelden met een lang combinatievonnis beginnen aan hun behandeling, op basis van de bruto gevangenisstraffen (tabel 3.2). Te zien is dat op basis van de bruto strafduur in 2031-2035 de meeste tbs-gestelden met een lang combinatievonnis worden verwacht (n=39, 24%). Zoals eerder uitgelegd, wordt van de bruto gevangenisstraf nog tijd in mindering gebracht, waarmee tabel 3.4 in paragraaf 3.1.2 voor de praktijk informatiever is.

Tabel 3.2 Jaartal waarin tbs-gestelden aan hun behandeling beginnen, op basis van bruto lange combinatievonnissen (n=160 tbs-gestelden)[a]

Jaar	10-15 jaar	15-20 jaar	20-25 jaar	25+ jaar	Totaal	
	n	n	n	n	n	%
2010-2015	23	0	0	0	23	14
2016-2020	16	8	0	0	24	15
2021-2025	15	7	1	0	23	14
2026-2030	15	8	7	0	30	19
2031-2035	31	3	4	1	39	24
2036-2040	0	10	1	1	12	8
2041-2045	0	0	5	2	7	4
2046-2050	0	0	0	2	2	1
Totaal	**100**	**36**	**18**	**6**	**160**	**100**

a Hierin is geen rekening gehouden met eventueel latere plaatsingen gezien het huidige capaciteitstekort.

3.2.2 Netto strafduur

In de onderzoeksperiode (2000 t/m 2024) is het ten uitvoer te leggen deel van de gevangenisstraf en daarmee de start van de tbs-behandeling twee keer gewijzigd (zie hoofdstuk 2).[36] De netto gevangenisstraf is daarmee anders dan de bruto gevangenisstraf en de verrekening van bruto naar netto hangt af van het jaar waarin het combinatievonnis is opgelegd. Voor combinatievonnissen tussen 1 januari 2000 en 4 augustus 2010 startte de tbs-behandeling in beginsel na een derde van de gevangenisstraf (op grond van de Fokkensregeling). Voor combinatievonnissen tussen 4 augustus 2010 en 1 juli 2021 startte de tbs-behandeling in beginsel na twee derde van de gevangenisstraf (op grond van de v.i.-regeling). Voor combinatievonnissen na 1 juli 2021 startte de tbs-behandeling na twee derde van de gevangenisstraf, waarbij maximaal twee jaar voor het einde van de gevangenisstraf kan worden begonnen (op grond van de herziene v.i.-regeling). Daarnaast is met de invoering van de wet USB een jaar gevangenisstraf gelijkgesteld aan 360 dagen (en niet aan 365 dagen; per 1 januari 2020) Een maand gevangenisstraf bedraagt altijd 30 dagen. De netto strafduur in deze paragraaf is berekend door bovenstaande wetgeving toe te passen op de bruto strafduur (zie tabel 3.3).

In totaal is de afgelopen 25 jaar 47 keer een combinatievonnis met een netto strafduur van 10 jaar of langer opgelegd (2%, N=2.584), aanzienlijk minder dan het aantal

[36] Hierbij is geen rekening gehouden met uitzonderingen en wachttijden in detentie vanwege capaciteitstekorten in tbs-klinieken, het gaat om de wettelijke strafduur waarna een tbs-behandeling mag aanvangen.

lange combinatievonnissen als naar de bruto strafduur wordt gekeken. Zoals in de methode aangegeven, wordt deze strafduur beschouwd als lang. Dit aantal is de afgelopen jaren eveneens significant gestegen, zo is er in de afgelopen vijf jaar 27 keer een netto lang combinatievonnis opgelegd (gemiddeld 5% van de combinatievonnissen in 2020 t/m 2024), terwijl dit in 2015 t/m 2019 6 keer voorkwam (gemiddeld 2%; $X^2[1]=8,63$; $p=0,003$, $w=0,10$ [kleine effectgrootte]). Als er langer wordt teruggekeken en de totale onderzoeksperiode in tweeën wordt gedeeld, is eveneens een significante stijging te zien: 6 keer (gemiddeld 0,4% van de opleggingen in 2000 t/m 2012) en 41 keer (gemiddeld 4,1% van de opleggingen in 2013 t/m 2024; $X^2[1]=40,56$; $p=0,000$, $w=0,13$ [kleine effectgrootte]). Te zien is verder dat de meeste netto combinatievonnissen kort zijn en tussen de 0-10 jaar duren (98%). Daarvan maakt de categorie 0-5 jaar het grootste deel uit, dit is gemiddeld 92% in 2000 t/m 2024 (range 77%, in 2021 tot 99%, in 2017). Verder valt de categorie van een gevangenisstraf van 25 jaar of langer weg, geen van de netto strafduren is langer dan 25 jaar.[37] Ook is te zien dat er in de periode 2000 t/m 2008 geen combinatievonnissen met een netto strafduur van 10 jaar of langer zijn opgelegd en netto combinatievonnissen tussen de 15 en 25 jaar zeldzaam zijn.

Tabel 3.3 Aantal combinatievonnissen in 2000 t/m 2024 naar netto opgelegde strafduur in intervallen van 5 jaar (N=2.584 combinatievonnissen)

Jaar	0-5 jaar		5-10 jaar		10-15 jaar		15-20 jaar		20 jaar tot 25		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2000	103	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	103	100
2001	148	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	148	100
2002	159	97,0	5	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	164	100
2003	177	98,9	2	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	179	100
2004	177	98,9	2	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	179	100
2005	153	96,8	5	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	158	100
2006	128	97,0	4	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	132	100
2007	144	99,3	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	145	100
2008	85	95,5	4	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	89	100
2009	77	97,5	1	1,3	1	1,3	0	0,0	0	0,0	79	100
2010	60	95,2	2	3,2	1	1,6	0	0,0	0	0,0	63	100
2011	66	88,0	6	8,0	3	4,0	0	0,0	0	0,0	75	100
2012	54	83,1	10	15,4	1	1,5	0	0,0	0	0,0	65	100
2013	53	81,5	8	12,3	4	6,2	0	0,0	0	0,0	65	100
2014	51	85,0	5	8,3	3	5,0	1	1,7	0	0,0	60	100
2015	47	87,0	6	11,1	1	1,9	0	0,0	0	0,0	54	100
2016	61	87,1	8	11,4	1	1,4	0	0,0	0	0,0	70	100
2017	58	86,6	7	10,4	1	1,5	0	0,0	1	1,5	67	100

[37] John S., met een combinatievonnis van 30 jaar, zit niet in onze dataset, omdat zijn vonnis in 2025 onherroepelijk is geworden.

Jaar	0-5 jaar		5-10 jaar		10-15 jaar		15-20 jaar		20 jaar tot 25		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2018	71	89,9	7	8,9	1	1,3	0	0,0	0	0,0	79	100
2019	86	89,6	9	9,4	0	0,0	0	0,0	1	1,0	96	100
2020	74	85,1	10	11,5	1	1,1	2	2,3	0	0,0	87	100
2021	99	77,2	21	16,4	8	6,3	0	0,0	0	0,0	128	100
2022	69	80,2	11	12,8	5	5,8	1	1,2	0	0,0	86	100
2023	95	86,4	13	11,8	0	0,0	2	1,8	0	0,0	110	100
2024	88	85,4	7	6,8	6	5,8	1	1,0	1	1,0	103	100
Totaal	**2.383**	**92,2**	**154**	**6**	**37**	**1,4**	**7**	**0,3**	**3**	**0,1**	**2.584**	**100**

Naast het aantal opleggingen van een lang combinatievonnis per jaar, is gekeken naar het moment waarop de eerste lange combinatievonnissen zich in de praktijk aandienen en hoeveel tbs-gestelden per jaar beginnen aan hun behandeling na een netto lang combinatievonnis (zie tabel 3.4). Zoals vermeld is het eerste netto lange combinatievonnis in 2009 opgelegd. Een tbs-gestelde met een dergelijk lang netto combinatievonnis bereikt in 2019 zijn tbs-termijn, waarmee vóór 2019 in de tbs-behandelpraktijk nog geen ervaring is opgedaan met tbs-gestelden met een combinatievonnis van 10 jaar of meer. Het beeld dat hierover in de praktijk bestaat (zie hoofdstuk 5) komt daarmee overeen met de cijfers. Te zien is dat er voor 2031-2035 de meeste netto lange combinatievonnissen worden verwacht (n=20, 43%). Dit aantal is voor de praktijk het meeste van belang.

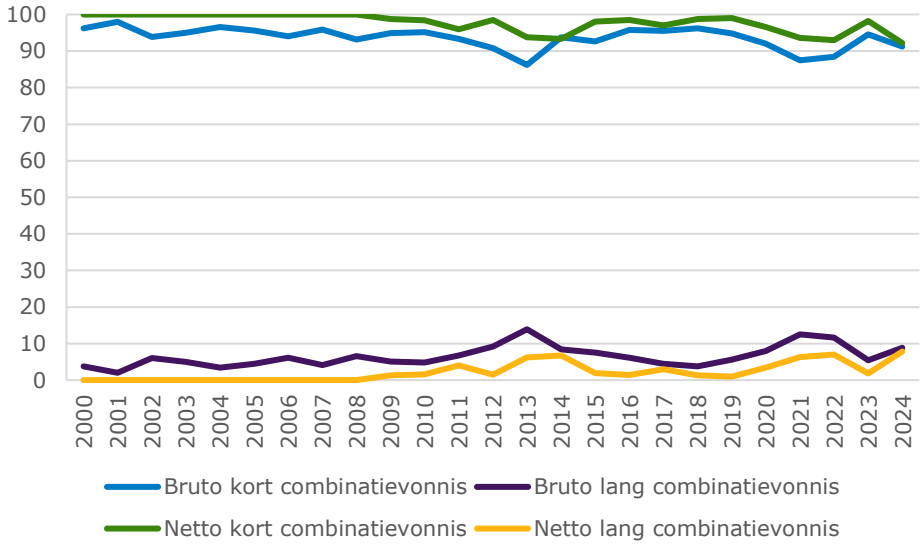
Tabel 3.4 Jaartal waarin tbs-gestelden aan hun behandeling beginnen, op basis van netto lange combinatievonnissen (n=47 tbs-gestelden)[a]

Jaar	10-15 jaar	15-20 jaar	20-25 jaar	Totaal
	n	n	n	n
2010-2015	0	0	0	0
2016-2020	1	0	0	1
2021-2025	12	0	0	12
2026-2030	4	1	0	5
2031-2035	20	0	0	20
2036-2040	0	6	2	8
2041-2045	0	0	1	1
Totaal	**37**	**7**	**3**	**47**

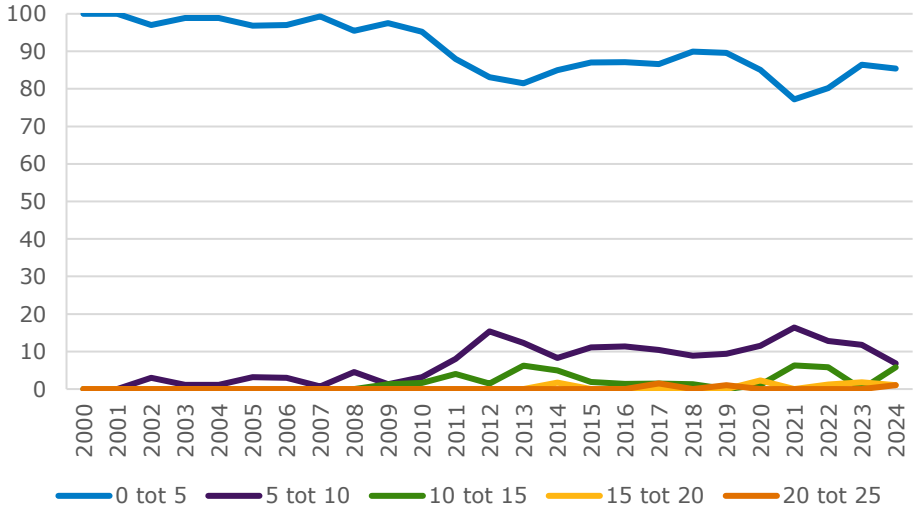
a Hierin is geen rekening gehouden met eventueel latere plaatsingen gezien het huidige capaciteitstekort.

In figuur 3.4 zijn de opleggingen van de lange combinatievonnissen over de tijd weergegeven, naar rato van het totaal aantal opleggingen van een combinatievonnis per jaar (naar bruto en naar netto strafduur). Hierbij zijn de korte bruto en netto (minder dan 10 jaar) en de lange bruto en netto (10 jaar of meer) combinatievonnissen tegen elkaar afgezet.

Figuur 3.4 Aantal opleggingen van lange combinatievonnissen in bruto en netto strafduur per jaar



Figuur 3.5 Aantal opleggingen van korte en lange combinatievonnissen gerelateerd aan aantal combinatievonnissen per jaar (netto strafduur in % van het totaal)



In tabel 3.5 is te zien dat het uitmaakt voor het aantal combinatievonnissen dat als 'lang' wordt aangemerkt of naar bruto of netto strafduur wordt gekeken. Zo zijn er 100 lange combinatievonnissen met een bruto gevangenisstraf van 10-15 jaar, maar zijn er maar 10 lange combinatievonnissen met een netto gevangenisstraf van 10-15 jaar.

Tabel 3.5 Verdeling combinatievonnissen van bruto strafduur naar netto strafduur (N=2.584 combinatievonnissen)

Netto combinatievonnissen	Bruto combinatievonnissen						
	0-5 jaar	5-10 jaar	10-15 jaar	15-20 jaar	20-25 jaar	25+ jaar	Totaal
0-5 jaar	1.961	383	39	0	0	0	2.383
5-10 jaar	0	80	51	15	8	0	154
10-15 jaar	0	0	10	19	7	1	37
15-20 jaar	0	0	0	2	3	2	7
20-25 jaar	0	0	0	0	0	3	3
25+ jaar	0	0	0	0	0	0	0
Totaal	**1.961**	**463**	**100**	**36**	**18**	**6**	**2.584**

3.2.3 Kenmerken die samenhangen met korte of lange combinatievonnissen

Om te achterhalen of en, zo ja, welke kenmerken samenhangen met de duur van de opgelegde gevangenisstraf is de dataset opgedeeld in twee groepen: degenen met een lang combinatievonnis en degenen met een kort combinatievonnis, op grond van een bruto lang combinatievonnis (zie 1.3.1). Deze twee groepen zijn op verschillende kenmerken met elkaar vergeleken.

Demografische kenmerken
De meeste combinatievonnissen zijn opgelegd aan een man (n=2.458, 93%), net als overigens gebruikelijk bij de tbs-maatregel. Het relatieve aandeel van vrouwen is enigszins kleiner in de groep lange combinatievonnissen (4%, n=6) dan in de groep korte combinatievonnissen (7%, n=166). Dit verschil is niet significant ($X^2(1)=2,319$, $p=0,13$).

De gemiddelde leeftijd van de tbs-gestelden ten tijde van het onherroepelijk worden van het vonnis met een combinatievonnis is 35,6 jaar ($SD=10,6$), waarbij de leeftijd varieert in range van 17 tot 79 jaar. De gemiddelde leeftijd van tbs-gestelden met een lang combinatievonnis ($M=37,4$, $SD=10,8$) is significant hoger dan die van tbs-gestelden met een kort combinatievonnis ($M=35,5$, $SD=10,6$; $t(2.582)=-2,204$; $p=0,01$).

Gepleegde delict

Aantal en type delict
De meeste tbs-gestelden veroordeeld tot een combinatievonnis hebben twee of meer delicten gepleegd (57,6%, n=1.488). Het gemiddeld aantal indexdelicten waarvoor men veroordeeld is, is 2,25 delicten ($SD=1,5$). Het gemiddeld aantal indexdelicten

verschilt niet significant tussen tbs-gestelden met lange (*M*=2,47, *SD*=1,9) en korte combinatievonnissen (*M*=2,23, *SD*=1,5; *t*(173,04)=-1,550; *p*=0,123). De meeste combinatievonnissen zijn opgelegd voor het plegen van één of meer overige geweldsdelicten (45% van de combinatievonnissen, zie tabel 3.6; in bijlage 4 is uiteengezet welke type delict in welke delictscategorie is ingedeeld). Elk type delict is op zaaksniveau gedichotomiseerd: een levensdelict, ook als dit meerdere keren is gepleegd, kon al dan niet voorkomen. Dit geldt ook voor tabellen 3.7 en 3.8 (zie ook paragraaf 1.3.3). Daarnaast zijn vermogensdelicten, brandstichting en overige delicten indien deze geen gevaar opleverden voor personen, op zichzelf genomen niet voldoende om een tbs-maatregel voor opgelegd te kunnen krijgen en zijn deze dus altijd gecombineerd met een ander, wel gewelddadig delict (zie art. 37a Sr). Als wordt gekeken naar verschillen in type delict bij lange versus korte combinatievonnissen, is te zien dat lange combinatievonnissen vrijwel altijd zijn opgelegd wegens een levensdelict (93%). Dit is significant vaker dan bij korte combinatievonnissen (39%; *p*<0,001). Gewelds-, zedendelicten en brandstichting komen significant vaker voor bij korte combinatievonnissen (*p* telkens <0,005), beide groepen verschillen niet significant op vermogensdelicten en overige delicten. Een veroordeling tot een levensdelict hangt positief en significant samen met de opgelegde strafduur (*r*= 0,401, *p*<0,001). Wat betekent dat een veroordeling voor een levensdelict samenhangt met een hogere strafduur. Veroordelingen tot overige geweldsdelicten en brandstichting hangen juist negatief samen met de opgelegde strafduur (*r*=-0,181, *p*<0,001 en *r*=-0,150, *p*<0,001). Voor de overige delicten is geen significante samenhang gevonden met de opgelegde strafduur.

Tabel 3.6 Type delict naar korte, lange en totaal aantal combinatievonnissen

Indexdelict	Lang		Kort		Totaal		Chi-square toets		
	n	%[a]	n	%[b]	n	%[c]	X^2	*df*	*p*
Levensdelict	149	93,1	949	39,2	1.098	42,5	178,940	1	<0,001
Geweldsdelict	40	25,0	1.128	46,5	1.168	45,2	28,101	1	<0,001
Zedendelict	32	20,0	690	28,5	722	27,9	5,342	1	<0,05
Vermogensdelict	24	15,0	358	14,8	382	14,8	0,006	1	0,936
Brandstichting	7	4,4	284	11,7	291	11,3	8,094	1	<0,005
Overig	32	20,0	384	15,8	416	16,1	1,922	1	>0,5

a Percentage van het totaal aantal lange combinatievonnissen.

b Percentage van het totaal aantal korte combinatievonnissen.

c Percentage van het totaal aantal combinatievonnissen.

In tabel 3.7 is te zien hoe vaak de combinatie van verschillende typen delicten voorkomt, bij lange combinatievonnissen. In tabel 3.8 staan dezelfde cijfers voor de korte combinatievonnissen. In geval van een lang combinatievonnis, komt een levensdelict het meest voor, deze is meestal met een geweldsdelict gecombineerd (in 24% van de zaken met een levensdelict). In geval van een kort combinatievonnis, komt een geweldsdelict het meest voor, deze is meestal met een overig delict gecombineerd (in 25% van de zaken met een geweldsdelict).

Tabel 3.7 Combinatie van type indexdelicten, bij lange combinatievonnissen

Type indexdelict	Leven		Geweld		Zeden		Vermogen		Brand		Overig	
	n	%[a]	n	%[a]	n	%[a]	n	%[a]	n	%[a]	n	%[a]
Leven	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Geweld	35	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zeden	25	17	15	38	-	-	-	-	-	-	-	-
Vermogen	24	16	12	3	6	19	-	-	-	-	-	-
Brand	6	4	1	3	1	3	2	8	-	-	-	-
Overig	32	21	11	28	6	19	6	25	4	57	-	-
Geen ander delict	27	18	1	3	19	59	16	67	3	43	-	-
Totaal	**149**	**100**	**40**	**100**	**32**	**100**	**24**	**100**	**7**	**100**		

a Percentage van dit type delict in geval van lange combinatievonnissen.

Tabel 3.8 Combinatie van type indexdelicten, bij korte combinatievonnissen

Type indexdelict	Leven		Geweld		Zeden		Vermogen		Brand		Overig	
	n	%[a]	n	%[a]	n	%[a]	n	%[a]	n	%[a]	n	%
Leven	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-
Geweld	300	32	-	-	-	-	-		-	-	-	-
Zeden	49	5	224	20	-	-	-		-	-	-	-
Vermogen	101	11	246	22	77	11	-	-	-	-	-	-
Brand	29	31	74	7	9	1	36	10	-	-	-	-
Overig	126	13	278	25	58	8	94	26	55	19	-	-
Geen ander delict	344	36	306	27	546	79	228	64	229	80	-	-
Totaal	**949**	**100**	**1.128**	**100**	**690**	**100**	**358**	**100**	**284**	**100**		

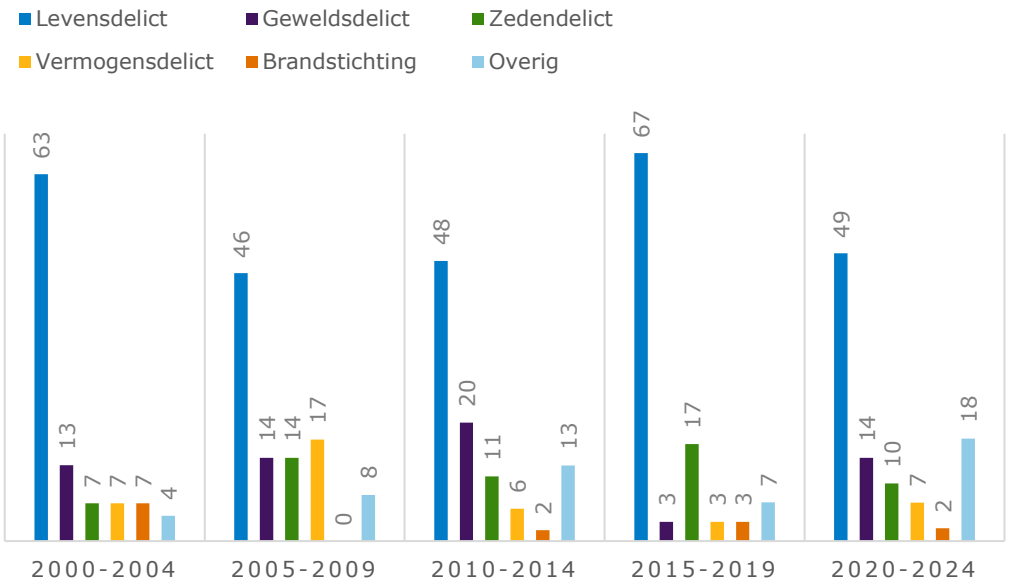
a Percentage van dit type delict in geval van korte combinatievonnissen.

Verandering in delicten over tijd

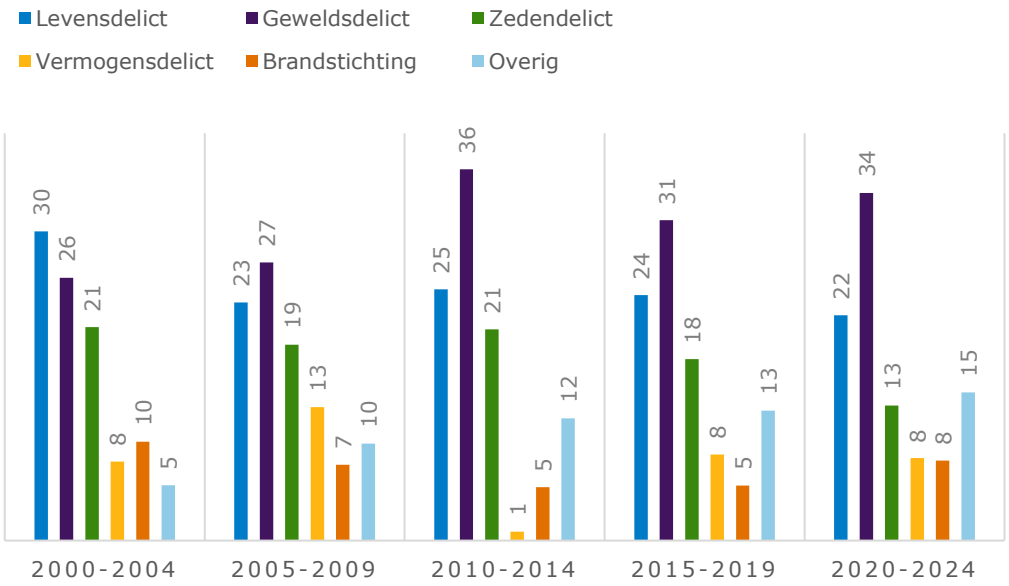
Om te bepalen of er verschillen zijn in het type delict waarvoor een lang of kort combinatievonnis wordt opgelegd, is gekeken naar eerdergenoemde tweedeling in de dataset: combinatievonnissen opgelegd in 2000 t/m 2012 zijn vergeleken met combinatievonnissen opgelegd in 2013 t/m 2024. Dit is apart gedaan voor de lange combinatievonnissen en voor de korte combinatievonnissen (zie ook figuren 3.6 en 3.7). Uit de analyses blijkt dat lange combinatievonnissen in recentere jaren (2013 t/m 2014) significant minder vaak dan in eerdere jaren (2000 t/m 2012) voor vermogensdelicten ($X^2[1]=3,888$; $p<0,05$) en voor overige delicten ($X^2=8,568$; $p<0,005$) zijn opgelegd. Voor zedendelicten, overige geweldsdelicten en levensdelicten zijn geen significante verschillen gevonden. Voor brandstichting is deze analyse niet mogelijke vanwege het niet voldoen aan de toets assumpties (komt te weinig voor). Ook blijkt dat korte combinatievonnissen in recentere jaren (2013 t/m 2024) significant vaker dan in eerdere jaren voor een overig delict ($X^2=44,076$; $p<0,005$) en

significant minder vaak voor een gewelds- (X^2=40,583; p<0,005) of zedendelict (X^2=3,955; p<0,05) worden opgelegd. Voor levensdelicten, vermogensdelicten en brandstichting zijn geen significante verschillen gevonden. Voor het meest ernstige delicttype, levensdelicten, zijn daarmee geen verschillen gevonden, daarvoor wordt in de twee tijdvakken telkens meestal een lang combinatievonnis opgelegd.

Figuur 3.6 Indexdelicten uitgesplitst in periodes van vijf jaar, bij lange combinatievonnissen (percentages van totaal per periode)



Figuur 3.7 Indexdelicten uitgesplitst in periodes van vijf jaar, bij korte combinatievonnissen (percentages van totaal per periode)



Mate van toerekeningsvatbaarheid
Binnen de reikwijdte van het onderzoek is alleen zicht gekomen op het aantal zaken waarin OVAR is uitgesproken en daarmee op het aantal volledig ontoerekeningsvatbare tbs-gestelden (zie tabel 3.9). Op andere gradaties van toerekeningsvatbaarheid is helaas geen zicht gekomen, aangezien dit niet centraal wordt geregistreerd. Te zien is dat het aantal keer OVAR varieert tussen 12% van de opleggingen (in 2001) en 41% van de opleggingen (in 2022). In recente jaren is een significante stijging te zien van het aantal keer dat OVAR is gecombineerd met een ongemaximeerde tbs-maatregel[38]: 19% van de opleggingen in 2000 t/m 2012 en 30% van de opleggingen in 2013 t/m 2024 (X^2[1]=55,66; p=0,000, w=0,128 [kleine effectgrootte]). Als naar de afgelopen vijf jaar wordt teruggekeken, is geen significante stijging te zien in het aantal OVARs: 29,6% in 2015 t/m 2019 en 31,1% in 2020 t/m 2024 (X^2[1]=0,33; p=0,566). De onderzoekers hadden de hypothese dat de wetswijziging waarbij plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis op grond van artikel 37 Sr is komen te vervallen, samenhing met deze significante stijging. Deze wetswijziging vond op 1 januari 2020 plaats (zie eerder), maar als naar de afgelopen vijf jaar en de vijf jaar daarvoor wordt teruggekeken, is de waargenomen stijging dus niet meer significant.

[38] De gemaximeerde tbs is in het huidige onderzoek niet meegenomen (zie ook paragraaf 1.3.3).

Tabel 3.9 Aantal tbs-opleggingen met verpleging (ongemaximeerd) in 2000 t/m 2024 i.c.m. volledige ontoerekeningsvatbaarheid (*N*=3.385 vonnissen)

Jaar	OVAR		Totaal opleggingen tbs met verpleging
	n	%[a]	n
2000	36	26	139
2001	21	12	169
2002	33	17	197
2003	36	17	215
2004	28	14	207
2005	32	17	190
2006	32	20	164
2007	29	17	174
2008	24	21	113
2009	25	24	104
2010	26	29	89
2011	25	25	100
2012	23	26	88
2013	17	21	82
2014	28	32	88
2015	30	36	84
2016	26	27	96
2017	34	34	101
2018	35	31	114
2019	29	23	125
2020	35	29	122
2021	45	26	173
2022	59	41	145
2023	50	31	160
2024	43	29	146
Totaal	**801**	**24**	**3.385**

a Percentage van het totaal aantal tbs-opleggingen met verpleging (ongemaximeerd) per jaar.

3.3 Tbs-gestelden met een afgerond combinatievonnis

Voor het in kaart brengen van (verschillen in) het behandeltraject tussen tbs-gestelden met en zonder een lang combinatievonnis is het belangrijk dat de tbs-behandeling niet alleen is opgelegd (zoals in paragrafen 3.2 en 3.3), maar ook is gestart en daarnaast op een geldige manier is beëindigd. Bij tbs-gestelden van wie de behandeling nog niet is begonnen, kunnen veel van hier onderzochte factoren niet betrouwbaar worden

onderzocht, bijvoorbeeld, een datum van een eerste verlof is dan nog niet bekend. Hetzelfde geldt voor tbs-gestelden van wie de behandeling nog niet is afgerond, bijvoorbeeld, de totale duur van de behandeling is nog niet bekend. Voor de analyses in deze paragraaf gelden daarom extra exclusiecriteria en zijn alleen tbs-gestelden onderzocht met een combinatievonnis dat is opgelegd in 2000 t/m 2024, van wie de tbs-behandeling is begonnen en van wie de tbs-behandeling ook op een geldige manier is geëindigd (zie verder tabel 1.1 in paragraaf 1.3.1).[39] Het totaal aantal tbs-gestelden dat in deze paragraaf is meegenomen, is 1.117 (43% van alle combinatievonnissen). Hiervan hebben 42 tbs-gestelden een lang combinatievonnis (26% van alle lange combinatievonnissen) en 1.075 tbs-gestelden een kort combinatievonnis (44% van alle korte combinatievonnissen).

Er is gekeken naar verschillende gemiddelde leeftijden van tbs-gestelden met een lang of kort combinatievonnis, daarin zijn geen significante verschillen gevonden (zie tabel 3.10).

Tabel 3.10 Leeftijd van de tbs-gestelden met een afgerond behandeltraject op verschillende momenten (*N*=1.117 tbs-gestelden)

	Lang	Kort	Totaal	T-toets		
	M	*M*	*M*	*t*	*df*	*p*
Leeftijd ten tijde van OH	34,0	34,2	34,0	0,148	1.115	0,882
Leeftijd ten tijde van start behandeling	38,0	35,0	35,1	-1,851	1.115	0,064
Leeftijd ten tijde van einde behandeling	47,0	44,5	44,6	-1,458	1.115	0,145

Voor wat betreft de delict achtergrond is te zien dat significant meer tbs-gestelden met een lang combinatievonnis een levensdelict hebben gepleegd dan tbs-gestelden met een kort combinatievonnis. Een ander geweldsdelict komt significant vaker voor bij tbs-gestelden met een kort afgerond combinatievonnis dan bij tbs-gestelden met een lang afgerond combinatievonnis Er zijn maar weinig vrouwen met een afgerond lang combinatievonnis, dit zijn er drie. Dat aantal is te laag om op significante verschillen te toetsen (zie tabel 3.11).

Tabel 3.11 Kenmerken van de tbs-gestelden met een afgerond behandeltraject (*N*=1.117 tbs-gestelden)

Kenmerken	Lang		Kort		Totaal		Chi-Square Tests		
	n	%[a]	n	%[b]	n	%[c]	X^2	*df*	*p*
Man	39	92,9	982	91,3	1.021	91,4			
Vrouw	3	7,1	93	8,7	96	8,6			
Levensdelict	38	90,5	470	43,7	508	45,5	35,636	1	<0,001*
Geweldsdelict	7	16,7	433	40,3	440	39,4	9,440	1	0,002*

[39] Een alternatief was geweest om per variabele te bepalen voor hoeveel tbs-gestelden de analyse betrouwbaar kon worden verricht. Bijvoorbeeld, door van alle tbs-gestelden met een eerste machtiging tot begeleid verlof te bepalen of de duur tot deze datum tussen tbs-gestelden met een lang en een kort combinatievonnis verschilde. Hier is niet voor gekozen, om zo de groepen tbs-gestelden met een lang dan wel een kort combinatievonnis zoveel mogelijk gelijk te houden en bovendien om de analyses tussen de groepen over telkens zoveel mogelijk dezelfde personen te laten gaan. Op die manier zijn de resultaten zowel tussen de groepen als tussen de verschillende analyses zoveel mogelijk met elkaar te vergelijken. Het enige groepsverschil dat kan voorkomen, betreft missende gegevens; bijvoorbeeld, niet van iedereen is een datum begeleid verlof geregistreerd. Het aantal tbs-gestelden dat in de analyse is opgenomen, is telkens vermeld.

Kenmerken	Lang		Kort		Totaal		Chi-Square Tests		
	n	%[a]	n	%[b]	n	%[c]	X^2	*df*	*p*
Zedendelict	5	11,9	252	23,4	257	23	3,037	1	0,093
Vermogensdelict	7	16,7	150	14	157	14,1	0,246	1	0,649
Brandstichting	3	7,1	146	13,6	149	13,3	1,450	1	0,260
Overig	4	9,5	124	11,5	128	11,5	0,161	1	0,810

* $p<0,01$

a Percentage van het totaal aantal lange combinatievonnissen.

b Percentage van het totaal aantal korte combinatievonnissen.

c Percentage van het totaal aantal combinatievonnissen.

3.3.1 *Duur in detentie voorafgaand aan plaatsing tbs-kliniek*

De duur tot aan de tbs-termijn is gemiddeld 762 dagen (*SD*=561; werkelijke startdatum min datum inverzekeringstelling; *n*=1.117). Voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis was de duur tot aan de tbs-termijn gemiddeld 2.331 dagen (*SD*=678) en voor tbs-gestelden kort combinatievonnis was deze gemiddeld 700 dagen (*SD*=458). Deze gemiddelde duur verschilt significant, wat te verwachten is aangezien de indeling in de groepen gebaseerd is op een lange versus een korte gevangenisstraf (*t*[42.477]=-15,460; *p*<0,001).

In de praktijk komt het voor dat de tbs-gestelde niet op de tbs-termijn kan worden opgenomen in een tbs-kliniek, doordat er nog geen plek is. Deze tbs-gestelden wachten dan in detentie of een ppc totdat er een plek vrijkomt; zogenaamde 'tbs-passanten'. De periode die de tbs-gestelden in detentie hebben doorgebracht tot de datum eerste opname (datum eerste opname min datum inverzekeringstelling) is gemiddeld 1.008 dagen (*SD*=504; n=1.117). Tbs-gestelden met een lang combinatievonnis hebben gemiddeld 2.335 dagen (*SD*=682) in detentie gezeten voorafgaand aan plaatsing in een tbs-kliniek. Tbs-gestelden met een kort combinatievonnis hebben gemiddeld 956 dagen (*SD*=418) in detentie gezeten voorafgaand aan plaatsing in een tbs-kliniek. Deze gemiddelde duur verschilt significant, wat te verwachten is aangezien ook deze indeling in de groepen gebaseerd is op een lange versus een korte gevangenisstraf (*t*[42.213]=-13,004; *p*<0,001).

Tbs-gestelden met een afgerond combinatievonnis hebben gemiddeld een opgelegde strafduur van 1.026 dagen (n=1.117, *SD*=1.009). Langgestrafte tbs-gestelden hebben gemiddeld een opgelegde strafduur van 4.436 dagen (n=42, *SD*=844) en kortgestrafte tbs-gestelden hebben gemiddeld een opgelegde strafduur van 893 dagen (n=1.075, *SD*=747). Gemiddeld brengen tbs-gestelden met een afgerond combinatievonnis 1.008 dagen in detentie door voordat ze worden overgeplaatst naar een tbs-kliniek (n=1.117, *SD*=504). Langgestrafte tbs-gestelden brengen gemiddeld 2.334 dagen in detentie door voordat ze worden overgeplaatst naar een tbs-kliniek (n=42, *SD*=682) en kortgestrafte tbs-gestelden brengen gemiddeld 956 dagen in detentie door voordat ze worden overgeplaatst naar een tbs-kliniek (n=1.075, *SD*=418). Vervolgens is gekeken naar hoe de daadwerkelijke tijd die in detentie is doorgebracht zich procentueel gezien verhoudt tot de opgelegde gevangenisstraf. Dit is gedaan door een nieuwe variabele aan te maken voor elke tbs-gestelde waarbij de daadwerkelijke doorgebrachte tijd in detentie is gedeeld door de bruto opgelegde gevangenisstraf

(deel/geheel x 100).[40] Het aandeel dat de tijd in detentie uitmaakt van de bruto opgelegde gevangenisstraf is gemiddeld 186% (n=1.116, *SD*=241%). Voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis is dit gemiddeld 53% (n=42, *SD*=12%), voor tbs-gestelden met een kort combinatievonnis is dit gemiddeld 191% (n=1.074, *SD*=244%). Dit verschil is significant (t(1.098)=18,003; p<0,001). Dit betekent dat justitiabelen met een kort combinatievonnis veelal meer in detentie doorbrengen dan door de rechter in de straftoemeting is opgelegd, terwijl justitiabelen met een lang combinatievonnis doorgaans al na de helft van de bruto gevangenisstraf aan hun tbs-behandeling beginnen. Hierbij moet wel worden benoemd dat de duur in detentie naar opgelegde gevangenisstraf bij tbs-gestelden met een kort combinatievonnis relatief sneller een groter deel is dan die van tbs-gestelden met een lang combinatievonnis. Stel de opgelegde gevangenisstraf is één dag dan is een vertraging van één dag al 200% van de bedoelde straf.

De wachttijd van de tbs-gestelden tot plaatsing in een tbs-kliniek (passantentijd) bedraagt gemiddeld 246 dagen (*SD*=222; datum eerste opname tbs min werkelijke startdatum tbs; n=1.117). Voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis was dit gemiddeld 4 dagen (*SD*=20). Voor tbs-gestelden met een kort combinatievonnis was dit gemiddeld 256 dagen (*SD*=221). Dit verschil is significant (t(717.433)=33,862; p<0,001), wat betekent dat tbs-gestelden met een lang combinatievonnis gemiddeld korter hebben moeten wachten op de start van hun tbs-behandeling terwijl de wettelijke termijn al was aangevangen dan tbs-gestelden met een kort combinatievonnis.

3.3.2 *Aantal klinieken en overplaatsingen*

Aantal klinieken

In tabel 3.12 is weergegeven in hoeveel unieke klinieken de tbs-gestelden hebben gezeten (n=1.117). De meeste tbs-gestelden hebben in één kliniek gezeten (69%). Tbs-gestelden met een lang combinatievonnis hebben gemiddeld even vaak in 1 kliniek gezeten als tbs-gestelden met een kort combinatievonnis (X^2[1]=0,002, p>0,05; 1 kliniek versus 2 of meer).

Tabel 3.12 Aantal unieke klinieken (n= aantal tbs-gestelden)

Aantal unieke klinieken	Lang combinatievonnis		Kort combinatievonnis		Totaal	
	n	%[a]	n	%[b]	n	%[c]
1 kliniek	29	69	746	69	775	69
2 klinieken	8	19	250	23	258	23
3 klinieken	5	12	60	6	65	6
4 of meer klinieken	0	0	16	2	16	1
Totaal	**42**	**100**	**1.067**	**100**	**1.117**	**100**

a Percentage van aantal tbs-gestelden met een lang combinatievonnis.

b Percentage van aantal tbs-gestelden met een kort combinatievonnis.

c Percentage van totaal tbs-gestelden met een afgeronde tbs-behandeling.

[40] Uit de analyse kwam één extreme outlier naarvoren die de uitkomst zodanig scheef trok dat deze in de analyse als missing is opgegeven.

Aantal overplaatsingen

De hoeveelheid unieke klinieken waarin een tbs-gestelde tijdens zijn behandeling heeft gezeten, geeft geen volledig beeld van het aantal overplaatsingen. Een tbs-gestelde kan immers meerdere keren in dezelfde kliniek worden geplaatst, terwijl er wel sprake is van een nieuwe behandelpoging. Deze gegevens zijn niet voor alle tbs-gestelden beschikbaar. Voor 346 tbs-gestelden (31% van degenen van wie het behandeltraject kan worden onderzocht) is het aantal overplaatsingen bekend, voor de rest van de tbs-gestelden ontbreken deze gegevens (zie tabel 3.13).[41] Daarbij geldt dat 72% van de tbs-gestelden van wie het behandeltraject is onderzocht één keer is overgeplaatst (n=249), 20% voor een tweede keer (n=70) en 8% is drie keer of vaker overgeplaatst (n=27).[42] Tbs-gestelden met een lang combinatievonnis zijn gemiddeld even vaak overgeplaatst als tbs-gestelden met een kort combinatievonnis ($X^2[1]=0{,}427$, $p>0{,}05$; 1 overplaatsing versus meer dan 1).

Tabel 3.13 Aantal overplaatsingen (n=346 tbs-gestelden en n=483 overplaatsingen)

Aantal overplaatsingen	Lang combinatievonnis		Kort combinatievonnis		Totaal	
	n	%[a]	n	%[b]	n	%[c]
1 overplaatsing	9	64	240	72	249	72
2 overplaatsingen	2	14	68	20	70	20
3 overplaatsingen	3	21	17	5	20	6
4 overplaatsingen	0	0	4	1	4	1
5 of meer overplaatsingen	0	0	1	0,3	3	0,9
Totaal	**14**	**100**	**332**	**100**	**346**	**100**

a Percentage van aantal tbs-gestelden met een lang combinatievonnis.

b Percentage van aantal tbs-gestelden met een kort combinatievonnis.

c Percentage van totaal tbs-gestelden met een afgeronde tbs-behandeling.

Vervolgens is nader gekeken naar de reden van overplaatsing, dit is 483 keer bekend (zie tabel 3.14). In 94% van de gevallen is niet meer informatie bekend dan dat het een overplaatsing was. 'Aangeboden voor herselectie' (1%), behandeladvies (2%) en een crisisinterventie (3%) komen ook af en toe voor. Gezien de lage aantallen, zijn de verschillen tussen lange en korte combinatievonnissen niet te toetsen.

41 Een ontbrekende waarde bij deze variabele ('reden opname') betekent niet per definitie dat een tbs-gestelde niet is overgeplaatst. Het kan ook zijn dat dit wel is gebeurd, maar dat de informatie hierover ontbreekt. Het verschil hiertussen wordt uit de aangeleverde data niet duidelijk.

42 Ter vergelijking, 885 tbs-gestelden met een combinatievonnis (afgerond of niet) zijn ten minste een keer overgeplaatst (34% van alle tbs-gestelden met een combinatievonnis in 2000 t/m 2024) en 1.109 tbs-gestelden uit de gehele dataset (ook degenen met OVAR) zijn ten minste een keer overgeplaatst (33% van alle tbs-gestelden in 2000 t/m 2024).

Tabel 3.14 Reden tot overplaatsing (n=465 overplaatsingen)

	Lang combinatievonnis		Kort combinatievonnis		Totaal	
	n	%[a]	n	%[b]	n	%[c]
Aangeboden voor herselectie	1	5	2	0,4	3	0,6
Behandeladvies	0	0	11	2	11	2
Crisisinterventie	2	9	13	3	15	3
Overplaatsing	19	86	435	94	454	94
Totaal	**22**	**100**	**461**	**100**	**483**	**100**

a Percentage van aantal tbs-gestelden met een lang combinatievonnis.

b Percentage van aantal tbs-gestelden met een kort combinatievonnis.

c Percentage van totaal tbs-gestelden met een afgeronde tbs-behandeling.

3.3.3 Behandelvoortgang

Om de voortgang in de behandeling van tbs-gestelden met een kort en een lang combinatievonnis te onderzoeken, is gekeken naar verschillende datums. Deze datums zijn beschouwd als indicatie voor de behandelvoortgang. Het betreft telkens de eerste datum voor genoemde machtigingen/gebeurtenissen: voor begeleid verlof, voor onbegeleid verlof, voor proefverlof, voor voorwaardelijke beëindiging, voor een machtiging tot indicatiestelling LFPZ en ten slotte tot het einde van de tbs-maatregel.[43] Alle verschillen zijn eenzijdig getoetst, vanwege de hypothese dat er detentieschade optreedt na een lang combinatievonnis.

Duur tot eerste machtiging begeleid verlof

Voor 1.037 tbs-gestelden is een eerste machtiging voor begeleid verlof gegeven (93% van de tbs-gestelden met een afgerond combinatievonnis). Tbs-gestelden met een lang combinatievonnis hebben vrijwel allemaal een eerste datum voor begeleid verlof (n=40, 95%), net als tbs-gestelden met een kort combinatievonnis (n=997, 93%; significantie niet te toetsen, er wordt niet aan de toetsassumpties voldaan). Deze cijfers zijn niet opvallend. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat alle tbs-gestelden een machtiging tot begeleid verlof hebben gehad, zij zijn immers allen inmiddels uitgestroomd.

De duur tussen de eerste opname en de eerste machtiging voor begeleid verlof is gemiddeld 920 dagen (*SD*=575). Er bestaat een brede range in duur, van 25 dagen tot 4.365 dagen. Voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt het gemiddeld 1.137 dagen tot de eerste machtiging voor begeleid verlof (*SD*=682, range 242-3.375 dagen). Voor tbs-gestelden met een kort combinatievonnis duurt dit gemiddeld 912 dagen (*SD*=569, range 25-4.365 dagen). Dit verschil is significant, voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt het gemiddeld langer totdat ze een machtiging voor begeleid verlof krijgen ($t(1.035)=-2,43$; $p=0,008$).

Duur tot eerste machtiging onbegeleid verlof

Voor 917 tbs-gestelden is een eerste machtiging voor onbegeleid verlof gegeven (82% van de tbs-gestelden met een afgerond combinatievonnis). Veel tbs-gestelden met een lang combinatievonnis hebben een eerste datum voor onbegeleid verlof (n=39, 93%),

[43] Dit volgt niet helemaal de manier waarop een traject in de praktijk kan verlopen, er kunnen meerdere datums voor alle typen verloven worden afgegeven en ook kan een tbs-maatregel worden hervat na voorwaardelijke beëindiging of kan een LFPZ-status weer worden opgeheven. Voor het behapbaar houden van de analyses is hier echter alleen voor de eerste datums tot elk type machtiging gekozen.

net als veel tbs-gestelden met een kort combinatievonnis (n=878, 82%; significantie niet te toetsen, er wordt niet aan de toetsassumpties voldaan). Deze cijfers zijn niet opvallend. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat alle tbs-gestelden een eerste machtiging tot onbegeleid verlof hebben gehad, zij zijn immers allen inmiddels uitgestroomd.

De duur tussen de eerste opname en de eerste machtiging voor onbegeleid verlof is gemiddeld 1.458 dagen (*SD*=729). Er bestaat een brede range in duur, van 63 dagen tot 5.428 dagen. Bij tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt het gemiddeld 1.676 dagen tot de eerste machtiging voor onbegeleid verlof (*SD*=703, range 541-3.662 dagen). Bij tbs-gestelden met een kort combinatievonnis duurt dit gemiddeld 1.448 dagen (*SD*=729, range 63-5.428 dagen). Dit verschil is significant, voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt het gemiddeld langer totdat ze een machtiging voor onbegeleid verlof krijgen (*t*(915)=-1,912; *p*=0,028).

Duur tot eerste machtiging transmuraal verlof
Voor 908 tbs-gestelden is een eerste machtiging voor transmuraal verlof gegeven (82% van de tbs-gestelden met een afgerond combinatievonnis). Veel tbs-gestelden met een lang combinatievonnis hebben een eerste datum voor transmuraal verlof (n=35, 83%), net als veel tbs-gestelden met een kort combinatievonnis (n=873, 81%). Het verschil in aantal tbs-gestelden met een lang versus een kort combinatievonnis dat een eerste machtiging voor transmuraal verlof heeft, is niet significant (X^2[1]=0,120, *p*>0,05). Deze cijfers zijn niet opvallend. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat de meeste tbs-gestelden een eerste machtiging tot transmuraal verlof hebben gehad, zij zijn immers allen inmiddels uitgestroomd.

De duur tussen de eerste opname en de eerste machtiging voor transmuraal verlof is gemiddeld 1.929 dagen (*SD*=827). Er bestaat een brede range in duur, van 109 dagen tot 5.232 dagen. Bij tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt het gemiddeld 2.191 dagen (*SD*=830) tot de eerste machtiging transmuraal verlof (range 463-3.828). Bij tbs-gestelden met een kort combinatievonnis is dit gemiddeld 1.923 dagen (*SD*=827, range 109-5.232). Dit verschil is niet significant, voor tbs-gestelden die een lang of een kort combinatievonnis hebben, duurt het gemiddeld even lang totdat ze een machtiging voor transmuraal verlof krijgen (*t*(906)=-1,177; *p*=0,120).

Duur tot eerste machtiging proefverlof
Voor 415 tbs-gestelden is een eerste machtiging voor proefverlof gegeven (37% van de tbs-gestelden met een afgerond combinatievonnis). Ongeveer de helft van de tbs-gestelden met een lang combinatievonnis heeft een eerste datum voor proefverlof (n=18, 43%), net als ongeveer een derde van de tbs-gestelden met een kort combinatievonnis (n=397, 37%). Het verschil in aantal tbs-gestelden met een lang versus een kort combinatievonnis dat een eerste machtiging voor transmuraal verlof heeft, is niet significant (X^2[1]=0,608, *p*>0,05). Niet alle tbs-gestelden gaan met proefverlof, zoals ook te zien is in deze cijfers. Daarbij is er geen significant verschil in het aantal tbs-gestelden met een lang of kort combinatievonnis dat met proefverlof gaat.

De duur tussen de eerste opname en de eerste machtiging voor proefverlof is gemiddeld 2.904 dagen (*SD*=1.014). Er bestaat een brede range in duur, van 924 dagen tot 7.072 dagen. Voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt het gemiddeld 3.013 dagen tot de eerste machtiging voor proefverlof (*SD*=984, range 1.162-5.124 dagen). Voor tbs-gestelden met een kort combinatievonnis is dit

gemiddeld 2.899 dagen (*SD*=1.017, range 924-7.072). Dit verschil is niet significant, voor tbs-gestelden die een lang of een kort combinatievonnis hebben, duurt het gemiddeld even lang totdat ze een machtiging voor proefverlof krijgen (*t*(413)=-0,466; *p*=0,321).

Duur tot eerste beslissing voorwaardelijke beëindiging
Voor 941 tbs-gestelden is de tbs-behandeling voorwaardelijk beëindigd (84% van de tbs-gestelden met een afgerond combinatievonnis). Veel tbs-gestelden met een lang combinatievonnis hebben een eerste datum voor VB (n=39, 93%), net als veel van de tbs-gestelden met een kort combinatievonnis (n=902, 84%; significantie niet te toetsen, er wordt niet aan de toetsassumpties voldaan). Niet alle tbs-gestelden gaan met VB, zoals ook te zien is in deze cijfers.

De duur tussen de eerste opname en een voorwaardelijke beëindiging is gemiddeld 2.961 dagen (*SD*=1.066). Er bestaat een brede range in duur, van 489 dagen tot 6.660 dagen. Voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt het gemiddeld 2.838 dagen tot de eerste voorwaardelijke beëindiging (*SD*=1.025, range 837-5.567). Bij tbs-gestelden met een kort combinatievonnis duurt dit gemiddeld 2.967 dagen (*SD*=1.068, range 489-6.660 dagen). Dit verschil is niet significant, voor tbs-gestelden die een lang of een kort combinatievonnis hebben, duurt het gemiddeld even lang totdat ze met VB gaan (*t*(939)=0,738; *p*=0,230).

Duur tot eerste machtiging LFPZ
Voor 8 tbs-gestelden is gedurende het behandeltraject een LFPZ-machtiging afgegeven, waarna zij de behandeling alsnog afrondden. Deze 8 tbs-gestelden hebben alle een kort combinatievonnis gehad. De duur tot deze machtiging was gemiddeld 2.317 dagen (SD=947). Omdat er geen tbs-gestelden met een lang combinatievonnis zijn geweest die en een LFPZ-machtiging hebben gekregen en de behandeling hebben afgerond, kon er geen verschil tussen beide groepen tbs-gestelden worden berekend.

Duur tot einde tbs-maatregel
Voor alle 1.117 tbs-gestelden is een einddatum tbs bekend, omdat dit een inclusiecriterium was. Er zitten gemiddeld 3.468 dagen tussen de dag van de eerste opname en de dag waarop de tbs is beëindigd (*SD*=1.326, range 343-8.500 dagen). Bij tbs-gestelden met een lang combinatievonnis is de duur tot het einde tbs gemiddeld 3.253 dagen (*SD*=1.098, range 1.458-5.844). Bij tbs-gestelden met een kort combinatievonnis is de duur gemiddeld 3.477 (*SD*=1.333, range 343-8.500). Dit verschil is niet significant (*t*(1.115)=1,072; *p*=0,142).

Regressieanalyses
Tot slot is op twee manieren naar de gelijktijdige samenhang van verschillende variabelen gekeken: in een Cox-regressie-analyse is gekeken naar voorspellers van de behandelduur, in een logistische regressie-analyse is gekeken naar voorspellers van het al dan niet afronden van de behandeling.

In de Cox regressieanalyse zijn alle tbs-gestelden meegenomen die een afgerond combinatievonnis hebben (n=1.117; zie tabel 3.15). Te zien is dat sekse (vrouw), de leeftijd ten tijde van de start van de behandeling (hoe jonger) en het indexdelict zeden, de kans op het afronden van de behandeling verlagen (eß's<1,0 en p's<0,05) en dat de leeftijd ten tijde van het onherroepelijk worden van het vonnis (hoe ouder) en de duur van de opgelegde gevangenisstraf in jaren (hoe lager) de kans op het afronden van de behandeling verhogen. De waarde van eß van 1,062 bij de oplegde

duur van de gevangenisstraf geeft een zeer licht verhoogde kans op het afronden van de behandeling weer; bij de toename van een jaar gevangenisstraf, stijgt het risico op afronding van de behandeling met 6,2%.[44]

Tabel 3.15 Cox-regressieanalyse: voorspellers van totale behandelduur (n=1.117)

	eß[1]	95% betrouwbaarheidsinterval		*p*-waarde
Sekse: man	0,787	0,633	0,977	0,030*
Leeftijd ten tijde vonnis OH	1,117	1,038	1,202	0,003**
Leeftijd ten tijde start behandeling	0,906	0,841	0,975	0,008**
Indexdelict: zeden	0,724	0,609	0,859	<0,001**
Indexdelict: geweld	1,083	0,945	1,241	0,252
Indexdelict: levens	1,112	0,956	1,294	0,168
Duur opgelegde gevangenisstraf in jaren	1,062	1,034	1,092	<0,001**

* Significante voorspeller, $p<0,05$

** Significante voorspeller, $p<0,01$

Vervolgens is een logistische regressieanalyse uitgevoerd om de invloed van sekse, leeftijd ten tijde van onherroepelijk worden van het vonnis en ten tijde van de start van de behandeling, indexdelict (zeden, geweld, levens) en de duur van de opgelegde gevangenisstraf op de kans op het afronden van de behandeling te onderzoeken. Het model was significant ($X^2(7)=119.279$; $p<0,001$), maar de verklaarde variantie is zeer zwak ($R^2=0,049$; 4,9% van de variantie wordt verklaard met het model, de resterende 95,1% dus niet). De voorspellende variabelen zijn significant, wat aangeeft dat deze variabelen er wel toe kunnen doen, maar met het model kunnen individuele uitkomsten niet goed worden voorspeld.

3.3.4 Alternatieve definitie lang combinatievonnis

Een alternatieve manier om naar eventuele groepsverschillen te kijken, is te bepalen vanaf welke duur van de gevangenisstraf een verschil in de maten voor behandelvoortgang optreedt. In bovenstaande analyses is telkens gekeken naar een lang combinatievonnis gebaseerd op een tweedeling van korter dan 10 jaar gevangenisstraf wel gelijk aan of langer dan die duur. In deze paragraaf is gekeken of een groepsindeling op basis van een kortere gevangenisstraf verschil oplevert voor de uitkomstmaten van de behandelvoortgang (zie tabel 3.16). Te zien is dat het voor de meeste uitkomstmaten uitmaakt met welke gevangenisduur wordt gerekend, waarbij er soms wel en soms geen verschil op deze uitkomstmaten is. Dit geldt voor begeleid verlof, voor onbegeleid verlof, voor VB en voor de totale duur van de behandeling (tijd tussen eerste opname en het einde van de tbs-maatregel). Als naar de totale duur van

[44] Als eß hoger is dan 1,0 geeft dit de kans weer dat de gebeurtenis, in dit geval het afronden van de behandeling, sneller optreedt. Als eß lager is dan 1,0 geeft dit de kans weer dat de gebeurtenis, in dit geval het afronden van de behandeling, minder snel optreedt. Dit kan worden uitgedrukt in percentages. Bijvoorbeeld, een eß van 0,787 betekent dat de kans dat de gebeurtenis optreedt 1-0,787=0,213=21,3% is.

de behandeling wordt gekeken, is er verschil vanaf 2 jaar t/m 8 jaar gevangenisstraf: voor tbs-gestelden met lange combinatievonnissen duurt de behandeling korter dan voor tbs-gestelden met korte combinatievonnissen. Vrijwel hetzelfde resultaat is gevonden voor VB. Voor de gemiddelde duur tot transmuraal verlof, maakt alleen een gevangenisstraf van 1 en 2 jaar uit, voor proefverlof maakt de duur van de gevangenisstraf telkens niet uit. Vanaf 13 jaar gevangenisstraf zijn de aantallen zo laag (<10 per groep), dat daarover geen conclusies kunnen worden getrokken. Om die reden zijn deze groepsverschillen niet bepaald en weggelaten uit de tabel.

Tabel 3.16 Relatie tussen duur gevangenisstraf (bruto) en behandelvoortgang

Duur gevangenis-straf	Aantal combinatie-vonnissen[a]		Begeleid verlof		Onbegeleid verlof		Transmuraal verlof		Proefverlof		VB		Einde tbs	
	Kort (n)	Lang (n)	Kort	Lang	Kort	Lang	Kort	Lang	Kort	Lang	Kort	Lang	Kort	Lang
1	105-224	310-893	Korter	Langer	Gelijk	Gelijk	Korter	Langer	Gelijk	Gelijk	Langer	Korter	Gelijk	Gelijk
2	216-534	199-583	Korter	Langer	Gelijk	Gelijk	Korter	Langer	Gelijk	Gelijk	Langer	Korter	Langer	Korter
3	274-711	141-406	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Langer	Korter	Langer	Korter
4	319-826	96-274	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Langer	Korter	Langer	Korter
5	351-904	64-213	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Langer	Korter	Langer	Korter
6	366-955	49-162	Korter	Langer	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Langer	Korter	Langer	Korter
7	382-1.013	33-104	Korter	Langer	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Langer	Korter	Langer	Korter
8	388-1.036	27-81	Korter	Langer	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Langer	Korter	Langer	Korter
9	395-1.066	20-51	Korter	Langer	Korter	Langer	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk
10	397-1.075	18-42	Korter	Langer	Korter	Langer	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk
11	403-1.090	12-27	Korter	Langer	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk
12	403-1.090	12-27	Korter	Langer	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk

a Het aantal tbs-gestelden met een lang of kort combinatievonnis verschilt per analyse, vandaar dat een range van dit aantal is weergegeven. Het gaat telkens om de gemiddelde duur van de datum tot de eerste machtiging van de betreffende stap.

3.4 Tbs-gestelden met een nog lopend combinatievonnis

Vanwege de toegepaste in- en exclusiecriteria zijn tbs-gestelden van wie de behandeling nog niet is afgerond niet opgenomen in de analyses in paragraaf 3.3. Daarmee zijn in die paragraaf de succesvolle tbs-trajecten in geval van een combinatievonnis onderzocht. In deze paragraaf is gekeken naar een aantal kenmerken van de tbs-gestelden met een combinatievonnis die wel zijn gestart met de behandeling, maar van wie de behandeling nog niet is geëindigd (de overige exclusiecriteria gelden hier overeenkomstig). Dit zijn 1.067 tbs-gestelden (41% van alle combinatievonnissen). Het gaat om 58 tbs-gestelden een lopend lang combinatievonnis (36% van alle lange combinatievonnissen) en 1.009 tbs-gestelden met een lopend kort combinatievonnis (42% van alle korte combinatievonnissen). Dit verschil is niet significant, gemiddeld evenveel tbs-gestelden met een lang combinatievonnis hebben een nog lopende tbs-behandeling als tbs-gestelden met een kort combinatievonnis (X^2[1]=3,507; p=0,061). De gemiddelde leeftijd van tbs-gestelden met nog een lopend combinatievonnis ten tijde van het onherroepelijk worden van het vonnis was 35,5 (SD=10,3; lang combinatievonnis M=37, SD=10; kort combinatievonnis M=35,4, SD=10,4; t(-1,310)=1065; p=0,441). Er zijn maar weinig vrouwen met een nog lopend lang combinatievonnis, dit is er 1. Dat aantal is te laag om op significante verschillen te toetsen (zie tabel 3.17).

Tabel 3.17 Kenmerken van de tbs-gestelden met een nog lopend combinatievonnis (*N*=1.067 tbs-gestelden)

Kenmerken	Lang		Kort		Totaal		Chi-Square Tests		
	n	%[1]	n	%[2]	n	%[3]	X^2	*df*	*p*
Man	57	98,3	962	95,3	1.019	95,5			
Vrouw	1	1,7	47	4,7	48	4,5			
Levensdelict	55	94,8	340	33,7	395	37,0	87,910	1	<0,001*
Geweldsdelict	17	29,3	541	53,6	558	52,3	12,990	1	<0,001*
Zedendelict	13	22,4	327	32,4	340	31,4	2,523	1	0,146
Vermogensdelict	9	15,5	161	16,0	170	15,9	0,008	1	1
Brandstichting	1	1,7	105	10,4	106	9,9	4,621	1	0,038
Overig	13	22,4	204	20,2	217	20,3	0,163	1	0,737

* p<0,01

Zoals eerder vermeld zijn er 160 tbs-gestelden met een lang combinatievonnis op basis van de grens van 10 jaar. Hiervan hebben 42 (26%) tbs-gestelden hun behandeling reeds afgerond (zie paragraaf 3.4) en hebben 58 (36%) tbs-gestelden een nog lopende behandeling (in deze paragraaf beschreven), waarmee 60 tbs-gestelden met een lang combinatievonnis resteren die op dit moment niet kunnen worden onderzocht (38%). Van hen zitten 47 personen nog in de gevangenis (29%), hun behandeling is nog niet gestart. Daarnaast zijn 9 personen overleden, is 1 persoon uitgezet naar het buitenland en hebben 3 personen twee keer een tbs-maatregel opgelegd gekregen van wie één keer het behandeltraject is onderzocht (totaal 8%). In de toekomst is daarmee van een aanvullend aantal van 47 tbs-gestelden (29%) alsnog het behandeltraject in kaart te brengen.

Tbs-gestelden met lopend combinatievonnis zijn op peilmoment gemiddeld 3.238 dagen (SD=2.406) met hun behandeling bezig. Voor tbs-gestelden met een lopend lang combinatievonnis duurt de behandeling op peilmoment gemiddeld 2.594 dagen (*SD*=1.972). Bij tbs-gestelden met een lopend kort combinatievonnis duurt dit gemiddeld 3.275 dagen (*SD*=2.424). Dit verschil is significant, voor tbs-gestelden met een lopend lang combinatievonnis, duurt de behandeling op peilmoment gemiddeld korter ($t(67.303)=2{,}525$; $p=0{,}007$). Vervolgens is gekeken naar de behandelvoortgang, waarbij het aantal tbs-gestelden met eerste machtigingen voor de verschillende verlofvormen, een LFPZ-machtiging en VB in kaart is gebracht (zie paragraaf 3.4.3). Er zijn op peilmoment gemiddeld evenveel tbs-gestelden met een lopend lang combinatievonnis als met een lopend kort combinatievonnis met een eerste machtiging voor begeleid, onbegeleid, transmuraal en proefverlof, en met VB (p telkens >0,05). Voor 72 tbs-gestelden met een lopende tbs-behandeling is een eerste indicatiestelling voor LFPZ gegeven (7% van de tbs-gestelden met een lopend combinatievonnis).[45] Hiervan hebben 7 tbs-gestelden een lopend lang combinatievonnis (12% van de lange lopende combinatievonnissen) en 65 tbs-gestelden een lopend kort combinatievonnis (6% van de korte lopende combinatievonnissen). Dit verschil is niet significant ($X^2[1]=2{,}760$, $p<0{,}097$).

Ook de gemiddelde duren tot begeleid verlof, onbegeleid verlof en transmuraal verlof zijn bekeken. Geen van deze gemiddelde duren verschillen significant tussen tbs-gestelden met een lopend lang combinatievonnis of een lopend kort combinatievonnis ($p>0{,}05$). Het aantal tbs-gestelden met lopende combinatievonnissen en proefverlof, VB en een LFPZ-machtiging is te klein om te toetsen of er verschillen zijn in de duur tot deze uitkomstmaten van degenen met een lopend lang combinatievonnis en een lopend kort combinatievonnis.

De resultaten over de nog lopende trajecten van tbs-gestelden met een combinatievonnis laten zien dat tbs-gestelden met een nog lopend lang combinatievonnis op vrijwel geen van de uitkomstmaten significant verschillen van tbs-gestelden met een nog lopend kort combinatievonnis, behalve dat zij op peilmoment significant korter worden behandeld.

3.5 Tussenconclusies

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van de analyses naar combinatievonnissen beschreven. Hierbij zijn drie typen analyses gedaan: over alle combinatievonnissen, over afgeronde combinatievonnissen en over nog lopende combinatievonnissen. De resultaten hiervan komen achtereenvolgens aan bod.

Alle combinatievonnissen
In totaal is in de afgelopen 25 jaar 160 keer een combinatievonnis van 10 jaar of langer opgelegd (bruto strafduur). Dit is 6% van het totaal aantal opgelegde combinatievonnissen in 2000 t/m 2024. Het aantal lange combinatievonnissen is significant gestegen, zowel in de laatste vijf jaar in vergelijking met de vijf jaar daarvoor, als ook in de laatste 12 jaar in vergelijking met de 13 jaar daarvoor. Dit komt vooral door een stijging in lange combinatievonnissen waarbij de gevangenisstraf tussen de 10 en 15 jaar duurt, lange combinatievonnissen van langer dan dat komen niet veel voor (2,3% van het totaal aan lange combinatievonnissen). Het aantal lange

[45] Een actuele LFPZ-status is bij de afgeronde tbs-trajecten een exclusiecriterium (paragraaf 3.4), maar bij de lopende tbs-trajecten een maat voor behandelvoortgang (paragraaf 3.5).

combinatievonnissen met een netto strafduur van 10 jaar of meer is een stuk lager, dit komt 47 keer voor (2% van alle combinatievonnissen). Verder is te zien dat er in 2000 t/m 2008 geen combinatievonnissen met een netto strafduur van 10 jaar of langer zijn opgelegd. Dit komt vanaf 2009 wel voor, waardoor vanaf 2019 voor het eerst ervaring is opgedaan met een lang combinatievonnis in de tbs-behandelpraktijk.

Tbs-gestelden met een lang combinatievonnis verschillen in een aantal kenmerken van tbs-gestelden met een kort combinatievonnis. Tbs-gestelden met een lang combinatievonnis zijn gemiddeld significant ouder ten tijde van het onherroepelijk worden van het vonnis dan tbs-gestelden met een kort combinatievonnis. Ook hebben tbs-gestelden met een lang combinatievonnis significant vaker een (poging tot) levensdelict gepleegd (93% van de lange combinatievonnissen) dan tbs-gestelden met een kort combinatievonnis (39% van de korte combinatievonnissen). Overige gewelds- en zedendelicten en brandstichting komen daarentegen significant minder vaak voor bij lange combinatievonnissen dan bij korte combinatievonnissen. Er is geen significant verschil in het aantal delicten waarvoor tbs-gestelden met een lang of kort combinatievonnis worden veroordeeld. Lange combinatievonnissen zijn in recentere jaren (2013 t/m 2024) significant minder vaak dan in eerdere jaren (2000 t/m 2012) voor vermogensdelicten en voor overige delicten opgelegd. Voor zedendelicten, overige geweldsdelicten en levensdelicten zijn geen significante verschillen over de tijd gevonden, waardoor niet kan worden gezegd dat er in recentere jaren (2013 t/m 2024) vaker lange combinatievonnissen worden opgelegd voor ernstigere delicten dan in eerdere jaren (2000 t/m 2012).

Afgerond combinatievonnis
Een subgroep van tbs-gestelden heeft zijn behandeling op peilmoment afgerond (op 1 juli 2025). Dit betreft 42 tbs-gestelden met een lang en 1.075 tbs-gestelden met een kort combinatievonnis, totaal 1.117 tbs-gestelden (43% van alle combinatievonnissen) die ten tijde van het onherroepelijk worden van het vonnis, en ten tijde van de afronding van de behandeling gemiddeld even oud waren. Deze resultaten betreffen deze tbs-gestelden. Tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis verschillen ook op een aantal kenmerken significant van tbs-gestelden met een afgerond kort combinatievonnis. Zo hebben significant meer tbs-gestelden met een lang combinatievonnis een (poging tot) levensdelict gepleegd dan tbs-gestelden met een kort combinatievonnis. Een ander geweldsdelict komt significant vaker voor bij tbs-gestelden met een kort afgerond combinatievonnis dan bij tbs-gestelden met een lang afgerond combinatievonnis. Voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt de passantentijd gemiddeld korter dan voor tbs-gestelden met een kort combinatievonnis.

Verder duurt het voor tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis gemiddeld langer voordat zij een eerste machtiging voor begeleid verlof en voor onbegeleid verlof krijgen dan voor tbs-gestelden met een afgerond kort combinatievonnis. Daarentegen duurt het voor tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis gemiddeld even lang voordat zij met transmuraal verlof, met proefverlof en met VB gaan als voor tbs-gestelden met een afgerond kort combinatievonnis. Daarbij duurt het eveneens gemiddeld even lang voor tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis om hun tbs-behandeling te voltooien als dat dit voor tbs-gestelden met een afgerond kort combinatievonnis duurt. Verder, uit de analyses naar een alternatieve duur van de definitie van 'lang', is op te maken dat het voor de gemiddelde duren tot begeleid verlof, onbegeleid verlof, VB en de duur van de totale behandeling uitmaakt met welke definitie van 'lang' wordt gerekend, soms is er

wel verschil op deze uitkomstmaten en soms niet. Als naar de totale duur van de behandeling wordt gekeken, is er verschil vanaf 2 jaar t/m 8 jaar gevangenisstraf: voor tbs-gestelden met afgeronde lange combinatievonnissen duurt de behandeling significant korter dan voor tbs-gestelden met afgeronde korte combinatievonnissen. Het aantal klinieken waarin tbs-gestelden met een afgerond lang of kort combinatievonnis hebben gezeten is gemiddeld gezien gelijk, net als het aantal overplaatsingen.

Uit bovenstaande kan niet worden geconcludeerd of en in hoeverre de duur van de gevangenisstraf samenhangt met de duur tot de verschillende eerste verlofmachtigingen of tot het einde van de tbs-behandeling, er is geen zicht gekomen op factoren die onderliggend zijn aan enerzijds het zichtbaar maken van verschillen en anderzijds het uitblijven daarvan. Dergelijke factoren konden niet worden meegenomen, omdat deze op populatieniveau niet beschikbaar zijn, maar gedacht wordt in ieder geval aan verschillen in justitiële voorgeschiedenis, psychopathologie, verstandelijk vermogen en de mate van toerekeningsvatbaarheid.

Nog lopend combinatievonnis

Een andere subgroep van tbs-gestelden heeft zijn behandeling op peilmoment nog niet afgerond (op 1 juli 2025). Dit betreft 58 tbs-gestelden met een lang en 1.009 tbs-gestelden met een kort combinatievonnis, totaal 1.067 tbs-gestelden (42% van alle combinatievonnissen) die ten tijde van het onherroepelijk worden van het vonnis gemiddeld even oud waren. Deze resultaten betreffen deze tbs-gestelden. Significant meer tbs-gestelden met een lang combinatievonnis hebben een levensdelict gepleegd dan tbs-gestelden met een kort combinatievonnis. Een ander geweldsdelict komt significant vaker voor bij tbs-gestelden met een kort afgerond combinatievonnis dan bij tbs-gestelden met een lang afgerond combinatievonnis. Tot slot is gevonden dat er vrijwel geen verschillen zijn tussen tbs-gestelden met een nog lopend lang of kort combinatievonnis. Gemiddeld evenveel tbs-gestelden met een nog lopend lang of kort combinatievonnis hebben machtigingen voor begeleid, onbegeleid, transmuraal, proefverlof, een indicatiestelling voor LFPZ en zijn met VB. Er is ook geen significant verschil tussen beide groepen voor de gemiddelde duur tot de machtigingen voor begeleid, onbegeleid en transmuraal verlof. Alleen de gemiddelde behandelduur op peilmoment verschilt: voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt deze gemiddeld korter dan die van tbs-gestelden met een lopend kort combinatievonnis. Het aantal tbs-gestelden met lopende combinatievonnissen en proefverlof, VB en een LFPZ-machtiging is te klein om te toetsen of er verschillen zijn in de duur tot deze uitkomstmaten van degenen met een lopend lang combinatievonnis en een lopend kort combinatievonnis. Ook hierbij geldt om de eerder genoemde redenen dat niet kan worden geconcludeerd of en in hoeverre de duur van de gevangenisstraf samenhangt met de duur tot de verschillende eerste verlofmachtigingen of tot het einde van de tbs-behandeling, daar is meer informatie voor nodig.

Tot slot

Naast bovenstaande analyses over enerzijds afgeronde en anderzijds lopende combinatievonnissen, resteren 60 tbs-gestelden met een lang combinatievonnis die op dit moment niet kunnen worden onderzocht (38% van het totaal aantal tbs-gestelden met een lang combinatievonnis). Van hen zitten 47 personen nog in de gevangenis (29%), hun behandeling is nog niet gestart. De overige 13 personen zijn om verschillende redenen uitgesloten van de analyses. In de toekomst kan daarmee van 47 tbs-gestelden met een lang combinatievonnis zodra zij hun behandeling ofwel starten ofwel afronden, worden gekeken naar de behandelvoortgang.

4 Detentieschade bij lange combinatievonnissen

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is beschreven welke factoren samenhangen met detentieschade om een antwoord te geven op de achtste onderzoeksvraag: Wat kan er in de wetenschappelijke literatuur worden gevonden over (eventuele) detentieschade die optreedt bij tbs-gestelden tijdens het uitzitten van een lange gevangenisstraf voorafgaand aan de tbs-behandeling? Zoals in paragraaf 1.1.4 reeds vermeld, is het mogelijk dat in geval van detentie, schade ontstaat. Detentieschade is een overkoepelende term voor de negatieve gevolgen van een gevangenisstraf op een gedetineerde als gevolg van detentie (zie bijvoorbeeld Beyens et al., 2014; Dirkzwager et al., 2009). Hoewel detentieschade een bekend fenomeen is in het gevangeniswezen, is er nauwelijks tot geen Nederlands onderzoek bekend naar de mate van detentieschade bij tbs-gestelden die voorafgaand aan hun behandeling in de gevangenis verblijven en de invloed op bijvoorbeeld (de verergering van) stoornissen en de behandelduur (zie ook paragraaf 1.3.5). Ook in de internationale literatuur is het lastig relevant onderzoek te vinden, gezien de uniciteit van het Nederlandse tbs-systeem ten opzichte van de forensische psychiatrie in de rest van Europa en wereldwijd. Ondanks het gebrek aan onderzoek naar deze specifieke populatie kan onderzoek over detentieschade in reguliere detentiepopulaties inzicht geven in detentieschade, en kan worden bezien in hoeverre dit van toepassing kan zijn op de tbs-populatie. Over het algemeen blijkt dat de prevalentie van klachten en ervaren problemen in de reguliere detentiepopulatie hoog is (zie bijvoorbeeld Favril & Dirkzwager, 2019), hoewel ook verschillende en niet altijd eenduidige resultaten naar voren komen (bijvoorbeeld, Dirkzwager et al., 2009; Johnson Listwan et al., 2010). Hier zijn verschillende verklaringen voor te geven, bijvoorbeeld vanuit het importmodel (Irwin & Cressey, 1962), het deprivatiemodel (Clemmer, 1958 en Sykes, 1958), en het later gesuggereerde integratiemodel (Paterline & Petersen, 1999; Thomas, 1977).

Het importmodel verklaart de hoge prevalentie van problematiek binnen de detentiepopulatie aan de hand van al aanwezige problematiek, die de gedetineerde meeneemt het gevangeniswezen in (‘importeert’). Het deprivatiemodel stelt juist dat de hoge prevalentie van problematiek ontstaat door (soms slechte) omstandigheden van het leven in de gevangenis zelf. Het integratiemodel combineert beide visies op de hoge prevalentie van psychische klachten in detentie en stelt dat de interactie tussen achtergrondkenmerken van gedetineerden, detentieomstandigheden én de gevangenisomgeving zelf kan resulteren in psychische klachten. In de meeste onderzoeken naar detentieschade zijn de psychische klachten echter op één moment in de tijd gemeten, waardoor niet kan worden bepaald of de klachten al voor detentie aanwezig waren, of dat de klachten in detentie zijn ontstaan. Daarmee kan niet worden vastgesteld of het import-, het deprivatie- of het interactiemodel de meest plausibele verklaring is voor de gevonden hoge prevalentie van psychische klachten in het gevangeniswezen. Onderzoek waarin wel een tijdseffect is meegenomen, met een longitudinaal design, is daarvoor beter. Daarom is in dit hoofdstuk ook gekeken naar dergelijke onderzoeken.

De besproken literatuur omvat reviews, longitudinaal onderzoek en cohortonderzoek, met soms meerdere meetmomenten (en soms niet) van verschillende tussengelegen

duren, naar tbs-gestelden of gedetineerden met soms (en soms niet) reeds bestaande psychische problematiek, in Nederlandse gevangenissen en gevangenissen uit andere landen (zie verder paragraaf 1.3.5). Uit de *scoping review* zijn negen verschillende domeinen van mogelijke detentieschade gevonden, die in paragrafen 4.2 t/m 4.10 achtereenvolgens aan de orde komen. Deze domeinen zijn detentie en het brein, psychische gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving/middelengebruik, slachtofferschap bij de gedetineerde, zelfredzaamheid, leefklimaat, basisvoorwaarden voor integratie en veroudering. De meeste onderzoeken in het hoofdstuk zijn uitgevoerd binnen reguliere detentiepopulaties. Er kan worden verwacht dat detentieschade die in de reguliere gevangenispopulatie binnen deze domeinen is gevonden, ook van toepassing is op de groep justitiabelen met een lang combinatievonnis. Ook zij verblijven immers gedurende langere tijd in hetzelfde detentieklimaat. Voor sommige domeinen is te verwachten dat het deze groep juist extra kan raken.

Bij de bespreking van de domeinen van detentieschade in deze paragraaf is telkens beoogd dezelfde volgorde aan te houden. Eerst is een algemeen beeld geschetst van genoemde problematiek. Daarvoor is zoveel mogelijk gebruikgemaakt van bevindingen uit reviews en meta-analyses, eerst wereldwijd, vervolgens in de Nederlandse situatie. Dan volgt longitudinaal onderzoek, wederom zoveel mogelijk eerst wereldwijd en vervolgens in de Nederlandse situatie. Met de longitudinale studies kan een ontwikkeling over de tijd worden aangeduid. Hiermee kan tevens worden bezien in welke mate het import-, het deprivatie- of het integratiemodel een verklaring kan vormen voor de hoge prevalentie van de problematiek. In sommige gevallen zijn geen reviews of meta-analyses of juist geen longitudinale onderzoeken gevonden. Dan ontbreekt dat soort literatuur. Sowieso is in dit hoofdstuk niet beoogd een uitputtend literatuuroverzicht per domein te geven, maar is eerder beoogd de verschillende domeinen vast te stellen en enige evidentie daarvoor te schetsen, overeenkomstig de doelstelling van een *scoping review* (zie verder paragraaf 1.3.5). In paragraaf 4.11 worden tot slot tussenconclusies getrokken.

4.2 Detentieschade en het brein

4.2.1 Algemeen beeld

Voor het uitvoeren van dagelijkse taken zoals plannen, doelen stellen, emotieregulatie en het controleren van impulsen maken mensen gebruik van executieve functies. Dit zijn neurologische processen die samenhangen met doelgericht en aangepast gedrag (Diamond, 2013). Executieve functies zijn grofweg onder te verdelen in drie centrale functies: het werkgeheugen, cognitieve flexibiliteit en inhibitie. Het werkgeheugen maakt het mogelijk om informatie tijdelijk vast te houden en te verwerken, en helpt onder andere bij het updaten en vormgeven van de realiteit. De cognitieve flexibiliteit is het vermogen om te wisselen van perspectief. Dit wisselen van perspectief is belangrijk voor zowel het probleemoplossend vermogen, als voor het sociaal kunnen verplaatsen in de schoenen van een ander. Inhibitie is een vorm van remming of onderdrukking en speelt onder andere een rol in het vermogen om impulsen en emoties te controleren. De gebieden die betrokken zijn bij de uitvoering van executieve functies bevinden zich aan de voorkant van de hersenen; de prefrontale cortex (Diamond, 2013). Al deze functies spelen een cruciale rol bij een zekere mate van zelfregulatie en -controle. In de criminologie wordt de mate van zelfcontrole al decennialang in verband gebracht met crimineel gedrag. Gottfredson en Hirschi (1990)

stelden dat het gebrek aan of een verminderde mate van zelfcontrole de kans op crimineel of antisociaal gedrag vergroot. Deze samenhang is naar aanleiding van deze theorie breed onderzocht en empirisch onderbouwd; de mate van zelfcontrole blijkt een geschikte voorspeller van crimineel gedrag te zijn (Lily et al., 2015). Meerdere overzichtsstudies lieten bijvoorbeeld zien dat executief disfunctioneren samenhangt met antisociaal gedrag (Ogilvie et al., 2011[46]; Yang & Raine, 2009[47]). Ook in een recente meta-analyse werd de relatie tussen cognitieve functies en delictgedrag in kaart gebracht. Hutten en collega's (2024)[48] onderzochten aan de hand van een multilevel meta-analyse zes neurocognitieve domeinen; aandacht, executieve functies, taal, geheugen, perceptueel-motorische vaardigheden en sociale cognitie. Zij vonden dat de gedetineerde populatie op alle domeinen lager scoorden dan de controlegroepen, met name de groep daders van overige geweldsdelicten scoorden slecht. Hoe groot dit verschil in prestatie was hing onder andere af van met welke controlegroep er vergeleken werd. Door gebruik te maken van verschillende moderators vonden de onderzoekers dat de effectgrootte groter was wanneer daders van overige geweldsdelicten werden vergeleken met een controlegroep zonder delictsgeschiedenis en zonder DSM-diagnose, dan wanneer ze vergeleken werden met een controlegroep zonder delictsgeschiedenis maar met een DSM-diagnose.

In de neuropsychologie wordt ook al decennialang onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van de prefrontale cortex bij dieren. Hieruit blijkt dat de prefrontale cortex kan worden beïnvloed door de omgeving. Zo toonde veelvoudig onderzoek aan dat dieren in een verarmde omgeving een vermindering in prefrontaal functioneren laten zien (Bagorda et al., 2006; Melendez et al., 2004; Winterfeld et al., 1998, in Meijers et al., 2018b). Meijers en collega's (2015) verrichten een meta-review naar executieve functies bij gedetineerden, omdat ze verwachtten dat de verarmde omgeving in detentie een gelijksoortige invloed op mensen zou kunnen hebben als die bij het onderzoek naar dieren. Ze vonden slechts zeven onderzoeken die voldeden aan hun inclusiecriteria, waarbij het onder meer noodzakelijk was dat er een controlegroep was. Hoewel het aantal onderzoeken en de kwaliteit daarvan te wensen over liet, bleek dat verschillende executieve functies bij gedetineerden verminderd waren ten opzichte van de controlegroepen.

4.2.2 Longitudinaal onderzoek

Elders
Binnen de scope van het onderzoek zijn geen longitudinale onderzoeken gevonden over detentie en het brein buiten Nederland.

Nederland
Ook in vervolgonderzoek vroegen Meijers en collega's (Meijers, 2018a; 2018b) zich af in hoeverre de verarmde omgeving van een gevangenis in Nederland invloed zou kunnen hebben op de prefrontale cortex en het executief functioneren van gedetineerden. Leven in de gevangenis wordt gekenmerkt door een verlies van autonomie en een beperkte beslissingsvrijheid. Doordat het personeel in detentie bepaalde taken overneemt, wordt er in mindere mate een beroep gedaan op het executief functioneren van de gedetineerde zelf. Dit zijn taken als planning en de vormgeving van het dagprogramma. Meijers en collega's (2018b) concluderen na een kleine rekensom dat een gedetineerde in Nederland ongeveer tien uur per dag op cel

[46] Meta-analyse van 126 studies met in totaal 14.786 deelnemers.
[47] Meta-analyse van 43 studies met gebruik van beeldvormtechnieken zoals fMRI.
[48] Meta-analyse van 79 studies, waarvan 30 over daders van geweld.

zit (exclusief de tijd waarop geslapen wordt). Dit is een groot deel van een dag om in een kleine ruimte met zeer beperkte mogelijkheden tot activiteiten door te brengen. Er werd door Meijers en collega's (2018b) verwacht dat deze verarmde omgeving en afname van autonomie invloed zou kunnen hebben op het executief functioneren van een persoon, zoals dit bij dieren in een verarmde omgeving ook het geval blijkt. Om te achterhalen of deze executieve functies na een tijd in detentie afnemen, werd een groep Nederlandse gedetineerden op twee momenten getest, aan het begin van de opsluiting en na drie maanden opgesloten te hebben gezeten.[49] De respondenten moesten verschillende taken uitvoeren die executieve functies meten. De onderzoekers concludeerden dat na drie maanden in detentie de aandachtsfunctie en mate van zelfcontrole achteruit is gegaan ten opzichte van de eerste meting. Meijers en collega's (2018a; 2018b) benadrukken de rol die executieve functies spelen bij zelfcontrole en hoe een zekere mate van zelfcontrole belangrijk is voor een uiteindelijke terugkeer in de samenleving. De verarmde omgeving van een gevangenis en het effect op de executieve functies kan de kans op een succesvol resocialisatieproces verkleinen.

Meijers en collega's (2018a; 2018b) bevelen aan om de verarming van het leven in detentie zoveel mogelijk te beperken en waar mogelijk juist te verrijken.[50] In de onderzoeken naar prefrontaal functioneren van dieren blijkt dat een verrijkte omgeving hier een positieve invloed op kan hebben (van Praag et al., 2000; Sale et al., 2009; Segovia et al., 2009; alle in Meijers et al., 2018b). Er is te verwachten dat deze invloed ook te zien is bij mensen. Een verrijkte detentieomgeving kan een eventuele vermindering in executieve functies tegengaan, wat uiteindelijk kan doorwerken in succesvolle resocialisatie. Het is mogelijk dat eventuele neurologische schade extra nadelig kan zijn voor de groep tbs-gestelden met een lang combinatievonnis, omdat er tijdens de behandeling veel nieuwe gedragingen worden aangeleerd waarbij goed executief functioneren van belang is.

4.3 Detentieschade en psychische gezondheid

4.3.1 Algemeen beeld

Over het psychische welzijn, of beter gezegd de psychische klachten, van gedetineerden bestaat veel literatuur. Hierin wordt veelvoudig gevonden dat de psychische gezondheid van mensen in detentie slecht is en veelal ook slechter dan in de algemene populatie (Emilian et al., 2025[51]; Favril & Dirkzwager, 2019; Favril et al., 2024[52]; Fazel & Hayes, 2016[53]; Fazel & Seewald, 2012[54], Prins, 2014[55], Walker et al.,

[49] Meetmoment 1 had 130 gedetineerden en meetmoment 2 door uitval 37 (mannen), maar het tweede meetmoment was een geschikte steekproef van de groep van het eerste meetmoment.
[50] Een vergelijkbare aanbeveling is gegeven door Boschman et al. (2025), in hun onderzoek naar lange detenties (gedefinieerd als drie jaar of langer).
[51] Deze review betrof 58.838 gedetineerden, uit 43 verschillende landen. Er werd gekeken naar de periode van het ontstaan van zes verschillende databases tot augustus 2024. De onderzoekers hebben alle onderzoeken die in de review van Fazel en Seewald (2012) gevonden waren geïncludeerd in hun review en daarnaast 50 nieuwe onderzoeken betrokken.
[52] In deze meta-review zijn alleen reviews en meta-reviews meegenomen, gepubliceerd tussen 2002-2023 (12 onderzoeken, met 18 typen uitkomsten).
[53] In deze review is de periode tussen 2003-2015 onderzocht. De auteurs melden niet hoeveel onderzoeken en hoeveel gedetineerden het betreft.
[54] De review betrof 33.588 gedetineerden uit 24 verschillende landen. Er werd gekeken naar de periode 1966 tot 2010.
[55] Deze systematische review keek alleen naar gedetineerden in het Amerikaanse detentiesysteem (*state prison system*). Het betreft 28 onderzoeken gepubliceerd tussen 1989 en 2013. In totaal zijn 229.508 gedetineerden onderzocht.

2014[56]). Genoemde artikelen zijn veelal systematisch verrichte reviews, die zien op de detentiepopulatie wereldwijd en er wordt onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen, omdat vrouwelijke gedetineerden in de meeste onderzoeken meer psychische stoornissen hebben dan mannen. De prevalentie van stoornissen varieert licht tussen de verschillende onderzoeken, maar het algemene beeld is redelijk gelijk. Zo komen psychotische stoornissen bij mannelijke gedetineerden tussen de 3,6% (Fazel & Seewald, 2012; Fazel et al., 2016; Favril et al., 2024) en 4,1% (Emilian et al., 2025) voor. Bij vrouwelijke gedetineerden varieert de prevalentie van psychotische stoornissen tussen de 3,7% (Emilian et al., 2025) en 3,9% (Fazel & Seewald, 2012; Fazel et al., 2016; Favril et al., 2024). Bij mannelijke gedetineerden varieert de prevalentie van depressie tussen 10,1% (Fazel & Seewald, 2012; Fazel et al., 2016), 10,2% (Favril et al., 2024) en 13,0% (Emilian et al., 2025), terwijl dit bij vrouwelijke gedetineerden tussen 14,1% (Fazel & Seewald, 2012; Favril et al., 2024, Fazel et al., 2026) en 14,5% lag (Emilian et al., 2025).

Bipolaire stoornissen kwamen bij 1,7% van de mannelijke gedetineerden voor en bij 3,4% van de vrouwelijke gedetineerden (Emilian et al., 2025). Schizofreniespectrumstoornissen kwamen voor bij 4,0% van de mannelijke en 3,9% van de vrouwelijke gedetineerden (Emilian et al., 2025). Favril en collega's (2024) onderzochten een aantal aanvullende stoornissen en vonden de volgende prevalenties bij mannelijke gedetineerden: 6,2% posttraumatische stressstoornissen, 26,2% stoornissen in het alcoholgebruik, 29,7% stoornissen in drugsgebruik, en 45,8% antisociale persoonlijkheidsstoornissen. Bij vrouwelijke gedetineerden werden vrijwel altijd hogere prevalenties van genoemde stoornissen gevonden: 21,1% posttraumatische stressstoornissen, 20,0% stoornissen in het alcoholgebruik, 50,7% stoornissen in drugsgebruik, en 27,2% antisociale persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast bleek bij 22,7% van de vrouwelijke gedetineerden borderline persoonlijkheidsstoornis voor te komen (niet gemeten bij mannen).

Niet alleen de psychische stoornissen zelf, maar ook daaraan gerelateerde problemen kunnen detentieschade opleveren. Zo onderzochten Favril et al. (2020)[57] zelfbeschadiging (*self-harm*) bij gedetineerden. Zij vonden een prevalentie van 3,8% van zelfbeschadiging onder gedetineerden in de gevangenis en keken tevens naar 40 risicofactoren voor het ontstaan van deze zelfbeschadiging. De sterkste relaties werden gevonden voor eerdere aan zelfmoord-gerelateerde factoren, zoals huidige of recente suïcidale gedachten (*suicidal ideation*), een geschiedenis van suïcidale gedachten en eerdere zelfbeschadiging. Maar ook psychische stoornissen waren sterk gerelateerd aan zelfbeschadiging, zowel elke huidige psychiatrische diagnose als ook depressie en borderline persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast zijn drie factoren gevonden die samenhangen met een hogere prevalentie van zelfbeschadiging die specifiek aan de detentieomstandigheden gerelateerd zijn, namelijk eenzame opsluiting, disciplinaire overtredingen en het ervaren van seksueel of fysiek slachtofferschap in de gevangenis (zie ook paragraaf 4.6). Zelfbeschadiging op haar beurt heeft een sterke relatie met zelfmoord in de gevangenis (Humber et al., 2013; Fazel et al., 2008) en tevens na afloop daarvan bij terugkeer in de gemeenschap (Haglund et al., 2014; Pratt et al., 2010; alle in Favril, 2020). Uit de resultaten blijkt tot slot dat een gevangenisstraf van meer dan vijf jaar of het uitzitten van een levenslange gevangenisstraf de kans op zelfbeschadiging verdubbelde, waarbij een

[56] Deze systematische review includeerde alleen longitudinaal onderzoek (15 onderzoeken). Deze onderzoeken zijn in verschillende landen gedaan: Europa (6), Canada (3), VS (5) en Australië (1). In totaal zijn 182.483 gedetineerden onderzocht.

[57] Zij vonden 35 onderzoeken uit 20 landen, met daarin totaal 663.735 gedetineerden.

gevangenisstraf van vijf jaar of meer een van vijf belangrijkste risicofactoren was op zelfbeschadiging van gedetineerden.

Nederland
Favril en Dirkzwager (2019)[58] verrichtten een systematische review naar psychische problemen bij mannelijke en vrouwelijke gedetineerden in alleen België en Nederland. Zij tellen de uitkomsten van de verschillende onderzoeken niet bij elkaar op, maar bespreken de resultaten per gevonden onderzoek. Samenvattend blijkt onder meer dat ongeveer de helft van de onderzochte groepen gedetineerden ten tijde van de onderzoeken een psychiatrische stoornis had (niet nader gespecificeerd welke). Ook concluderen ze dat psychische klachten als slaapproblemen, angst, depressieve gevoelens en psychosomatische klachten drie tot vijfmaal vaker voorkomen in de gevangenis dan daarbuiten (Favril & Dirkzwager, 2019). Een verklaring voor de hoge prevalentie van psychische klachten in deze populatie kan echter niet aan de hand van deze systematische review worden gegeven volgens de onderzoekers, omdat 22 van de 24 geïncludeerde studies enkel de prevalentie van klachten hebben gemeten tijdens de detentieperiode, en niet ervoor of erna.[59] Doordat er geen verandering over de tijd is onderzocht, kan niet worden opgemaakt of de klachten al voor detentie aanwezig waren, of dat de klachten in detentie zijn ontstaan en daarmee niet of het importmodel of het deprivatiemodel de verklaring is. Ze benadrukken het belang van longitudinaal onderzoek.

Tot slot concluderen Van Ginneken en Berger (2023) dat detentie (soms) een positief effect kan hebben op het individu, waarbij de beschikbaarheid van bijvoorbeeld verslavingszorg, training en opleiding goed kunnen uitpakken. Daarnaast noemen ze factoren als tijd voor reflectie, een zoektocht naar het vinden van betekenis voor het eigen leven, en het bieden van een veilige plek voor in het bijzonder vrouwen die daarmee uit een gewelddadige situatie kunnen ontkomen als mechanismen waardoor de tijd in detentie voor sommigen positief kan uitpakken.

4.3.2 Longitudinaal onderzoek

Elders
Sapkota en collega's (2024) stellen vast dat veel onderzoek naar de vraag of psychische stoornissen al aanwezig waren voor detentie of dat deze ontstaan in detentie, is uitgevoerd in de V.S., en daarom moeilijk te generaliseren is naar andere landen. Daarnaast stelden ze dat er in veel studies alleen onderscheid werd gemaakt tussen een wel-gedetineerde populatie en een niet-gedetineerde populatie terwijl er veel meer factoren zijn die van invloed kunnen zijn op het ontwikkelen van psychische stoornissen, zoals de duur de gevangenisstraf en het aantal keer dat iemand gedetineerd is geweest. Maar ook de vraag hoe een gevangenisstraf verschillend kan uitpakken voor mannen en vrouwen. In deze studie proberen de onderzoekers meer inzicht te krijgen in deze factoren, door verschillende kenmerken van een geboortecohort van 83.049 mensen die in de jaren 1983 en 1984 in Queensland, Australië geboren zijn in kaart te brengen. Deze personen zijn tot hun 30e gevolgd en diverse administratieve gegevens uit overheidsbronnen zijn samengevoegd. Zo konden de onderzoekers achterhalen hoe bepaalde factoren, zoals gender, samenhingen met

[58] Studies (24) die zijn gepubliceerd tussen 1997-2018 werden geïncludeerd. Daarbij vergeleken zij de Nederlands en Belgische situatie ook met hetgeen bekend is over dezelfde problematiek wereldwijd.
[59] De twee longitudinale studies (Beijersbergen et al., 2014; Brons et al., 2013) maakten gebruik van data uit het Prison Project, een longitudinaal en prospectief cohortonderzoek naar mannen die tussen oktober 2010 en april 2011 in Nederland in voorlopige hechtenis zijn genomen en opgevolgd zijn tot april 2015.

tijd in detentie en het ontwikkelen van (onder meer) psychische gezondheidsproblemen.

Een aantal van de resultaten uit dit onderzoek zijn relevant voor het huidige rapport.[60]

In Australië worden vergelijkbare resultaten gevonden als in de eerdergenoemde reviews. Zo is de prevalentie van psychische stoornissen bij personen met een detentieverleden in Australië significant hoger dan in de algemene bevolking. Daarbij hebben gedetineerde vrouwen over het algemeen meer psychische stoornissen dan gedetineerde mannen. Binnen de groep van (ooit) gedetineerde vrouwen heeft 62,4% een psychische stoornis gehad en bij (ooit) gedetineerde mannen geldt dit voor 43,4% van de populatie. Ter vergelijking, in de groep niet-gedetineerde deelnemers heeft zowel 7,4% van de vrouwen als 7,4% van de mannen een psychische stoornis gehad. Verder concluderen de onderzoekers dat van alle personen met een detentieverleden en een psychische stoornis (n=932) ongeveer de helft al voor de eerste keer detentie een psychische stoornis had (54,6%). Dit percentage was hoger voor vrouwen (65,3%) dan voor mannen (51,8).

De onderzoekers bekeken ook welke verschillen er zijn tussen gedetineerden die na de detentie psychische stoornissen ontwikkelden en de gedetineerden die na de detentie geen psychische stoornissen ontwikkelden. Dit is de groep bij wie daarmee te concluderen is dat de periode in detentie gevolgen heeft gehad op de psychische gezondheid. Vrouwen die na de eerste detentie een psychische stoornis krijgen, zijn significant jonger als zij voor de eerste keer gedetineerd worden en hebben minder vaak een geschiedenis van gewelddadige delicten dan vrouwen die na de eerste detentie geen psychische stoornis krijgen. Bij mannen zijn meer verschillen te zien. Mannen die na de eerste detentie een psychische stoornis krijgen, zijn vaker oorspronkelijke bewoners van Australië (*indigenous status*), hebben vaker één of meer kinderen, zijn vaker slachtoffer geworden van geweld of seksueel geweld, zijn vaker ouder dan 17 jaar ten tijde van de eerste detentie, zijn ouder ten tijde van het eerste bewezenverklaarde strafbare feit, hebben vaker meer dan twee keer in de gevangenis gezeten en hebben minder vaak een geschiedenis van gewelddadige feiten dan mannen die na de eerste detentie geen psychische stoornis krijgen.

Verder is gekeken naar de detentieduur en de relatie met het ontwikkelen van een psychische stoornis, waarbij een grove indeling van 1 jaar of minder en meer dan 1 jaar is gehanteerd. Hierin zijn zowel voor de vrouwen als voor de mannen geen significante verschillen gevonden in de prevalentie van psychische stoornissen. Hoewel met deze grove indeling geen verschillen zijn gevonden, was de range van de detentieduur dusdanig klein dat deze factor eigenlijk niet goed kon worden onderzocht, aldus de onderzoekers, waarmee aan dit resultaat niet te veel conclusies kunnen worden verbonden.

De onderzoekers hebben de groep die na een periode in detentie pas een psychische stoornis ontwikkelden ook gevolgd in de tijd. Ze wilden weten welke factoren samenhingen met de kans om na detentie (binnen 228 maanden) een psychische stoornis te krijgen. Eén van de factoren was gender; mannen hebben een hoger risico om na detentie een psychische stoornis te krijgen dan vrouwen. Voor zowel vrouwen als mannen geldt verder dat een geschiedenis van geweldsdelicten het risico op een

[60] Belangrijk is wel om in het achterhoofd te houden dat deze uitspraken zijn gedaan over de Australische populatie, dus er moet enigszins voorzichtig worden gedaan met het toepassen van deze resultaten op de Nederlandse populatie.

psychische stoornis na detentie verhoogd. Naast een geschiedenis van geweldsdelicten geldt voor de mannelijke populatie ook dat als zij twee keer of meer in de gevangenis hebben gezeten, en op een jonge leeftijd een eerste delict hebben gepleegd risicofactoren zijn voor het ontwikkelen van een psychische stoornis na detentie.

Porter en DeMarco (2017)[61] stelden net als Sapkota en collega's (2024) dat veel studies die kijken naar de samenhang tussen detentie en mentale gezondheid uitgaan van een dichotome benadering van detentie; iemand heeft wel of niet in de gevangenis gezeten. Zij stellen dat het ook belangrijk is om de frequentie en duur van de gevangenisstraf mee te nemen in dit soort onderzoek. Hoewel dit onderzoek geen ontwikkeling over tijd meet geeft het wel een unieke inzage in hoeverre de hoeveelheid gevangenisstraf die iemand heeft uitgezeten samenhangt met psychische gezondheid. De onderzoekers vinden dat langere en meervoudige gevangenisstraffen de mentale gezondheid verslechteren ná vrijlating, dus nog niet op het moment dat de gevangenisstraf wordt uitgezeten. Op het moment dat iemand een gevangenisstraf uitzit hangt de duur van de uitgezeten straf juist negatief samen met psychische klachten; gedetineerden met een langere straf hebben een kleinere kans psychische klachten te ontwikkelen dan gedetineerden met een kortere straf. Volgens de onderzoekers kan dit worden verklaard doordat gevangenen zich naarmate zij langer vastzitten gaan wennen aan het detentieklimaat en zich daaraan aanpassen. De aanpassing kan het juist na vrijlating moeilijker maken om te re-integreren.

Chung en collega's (2021) onderzochten de ontwikkeling van posttraumatische stressstoornissen (PTSS) in een Chinese gevangenis. Aan 214 Chinese gevangenen werd gevraagd om op drie momenten een vragenlijst in te vullen over PTSS.[62] Het eerste moment was aan de start van het onderzoek, wanneer de respondenten al ongeveer één jaar in de gevangenis hadden gezeten. Het tweede moment was na zes maanden en het laatste moment was na een jaar. De onderzoekers vonden dat PTSS gerelateerde klachten over deze periode significant toenam. Er werd met name een significant verschil gevonden tussen het eerste meetmoment en de meetmomenten daarna. Er werd geen significant verschil gevonden tussen het tweede en derde meetmoment, wat volgens de onderzoekers kan wijzen op een stabilisatie van klachten over een langere periode. Ze concluderen dat de prevalentie van PTSS onder Chinese gedetineerden hoog is en dat deze klachten over tijd erger kunnen worden.

Nederland

In hun longitudinale onderzoek onder de Nederlandse gevangenispopulatie vinden Dirkzwager en collega's (2021) dat een groot deel van de gedetineerden (mannen en vrouwen) een jaar voor detentie al kampt met psychische klachten en dat het aantal psychische klachten vele malen hoger ligt dan in de algehele populatie.[63] Met name alcohol- en drugsmisbruik, stress, persoonlijkheidsproblematiek, psychotische problematiek, slaapproblemen en depressie worden aanzienlijk vaker ervaren door mannelijke gedetineerden een jaar voordat ze detentie belanden. Vrouwelijke gedetineerden hadden significant vaker persoonlijkheidsstoornissen en depressie, in vergelijking met gematchte controles. Deze studie liet ook zien dat deze klachten nauwelijks veranderen tijdens de detentieperiode; de klachten van zowel mannen als

[61] Ze maken gebruik van het '*National Longitudinal Survey of Youth 1997 (NLSY97)'* cohort waar respondenten geboren tussen 1980-1984 en in 1997 woonachtig waren in de V.S. gevolgd zijn. De data die gebruikt wordt komt uit de periode 2000-2010, waarbinnen de respondenten jaarlijks geïnterviewd zijn. DE analyses zijn gedaan over 8.443 respondenten.

[62] Post-traumatic Stress Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5).

[63] Ze vergelijken huisartsdossiers van 966 gedetineerden die in 2014-2015 ten minste eenmalig gedetineerd zijn geweest (preventief of in de gevangenis) van een jaar voor detentie en een jaar na detentie, en vergelijken deze uitkomsten met een gematched cohort dat niet gedetineerd is geweest.

vrouwen verbeteren noch verslechteren na tijd in detentie. Een kanttekening van deze studie is dat het overgrote deel van de onderzochte populatie te maken heeft gehad met een korte gevangenisstraf (de helft van de onderzoekspopulatie had een straf van twee weken of minder, en de mediaan van de gehele populatie was 20 dagen), waarmee de resultaten niet zomaar te generaliseren zijn naar gedetineerden die een lange gevangenisstraf krijgen. De onderzoekers stellen zelf dat het mogelijk is dat een langere gevangenisstraf eventueel effect kan hebben op de psychische gezondheid van gedetineerden (in positieve en negatieve zin), maar dat daar in dit onderzoek geen uitspraken over kunnen worden gedaan.

In een ander onderzoek, een prospectieve cohortstudie met vier meetmomenten naar de psychische gezondheid van mannelijke gedetineerden in Nederland (preventief gehechten), werd gevonden dat de prevalentie van psychische klachten hoger is bij deze gedetineerden dan in de algemene populatie, maar dat de psychische gezondheid van de groep gedetineerden tijdens de detentieperiode niet veranderd; er werd geen *overall* negatief effect gevonden op de psychische gezondheid. Bij de meeste gedetineerden waren de psychische klachten gedurende de tijd in detentie stabiel (Dirkzwager & Nieuwbeerta, 2018).[64] Belangrijker nog, van een subgroep van gedetineerden werd een aanzienlijke *verbetering* van de psychische gezondheid gezien. Deze subgroep betrof gedetineerden die voorafgaand aan detentie al last hadden van psychische klachten en verslavingsproblematiek. Dirkzwager en Nieuwbeerta (2018) noemen voor de waargenomen verbetering van deze subgroep drie mogelijke verklaringen. Ten eerste ervaarden gedetineerden met al bestaande problematiek voorafgaand aan de detentie mogelijk gevoelens van stress en onzekerheid bij aanvang van de detentieperiode. Het kan bijvoorbeeld stressvol zijn te wennen aan de onbekende en mogelijk onveilige omgeving, er kunnen financiële zorgen zijn en zorgen om dierbaren die ze achterlaten. Na gewenning aan de nieuwe situatie, neemt deze stress en onzekerheid mogelijk wat af en is de psychische gezondheid weer vergelijkbaar met hoe deze voor de detentie was. De aangetoonde verbetering is in dit geval niet het resultaat van detentie zelf, maar van gewenning. Een andere mogelijke verklaring is dat gedetineerden met al bestaande problematiek voorafgaand aan de detentie, een relatief zwaar leven hadden, door bijvoorbeeld dakloosheid, verslavingsproblematiek en financiële problemen. Het gevangenisregime dat wordt gekenmerkt door dagelijkse structuur en routine in combinatie met het minder makkelijk kunnen verkrijgen van alcohol en drugs kan bij deze groep juist een verbeterend effect hebben. Tot slot kan de verbetering worden verklaard door de toegang tot psychische hulp binnen de gevangenis die de al bestaande klachten van gedetineerden kan verminderen. Deze mogelijke mechanismen die worden gegeven door de onderzoekers om de gevonden effecten te verklaren zijn echter niet onderzocht. Ondanks de afname van psychische klachten van een subgroep van gedetineerden gedurende de detentieperiode, bleef de aanwezigheid van psychische klachten binnen de onderzoekspopulatie hoger dan die van personen in de algemene populatie (Dirkzwager & Nieuwbeerta, 2018).

Ook Weber en collega's (2022) gebruikten gegevens uit het Prison Project en onderzochten de psychische gezondheid, voorspellers van wijzigingen in de psychische gezondheid en recidive bij een cohort preventief gehechte gedetineerden (1.904 mannen).[65] Zij vonden dat 38,1% van de gedetineerden in de 12 maanden voor hun

[64] De gegevens komen eveneens uit het prison project. De meetmomenten vonden plaats na 3 weken, na 3 maanden, na 9 maanden en na 18 maanden in detentie.

[65] De demografische, persoonlijke en psychologische variabelen werden na drie weken, na drie maanden en na negen maanden in detentie gemeten. De recidivegegevens werden na 6, 12 en 18 maanden gemeten.

detentie een psychiatrische diagnose hadden (niet nader gespecificeerd welke). Ook bleek dat de psychiatrische zorgbehoefte gedurende de detentie toenam: kort na de detentie kreeg 23,8% psychiatrische zorg, terwijl dit na drie maanden in detentie 54,3% was en na negen maanden in detentie 49,6%. Uit nadere analyses bleek dat het grootste gedeelte van de groep bestond uit gedetineerden bij wie weinig psychische problemen bestaan, die bovendien stabiel blijven gedurende het verblijf in detentie (81%). Een kleiner deel (19%) heeft juist veel psychische problemen in het begin en deze verbeterden gedurende het verblijf in detentie. Deze laatste groep in vergelijking met de eerste groep had vaker een psychiatrische stoornis voorafgaand aan de detentie, problemen met alcohol of drugs, schulden, psychiatrische zorg nodig in detentie, ervaarden de detentie als zwaarder en waren ouder. De recidiveanalyses lieten zien dat er binnen 18 maanden na detentie geen verschillen tussen beide groepen in recidive zijn. Deze resultaten laten zien dat het inderdaad ook mogelijk is dat de situatie in detentie een positief effect heeft op de psychische klachten. De auteurs van dit onderzoek schrijven deze verbetering toe aan de betere toegang tot zowel de fysieke als de psychische gezondheidszorg, het beperken van de toegang tot middelen en de gestructureerde dagindeling in detentie. Weber en collega's (2022) concluderen ook dat hun bevindingen overeenkomen met resultaten uit eerder onderzoek, waaruit blijkt dat sommige psychische stoornissen in detentie verbeteren, zoals depressie en psychose, terwijl andere juist verslechteren, zoals persoonlijkheidsstoornissen en (symptomen van) psychische problemen (Bloem et al., 2019; Gabrysch et al., 2019; Hassan et al., 2011 en Taylor et al., 2010; alle geciteerd in Weber et al., 2022). Met name het verslechteren van persoonlijkheidsstoornissen kan relevant zijn voor langgestrafte tbs-gestelden. Bij hen lijkt vaak sprake te zijn van één of meerdere persoonlijkheidsstoornissen (Donninger et al., 2026) en een lange tijd in detentie kan deze problematiek dus verergeren.

4.4 Detentieschade en lichamelijke gezondheid

4.4.1 Algemeen beeld

Ook de lichamelijke gezondheid van gedetineerden laat te wensen over, hoewel het onderzoek hiernaar schaarser is dan het onderzoek naar de psychische gezondheid. Favril et al. (2024) vonden naast de eerdergenoemde psychische problemen ook zeven meta-analyses over de lichamelijke gezondheid. De meeste van deze onderzoeken gaan over infectieziekten, zoals hepatitis B, C of HIV. Ook een aantal andere ziekten is onderzocht, maar deze zijn niet altijd vergeleken met de algemene populatie of met andere controlegroepen. Favril et al. (2024) rapporteren dat een voorstadium van baarmoederhalskanker vaker voorkwam bij gedetineerde vrouwen in vergelijking met de algemene populatie (Escobar & Plugge in Favril et al., 2024), net als niet-overdraagbare ziekten die twee keer zoveel voorkwamen bij oudere gedetineerden dan in de gemeenschap (Manuday et al., 2019 in Favril et al., 2024; zie ook paragraaf 4.10). Epilepsie daarentegen, werd even vaak gerapporteerd door gedetineerden en door mensen in de algemene gemeenschap (Fazel et al., 2002).

Daarbij komt dat de psychische gezondheid en de fysieke gezondheid niet altijd strikt van elkaar te onderscheiden zijn (zie de eerder besproken meta-analyse over zelfbeschadiging in paragraaf 4.3; Favril et al., 2020).

Nederland
Er zijn geen reviews en meta-analyses naar de lichamelijke gezondheid van gedetineerden in Nederland gevonden.

4.4.2 Longitudinaal onderzoek

Elders
Dettbarn (2012) verrichtte longitudinaal onderzoek in Duitsland en bekeek ook de fysieke gezondheid. De onderzochte groep bestond uit 87 gedetineerden, die gemiddeld 14,6 jaar in de gevangenis zaten. De prevalentie van fysieke ziekten was laag en 17 van de (19%) gedetineerden ontwikkelden in de periode tussen de start van de gevangenisstraf en het einde een ernstige fysieke ziekte (door de auteurs niet nader gespecificeerd welke). Er was een significante correlatie met leeftijd, waardoor de auteurs concludeerden dat dit de reden was dat deze ziekten ontstonden en niet de lange detentieduur.

Bondolfi en collega's (2020) verrichtten een systematische review en een meta-regressieanalyse naar risicofactoren van hart- en vaatziekten zoals overgewicht, hypertensie, diabetes en tabaksgebruik. Ze vonden 26 studies uit welvarende landen (13 uit de V.S., twee uit Italië, twee uit Japan, twee uit het V.K., twee uit Frankrijk en één uit Canada). Zij concluderen dat het gewicht van gedetineerden significant toeneemt gedurende de tijd in detentie. Deze gewichtstoename vindt vooral plaats in de eerste twee jaar waarin iemand in de gevangenis zit, en stabiliseert na deze twee jaar. Een uitzondering op dit resultaat zijn de door de auteurs gevonden onderzoeken uit Japan; in deze studies lijkt juist sprake te zijn van gewichtsafname (Hinata et al., 2007; Nara & Igarashi, 1998; in Bondolfi et al. 2020). Een mogelijke verklaring hiervoor is het strikte voedzame dieet dat de gedetineerden in Japan volgen. Voor de overige factoren zijn geen significante resultaten gevonden en stellen de onderzoekers dat er meer longitudinaal onderzoek nodig is om hier iets over te kunnen zeggen.

Nederland
Dirkzwager en collega's (2021) keken ook naar fysieke problemen, naast de psychische klachten (zie paragraaf 4.3). Ze vonden dat mannelijke gedetineerden hun huisarts vaker dan gematchte controles bezochten voor neurologische problemen, problemen met de spijsvertering, problemen met hun geslachtsorganen en algemene of ongespecificeerde gezondheidsproblemen in het jaar voorafgaand aan hun detentie. Vrouwelijke gedetineerden bezochten hun huisarts significant vaker voor blaasontstekingen en ernstige rugklachten in het jaar voorafgaand aan hun detentie. Deze problemen veranderden niet of nauwelijks gedurende hun tijd in detentie, waarmee uit dit onderzoek geen fysieke detentieschade kan worden geconstateerd.

4.5 Detentieschade en verslaving/middelengebruik

4.5.1 Algemeen beeld

Dat verslaving en middelen ge/misbruik (alcohol en drugs) eveneens een probleem kunnen zijn bij gedetineerden, is een bekend fenomeen. Favril en Dirkzwager (2019) rapporteren dat grofweg 24% van de gedetineerden wereldwijd een alcoholverslaving heeft en 30 tot 50% een drugsverslaving. Ook in het onderzoek van Favril en collega's (2024) werden vrij hoge prevalenties van middelenmisbruik gevonden: mannelijke gedetineerden hadden gemiddeld 26,2% stoornissen in het alcoholgebruik en 29,7%

stoornissen in drugsgebruik. Vrouwelijke gedetineerden hadden gemiddeld 20,0% stoornissen in het alcoholgebruik en 50,7% stoornissen in drugsgebruik.

De range van de prevalentie van alcohol en middelenmisbruik verschilt vrij veel tussen de verschillende onderzoeken, zo blijkt uit het onderzoek van Fazel et al. (2016): tussen de 18 en 30% van de mannelijke en tussen de 10 en 24% van de vrouwelijke gedetineerden heeft een stoornis in alcoholmisbruik. Middelenmisbruik varieert tussen 10% en 48% bij mannelijke en tussen de 30 en 60% van de vrouwelijke gedetineerden. De verklaring voor deze variatie is moeilijk te geven, maar de auteurs stellen dat factoren als variatie in de onderzoeksopzet (diagnostische instrumenten, zelfrapportage of niet, et cetera) een deel van de variatie kan verklaren.

Fazel en Seewald (2012) onderzochten middelenmisbruik als comorbide stoornis bij verschillende andere psychische stoornissen en vonden eveneens vrij grote verschillen tussen verschillende studies. Zo varieerde middelenmisbruik als comorbide stoornis bij een psychische stoornis (elke) tussen de 20,4 en 43,5%, tussen 13,6 en 95% bij psychotische stoornissen en tussen 9,2 en 82,5% bij stemmingsstoornissen en depressie.

Fazel et al. (2017) vonden dat gemiddeld 26% van de mannelijke gedetineerden en 20% van de vrouwelijke gedetineerden een stoornis in alcoholgebruik hadden (in de afgelopen 12 maanden). Daarnaast had gemiddeld 30% van de mannelijke gedetineerden en gemiddeld 51% van de vrouwelijke gedetineerden een stoornis in middelenmisbruik (in de afgelopen 12 maanden).

Nederland
In de Nederlandse onderzoeken die Favril en Dirkzwager (2019) bekeken, vonden ze dat tussen de 35% en 44% van de gedetineerden problemen rondom middelengebruik rapporteerden, waarbij dit percentage varieerde naar mate van de gekozen operationalisatie van middelenmisbruik. Onder tbs-gestelden komt verslavingsproblematiek tevens veel voor (Kersten & Verwaaijen, 2012) en blijkt dit samen te hangen met een langere behandelduur (Nagtegaal & Varkevisser, 2025). Het is mogelijk dat tijd in detentie er in het geval van tbs-gestelden met een lange gevangenisstraf voor zorgt dat er al is afgekickt voordat aan de tbs-behandeling wordt gestart, dit hoeft dan niet meer aan het begin van de tbs-behandeling te gebeuren. Het is echter niet realistisch om te verwachten dat de gevangenis een volledig drugs- en alcoholvrije plek is.

4.5.2 Longitudinaal onderzoek

Elders
Genberg en collega's (2015) onderzochten de samenhang tussen gevangenisstraf en het injecteren van drugs (specifiek heroïne en/of cocaïne). Hiervoor gebruikten de onderzoekers een bestaande prospectieve cohortstudie waarin personen die drugs injecteren of in het verleden drugs hebben geïnjecteerd, vanaf 1988 werden gevolgd.[66] Daarbinnen keken ze naar personen die minstens zeven dagen in detentie hadden doorgebracht, meer in het bijzonder werd gekeken of ze in de zes maanden die volgden na vrijlating drugs injecteerden. Hierin werd ook onderscheid gemaakt tussen de groep die minder dan 30 dagen en de groep die 30 dagen of langer in detentie

[66] AIDS Linked to the Intravenous Experience (ALIVE) in Baltimore, Maryland in de V.S. Het aantal participanten die in de studie van Genberg et al. (2015) werd meegenomen was 3.245. Hiervan had 57% minstens één keer zeven dagen of langer in een gevangenis gezeten.

heeft doorgebracht. Hun resultaten lieten zien dat tijd in de gevangenis significant samenhing met een toename van het injecteren van drugs, met name in de groep die ten tijde van de gevangenisstraf geen drugs injecteerden en die 30 dagen of langer in de gevangenis hebben doorgebracht. Dus, het detineren van voormalige gebruikers van injectiedrugs hangt samen met een vergroot risico op injecteren na vrijlating (50% toename in de zes maanden na vrijlating).

Nederland
Binnen de scope van het onderzoek zijn geen longitudinale onderzoeken gevonden over detentie en verslaving/middelengebruik in Nederland.

4.6 Detentieschade en slachtofferschap bij de gedetineerde[67]

4.6.1 Algemeen beeld

Ook gedetineerden worden slachtoffer van vervelende gebeurtenissen. Onderzoek naar dergelijke gebeurtenissen richt zich veelal op ACEs: *Adverse Childhood Experiences;* gebeurtenissen die in het verleden hebben plaatsgevonden en gebeurtenissen die zich in de gevangenis zelf plaatsvinden. In het geval van langgestrafte tbs-gestelden kan onbehandeld trauma dat voortkomt uit ACEs in detentie verslechteren, bovendien kan er nieuw trauma ontstaan door nare gebeurtenissen in de gevangenis.

ACEs zijn gebeurtenissen als (seksueel) misbruik, verwaarlozing, maar ook zaken als het meemaken van een scheiding van de ouders, of het hebben van een criminele ouder (al dan niet in de gevangenis). Verschillende vragenlijsten en typologieën voor deze ACEs zijn ontwikkeld (zie bijvoorbeeld Felitti et al., 1998 en Finkelhor et al., 2015). Op hun beurt zijn ACEs vaak gerelateerd aan slechte uitkomsten voor wat betreft de psychische gezondheid en ook voor delictgedrag (Webb et al., 2025). In een recente meta-analyse is gekeken naar de prevalentie van deze ACEs bij totaal een half miljoen mensen in 206 onderzoeken (Madigan et al., 2024). De meeste mensen hebben ten minste 1 ACE meegemaakt, dit percentage bedraagt 60,1% (39,9% heeft geen ACE meegemaakt). De onderzoekers concluderen verder dat er enig bewijs is dat de prevalentie van vier of meer ACEs hoger is bij personen met een geschiedenis van het plegen van delicten of van crimineel gedrag (31,8%) dan bij personen die dit niet hebben (16,1%).[68] Ook Webb et al. (2025) onderzochten de prevalentie van ACEs in een systematische review. Zij bekeken een mannelijke forensisch psychiatrische groep van deelnemers (deels in de gezondheidszorg, deels in fpc's). Zij vonden dat de onderzoeken hiernaar over het algemeen niet van heel hoge kwaliteit waren. Desalniettemin berekenden ze dat de drie meest voorkomende ACEs in deze populatie bestonden uit het meemaken van een scheiding van de ouders (51,9%), emotionele verwaarlozing (42,7%) en middelenmisbruik in het huishouden (38,6%). Webb et al. (2025) bespreken ook een aantal andere onderzoeken waaruit blijkt dat ACEs in forensische populaties (niet in het gevangenissysteem) samenhangen met negatieve uitkomstmaten: meer en ernstigere behoeften rondom de psychische gezondheid (Finch et al., 2024; McLachlan et al., 2024; Morris et al., 2020), een 15 keer zo grote kans om in het afgelopen jaar geweld te hebben gepleegd en een 20 keer zo grote kans om gedurende het leven in de gevangenis te raken (Bellis et al., 2015), een verhoogde kans op negatieve impact op de fysieke gezondheid (Hughes et al., 2017)

[67] Inspiratie voor deze paragraaf komt mede uit de bijgewoonde bijeenkomst van ViNe over slachtofferschap onder gedetineerden dd. 30 november 2025 (het kennisnetwerk over victimologie in Nederland).
[68] Madigan et al. (2024) rapporteren helaas geen typen ACEs, alleen aantallen.

en op werkgerelateerde problemen (Hardcastle et al., 2018; alle referenties in Webb et al., 2025).

Slachtofferschap in detentie betreft enerzijds zaken tussen gedetineerden onderling en anderzijds zaken tussen een gedetineerde en de penitentiair inrichtingswerker. Beide vormen van slachtofferschap kunnen worden gezien als detentieschade. Het ervaren van fysiek of seksueel slachtofferschap in detentie hangt significant samen met zelfbeschadiging (Favril et al., 2020; zie ook paragraaf 4.3).

Nederland
Martens et al. (2021) onderzochten de prevalentie van zelfgerapporteerd slachtofferschap onder 3.485 Nederlandse gedetineerden vanuit data uit *de Life in Custody* studie.[69] Verschillende vormen van slachtofferschap én van slachtoffer-daderschap zijn bekeken. Hierbij konden de gedetineerden aangeven hoe vaak ze de voorgaande twee maanden slachtoffer zijn geworden van geweld door een medegedetineerde, van geweld door een personeelslid, van vernieling of van diefstal. Daarnaast konden ze aangeven hoe vaak ze, naast slachtofferschap, ook dader van een van deze incidenten zijn geweest (slachtoffer-dader). Ruim een kwart van de gedetineerden gaf aan van ten minste een type incident slachtoffer te zijn geworden (25,2%). Daarvan gaven de meesten aan alleen slachtoffer te zijn geworden (19,3%) en een minderheid gaf aan ook dader te zijn geweest, slachtoffer-dader (5,9%). Diefstal kwam het meeste voor (18,9%), gevolgd door vernieling (6,9%), geweld door een medegedetineerde (6,4%) en geweld door een personeelslid (4,6%).

4.6.2 Longitudinaal onderzoek

Binnen de scope van het onderzoek zijn geen longitudinale onderzoeken gevonden over detentie en zelfredzaamheid.

4.7 Detentieschade en zelfredzaamheid

4.7.1 Algemeen beeld

Het leven in de gevangenis wordt gekenmerkt door een gebrek aan vrijheid. Dit is inherent aan de straf, het is bedoeld als vrijheidsbeneming. Het regime bepaalt een brede range aan handelingen voor de gedetineerde, van eenvoudige zaken als controle over het licht in de cel en de momenten waarop de deur dicht is, tot beslissingen over het dagelijks leven, als eten, slapen, zich bewegen, rondlopen, persoonlijke zorg, kunnen sporten, kunnen onderhouden van sociale contacten, et cetera (Driessen, 2023). Door deze beperkingen aan de keuzevrijheid en autonomie, de mate waarin je kunt beslissen over je eigen keuzes en daarnaar te handelen, neemt de zelfredzaamheid af, de manier waarop je voor jezelf kan zorgen op verschillende levensterreinen. Dit is tevens een van de vijf klassieke '*pains of imprisonment*' (pijnen van gevangenschap): het verlies van vrijheid door gevangenschap. De andere pijnen zijn verlies van gewenste goederen en diensten, heteroseksuele relaties en veiligheid (Sykes, 1958). In het deprivatiemodel van Sykes (1958, 2007) wordt gesteld dat de negatieve relatie tussen gevangenisstraf en re-integratie wordt veroorzaakt door het

[69] Het betreft een vragenlijst die is afgenomen in februari-mei 2017 onder gedetineerden vanuit verschillende typen instellingen: gevangenissen, huizen van bewaring, (zeer) beperkt beveiligde inrichtingen, extra zorg voorzieningen, inrichtingen voor stelselmatige daders en arrestanten. Van de 4.538 aangeschreven deelnemers vulden 3.485 deelnemers de vragenlijst volledig in.

gebrek aan vrijheid dat inherent is aan de gevangenisstructuur en beperkende regimes.[70]

Na een periode van detentie, kan de zelfredzaamheid zodanig zijn afgenomen dat de gedetineerde niet meer goed buiten de muren van een gevangenis kan functioneren. Haney (2002) noemt dit de 'psychologische kosten' van (langdurige) blootstelling en aanpassing aan de beperkingen en frustraties van het gevangenisleven. Zeker in de V.S., waar sprake is van een telkens toenemende mate van verharding van beleid en zwaardere condities waaronder gevangenen moeten leven, resulteert dit in verdergaande '*institutionalization*' en '*prisonization*'[71] (detentieschade). In het re-integratie proces is het juist de bedoeling zelfstandig en zelfredzaam te zijn, dezelfde eigenschappen die tijdens de detentie zoveel schade oplopen (zie ook Driessen et al., 2023; Haney, 2002). Dat het ook anders kan, laten de Scandinavische landen zien, waarin steeds meer gevangenissen een minimaal beveiligingsniveau hebben en gedetineerden veel meer bewegingsvrijheid hebben (Shammas, 2017).

Driessen en collega's (2023) laten verder zien dat een gebrek aan autonomie op haar beurt onder meer gerelateerd is aan meer agressief gedrag en delictgedrag, zoals minder *desistance* (het stoppen met crimineel gedrag; Brezina, 2020; Johnston et al., 2019, Liem & Richardson, 2014; Petrich, 2020, alle in Driessen et al., 2023), meer recidive (Liem & Richardson, 2014 in Driessen et al., 2023), meer agressieve incidenten in detentie (Vollaard et al., 2019 in Driessen et al., 2023), en minder kwaliteit van leven (Van der Kaap-Deeder et al., 2017 in Driessen et al., 2023). Aan de andere kant laat onderzoek naar vrijere regimes, waarin gedetineerden bijvoorbeeld zelf kunnen koken, sporten, telefoons kunnen gebruiken, zien dat er dan minder agressie is tijdens detentie (Vollaard et al., 2019 in Driessen et al., 2023). De auteurs benadrukken daarbij dat verder onderzoek naar de samenhang tussen autonomie, *sense of agency* en bijbehorende neurocognitieve structuren nodig is. Gezien de relatie met een hoge mate van recidive na gevangenisstraf, is het belangrijk de achterliggende mechanismen, zoals het verlies van autonomie, goed in kaart te brengen.

Het gebrek aan autonomie en eventuele verminderde zelfredzaamheid kan er bij langgestrafte tbs-gestelden voor zorgen dat het langer duurt om gebruiken en gewoontes tijdens de tbs-behandeling aan te leren. Binnen de behandeling wordt toegewerkt naar uiteindelijke re-integratie en daarvoor wordt ook gekeken naar de manier waarop een tbs-gestelde zich buiten de kliniek kan redden. Deze zelfredzaamheid weer moeten opbouwen kan er eventueel voor zorgen dat de behandeling langer duurt.

4.7.2 Longitudinaal onderzoek

Binnen de scope van het onderzoek zijn geen longitudinale onderzoeken gevonden over detentie en zelfredzaamheid.

[70] In de literatuur zijn tevens achterliggende mechanismen beschreven, zoals de *sense of agency*, het gevoel controle te kunnen hebben over dingen die gebeuren in de sociale en fysieke wereld, en bijbehorende neurocognitieve structuren (zie verder Driessen et al., 2023).

[71] Oorspronkelijk bedacht door Clemmer (1958).

4.8 Detentieschade en leefklimaat

4.8.1 Algemeen beeld

Verschillende factoren die in het leefklimaat van een gevangenis kunnen spelen, kunnen eveneens een rol spelen bij detentieschade. Met leefklimaat kunnen verschillende dingen worden bedoeld, maar Boone et al. (2016) definiëren het als: 'die aspecten van het onvrijwillig residentieel verblijf in justitiële inrichtingen die van invloed zijn op het welbevinden en/of gedrag van de ingeslotenen tijdens en na afloop van het verblijf' (p. 16). Favril et al. (2024) noemen hierbij bijvoorbeeld overbevolking, gebrek aan hygiëne en slechte ventilatie, waardoor infectieziekten makkelijker kunnen verspreiden. Ook isolatie en gebrekkige mogelijkheden voor betekenisvolle activiteiten kunnen de fysieke en psychische gezondheid negatief beïnvloeden. Goomany et al. (2015) onderzochten hoe het gevangenisklimaat de psychische gezondheid kan beïnvloeden en uit hun review kwamen vier hoofdthema's naar voren: sociale, emotionele, organisatie en fysieke aspecten. Bij sociale factoren is isolatie, gebrek aan activiteit en mentale stimulatie belangrijk, maar ook dingen als pesten, geweld en exploitatie. Een emotionele factor is het verlies van de connectie met de familie; organisatie is het gevangenisregime en de geboden structuur (wat ook positieve factoren kunnen zijn), het verlies van autonomie, de gevangenis als rustpunt en plek om toegang tot zorg te kunnen krijgen. En een fysieke factor is overbevolking.

Boone et al. (2016) identificeerden zes factoren en drie determinanten van het leefklimaat, waarbij de eerste categorie omstandigheden betreffen die direct invloed hebben op het leefklimaat en de tweede categorie meer voorwaardenscheppend daarvoor zijn. De factoren zijn: de contacten tussen personeel en ingeslotenen, de mate van autonomie, contacten met de buitenwereld, veiligheid, zinvolle dagbesteding en fysiek welbevinden. De determinanten zijn: de gebouwelijke omgeving, de professionaliteit en samenstelling van het personeel en de samenstelling van de bewonerspopulatie. Bij al deze factoren en determinanten zijn bevorderende en belemmerende effecten aan te duiden. Samenvattend lijken de volgende factoren van belang (zie Boone et al., 2016 voor de determinanten). Bij contacten tussen personeel en gedetineerden zijn respect en ondersteuning kernbegrippen. Autonomie, zelf keuzes maken over bijvoorbeeld het kunnen hebben van een eigen cel, vergroot de mate van ervaren autonomie dat op haar beurt de ervaren veiligheid kan vergroten. Contacten met de buitenwereld, bijvoorbeeld in de zin van ontvangen van bezoek, zijn belangrijk bij het gedrag van gedetineerden binnen detentie, maar ook bij hun motivatie om aan re-integratie te werken en bij het verlagen van recidive. De ervaren veiligheid hangt af van ten minste vijf zaken: het contact met de medegedetineerden, de interactie met het personeel, de persoonlijke ruimten, het vertrouwen tussen personeel en ingeslotenen en het type veiligheidsmaatregelen dat wordt genomen. Zinvolle tijdsbesteding en persoonlijke ontwikkeling heeft ten minste drie belangrijke kenmerken: dit dient toekomstgericht te zijn, zinvol -al is het alleen tegen verveling en als mogelijkheid tot contact met medegedetineerden, personeel en soms de buitenwereld- en gericht op re-integratie. Vooral de bibliotheek, het luchten en contact met de geestelijk verzorger worden gewaardeerd; daarentegen zijn gedetineerden zeer negatief ten aanzien van gedragsinterventies. Fysieke factoren zijn vooral bekeken in relatie tot voeding en sport, die beide een belangrijke invloed kunnen hebben op het leefklimaat.

Johnson Listwan et al. (2010) onderzochten de psychologische effecten van victimisatie en de ervaren dreiging en dwang vanuit de gevangenisomgeving. Zij

interviewden 1.616 ex-gedetineerden in Amerika en legden hen verschillende vragenlijsten voor over posttraumatische cognities en symptomen, dwang en sociale steun. Uit de resultaten blijkt dat dwang het psychologisch welbevinden verminderd en dat sociale steun het psychologische welbevinden vergroot. Er werd geen interactie-effect gevonden voor sociale steun, wat betekent dat sociale steun het effect van dwang op posttraumatische cognities en symptomen niet modereert.

Nederland
Ook factoren als strafzwaarte en procedurele rechtvaardigheid kunnen onder het leefklimaat worden geschaard. Volgens de afschrikkingstheorie zou een zwaardere straf moeten samenhangen met een groter effect van afschrikking en dus een lagere kans van recidive en zou meer procedurele rechtvaardigheid (het gevoel eerlijk en oprecht te zijn behandeld) eveneens moeten samenhangen met minder recidive. Yasrebi (2024) onderzocht beide theorieën in samenhang en bekeek de gezamenlijke effecten van de ervaren strafzwaarte en de ervaren procedurele rechtvaardigheid op gedrag tijdens detentie (wangedrag en bereidheid regels op te volgen) en op gedrag na detentie (recidive). Ook in dit onderzoek is, onder meer, gebruikgemaakt van gegevens uit het Prison Project. Dit waren mannen die instroomden in voorlopige hechtenis en daarna (sommigen) een gevangenisstraf kregen. De mediaan van de gevangenisstraf was echter kort, te weten 4,5 maand. De onderzoekers vonden onder meer dat gedetineerden die hun straf als zwaar ervaarden, desondanks het minst recidiveerden als zij zich wel gerechtvaardigd behandeld voelden (9%; ten opzichte van gedetineerden die hun straf zwaar vonden en zich niet gerechtvaardigd voelden, van wie 26,4% recidiveerde). Hoewel de gemiddelde strafduur van de gedetineerden in dit onderzoek laag is, is dit een resultaat dat de moeite waard is om nader te onderzoeken in een populatie van personen met een lang combinatievonnis, om te bepalen of dergelijke aspecten ook een rol kunnen spelen in deze groep.

4.8.2 Longitudinaal onderzoek

Binnen de scope van het onderzoek zijn geen longitudinale onderzoeken gevonden over detentie en leefklimaat.

4.9 Detentieschade en basisvoorwaarden voor re-integratie

4.9.1 Algemeen beeld

Een aantal basisvoorwaarden waarvan bekend is dat deze belangrijk zijn bij adequate re-integratie na detentie zijn: het hebben van een geldig identiteitsbewijs, werk/inkomen, onderdak, en het op orde hebben van schulden en nazorgbehoeften (DJI, geraadpleegd op 6 mei 2026). Tegelijkertijd zijn dergelijke basisvoorwaarden vaak niet op orde of is het juist voor ex-gedetineerden lastiger om werk te vinden (Apel & Ramakers, 2018). Uit onderzoek naar de mate waarin deze basisvoorwaarden op orde zijn, blijkt dat ex-gedetineerden met werk, inkomen en onderdak minder vaak recidiveren (Boschman et al., 2020; Weijters et al., 2018). Ook het stabiel houden van deze kenmerken hangt samen met recidive (Ramakers et al., 2014; Wensveen, 2020). Het is mogelijk dat tbs-gestelden op deze vlakken een voordeel hebben ten opzichte van reguliere gedetineerden; in tbs-klinieken zijn deze basisvoorwaarden voor re-integratie expliciet onderdeel van de behandeling. De lange gevangenisstraf kan het voor tbs-gestelden mogelijk wel moeilijker maken om weer een sociaal netwerk op te

bouwen, maar ook hierin worden zij ondersteund door de kliniek. In onderstaande wordt kort ingegaan op deze basisvoorwaarden en de relatie met detentieschade.

Inkomsten
Een belangrijke beschermende factor om recidive te voorkomen is toegang tot legitieme financiën. Dit kan door middel van werk, maar ook door toegang tot toeslagen of uitkeringen (Verweij et al., 2021[72]; Ramakers et al., 2024).

Schulden
Weber en collega's (2022) vonden dat meer dan de helft van de gedetineerden schulden had toen zij in de detentie terechtkwamen. Ook kwam het hebben van schulden vaker voor bij de groep gedetineerden die tijdens detentie verbeterde. In dit onderzoek is helaas niet op een ander moment dan het moment van instroom in detentie naar het hebben van schulden gekeken.

Wonen
Dirkzwager et al. (2009) zetten verschillende onderzoeken op een rij over de onbedoelde gevolgen van vrijheidsstraffen. In hun artikel vonden ze zes Nederlandse onderzoeken die zien op de woon- en arbeidssituatie en financiële problemen van gedetineerden voor, tijdens of na een detentieperiode en daarmee een tijdseffect bekijken. Dit zijn al wat oudere studies, ze zijn gepubliceerd tussen 1969 en 1999.

Sociaal netwerk
Het hebben van een (prosociaal) netwerk is een beschermende factor tegen recidive, zoals bekend uit de literatuur en deze factor is onderdeel van veel risicotaxatieinstrumenten. Ook vanuit sociale bindingtheorieën wordt (een deel van) crimineel gedrag door gebrek aan sociale binding verklaart: hoe meer iemand een stabiel sociaal netwerk heeft, hoe kleiner de kans op recidive. Lange tijd in de gevangenis zorgt voor een verwatering van deze bindingen waardoor het lastig is na de tbs-behandeling weer te resocialiseren. Uit een recent verrichte systematische review blijkt bovendien dat er een samenhang bestaat tussen een gebrek aan sociaal contact en een verslechterde mentale gezondheid (Machado, et al., 2024).

Longitudinaal onderzoek
Sentse et al. (2022) onderzochten het sociale netwerk en verbindingen daarbinnen in een groep van 464 gedetineerden vanuit het eerder besproken Prison Project op twee meetmomenten: drie weken nadat ze de gevangenis binnenkwamen en zes maanden na vrijlating. Ze vonden dat ex-gedetineerden na een verblijf in de gevangenis vaker sociale verbindingen verloren (60%) dan dat deze stabiel bleven (40%). Ook kwam uit de resultaten naar voren dat kenmerken van de verbindingen belangrijker waren dan kenmerken van de gedetineerden. Kenmerken van de verbindingen waren het aantal contacten, de kwaliteit van het contact zoals de mate van vertrouwen en ondersteuning, en het type relatie, waarbij familie en partnerrelaties belangrijk waren. Deze waren belangrijker dan kenmerken van de gedetineerden als leeftijd, etniciteit, delict of lengte van de straf.

[72] Ze onderzochten 10.879 ex-gedetineerden door drie afzonderlijke databases aan elkaar te koppelen.

4.10 Detentieschade en veroudering

4.10.1 Achtergrond

Zoals bekend is er in Nederland sprake van vergrijzing. Het aandeel 65-plussers is procentueel gezien verdubbeld sinds de jaren '50 van de vorige eeuw (7% in 1950, 15% in 2022; Leeftijdsverdeling | CBS; geraadpleegd 11 juni 2025). Deze algemene vergrijzing is ook te zien in het gevangeniswezen. Het aantal gedetineerden met een leeftijd van 65 jaar en ouder is de afgelopen decennia flink toegenomen. Zo betrof het aantal 65-plussers in 2005 0,6% (310 personen) van de gehele detentiepopulatie, in 2023 was dit 1,9% (560 personen, StatLine - Gedetineerden; persoonskenmerken; geraadpleegd 19 september 2024). Het probleem van een verouderde populatie in de gevangenis is niet nieuw, zo stelde Aday in 2003 al dat ouderen de snelst groeiende leeftijdsgroep was in het toenmalige gevangenissysteem (Aday, 2003). Hoewel voor de algemene bevolking vaak wordt gekeken naar 65+ als men over vergrijzing spreekt, ligt dit in detentie anders. In verschillende internationale studies over ouderdom in het gevangeniswezen wordt al vanaf 55-jarige leeftijd over ouderen gesproken, omdat de biologische leeftijd van, met name langgestrafte gedetineerden, tien tot twaalf jaar hoger kan zijn dan de kalenderleeftijd.[73] Zo kampen gedetineerden van rond de 50 bijvoorbeeld al met somatische problematiek die in de algemene populatie pas rond de 60 worden ervaren (Aday, 2003; Berg et al., 2021[74]; Kouyoumdijan et al., 2017; Merkt et al., 2020; Williams & Abraldes, 2007). De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ, 2022) bespreekt in hun advies verschillende leeftijdsgrenzen, maar stelt dat geen enkele grens adequaat rekening houdt met individuele verschillen en komt daarom alsnog op een grens van 65+ uit. In hun systematische review naar de meest gebruikte *cut-off* score in de literatuur, vonden Merkt et al. (2020) dat de grens van 50 jaar het vaakst voorkwam. De redenen voor de gehanteerde cut-off score varieerden, van pragmatisch ('komt vaak voor') tot meer inhoudelijk ('op basis van cognitief functioneren' en 'versnelde veroudering'; Merkt et al., 2020).

Er kunnen grofweg drie groepen gedetineerden worden aangeduid die vallen onder de categorie 'oudere gedetineerden'. Dit zijn gedetineerden die op latere leeftijd voor het eerst gedetineerd raken, recidivisten die gedurende hun leven regelmatig in de gevangenis verblijven en (levens)langgestraften die oud worden in detentie (Crawley & Sparks, 2006; Meijer, 2024). Ook in Nederland is het aantal (levens)langgestraften recent toegenomen en deze groep draagt daarmee (op termijn) bij aan de stijging van het aantal ouderen in detentie (CBS, 2022, geraadpleegd op 10 april 2025; RSJ, 2022). In de cijfers is te zien dat het aantal levenslang gestraften van zeven personen in 1990 is toegenomen naar 57 in 2023, waarvan er 12 nog op de beslissing in hoger beroep wachten (anno 2023; Veelgestelde vragen (FAQ) - Forum Levenslang; geraadpleegd 11 juni 2025). Achttien levenslang gestraften zitten langer dan 20 jaar en zeven levenslanggestraften zitten langer dan 25 jaar.[75] Een belangrijke andere groep die in Nederland bijdraagt aan veroudering in het gevangeniswezen, zijn de tbs-gestelden met een lang combinatievonnis. Zij zitten immers eerst langdurig in het

[73] Met de biologische leeftijd wordt in deze onderzoeken veelal gekeken naar bepaalde fysieke markers voor de leeftijd en dit geeft aan hoe fit en gezond je bent. De kalenderleeftijd is de leeftijd die iemand heeft gebaseerd op zijn geboortedatum.

[74] In dit onderzoek zijn 410 deelnemers (Afrikaans-Amerikaans) onderzocht, die meededen aan 7 meetmomenten tussen 1997 en 2016.

[75] Hoewel deze aantallen in het niet vallen in vergelijking met de VS, waar 1 op 7 personen een levenslange gevangenisstraf heeft en een derde daarvan geen kans heeft op vervroegde invrijheidstelling (Nellis, 2021 in Vannier & Nellis, 2023). Ook in Engeland en Wales worden veel levenslange gevangenisstraffen opgelegd, meer dan Duitsland, Rusland, Italië, Polen, Nederland en Scandinavië bij elkaar opgeteld (Ministry of Justice, 2022b, in Vannier & Nellis, 2023).

gevangeniswezen, voordat hun tbs-behandeling start. Uit de cijfers in hoofdstuk 3 blijkt dat 160 tbs-gestelden een combinatievonnis van 10 jaar of meer hebben. Ervan uitgaande dat de gemiddelde leeftijd ten tijde van veroordeling voor een tbs-maatregel ruim 33 jaar is (33,2 jaar; Nagtegaal & Varkevisser, 2025), zijn deze mensen na 8-28 jaar gevangenisstraf (het ten uitvoer te leggen deel van de combinatievonnissen) gemiddeld 41-61 jaar als hun gevangenisstraf is afgelopen, waarna gemiddeld 9 jaar tbs-behandeling volgt en zij gemiddeld tussen de 50 en 70 jaar oud zijn als deze is afgelopen. Zoals eerder gemeld, vindt bij een levenslang gestrafte na 22,5 jaar een evaluatie voor re-integratiemogelijkheden en eventuele vrijlating/gratie plaats. Stel dat deze persoon gemiddeld net zo oud is als een tbs-gestelde ten tijde van oplegging van de levenslange gevangenisstraf, dus 33,2 jaar, is hij dus gemiddeld 58,7 jaar oud bij mogelijke uitstroom.[76]

Na een dergelijk lange periode in de gevangenis, ondergaat iemand ook vele lichamelijke veranderingen. De zaak van Mujahid Farid in de VS illustreert dit:

> 'In 2011, tijdens mijn tiende zitting bij de commissie die over vervroegde invrijheidstelling gaat, werd ik eindelijk vrijgelaten – bijna 62 jaar oud. Hoe dichter ik bij de vrijlatingsdatum kwam, hoe meer ik om me heen keek naar de mannen die ik zou achterlaten. Velen van hen hadden, net als ik, al sinds hun tienerjaren en twintiger jaren vastgezeten en waren nu, net als ik, ouder dan 60 of 70 jaar. Ik werd me steeds scherper bewust van de toenemende gebreken waarmee ze te maken kregen; de zwakheden van de leeftijd; de ziekten die hen troffen; en hun verlies van hoop door herhaaldelijke weigeringen van voorwaardelijke invrijheidstelling. Net als ik hadden ze hun hele volwassen leven in de gevangenis doorgebracht, en de meesten waren anders dan de persoon die voor het eerst in het systeem was gekomen. In tegenstelling tot mij gingen ze niet naar huis.'[77]

Het belang van (aandacht voor) detentie en veroudering neemt met ingang van de Wsenb en de daarmee in werking getreden nieuwe v.i.-termijn, tevens startdatum van de tbs-behandeling in geval van een combinatievonnis, alleen maar toe, omdat tbs-gestelden daardoor later starten met de tbs-behandeling dan voorheen (zie paragraaf 2.1.1). Ook andere wetgeving draagt bij aan een langere detentieduur, zoals de eerder besproken verlenging van de maximale duur voor doodstraf en de verlenging van de maximale duur voor moord.

Vijf relevante domeinen

Uit de literatuur komen ten minste vijf manieren naar voren waarop ouder worden in het geval van langgestrafte tbs-gestelden relevant kan zijn: vanwege 1) de relatie tussen veroudering en het brein, 2) veroudering en de psychische gezondheid, 3) veroudering en de fysieke gezondheid, 4) veroudering en risicotaxatie en 5) veroudering en resocialisatie. Deze manieren worden hieronder nader besproken. Veel van de aspecten die samenhangen met de andere domeinen van detentieschade in dit hoofdstuk kunnen door het proces van veroudering worden versterkt, hier wordt

[76] Dit is in de praktijk nog niet zo vaak voorgekomen, slechts in vier zaken in 2019-2025 is gratie verleend (Adviescollege Levenslang, 2025).

[77] *'In 2011, at my tenth parole board appearance, I was finally released–approaching 62 years of age. The closer I got to the release date, the more I looked around at the men I would be leaving behind, many of whom had, like me, been incarcerated since their teens and twenties and who were now, like me, more than 60 or 70 years of age. I became more sharply aware of the increasing infirmities they faced; the frailties of age; the illnesses affecting them; and their loss of hope through repeated parole denials. Like me, they had spent their entire adult lives in prison, and most were different from the person who had first entered the system. Unlike me, they were not going home'* (Vannier & Nellis, 2023, p. 1.278).

dus af en toe naar verwezen. Als de paragraaf geen subkop 'longitudinaal onderzoek' heeft, zijn deze studies binnen de scope van het huidige onderzoek niet gevonden.

4.10.2 Veroudering en het brein

Algemeen beeld
Zoals al aan bod is gekomen in het stuk over detentie en het brein (paragraaf 4.2), is een mogelijk gevolg van detentie het afnemen van cognitieve functies door verminderde hersenactiviteit (Meijers, 2018a). Het afnemen van neurologische verbindingen is ook een natuurlijk gevolg van ouder worden. Met de leeftijd neemt de kwaliteit van het werkgeheugen, de inhibitie en het lange termijngeheugen af, terwijl al deze factoren een rol spelen bij succesvol leren en het onder controle houden van emoties en impulsen. Een extreem geval van verminderd cognitief vermogen is de ontwikkeling van dementie (Smallenburg & Roza, 2023; William & Albraldes, 2007). Er is momenteel nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar dementie in detentie en hoeveel dit voorkomt, maar een onderzoek van Volkers en Scherder (2011) toont aan dat dementerende ouderen sneller achteruitgaan wanneer ze in een prikkelarme omgeving worden geplaatst.[78] Het verouderingsproces van het brein kan eventueel worden vertraagd door het blijven trainen en stimuleren van de hersenen (Park & Bischof, 2011; Park & Reuter-Lorenz, 2009), evenals regelmatig fysiek bewegen (Volkers et al., 2023). Het gevangeniswezen is echter een plek met weinig stimulans zoals bijvoorbeeld wordt beargumenteerd in het neurologische onderzoek van Meijers en collega's (2018a). Er kan worden verwacht dat de combinatie van een prikkelarme omgeving en het proces van ouder worden vooral een impact heeft op langgestrafte tbs-gestelden, zij zullen immers ouder worden in detentie dan kortgestrafte tbs-gestelden, en dit kan mogelijk doorspelen in de slagingskans van de tbs-behandeling.

Longitudinaal onderzoek

Nederland
Galle et al. (2023) onderzochten de relatie tussen beweging en executief functioneren bij 3.553 deelnemers van gemiddeld 70 jaar of ouder van het prospectieve Rotterdamse studiecohort.[79] Ze keken op vier meetmomenten naar de relatie tussen fysieke activiteit en het executief functioneren, waarbij gemiddeld 4,6 jaar, gemiddeld 11,1 jaar en gemiddeld 15,8 jaar tussen de meetmomenten zat. Ze vonden dat de deelnemers die ten tijde van het eerste meetmoment meer bewegen significant betere executieve functies hebben dan deelnemers die minder bewegen. Dit effect bleef overeind bij het vierde meetmoment.

4.10.3 Veroudering en psychische gezondheid

Algemeen beeld
In paragraaf 4.3 is duidelijk geworden dat psychische stoornissen veel voorkomen bij gedetineerden. Een enkel onderzoek ziet daarbij op specifiek de oudere populatie. Dit prevalentieonderzoek bij oudere gedetineerden (50 jaar of ouder) laat zien dat sommige stoornissen vaker voorkomen onder de oudere gedetineerden dan onder jongere (volwassen) gedetineerden, terwijl andere even vaak of juist minder vaak

[78] Smallenburg en Roza (2023) schetsen tevens enkele aanbevelingen voor de zorgverlening aan justitiabelen met dementie. De geïnteresseerde lezer wordt daarnaar verwezen.
[79] Dit is een prospectief longitudinaal opgezet Onderzoek dat sinds 1990 in Rotterdam wordt uitgevoerd. Aanvankelijk zijn 10.215 Rotterdamse inwoners uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek. Hiervan waren 3.553 deelnemers die konden worden meegenomen in de resultaten die hier zijn besproken.

voorkomen (Favril et al., 2024). Zo komen psychotische stoornissen (5,5%), depressie (28,3%) en bipolaire stoornissen (4,5%), angststoornis (14,2%), persoonlijkheidsstoornis (22,9% niet nader gespecificeerd) en dementie (3,3%) vaker voor bij oudere gedetineerden dan bij jongere (volwassen) gedetineerden. De prevalentie van PTSD is met 6,2% gelijk aan die van mannelijke volwassen gedetineerden en alcoholmisbruik (15,9%) komt minder vaak voor bij oudere gedetineerden dan bij jongere (volwassen) mannelijke en vrouwelijke gedetineerden.

4.10.4 Veroudering en fysieke gezondheid

Algemeen beeld

Veroudering gaat verder gepaard met fysieke ongemakken en de geriatrische populatie in het gevangeniswezen kampt vaker met deze gezondheidsproblemen dan leeftijdsgenoten buiten detentie (Favril & Dirkzwager, 2019; Fazel et al., 2001; Williams & Albraldes, 2007). Denk hierbij aan long- en/of hartkwalen, artritis en diabetes, maar ook het afnemen van zicht en/of gehoor. De meerderheid van de Amerikanen heeft ten minste één chronische ziekte en vaak ook meerdere aandoeningen. De meest voorkomende ziekten zijn artritis (50%), verschillende vormen van hartaandoeningen (30%), kanker (24%), diabetes (20%) en hoge bloeddruk (72%; Administration on Aging 2013, in Blowers, 2015). Het risico om te komen te overlijden, neemt eveneens toe naarmate men ouder wordt in de gevangenis. In een kwalitatief onderzoek waarin 80 gedetineerden in de UK werden geïnterviewd, waaronder (levens)lang gestraften, werd gevonden dat een aanzienlijk deel van deze mannen bang was om in de gevangenis te overlijden. Sommigen verlangden daar juist naar, vanwege de uitzichtloosheid van hun situatie (Crawley & Sparks, 2006). Munday et al. (2019) vonden in hun systematische review negen verschillende soorten niet-overdraagbare aandoeningen waarvan de prevalentie tussen jongere en oudere gedetineerden (meestal ≥50 jaar) kon worden vergeleken. Verschillende aandoeningen kwamen vaker voor bij oudere gedetineerden: acht keer zo vaak COPD, 10 keer zo vaak diabetes, 13 keer zo vaak hartziekten en 20 keer vaker hoge bloeddruk. Ook is bij ouderen een hoger sterftecijfer en tevens (de start van) verschillende (chronische) ziekten te verwachten (Berg et al, 2021). Ook hebben ouderen meer somatische zorg nodig, zijn minder goed ter been, of hebben ondersteuning nodig bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (RSJ, 2022). Verder zijn de gebouwen en de cellen vaak niet geschikt voor ouderen en ontbreken voorzieningen als steunbeugels in douches veelal (Kuin, 2024).

Longitudinaal onderzoek

Elders

In een groot longitudinaal onderzoek naar een cohort gedetineerden dat in 2000 in de gevangenis terechtkwam in Ontario, Canada (n=48.166) werd gekeken naar de relatie tussen overlijden en een verblijf in detentie. Het ging om gedetineerden die daarna naar het federale gevangenissysteem werden overgeplaatst, dat is bedoeld voor gedetineerden die zijn veroordeeld tot een gevangenisstraf van twee jaar of langer. De gemiddelde follow-up duur na instroom in 2000 was 12 jaar. De onderzoekers vergeleken de sterftecijfers van dit cohort met de algemene populatie en deden dit telkens voor leeftijdscategorieën van 5 jaar (20-24, 25-29, et cetera t/m 75-79 jaar voor de mannen en t/m 65-69 voor de vrouwen). Uit de resultaten blijkt dat het sterftecijfer bij de mannen uit het gedetineerden cohort telkens hoger was dan bij de deelnemers uit de algemene populatie. Dit gold voor alle leeftijdscategorieën, maar het effect was sterker bij de jongere leeftijdscategorieën. Voor de vrouwelijke

gedetineerden gold eveneens dat het sterftecijfer hoger was dan voor de algemene populatie, voor alle leeftijdscategorieën behalve voor de leeftijdscategorie 65-69 (Kouyoumdjian et al., 2017). In de leeftijdscategorieën tussen de 20 en 44 voor de mannen en tussen de 20 en 59 voor vrouwen met een detentiegeschiedenis, werden sterftecijfers gevonden die normaliter verwacht worden bij mensen die minstens 15 jaar ouder zijn.

In een longitudinaal onderzoek naar de effecten van gevangenisstraf op het lichaam van Afrikaans-Amerikaanse personen werd met een biologische marker voor lichamelijke veroudering in het bloed[80] gevonden dat personen die ooit gedetineerd waren geweest, gemiddeld elf maanden ouder waren dan hun kalenderleeftijd en personen die nooit gedetineerd waren geweest juist gemiddeld tien maanden jonger waren dan hun kalenderleeftijd (Berg et al., 2021). Het maakte in dit onderzoek geen verschil wanneer of hoe vaak iemand gedetineerd was geweest, de effecten van detentie bleven hetzelfde. Wel maakte het verschil of een gedetineerde tijdens detentie geweld had meegemaakt, als dit het geval was, dan was de gemiddelde fysiologische leeftijd twee jaar ouder dan hun kalenderleeftijd.

4.10.5 Veroudering en risicotaxatie

Algemeen beeld

Een volgend belangrijk aspect van het ouder worden in de context van detentie is het risico op recidive en de rol die leeftijd speelt in het inschatten van dit risico. Aldolphe Quetelet schreef in 1830 al over de samenhang tussen leeftijd en crimineel gedrag en sindsdien is de *age-crime curve* een bekend fenomeen binnen de criminologie, waarin wordt gesteld dat hoe ouder men wordt, hoe minder crimineel gedrag men pleegt. Onderzoek van Moffitt (o.a. 1993, 2018) toont aan dat binnen het algemeen gangbare idee van 'hoe ouder, hoe minder crimineel gedrag' twee subgroepen te identificeren zijn. De meeste daders starten en stoppen met crimineel gedrag in de adolescentie, de zogeheten '*adolescence-limited group*'. Slechts een kleine hardnekkige groep blijft antisociaal en crimineel gedrag tot in de volwassenheid vertonen, de '*life-course persistent group*' (Moffit, 2018; Sivertsson et al., 2024). Daarmee kan veroudering op zichzelf voor een groot deel van de daders het risico op toekomstig crimineel en antisociaal gedrag verlagen. Echter, aangezien mensen langer en in betere gezondheid leven, kan het ook zo zijn dat zij juist wel in staat blijven om delictgedrag te vertonen (Blowers, 2015). Ook Moffitt (2018) constateert dat er wat onderzoek is dat laat zien dat de piek in delictgedrag enigszins is toegenomen, maar de redenen daarvoor zijn onduidelijk. In veel Nederlands recidiveonderzoek is leeftijd de belangrijkste voorspeller van recidive, waarin vaak wordt gevonden dat oudere delinquenten, zowel reguliere gedetineerden als tbs-gestelden, minder vaak recidiveren (zie bijvoorbeeld Wartna et al., 2005; Weijters et al., 2018; Nagtegaal & Varkevisser, 2025).

Het is dus de vraag of ouderen nog gevaarlijk zijn en de meeste risicotaxatie instrumenten uit de tbs-praktijk, zijn niet specifiek gericht op ouderen, noch nemen specifieke risicofactoren of beschermende factoren mee in de taxatie van het risico. Ook zijn deze niet gevalideerd voor ouderen (Kuin, 2024). Verder wordt de huidige leeftijd van een tbs-gestelde niet meegenomen als factor in de meest gebruikte risicotaxatie instrumenten in Nederland, noch daarbuiten. Vaak is de enige leeftijd

[80] In dit onderzoek is gebruikgemaakt van zogenaamde *GrimAge scores* (Horvath & Raj, 2018 in Berg et al., 2021). Dit is een maat die gebruikmaakt van bepaalde plasmaproteïnes die in het bloed kunnen worden gevonden en een robuuste voorspeller zijn van de mate waarin bepaalde ziektes en/of sterfgevallen voorkomen.

gerelateerde factor die wordt meegewogen de leeftijd die de persoon had ten tijde van het plegen van het delict, bijvoorbeeld in recidiveonderzoek. Zo zijn in de Nederlandse tbs-praktijk de Historisch, Klinisch en Toekomst – Revisie (HKT-R) en de *Historical, Clinical, and Risk Management* (HCR-20V3) de belangrijkste risicotaxatie-instrumenten (EFP, 2025). In de HKT-R is de enige leeftijdsfactor die wordt meegenomen de leeftijd ten tijde van de eerste veroordeling; hoe ouder een persoon was tijdens deze eerste veroordeling, hoe lager die scoort.[81] Er wordt wel benoemd dat de huidige leeftijd van een persoon dient te worden meegenomen in het eindoordeel (Spreen et al., 2014). Hetzelfde geldt voor de HCR-20V3, waar *'age at first offence'* de enige leeftijdsgebonden factor is. Een uitzondering op het bovenstaande is de Static-99R. Dit risicotaxatie instrument is ontworpen voor volwassen mannen met een geschiedenis van zedendelicten. Wereldwijd wordt dit instrument gebruikt om het risico op recidive bij zedendelinquenten te onderzoeken, ook in Nederland (EFP, 2025). De eerste risicofactor dat in dit instrument gemeten wordt is hoe oud de persoon op het moment van afname is; '*young (score according to the offender's age at time of release – flat minimum release date)*'. Er zijn vier antwoordcategorieën mogelijk en elke leeftijdscategorie krijgt een score. Hierbij geldt dat hoe hoger de leeftijd, hoe lager het risico. Dit instrument wordt echter alleen gebruikt bij zedendelinquenten.

In een rapport van het WODC werd het belang van beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden onderzocht (Nagtegaal & Schönberger, 2013). Hierin werd geconcludeerd dat de leeftijd of leeftijdsfase van een persoon van invloed kan zijn op de mate waarin beschermende factoren effect hebben op het inschatten van het risico. Sommige factoren werken beschermend in een bepaalde leeftijdsfase, terwijl dit in een andere leeftijdsfase juist een risicofactor kan vormen (De Vries Robbé et al., 2011 in Nagtegaal & Schönberger, 2013). Een instrument voor beschermende factoren is de *Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk* (SAPROF; De Vogel et al., 2007). Opvallend is dat er speciale versies van dit instrument bestaan voor kinderen (SAPROF-*child version*) en voor jongeren van 12-23 jaar (de SAPROF-*youth version)*, maar geen versie voor ouderen. Ook in dit instrument is geen/nauwelijks aandacht voor de impact die leeftijd zou kunnen hebben.

4.10.6 Veroudering en resocialisatie

Algemeen beeld

De tbs-maatregel heeft als doel de tbs-gestelde succesvol te resocialiseren. Dit resocialisatieproces bestaat deels uit het aanleren van nieuw gedrag en nieuwe gewoontes. Zoals hiervoor is besproken, kampen oudere gedetineerden regelmatig met gezondheidsproblemen, wat binnen detentie voor uitdagingen zorgt. Dit kan tevens invloed hebben op het resocialisatieproces. Zo kunnen deze gezondheidsproblemen invloed hebben op de zelfredzaamheid van gedetineerden, omdat ze afhankelijk zijn of worden van somatische zorg. De afname in zelfredzaamheid kan de kans op hospitalisering vergroten, en daarmee succesvol resocialiseren in de weg staan. Een versterkende factor hierin is het gebrek aan een sociaal vangnet door het verlies van contacten tijdens een lange gevangenisstraf. Voor veel oudere ex-gedetineerden geldt bijvoorbeeld dat de familie en vrienden die ze nog hebben net als zij in detentie verblijven (Aday, 2003; Crawley & Sparks, 2006). Aan de andere kant gaven geïnterviewde gedetineerden in het onderzoek van Crawley en Sparks (2006) ook aan dat soms juist makkelijker was om een lange tijd in de

[81] Een hogere score staat gelijk aan een hoger risico en andersom.

gevangenis door te moeten brengen, als je je geen zorgen hoeft te maken om mensen 'buiten'.

De RSJ (2022) gaat in hun advies over vergrijzing in detentie in op de extra obstakels die ouderen tijdens het re-integratieproces tegenkomen. Dit advies ziet toe op re-integratie vanuit een reguliere detentiesetting en niet op het resocialisatieproces vanuit de tbs, maar deze obstakels kunnen in de context van tbs wel interessant zijn. Het resocialisatieproces binnen de tbs gebeurt geleidelijk en aan de hand van meerdere fases van verlof, waarbij de vrijheden toenemen; begeleid verlof, onbegeleid verlof, transmuraal verlof en proefverlof (AVT, 2025). De gevolgen van ouderdom kunnen eventueel al bij de fase van onbegeleid verlof voor obstakels zorgen. Zo is het doel van deze verlofstap onder andere het opdoen van werkervaring of het volgen van een opleiding (AVT, geraadpleegd op 16 januari 2025). Het is als ouder persoon al lastiger om geschikt werk te zoeken en een detentieverleden kan dit bemoeilijken. Voor een tbs-gestelde die de pensioenleeftijd al bereikt heeft, is het moeten hebben van werk juist niet meer relevant. Ook is de vraag in hoeverre de oudere tbs-gestelde in staat is om zonder begeleiding met verlof te gaan, mocht er sprake zijn van bepaalde lichamelijke kwalen. Deze obstakels spelen bij de daaropvolgende verlofstappen ook. Het is dus belangrijk om te evalueren in hoeverre het huidige resocialisatieproces van een tbs-behandeling haalbaar is voor ouderen, omdat het eventueel de duur en kans van slagen van de tbs-behandeling kan beïnvloeden. In de verdere verlofstappen kan het vinden van geschikte huisvesting ook voor problemen zorgen. Dit is in de algehele tbs-praktijk al een ingewikkelde opgave, maar omdat pensioengerechtigde gedetineerden afhankelijk zijn van een AOW-uitkering (en eventueel pensioen[82]) hebben zij vaak nog minder inkomen waardoor een woning vinden nog lastiger wordt. Vooral wanneer er sprake is van speciale zorgbehoeften. De woning moet in dat geval speciale voorzieningen hebben wat de mogelijkheden nog meer verkleint. De RSJ (2022) noemt in hun advies dat het plaatsen van oudere ex-gedetineerden in een seniorenwoning, aanleunwoning of zorgvoorziening ingewikkeld blijkt: 'Dergelijke instellingen/voorzieningen blijken terughoudend in het aannemen van ex-gedetineerden vanwege de angst voor mogelijk gevaar voor de (soms) kwetsbare doelgroep van de instelling/voorziening'. Er kan worden verwacht dat dit ook geldt voor de populatie van oudere ex-tbs-ers. Tot slot noemt de RSJ dat de snel veranderende maatschappij een obstakel kan vormen voor met name de oudere langgestrafte gedetineerden.[83] Ook Crawley en Sparks (2006) concluderen dat resocialisatie lastig kan zijn, zeker als er geen familie of ander netwerk meer is en er geen huis of bezittingen meer zijn. Als er nog wel familie, vrienden en accommodatie zijn, helpt dit enorm en zijn oudere gedetineerden veel meer geneigd enthousiast uit te kijken naar hun vrijlating. Tot slot kunnen er ook enkele voordelen worden aangeduid bij ouderen en veroudering in detentie. Zo passen ouderen zich vaak beter aan, zijn onderdak en maaltijden soms beter geregeld dan 'buiten', kan detentie sociale contacten opleveren voor eenzame ouderen en is de toegang tot zorg soms juist beter dan 'buiten' (Kuin, 2024).

Binnen de scope van het huidige onderzoek zijn geen studies gevonden naar de effectiviteit van behandeling op oudere leeftijd.

[82] In het geval van een lang gestraft persoon kan worden verwacht dat er niet veel pensioen is opgebouwd.

[83] Voor verschillende andere aanbevelingen voor regelgeving dan wel praktische maatregelen rondom ouderen in detentie in het algemeen in Nederland, zie RSJ (2022). Ruim tien jaar geleden deden Brettschneider et al. (2012) onderzoek naar wetgeving rondom ouderen en vonden dat dit veelal nog ontbrak. Zij bekeken in hun onderzoek vooral Zwitserland, Engeland en Wales en de V.S.

4.11 Tussenconclusies

In dit hoofdstuk zijn negen domeinen van mogelijke detentieschade beschreven, die elk een relatie hebben met het verblijf in detentie. Dit zijn detentieschade en het brein, de psychische gezondheid, de lichamelijke gezondheid, verslaving en middelenmisbruik slachtofferschap bij de gedetineerde, zelfredzaamheid, het leefklimaat, de basisvoorwaarden voor re-integratie en veroudering. Elk van deze domeinen heeft subdomeinen of factoren die mogelijk van negatieve invloed kunnen zijn op de gezondheid en behandelvoortgang van gedetineerden in het algemeen, inclusief tbs-gestelden met een voorafgaande lange gevangenisstraf, waarbij wordt verwacht dat sommige domeinen deze subgroep extra raken. Er zijn echter ook mensen die profiteren van hun verblijf in detentie en bij wie de problemen minder worden, onder meer omdat er al veel problemen bestonden voorafgaand aan de detentie en de structuur en beschikbaarheid van zorg voor hen soms beter is geregeld binnen de detentiemuren dan buiten in de maatschappij. Er kan dus sprake zijn van zowel een positieve als negatieve interactie tussen al bestaande problematiek en het gevangenisklimaat. Van detentieschade en het brein, detentieschade en de psychische gezondheid, detentieschade en zelfredzaamheid en detentieschade en veroudering wordt verwacht dat deze in het bijzonder negatief kunnen uitpakken voor tbs-gestelden.

Bij detentieschade aan het brein kan worden gedacht aan de executieve functies, processen die samenhangen met doelgericht en aangepast gedrag. Ook neurocognitieve functies als aandacht, taal, geheugen, perceptueel-motorische vaardigheden en sociale cognitie lopen mogelijk schade op in detentie. Dit roept de vraag op hoeveel groter het neurologisch verval zal zijn na een lange gevangenisstraf van bijvoorbeeld tien jaar of meer. Deze (executieve) functies zijn juist nodig voor een succesvolle re-integratie, waarmee juist het verrijken van de detentieomgeving in plaats van het verarmen hiervan naar verwachting resulteert in een succesvolle re-integratie. Uit Nederlands longitudinaal onderzoek onder gedetineerden blijkt dat na drie maanden detentie al een meetbare achteruitgang is in executief functioneren van gedetineerden. Het is mogelijk dat dit domein voor de groep tbs-gestelden extra van toepassing kan zijn omdat er tijdens de behandeling veel nieuwe gedragingen worden aangeleerd waarbij goed executief functioneren van belang is.

Bij detentieschade en de psychische gezondheid, wordt veelvuldig gevonden dat de psychische gezondheid van gedetineerden slecht is en veelal ook slechter dan die van de algemene populatie. Daarbij komt dat de prevalentie van psychische stoornissen bij vrouwelijke gedetineerden veelal hoger is dan die van mannelijke gedetineerden. Niet alleen de psychische stoornissen zelf, maar ook daaraan gerelateerde problemen kunnen detentieschade opleveren, zoals zelfbeschadiging of zelfmoordpogingen. Uit een van de onderzoeken kwam naar voren dat een gevangenisstraf van vijf jaar of meer of het uitzitten van een levenslange gevangenisstraf, de kans op zelfbeschadiging verdubbelde. Ook positieve effecten op de psychische gezondheid komen voor, bijvoorbeeld vanwege de beschikbaarheid van (verslavings)zorg, training en opleiding. Uit Nederlands longitudinaal onderzoek onder gedetineerden blijkt dat sommige psychische stoornissen in detentie verbeteren, zoals depressie en psychose, terwijl andere juist verslechteren, zoals persoonlijkheidsstoornissen. Met name het verslechteren van persoonlijkheidsstoornissen kan relevant zijn voor langgestrafte tbs-gestelden. Bij hen lijkt vaak sprake te zijn van één of meerdere persoonlijkheidsstoornissen en een lange tijd in detentie kan deze problematiek dus verergeren.

Onderzoek naar detentieschade en de fysieke gezondheid is schaarser. De meeste van dit type onderzoeken gaat over infectieziekten, zoals hepatitis B, C, of HIV, waaruit veelal naar voren komt dat deze ziekten vaker voorkomen bij gedetineerden. Ook de prevalentiecijfers van chronische aandoeningen (diabetes, astma en hypertensie) zijn verhoogd in de detentiepopulatie. Uit Nederlands longitudinaal onderzoek onder gedetineerden blijkt dat zowel mannelijke als vrouwelijke gedetineerden voorafgaand aan detentie hun huisarts vaker bezochten dan gematchte controles. Bij mannelijke gedetineerden is dit voor neurologische problemen, problemen met de spijsvertering, problemen met hun geslachtsorganen en algemene of ongespecificeerde gezondheidsproblemen. Bij vrouwelijke gedetineerden zijn dit blaasontstekingen en ernstige rugklachten. Deze problemen veranderden niet of nauwelijks gedurende hun tijd in detentie, waarmee uit dit onderzoek geen fysieke detentieschade kan worden geconstateerd. Van dit domein wordt niet verwacht dat het erger of meer van toepassing zal zijn voor tbs-gestelden, behalve dat er in de tbs-klinieken rekening moet worden gehouden met fysieke gezondheidsproblemen.

Dat verslaving en middelenge-/misbruik (alcohol en drugs) eveneens een probleem kunnen zijn bij gedetineerden, is een bekend fenomeen. Er is geen Nederlands longitudinaal onderzoek onder gedetineerden over verslaving/middelenge-/misbruik bij gedetineerden gevonden. Het is mogelijk dat tijd in detentie er in het geval van tbs-gestelden met een lange gevangenisstraf voor zorgt dat er al is afgekickt voordat aan de tbs-behandeling wordt gestart, dit hoeft dan niet meer aan het begin van de tbs-behandeling te gebeuren. Het is echter niet realistisch om te verwachten dat de gevangenis een volledig drugs- en alcoholvrije plek is.

Detentieschade in de vorm van slachtofferschap bij gedetineerden is te verdelen in grofweg twee categorieën: enerzijds Adverse Childhood Experiences (ACE's), die hebben plaatsgevonden in de kindertijd en voorafgaand aan de detentie. Anderzijds gebeurtenissen die in detentie plaatsvinden. Het eerste type onderzoek laat zien dat ACE's vrij veel voorkomen in de detentiepopulatie en daarnaast samenhangen met negatieve uitkomstmaten als meer en ernstigere behoeften rondom de psychische gezondheid. Ook plegen mensen die meer ACE's hebben meer geweld in detentie. Het tweede type onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat ruim een kwart van de gedetineerden aangeeft in de afgelopen twee maanden geweld te hebben meegemaakt. Er is geen Nederlands longitudinaal onderzoek onder gedetineerden over slachtofferschap bij gedetineerden gevonden. In het geval van tbs-gestelden met een langdurige gevangenisstraf kan bestaande problematiek eventueel verslechteren door nieuw trauma waardoor er meer behandeling nodig kan zijn dan voorheen.

Detentieschade in relatie tot zelfredzaamheid kan worden gezien als een van de psychologische kosten van het gevangenisleven. Doordat het gevangenisregime een brede range aan handelingen voor de gedetineerde bepaalt en overneemt, neemt de zelfredzaamheid af en dit is juist nodig voor een adequate re-integratie. Niet alleen op het moment van re-integratie, maar ook tijdens het verblijf in detentie kan een gebrek aan autonomie schadelijk zijn en bijvoorbeeld gerelateerd te zijn aan agressief gedrag. Er is geen Nederlands longitudinaal onderzoek onder gedetineerden over zelfredzaamheid of autonomie gevonden. Er wordt niet verwacht dat dit langgestrafte tbs-gestelden zwaarder raakt dan andere langgestrafte personen, maar het kan wel een rol spelen in het langer aanleren van gebruiken en gewoontes tijdens de tbs-behandeling. Binnen de behandeling wordt toegewerkt naar uiteindelijke re-integratie en daarvoor wordt ook gekeken naar de manier waarop een tbs-gestelde zich buiten de kliniek kan redden.

Onderzoek naar detentie en het leefklimaat (die aspecten van het onvrijwillig residentieel verblijf in justitiële inrichtingen die van invloed zijn op het welbevinden en/of gedrag van de ingeslotenen tijdens en na afloop van het verblijf) laat zien dat verschillende kenmerken van zowel het regime (onder meer gebrekkige mogelijkheden voor betekenisvolle activiteiten, geboden structuur, beperking in autonomie), gebouwelijke aspecten (onder meer overbevolking, gebrek aan hygiëne en slechte ventilatie), sociale aspecten (onder meer isolatie, gebrek aan activiteit, mentale stimulatie, contacten tussen personeel en ingeslotenen) een relatie kunnen hebben met negatieve uitkomsten als meer agressie/incidenten in detentie en/of recidive eenmaal buiten. Er is geen Nederlands longitudinaal onderzoek onder gedetineerden/tbs-gestelden over detentie en leefklimaat gevonden.

Verder blijk uit onderzoek naar detentieschade en de basisvoorwaarden voor re-integratie dat het hebben van legitieme inkomsten (en het niet hebben van schulden), een adequate woning, een sociaal netwerk, opleidingen/cursussen en/of zinvolle dagbesteding leidden tot een betere re-integratie. Dit is een domein waarin tbs-gestelden mogelijk een voordeel hebben ten opzichte van reguliere gedetineerden; in tbs-klinieken zijn deze basisvoorwaarden voor re-integratie expliciet onderdeel van de behandeling. De lange gevangenisstraf kan het voor tbs-gestelden mogelijk wel moeilijker maken om weer een sociaal netwerk op te bouwen, maar ook hierin worden zij ondersteund door de kliniek. Er is geen Nederlands longitudinaal onderzoek onder gedetineerden/tbs-gestelden over detentie en basisvoorwaarden voor re-integratie gevonden.

Detentieschade en veroudering kent ten minste vijf mogelijke probleemdomeinen waarbij oudere gedetineerden in vergelijking met jongere gedetineerden meer problemen ondervinden: veroudering en het brein, meer psychische stoornissen, meer fysieke problemen, minder specifieke risicotaxatie en uitdagingen op het gebied van resocialisatie. Het proces van ouder worden heeft naar verwachting vooral een impact op langgestrafte tbs-gestelden, aangezien zij in detentie ouder worden dan kortgestrafte tbs-gestelden. Voor de tbs-populatie geldt verder dat risicotaxatieinstrumenten over het algemeen weinig rekening houden met de factor leeftijd, die mogelijk wel op verschillende manieren van invloed kan zijn. Er komen ook enkele voordelen voor ouderen en veroudering in detentie uit de literatuur naar voren. Zo passen ouderen zich vaak beter aan, zijn onderdak en maaltijden soms beter geregeld dan ‘buiten’, kan detentie sociale contacten opleveren voor eenzame ouderen en is de toegang tot zorg soms juist beter dan ‘buiten’. Er is geen Nederlands longitudinaal onderzoek onder gedetineerden over veroudering gevonden. Dit domein kan tbs-gestelden met een lang combinatievonnis extra hard raken, omdat uit het kwantitatieve hoofdstuk blijkt dat de gemiddelde leeftijd van deze groep ten tijde van het onherroepelijk worden van het vonnis significant hoger is dan die van de tbs-gestelden met een kort combinatievonnis. Tbs-gestelden met een lang combinatievonnis komen dus al ouder de gevangenis binnen, verblijven vervolgens gedurende lange tijd in detentie en zullen tegen de tijd dat ze doorstromen naar de tbs nog veel ouder zijn. Zo is berekend dat tbs-gestelden na een lang combinatievonnis en aansluitend een tbs-behandeling gemiddeld tussen de 50 en 70 jaar zullen zijn. Dit is een leeftijd waarbij re-integratie anders moet worden vormgegeven, bijvoorbeeld op het gebied van werk. Een tbs-behandeling kan op zichzelf ook lang duren waardoor een langgestrafte tbs-gestelde pas op late leeftijd weer terugstroomt in de maatschappij.

5 Ervaringen met lange combinatievonnissen in de praktijk

5.1 Inleiding

Combinatievonnissen van een lange gevangenisstraf en een tbs-maatregel raken meerdere partijen met elk eigen perspectieven en belangen, en deze belangen zijn niet altijd met elkaar in lijn. Waar vanuit het perspectief van de veroordeelde een straf niet kort genoeg kan zijn, kan deze vanuit het perspectief van slachtoffers, nabestaanden en de maatschappij in brede zin juist vaak niet lang genoeg zijn. Uit de analyse van de cijfers in hoofdstuk 3 blijkt dat er in het geval van een lang combinatievonnis meestal sprake is van een zeer ernstig delict, in 93% (n=149) van de zaken betreft dit ten minste één (poging tot) een levensdelict (zie paragraaf 3.3.2). Het gaat dus om zaken die een grote maatschappelijke impact hebben gehad (zie ook box 1.3 in paragraaf 1.1.4 en de tijdlijn in paragraaf 1.1.6). In het huidige hoofdstuk zijn praktijkervaringen met lange combinatievonnissen in kaart gebracht. Deze zijn gebaseerd op bevindingen uit een eerder gehouden brainstormsessie over lange combinatievonnissen[84], een expertmeeting, meerdere werkbezoeken, gesprekken met ketenpartners en interviews met behandelaren uit fpc's en ppc's (in totaal 31 respondenten, waarvan 25 huidig of voormalig behandelaren; zie verder paragraaf 1.3.6). Daarmee is beoogd een aanvullend antwoord te geven op de negende onderzoeksvraag: Welke onderdelen van de tbs-behandeling zouden baat kunnen hebben bij een zo vroeg mogelijke start en in hoeverre gebeurt dit al?

In paragraaf 5.2 zijn de belangrijkste bevindingen uit het verslag van de eerdergenoemde brainstormsessie samengevat. Om de uitvoeringspraktijk van lange combinatievonnissen en de daarbij betrokken instanties in context te kunnen plaatsen, is eerst het traject beschreven dat tbs-gestelden doorlopen (paragraaf 5.3). Dit is gedaan aan de hand van gesprekken met betrokken instanties, dat is aangevuld met documentatie. In paragraaf 5.4 is ingegaan op de manier waarop behandelaren in de fpc's en ppc's tbs-gestelden met lange combinatievonnissen zien en komen hun ervaringen met hen aan de orde. In paragraaf 5.5 zijn de problemen die zij in de uitvoer van deze lange combinatievonnissen tegenkomen beschreven en in paragraaf 5.6 worden hiervoor oplossingen gesuggereerd. Tot slot worden de resultaten kort samengevat en volgt er een tussenconclusie (paragraaf 5.7).

5.2 Perspectieven en belangen bij lange combinatievonnissen

Naar aanleiding van de Kamervragen die over lange combinatievonnissen zijn gesteld (*Aanhangsel van de Handelingen* II 2022/23, nr. 551) en de debatten die hierop volgden (*Kamerstukken II* 2022/23, 24 587, nr. 863; *Kamerstukken II* 2022/23, 29 911, nr. 391; *Kamerstukken II* 2022/23, 24 587, nr. 887), is door het Ministerie van Justitie en Veiligheid een brainstormsessie met belanghebbende partijen georganiseerd (gehouden op 13 juni 2023; persoonlijke communicatie 7 november

[84] Deze is in 2023 georganiseerd door het Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen (DGSenB) van het Ministerie van Justitie en Veiligheid. De huidige onderzoekers hebben inzage gekregen in het schriftelijke verslag hiervan.

2024).[85] De vraag die voorlag, was wat de voor- en nadelen zouden zijn van het eerder beginnen aan de behandeling binnen het tbs kader als er een lang combinatievonnis is opgelegd. Hierbij werd expliciet gekeken naar verschillende perspectieven en belangen die samenkomen in het geval van een lang combinatievonnis. Zo werd er gekeken naar de uitvoeringspraktijk van een lang combinatievonnis, het perspectief van slachtoffers en nabestaanden, het perspectief van forensische zorgverleners en het perspectief van de rechtspleging. Uit het verslag van de sessie komt naar voren dat er een spanningsveld bestaat tussen de belangen en perspectieven van de verschillende betrokken partijen. Per partij zijn deze belangen verder uiteengezet. Het betreft telkens de genoemde perspectieven vanuit de respondenten die deelnamen aan deze brainstormsessie.

Uitvoeringspraktijk
De tenuitvoerlegging van de lange gevangenisstraf vindt plaats binnen het gevangeniswezen, waarmee lang een beroep op die capaciteit wordt gedaan. In het gevangeniswezen bestaat zoals eerder besproken momenteel een tekort aan plaatsen. Het eerder kunnen starten aan de behandeling in geval van een lang combinatievonnis heeft voor de uitvoeringspraktijk als voordeel dat tbs-gestelden minder lang onbehandeld in het gevangeniswezen zitten waardoor hier plekken vrijkomen. Overigens is er voor tbs-gestelden die hun gevangenisstraf nog uitzitten en acute problematiek hebben ook zorg beschikbaar, zoals uiteengezet in hoofdstuk 2. Daarnaast kan het veiliger zijn voor werknemers en andere gedetineerden, aldus de respondenten van de brainstormsessie. Het nadeel is dat er ook binnen de tbs-sector sprake is van een capaciteitstekort en het eerder starten met de tbs-behandeling zal op korte termijn zorgen voor meer tbs-passanten, immers, zij komen dan sneller op de wachtlijst voor plaatsing in een tbs-kliniek. Daarmee zijn vervolgens langere wachttijden en hogere kosten gemoeid, tbs-passanten ontvangen namelijk na vier maanden passantentijd maandelijks een geldbedrag ter compensatie voor het wachten op plaatsing in een tbs-kliniek.[86]

Slachtoffers en nabestaanden
Bij slachtoffers en nabestaanden is vooral behoefte aan een lange periode van rust en duidelijkheid, aldus de respondenten. Wanneer er eerder wordt gestart met de tbs-behandeling, kunnen slachtoffers en nabestaanden ook sneller geconfronteerd worden met verlengingszittingen (jaarlijks of tweejaarlijks) en eventueel ook met vrijheden van de dader, bijvoorbeeld in het kader van verlof. Een deel van de periode dat de Fokkensregeling gold, was het mogelijk om eerder dan de v.i.-datum met verlof te gaan (1997-2007), de beperking vanuit de Verlofregeling tbs dat dit niet langer mag, geldt vanaf 2007 (zie hoofdstuk 2). Dat kan juist onrust in plaats van rust teweegbrengen. Wanneer een veroordeelde lang in de gevangenis zit, worden slachtoffers en nabestaanden in ieder geval gedurende die periode niet met vrijheden van de dader geconfronteerd. En hoewel slachtoffers en nabestaanden inzien dat een eerdere start van de behandeling kan zorgen voor een betere kans op succesvolle resocialisatie en minder recidive, speelt de behoefte aan vergelding een grotere rol en wordt dit strafdoel in hun ogen vooral met een gevangenisstraf bereikt, niet met een tbs-maatregel. Eventueel zou duidelijker naar slachtoffers en nabestaanden communiceren wat de tbs-maatregel inhoudt en op welke wijze die vormgegeven

[85] Hierbij waren aanwezig: vertegenwoordigers van de vereniging van slachtofferadvocaten (LANGZ), DJI, 3RO, de rechtspraak en het bestuursdepartement JenV. De onderzoekers hebben van deze brainstormsessie een schriftelijk verslag gekregen.
[86] Na vier maanden ontvangen tbs-passanten een vergoeding van 250 euro per maand, vanaf de zevende maand stijgt dit bedrag naar 375 euro per maand. Vanaf dat moment stijgt het maandelijkse bedrag elke extra drie maanden met 150 euro (zie Justitiabelen met forensische zorg | dji.nl).

wordt kunnen zorgen dat de oplegging hiervan ook binnen dit strafdoel van vergelding past. Op deze manier kan mogelijk, wanneer de tbs-maatregel wordt gecombineerd met een lagere gevangenisstraf dan slachtoffers en nabestaanden zouden wensen en eventueel was opgelegd indien de gevangenisstraf niet gecombineerd werd met een tbs-maatregel, worden voldaan aan de vergeldingsbehoefte.

Forensische zorgverleners
Onder forensische zorgverleners bestaat juist het vermoeden dat een lange tijd in detentie zonder enige vorm van behandeling kan leiden tot detentieschade die de tbs-behandeling minder effectief maakt en de behandelduur verlengt. Voor hen is de opdracht om iemand goed te kunnen behandelen en resocialiseren niet te rijmen met een daaraan voorafgaande lange gevangenisstraf. Zij pleiten voor een zo vroeg mogelijke start van de tbs-behandeling. Ook zij benadrukken echter dat de mogelijkheid tot eerder starten op de korte termijn juist zal zorgen voor toenemende capaciteitsdruk. Verder wordt benoemd dat één van de argumenten voor het afschaffen van de Fokkensregeling de komst van ppc's was. De psychische zorg zou met de komst van de ppc's zodanig verbeterd zijn dat eventuele zorgvragen tijdens de gevangenisstraf daar konden worden opgevangen. Maar volgens forensische zorgverleners is de zorg die wordt aangeboden in de ppc's wezenlijk anders dan de zorg in fpc's. Zo kan er bijvoorbeeld niet met verlofstappen worden gewerkt, terwijl dit in de fpc's wel kan. Het verlof is voor de forensisch zorgverleners in het geval van een eerder start van de tbs-behandeling sowieso een belangrijk punt; volgens hen heeft een eerdere start van de behandeling geen zin als er niet met verlof kan worden gegaan.

Rechtspleging
Vanuit het perspectief van de rechtspleging zorgt het vele wijzigen van regelingen om eerder te starten aan een tbs-behandeling voor verwarring binnen de maatschappij, maar ook bij rechters en in de uitvoering van combinatievonnissen en dit doet afbreuk aan het vertrouwen in de rechtelijke taak. Vanuit de rechtspleging is vooral behoefte aan duidelijke en stabiele regelgeving. Hoewel de rechter doorgaans rekening houdt met de lopende regelingen en de eventuele gevolgen die dit heeft voor de uitvoering van het vonnis kan betere kennis over de uitvoering geen kwaad, en dat heeft de voorkeur boven het invoeren van nieuwe regelingen. Mochten er toch nieuwe regelingen worden ingevoerd, dan moet er goed worden nagedacht over overgangsrecht, aldus de respondenten.

5.3 Betrokken instanties in het traject van een lang combinatievonnis en hun taken

Zoals gezegd zijn er verschillende instanties betrokken bij het traject dat een tbs-gestelde met een lang combinatievonnis aflegt. Deze en hun taken zijn in deze paragraaf kort besproken, om de bevindingen zo in perspectief te kunnen plaatsen.

5.3.1 Indicatiestelling Forensische Zorg

De IFZ voor (onder andere) tbs-gestelden in heel Nederland wordt uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP).[87] Deze indicatiestelling dient ter ondersteuning van het plaatsingsbesluit van een tbs-

[87] Zie ook het Kwaliteitskader Indicatiestelling Forensische Zorg | Forensische zorg, 2024 geraadpleegd op 9 februari 2026.

gestelde. Wanneer er sprake is van een combinatievonnis, wordt na het onherroepelijk worden van het vonnis alleen een korte schets gemaakt van de voornaamste problematiek die speelt bij de justitiabele en hoe het tot dan toe is gegaan in de gevangenis. Er wordt nog geen plaatsingsadvies gegeven, omdat er in de tijd die volgt in detentie nog veel kan veranderen. Wanneer het laatste jaar van de gevangenisstraf aanvangt, wordt opnieuw een indicatiestelling gegeven. Er wordt contact opgenomen met de PI of het ppc waar de tbs-gestelde op dat moment verblijft of heeft gezeten om informatie over de persoon te verzamelen die kan bijdragen aan een advies over het uiteindelijke plaatsingsbesluit. Aspecten als de behandelgeschiedenis, het gedrag gedurende de tijd in detentie, de aanwezige problematiek en mogelijke risicofactoren dragen allemaal bij aan het opstellen van dit advies, deze informatie is bijvoorbeeld belangrijk bij het bepalen van de benodigde zorgintensiteit van de patiënt en het beveiligingsniveau van de kliniek waar iemand uiteindelijk geplaatst wordt. Er wordt ook rekening gehouden met contact- of gebiedsverboden die een tbs-gestelde mogelijk heeft. Al deze informatie leidt tot een advies over de kliniek waarin een tbs-gestelde het beste zou kunnen worden geplaatst. Dit advies komt terecht bij de DIZ, zij gaan over het daadwerkelijke plaatsingsbesluit.

5.3.2 Plaatsing DIZ

De DIZ is een onderdeel van de DJI, dat de plaatsingsbesluiten neemt mede op basis van de indicatiestelling, zowel ten aanzien van zorg gedurende detentie, als ten aanzien van de tbs-behandeling.[88] Door de huidige capaciteitstekorten in de tbs werken de klinieken met wachtlijsten. Zodra er in een tbs-kliniek een behandelplek vrijkomt, kan de tbs-gestelde die bovenaan de wachtlijst van de desbetreffende kliniek staat worden geplaatst. De volgorde van de wachtlijst is chronologisch en wordt in beginsel bepaald door de datum waarop de veroordeling tot de tbs-maatregel onherroepelijk is geworden. Er is echter een aantal categorieën tbs-gestelden die met voorrang geplaatst kunnen worden. Dit zijn tbs-gestelden met gemaximeerde tbs, tbs-gestelden die van de prepassantenafdeling komen (zie paragraaf 5.2.5) en tbs-gestelden die bij overname van de tenuitvoerlegging op grond van de Wet wederzijdse erkenning en tenuitvoerlegging vrijheidsbenemende en voorwaardelijke sancties een tbs-maatregel opgelegd hebben gekregen (persoonlijke communicatie de DJI, 30 januari 2026).

5.3.3 Penitentiaire Inrichting

Regulier traject

Elke tbs-gestelde met een combinatievonnis start zijn gevangenisstraf in principe in reguliere detentie. Het is mogelijk dat deze gedurende het uitzitten van de gevangenisstraf geen extra zorg nodig heeft, en zonder problemen zijn straf uitzit tot aan de start van de tbs-behandeling. Maar het is ook mogelijk dat er al voor de aanvang van de tbs-behandeling behoefte is aan psychiatrische zorg. In elke penitentiaire inrichting in Nederland is een Psycho-Medisch Overleg (PMO) waar onder andere ten minste één psychiater en één psycholoog bij betrokken zijn.[89] De behoefte aan zorg kan blijken tijdens het intakegesprek in de PI, of gedurende het detentietraject en dit wordt eerst in het PMO overlegd. Een mogelijkheid tot eerdere zorg of behandeling kan bijvoorbeeld via plaatsing in een ppc zijn (paragraaf 5.3.4),

[88] Voor een uitgebreide uitleg over het plaatsingsproces van een tbs-gestelde, zie het plaatsingskader tbs dwang op Plaatsingskader tbs dwang | Forensische zorg geraadpleegd op 9 februari 2026.

[89] Zie voor een uitgebreide inzage in aangeboden zorg in het gevangeniswezen het rapport van Roorda en Buysse (2016) en Justitiabelen met psychische zorg | dji.nl, geraadpleegd op 9 februari 2026.

maar ook in het reguliere gevangeniswezen zijn er mogelijkheden voor extra zorg; bijvoorbeeld op de extra zorgvoorziening (EZV).

Extra Zorgvoorziening (EZV)
De EZV is een speciale afdeling binnen het reguliere gevangeniswezen voor justitiabelen die moeite hebben met functioneren binnen het reguliere regime. De EZV wordt gekenmerkt door kleinere groepen, meer structuur en bescherming. Deze structuur wordt bijvoorbeeld gerealiseerd door een vast dagprogramma zodat de justitiabelen orde en duidelijkheid krijgen. In 2012 bracht de RSJ een advies uit over onder andere de EVZ waarin kritiek werd geuit op de vormgeving van deze afdelingen en concludeerde dat hierin tekortkomingen waren. In een brief aan de minister voor Rechtsbescherming in 2018 wordt door de RSJ nogmaals gewezen op deze gebreken en dit advies uit 2012 (RSJ, 2018). In deze brief wordt de druk op beschikbare EZV-plaatsen benadrukt en geadviseerd deze plekken uit te bereiden. In het huidige onderzoek is niet gesproken met behandelaren binnen het reguliere gevangeniswezen en dus weinig inzicht gekregen over de huidige staat van de EZV.[90]

5.3.4 *Penitentiair Psychiatrisch Centra*

Werkzaamheden
Een penitentiair psychiatrisch centrum (ppc) is onderdeel van het gevangeniswezen waar continu psychiatrische zorg beschikbaar is, en is bedoeld voor gedetineerden waarvan de zorgvraag te groot is voor de mogelijkheden in een reguliere detentiesetting (DJI, 2020; AEF, 2021; van Bekkum et al., 2021).[91] Ppc's zijn aparte afdelingen binnen een reguliere PI Eén van de argumenten voor het afschaffen van de Fokkensregeling in 2010, was het idee dat de psychische zorg in detentie met de komst van de ppc's zodanig verbeterd was dat eerder kunnen starten aan de tbs-behandeling niet meer nodig zou zijn. Eventuele psychiatrische problematiek zou namelijk in een ppc kunnen worden behandeld (*Staatsblad*, 2010). Nederland kent vier als zodanig geregistreerde ppcs, in PI Haaglanden, PI Vught, PI Zwolle en Justitieel Centrum Zaanstad (DJI, 2020). Maar ook in het Centrum voor Transculturele Psychiatrie in Veldzicht (CTP Veldzicht) bestaan drie ppc-afdelingen, aldus een respondent. In tabel 5.1 is een overzicht gemaakt van het totaal aantal ppc-plekken in Nederland, dat is gebaseerd op een gesprek met medewerkers van DIZ (een publicatie hierover is gezocht, maar niet gevonden).

Tabel 5.1 Aantal plekken in de ppc's

Penitentiair Psychiatrisch Centra	Plekken	
	Mannen	Vrouwen
PI Haaglanden	156	x
PI Vught	270	x
PI Zwolle	96	50
Justitieel Centrum Zaanstad	116	8
CTP Veldzicht	31[a]	x
Totaal aantal ppc-plekken in Nederland	**669**	**58**

a Specifiek voor mannelijke vreemdelingen in de strafrechtketen (ook wel genaamd: VRIS-gedetineerden).

90 Voor meer informatie over de EZV's zie het Advies gedetineerden met psychische problematiek | Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, geraadpleegd op 9 februari 2026, het rapport van Roorda en Buysse (2016) en Justitiabelen met psychische zorg | dji.nl, geraadpleegd op 9 februari 2026.
91 Zie ook Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC) | dji.nl, geraadpleegd op 10 februari 2026.

Hoewel er verschillen bestaan tussen de ppc's, is de overkoepelende missie hetzelfde en komt een groot deel van de werkzaamheden overeen. De missie van het ppc is het leveren van 'een bijdrage aan de veiligheid van de samenleving enerzijds door de tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen en vrijheidsbenemende maatregelen anderzijds door het begeleiden en behandelen van gedetineerden met ernstige psychische problemen en psychiatrische stoornissen' (DJI, 2020). Zo heeft elk ppc crisis- en structuurafdelingen (ook wel genaamd reguliere afdeling). De meeste patiënten starten op een crisisafdeling, aldus enkele respondenten van PI Haaglanden, omdat ze vanwege psychische problematiek niet langer op een normale PI-afdeling kunnen verblijven. Op deze crisisafdeling worden patiënten gestabiliseerd, veelal met medicatie. Wanneer een patiënt stabiel is, stroomt deze door naar de structuurafdeling. Op deze afdeling wordt het zorg- en veiligheidsniveau afgeschaald en worden patiënten voorbereid op een eventuele terugkeer naar de reguliere PI of naar buiten. Het is ook mogelijk dat er op- en afschaling tussen beide typen afdelingen is.

Doelgroepen
Uit de gesprekken met behandelaren van de ppc's blijkt dat een groot deel van de patiënten kort in het ppc verblijft. De meeste patiënten kampen met psychotische problematiek (zie ook AEF, 2021; Van Buitenen et al., 2023). Het overgrote deel is preventief gehecht en is nog niet door de rechter veroordeeld. Dat blijkt ook uit cijfers bekend over de periode 2015-2021; tussen de 65,5% en 70,5% van de patiënten in de ppc's is preventief gehecht en moet dus nog voor de rechter komen (AEF, 2021; van Bekkum et al., 2021). Een ander deel van de ppc-plekken is bestemd voor patiënten waarvan de tbs-behandeling al had moeten aanvangen, dit worden tbs-passanten genoemd. In de periode van 2015-2020 schommelde dit aantal patiënten tussen de 0,5% en 3,2% (AEF, 2021). In dezelfde periode schommelde het aandeel van tot een gevangenisstraf veroordeelde ppc-patiënten tussen de 19% en 24,8%; hiervan is niet bekend hoeveel van deze patiënten naast hun gevangenisstraf ook een tbs-maatregel opgelegd heeft gekregen (AEF, 2021).

Behandelaanbod
Binnen de ppc's zijn verschillende zorgprofessionals aanwezig. Zo zijn er onder andere verpleegkundig specialisten, maatschappelijk werkers, GZ-psychologen, vak therapeuten, artsen en psychiaters werkzaam (DJI, 2020). Deze verscheidenheid aan expertise wordt weerspiegeld in de groep behandelaren bij wie de interviews bij zijn afgenomen (zie bijlage 2). Binnen de ppc's worden meerdere behandelingen aangeboden. Een veel toegepaste behandeling is het toedienen van medicatie. Dit komt omdat volgens de behandelaren de meeste patiënten kampen met psychotische klachten.[92] Het toedienen van medicatie is een geschikte manier om deze patiënten te stabiliseren. Ook wordt er regelmatigpsycho-educatie gegeven. Hier leren patiënten over hun ziektebeeld en wat dit voor uitwerking kan hebben op delict gedrag. Verder worden cognitieve gedragstherapie (CGT), verschillende vak therapieën, verslavingshulp, traumabehandeling en schematherapie door behandelaren als mogelijke behandelmodules genoemd. Deze staan ook in het kwaliteitsstatuut beschreven (DJI, 2020).

Uit de interviews blijkt dat er verschillen bestaan in het behandelaanbod en specialisaties op afdelingsniveau tussen de ppc's onderling. Dit komt onder andere doordat er binnen de ppc's verschillende specialistische afdelingen bestaan en elk ppc

[92] Van Buitenen en collega's (2020) rapporteren dat 56,7% van de ppc-populatie wordt gediagnosticeerd met een psychotische stoornis.

heeft eigen expertise ontwikkeld. Zo kunnen in CTP Veldzicht gedetineerden terecht zonder verblijfstatus is Nederland. Hoewel CTP Veldzicht niet op de officiële lijst van ppc's staat zijn de werkzaamheden op deze afdelingen inhoudelijk hetzelfde als die binnen de officiële ppc's. Ook zijn er in PI Zwolle en Justitieel Centrum Zaanstad speciale ppc-plekken voor vrouwen (tabel 5.1). Binnen het ppc van PI Vught is er een speciale afdeling voor zedendelinquenten en een afdeling voor langgestraften. Vooral de langgestraftenafdeling in PI Vught lijkt relevant voor het huidige onderzoek. Op deze afdeling zal daarom uitgebreider worden ingegaan.

Langgestraftenafdeling PI Vught
In de ppc van PI Vught zijn twaalf plekken speciaal in gebruik voor gedetineerden met een lange gevangenisstraf; zes plekken voor gedetineerden met persoonlijkheidsproblematiek en zes plekken voor kwetsbare gedetineerden met psychotische problematiek of autisme. Een deel van deze plekken wordt gevuld door tbs-gestelden met een lang combinatievonnis. De langgestraftenafdeling is ontstaan naar aanleiding van enkele zaken van langgestrafte daders die veel in de media zijn besproken, veelal vanwege veiligheidsredenen, en die een plek moesten krijgen om hun detentie veilig door te brengen. De afdeling is in 2013 opgericht. Met het oprichten van de afdeling is besloten dat een gevangenisstraf van vier jaar of meer als een 'lange' gevangenisstraf geldt. Volgens een behandelaar die bij het oprichten van de afdeling betrokken was, bleek dit een goede standaard te zijn, omdat in haar ervaring justitiabelen vanaf vier jaar detentie het contact met het sociale netwerk buiten detentie verliezen, waarmee de tijd in detentie invloed heeft op het toekomstperspectief. In de praktijk komen er volgens haar vooral patiënten met een veel langere straf dan de genoemde vier jaar op de afdeling. Plaatsing op de langgestraftenafdeling gebeurt niet rechtstreeks via DIZ, maar op grond van interne differentiatie van het ppc.

Het klimaat op de afdeling is gericht op een langdurig verblijf en er is toegang tot meer faciliteiten dan op een reguliere afdeling. Een behandelaar van de afdeling geeft aan dat behandelaren veel te maken krijgen met thema's als uitzichtloosheid, gebrek aan zingeving en verwerking van een extreem lange straf en hoe in dat geval perspectief kan worden geboden. Dit gebeurt onder andere door het zoveel mogelijk betrekken van het pro-sociale netwerk van de langgestrafte gedetineerden indien deze nog aanwezig is. Elke week vinden er bovendien thema-gesprekken plaats waarin de ontwikkelingen in de buitenwereld onder de aandacht worden gebracht van de langgestrafte gedetineerden op de afdeling. Door een behandelaar op deze afdeling wordt een aantal voorbeelden gegeven van maatschappelijke ontwikkelingen die voorbij kunnen komen, zoals het gebruik van smartphones. Langgestrafte gedetineerden worden hierdoor constant betrokken bij wat er maatschappelijk speelt en hoe de wereld er buiten uitziet, om zo de uiteindelijke stap naar re-integratie te verkleinen.

Naast maatschappelijke en sociale betrokkenheid is volgens de behandelaar een breed aanbod aan diagnostiek en therapeutische modules beschikbaar die indien geïndiceerd kunnen worden afgenomen of worden doorlopen. Zo kunnen delictanalyses worden afgenomen en wordt indien nodig verslavingsproblematiek in kaart gebracht of een zedenamnese afgenomen. Verder worden CGT, schematherapie, traumabehandeling en meerdere vak-therapieën aangeboden. Een behandelaar op de afdeling benoemt dat deze therapieën over de tijd worden verspreid. De langgestrafte gedetineerden zitten immers nog lang in de gevangenis en die tijd kan op deze manier nuttig worden ingevuld. Schematherapie is een voorbeeld van een therapie die daar bij uitstek

geschikt voor is, aldus de respondent. Als aan de langgestrafte gedetineerden tevens een tbs-maatregel is opgelegd, gaat deze vrijwel altijd via de prepassantenafdeling die ook binnen de PI Vught gelokaliseerd is naar een tbs-kliniek. De samenwerking tussen de twee afdelingen is goed, en een voordeel is dat de langgestrafte gedetineerden op deze manier indien nodig dezelfde behandelaren kunnen behouden als ze vanuit de langgestraften afdeling naar de prepassantenafdeling.

5.3.5 Prepassantenafdeling

Werkzaamheden

De prepassantenafdeling in de PI Vught is in 2017 ontstaan om de grote overgang voor justitiabelen met een (lang) combinatievonnis van het gevangeniswezen naar een tbs-kliniek te versoepelen.[93] Er is maandelijks een overleg over de wachtlijst tussen PI Vught en DIZ en zodra er (bijna) plek is in Vught, wordt een intakegesprek ingepland met degene die bovenaan de lijst staat. Alle justitiabelen met een onherroepelijk combinatievonnis en een strafrestant van ten minste zes maanden komen op de wachtlijst voor de prepassantenafdeling te staan. Dit omdat er ten minste 6 maanden nodig zijn om effectief op de tbs-behandeling te worden voorbereid; de prepassantentijd duurt minimaal zes maanden en idealiter maximaal een jaar. Dit zorgt er in de praktijk voor dat vooral justitiabelen met een langere gevangenisstraf op de prepassantenafdeling terechtkomen voordat ze aan hun tbs-behandeling starten, omdat anderen bijvoorbeeld door hoger beroep en cassatie een groot deel van hun straf reeds voorarrest hebben uitgezeten en er tegen de tijd dat het vonnis onherroepelijk wordt minder dan zes maanden van hun straf over is. Deze groep stroomt direct door naar de tbs zonder op de prepassantenafdeling te zijn geweest. Ook de groep tbs-gestelden die geen gevangenisstraf opgelegd heeft gekregen komt door dit inclusiecriterium niet op de prepassantenafdeling terecht. Dit zijn veelal de psychotische patiënten, die samenhangend met die psychotische stoornissen ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard. Op de afdeling is plek voor 18 prepassanten; 12 reguliere plekken en 6 plekken voor kwetsbare prepassanten, deze laatste groep heeft meer moeite met zelfstandig functioneren en krijgen meer begeleiding.

De missie van de prepassantenafdeling is justitiabelen met een combinatievonnis zo goed mogelijk op de tbs voor te bereiden. Dit wordt onder andere bereikt door op de afdelingen een behandelklimaat te creëren dat zoveel mogelijk gelijk is aan het behandelklimaat in de tbs. Het gebouw waar de prepassantenafdeling gevestigd is, was voorheen een LFPZ-afdeling van de Pompestichting en lijkt daardoor architectonisch op een tbs-kliniek met bijvoorbeeld grotere kamers dan reguliere cellen in de PI of een ppc. Verder is er goed contact tussen patiënten en personeel, de respondent geeft aan dat er regelmatig onderlinge praatjes worden gemaakt. Ook is er de mogelijkheid voor justitiabelen om zich (tijdens uitsluitingstijden) vrij door de afdeling te bewegen in plaats van achter een gesloten deur op cel zitten en hebben ze de sleutel van hun eigen deur om buiten uitsluitingstijden zelf te kunnen bepalen of hun deur op slot zit.[94] Verder worden er voorbereidingsgroepen aangeboden die elke keer een ander aspect van de tbs behandelen. Er komen ook mensen vanuit de tbs om hierover te vertellen, zowel behandelaren als ervaringsdeskundigen. Deze voorbereidingsgroepen zorgen voor duidelijkheid bij de prepassanten over wat er te wachten staat wanneer ze worden overgeplaatst naar een tbs-kliniek. Een behandelaar van de afdeling geeft aan dat er veel misvattingen heersen over de tbs-maatregel bij

[93] Zie ook De schakel tussen detentie en tbs | Achtergrond | DJIzien, geraadpleegd op 10 februari 2026.
[94] Tussen 12:00-14:00, 17:00-17:30 en 20:00-7:45 zit elke prepassant ingesloten (persoonlijke communicatie DJI, 4 april 2025).

patiënten, zoals de angst dat er altijd sprake is van dwangmedicatie. Maar ook kan worden onderschat hoelang het duurt voordat de eerste verlofstappen kunnen worden gezet. In deze periode wordt beoogd realistische verwachtingen te creëren over de tbs-maatregel en deze misvattingen weg te nemen. Soms zijn er prepassanten die al veel behandelingen hebben gehad in bijvoorbeeld een ppc. Aan deze groep wordt uitgelegd dat dit niet automatisch betekent dat er in de tbs minder hoeft te gebeuren en dat sommige behandelingen of onderdelen daarvan misschien nog een keer worden gedaan. Ook kunnen de prepassanten al aan de slag gaan met hun eigen doelen en behandelingen. Elke prepassant heeft een individueel traject waarbij een regiebehandelaar, vaktherapeuten, een psychiater en een maatschappelijk werker worden betrokken. In dit traject wordt beoogd gewoonten die voortkomen uit detentie te doorbreken (zie ook paragraaf 5.5.1).

Voorwaarden voor succes
Zoals eerder vermeld verblijft een langgestrafte tbs-gestelde gedurende zes maanden tot een jaar op de prepassantenafdeling. Daarna is het van belang dat de prepassant doorstroomt naar de tbs-kliniek. Als de doorstroom te lang duurt wordt het werk op de prepassantenafdeling mogelijk tenietgedaan en worden bovendien ten onrechte plekken op de prepassantenafdeling bezet gehouden, aldus de respondenten. Om deze reden hebben tbs-passanten die doorstromen vanuit de prepassantenafdeling voorrang op een plek in een tbs-kliniek. Hiervoor is goed contact met de tbs-klinieken van groot belang. Vaak wordt de desbetreffende kliniek waar een prepassant geplaatst zal worden al betrokken bij het voorbereidingsproces, om de doorstroom en overgang zo soepel mogelijk te laten verlopen. Behandelaren uit de fpc's geven aan dat de prepassantenafdeling als prettig wordt ervaren en dat de gedane voorbereiding nuttig is. Tbs-gestelden die van de prepassantenafdeling komen wennen sneller aan het klimaat in de tbs-instelling dan tbs-gestelden die vanuit het reguliere gevangeniswezen komen, aldus de respondenten.

De prepassantenafdeling staat volgens een respondent onder druk. Eén van de voorwaarden voor het succes van de afdeling is de vlotte doorstroom naar de tbs-kliniek. Door het capaciteitstekort in de tbs-klinieken loopt dat proces echter vast. Daarnaast is door een aantal tbs-advocaten kritiek geuit over de voorrang die prepassanten krijgen op de wachtlijsten voor de tbs.[95] Justitiabelen met een combinatievonnis die door gebrek aan een groot genoeg strafrestant niet in aanmerking komen voor de prepassantenafdeling vallen tussen wal en schip; ze wachten in het reguliere gevangeniswezen of een ppc op een plek in de tbs en komen dus niet in aanmerking voor de voorrang die prepassanten wel krijgen. Dit leidt er in de praktijk toe dat deze tbs-gestelden langer op de wachtlijst blijven (in paragraaf 5.4.1 wordt dieper ingegaan op de capaciteitsproblematiek in het gehele systeem).

5.3.6 Forensisch Psychiatrisch Centra en – Klinieken

Werkzaamheden
Wanneer de gevangenisstraf van een justitiabele met een lang combinatievonnis ten einde loopt en er een indicatiestelling is afgegeven door het NIFP (paragraaf 5.2.1) wordt de justitiabele door DIZ in een geschikt fpc of fpk geplaatst (paragraaf 5.2.2). In

[95] Zie bijvoorbeeld een interview met tbs-advocaat Jan-Jesse Lieftink bij NPO Radio 1: Het schrijnende voorbeeld waarom er nú iets aan de wachtlijsten voor tbs-klinieken moet worden gedaan | NPO Radio 1, geraadpleegd op 10 februari 2026.

Nederland zijn er 6 fpc's en 4 fpk's waar tbs-gestelden geplaatst en behandeld worden; daarnaast is er een kliniek in Veldzicht (zie tabel 5.2).[96]

Tabel 5.2 Gemiddeld aantal bezette tbs-plekken in Nederland in mei t/m augustus 2025 (DJI, 2025a)[a]

Tbs-klinieken	Tbs-plekken
De Oostvaarderskliniek	137
Centrum voor Transculturele Psychiatrie Veldzicht	68
De Kijvelanden	137
De Rooyse Wissel	217
Dr. S van Mesdag	287
Pompestichting	293
Van der Hoeven Kliniek	262
FPK De Woenselse Poort	101
FPK GGz Drenthe	21
FPK Hoeve Boschoord	125
FPK Inforsa	37
Totaal aantal tbs-plekken in Nederland	**1.685**

a Zie Capaciteit en bezetting mei t/m augustus 2025 | dji.nl geraadpleegd op 10 februari 2026.

In het huidige onderzoek gaat het specifiek om tbs-gestelden met verpleging. In 2024 zaten er 1.665 tbs-gestelden met verpleging in de tbs (DJI, 2025b). Voor deze groep worden tijdens de behandeling grofweg zes stappen doorlopen: de start van de behandeling inclusief diagnostiek, begeleid verlof, onbegeleid verlof, transmuraal verlof, proefverlof, voorwaardelijke beëindiging van de verpleging en (onvoorwaardelijke) beëindiging van de tbs-maatregel (DJI, 2025b; AVT, 2025). Het doel van de tbs-maatregel is het verkleinen van de kans op recidive en uiteindelijk het zorgen voor een veilige terugkeer in de maatschappij. Dit wordt onder andere gedaan door het in kaart brengen van en, waar mogelijk, behandelen van risicofactoren. Verder worden beschermende factoren opgebouwd en kan een tbs-gestelde aan de hand van de verlofstappen oefenen met steeds meer vrijheden. Het komt echter voor dat een tbs-gestelde uitbehandeld is, maar niet terug kan stromen in de maatschappij. Voor deze groep kan een indicatiestelling voor LFPZ worden aangevraagd. Voor een uitgebreide inkijk over langverblijf in de tbs wordt aangeraden het onderzoek van Van der Wolf en collega's te lezen (2025).

5.4 Het lange combinatievonnis door de ogen van behandelaren

5.4.1 Een lang combinatievonnis in de praktijk

Definitie van 'lang' en ervaring respondenten
Zoals omschreven in paragraaf 1.3.2 zijn er twee manieren waarop een lang combinatievonnis gedefinieerd kan worden; enerzijds gebaseerd op de percentielscores berekend over alle opgelegde combinatievonnissen in de periode van 2000 tot en met

[96] Zie Forensisch Psychiatrische Centra en Klinieken | dji.nl geraadpleegd op 10 februari 2026 en 2024 – CIJFERS & BIJZONDERHEDEN - TBS Nederland geraadpleegd op 10 februari 2026.

2024, en anderzijds gebaseerd op het perspectief van behandelaren binnen de forensische zorg. In de interviews gaven behandelaren uiteenlopende antwoorden over wat zij vanuit hun perspectief een lange gevangenisstraf vonden indien deze wordt gecombineerd met een tbs-maatregel. Zo vond een aantal behandelaren een gevangenisstraf van 4 jaar of hoger lang en spraken anderen vanaf 15 jaar over een lange straf. De definities van een lang combinatievonnis van de respondenten tezamen komen uit op een gevangenisstraf van 9,5 jaar of langer in combinatie met tbs.

De ervaring die de respondenten hebben gehad met langgestrafte tbs-gestelden loopt eveneens uiteen, met name binnen de ppc's. Een aantal behandelaren uit de ppc's is werkzaam op speciale afdelingen waar met name deze groep langer gestrafte tbs-gestelden terechtkomt tijdens of tegen het einde van hun tijd in detentie. Deze respondenten zien dit soort lange combinatievonnissen dus regelmatig. Behandelaren die werkzaam zijn op meer reguliere afdelingen binnen de ppc's komen deze vonnissen eens in de zoveel tijd tegen, maar geven aan dat het uitzonderlijk blijft (zie paragraaf 5.3.4). Binnen de fpc's is de ervaring met de groep langgestrafte tbs-gestelden minder uiteenlopend. Elke behandelaar heeft ten minste één patiënt in diens caseload gehad die voor de start van de tbs lang in de gevangenis verbleef, en de meeste behandelaren hebben meerdere patiënten gezien met een lang combinatievonnis. Hoewel de respondenten ervaring hebben met de groep langgestrafte tbs-gestelden geven ze aan dat het uitzonderlijke gevallen zijn en deze groep de minderheid vormt binnen de kliniek.

Kenmerken van langgestrafte tbs-gestelden
Onder de gesproken behandelaren bestaat consensus over de kenmerken van langgestrafte tbs-gestelden, en dat ze op bepaalde aspecten afwijken van de groep korter gestrafte tbs-gestelden en de tbs-gestelden die naast de tbs-maatregel helemaal geen gevangenisstraf opgelegd hebben gekregen. Zo zijn de tbs-gestelden met een lang combinatievonnis veelal veroordeeld voor levensdelicten zoals moord of doodslag, of een poging tot moord of doodslag. In sommige gevallen is dit gecombineerd met zedendelicten.

Daarnaast lijkt deze groep ook in problematiek van elkaar te verschillen. Het overgrote deel van de respondenten gaf aan dat binnen de groep langgestrafte tbs-gestelden vooral sprake lijkt te zijn van persoonlijkheidsstoornissen. Zij worden vaak deels voor het delict verantwoordelijk gehouden, (enigszins) verminderd toerekeningsvatbaar verklaard en dit resulteert in lange combinatievonnissen. Bij minder lang gestrafte tbs-gestelden en tbs-gestelden zonder straf (OVAR) is vooral sprake van psychotische problematiek, aldus de meeste respondenten. Een ernstige psychotische stoornis resulteert vaker in een sterkere mate van ontoerekeningsvatbaarheid en daarmee een kortere gevangenisstraf. Een nuance die hierin moet worden gemaakt, is dat er in de praktijk veel co-morbiditeit van stoornissen bestaat onder tbs-gestelden, waarbij meerdere stoornissen en problemen spelen en een combinatie van persoonlijkheidsstoornissen en psychotische stoornissen voorkomt, aldus verschillende respondenten.

Een aantal respondenten geeft verder aan dat bij langgestrafte tbs-gestelden veel sprake is van middelenmisbruik en verslaving. En een enkele behandelaar geeft aan een verschil te zien in het het verstandelijk vermogen, waarbij tbs-gestelden zonder gevangenisstraf of met een lage gevangenisstraf vaker licht verstandelijk beperkt zou zijn (lvb). Dit zou volgens deze respondent minder te zien zijn bij langgestrafte tbs-gestelden.

5.4.2 *Paradox van het lange combinatievonnis*

Strafdoelen
Een aspect dat veelvoudig in de interviews terugkwam is het tegenstrijdige gevoel dat veel van de behandelaren ervaren. Het idee dat iemand als psychisch ziek wordt beschouwd, in zo'n mate dat een behandeling als noodzakelijk wordt gezien, maar eerst jarenlang zonder (uitgebreide) behandeling in de gevangenis moet verblijven, voelt paradoxaal, aldus de meeste behandelaren. Er zijn meerdere keren vergelijkingen gemaakt met fysiek letsel; wanneer iemand een been of een arm breekt wordt doorgaans ook niet jaren gewacht met dit te behandelen, waarom gebeurt dit in het geval van psychische problematiek wel? Het idee is dat de tbs-maatregel in sommige gevallen als straf wordt ingezet en niet als een behandel-maatregel zoals deze eigenlijk bedoeld is. In hun ogen wordt de tbs-maatregel in deze gevallen oneigenlijk gebruikt. Veel behandelaren vragen zich daarbij af wat rechters beogen te bereiken met het opleggen van een lang combinatievonnis en of ze zich bewust zijn van de gevolgen die zo'n lang combinatievonnis meebrengt in de tenuitvoerlegging. Veel respondenten ervaren een lang combinatievonnis als twee onverenigbare opdrachten die beide door de uitvoerende partijen goed moeten worden bewerkstelligd. Enerzijds iemand bestraffen (maar zonder dat dit tot meer problemen leidt) en anderzijds iemand behandelen (maar wel pas na vele jaren). De discrepantie die behandelaren voelen tussen de strafrechtelijke beslissingen en de uitvoeringspraktijk komt overeen met de in paragraaf 1.1.2 besproken tweeluik van Roza en collega's (2025) en Janssen en Van Mulbregt (2025). Het merendeel van de behandelaren benadrukte dan ook dat de tbs-maatregel als doel heeft om de kans op recidive te verkleinen en te zorgen voor een veilige terugkeer in de maatschappij door middel van een behandeling, en niet om ervoor te zorgen dat iemand langer vast komt te zitten.

Tegelijkertijd uitten de behandelaren hun begrip voor de behoefte aan vergelding vanuit de maatschappij en bij de slachtoffers en nabestaanden. Zo worden er voorbeelden gegeven van situaties waarbij de veroordeelde een levensdelict heeft gepleegd, volledig ontoerekeningsvatbaar is verklaard en geen gevangenisstraf maar enkel tbs heeft gekregen. Wanneer iemand met een psychose snel goed wordt ingesteld op medicatie kunnen er sneller verloven en vrijheden voor de veroordeelde volgen en dit kan schokkend en verwarrend zijn voor nabestaanden. In het geval van lange combinatievonnissen, waarbij veelal ernstige delicten zijn gepleegd zou dit bij een eerdere start van de behandeling een onwenselijk gevolg kunnen zijn voor de slachtoffers en nabestaanden. Een aantal behandelaren stelt dat begrip over de werking van de tbs-maatregel en duidelijke communicatie naar slachtoffers en nabestaanden belangrijk is voor hoe zij naar een dergelijk vonnis kijken. Daarnaast uit een aantal behandelaren dat hoewel zij het onwenselijk vinden om iemand pas na een lange tijd te behandelen, ze de onafhankelijke positie van de rechter respecteren. De behandelaren geven aan dat de rechter te maken heeft met meerdere belangen en waarschijnlijk een goede reden heeft voor het opleggen van zo'n vonnis. Zij stellen dat het niet aan hen als behandelaar is om iets te zeggen over wat de rechter wel en niet mag opleggen.

Voordelen
Een aantal behandelaren geeft aan dat er een paar voordelen zitten aan een lange gevangenisstraf voorafgaand aan de tbs-behandeling. Zo kan tijd in detentie zorgen voor een vermindering in middelenmisbruik door de beperktere toegang tot alcohol en drugs in de gevangenis. Ook kan de tijd in detentie voor sommige mensen leiden tot

rust en reflectie waardoor ze meer open staan voor een behandeling. Dit voordeel kan worden versterkt wanneer er in detentie al een aantal behandelingen worden aangeboden en zijn uitgevoerd, stellen enkele respondenten. Tot slot kan het structurele regime bij sommige tbs-gestelden voor rust en regelmaat zorgen. Ondanks deze genoemde voordelen zijn vrijwel alle behandelaren kritisch over het opleggen van lange combinatievonnissen. Er zitten in hun optiek namelijk meer nadelen aan het lang uitstellen van een behandeling dan voordelen. Op de door de respondenten ervaren problemen rondom lange combinatievonnissen wordt in paragraaf 5.5 uitgebreid ingegaan.

5.5 Problemen in relatie tot een lang combinatievonnis

Aan de respondenten is gevraagd om de problemen die zij ervaren met lange combinatievonnissen uiteen te zetten. De problemen die worden besproken in deze paragraaf zijn door de gesproken behandelaren benoemd. De genoemde problemen waren grofweg in te delen in drie groepen: problemen rondom het systeem, detentieschade die de behandelaren hebben gezien bij langgestrafte tbs-gestelden en de problemen die zij ervaren in het behandelverloop van langgestrafte tbs-gestelden.

5.5.1 Detentieschade

Bajesmodus
Uit de *scoping review* en systematische zoektocht naar longitudinale studies naar detentieschade zijn tien domeinen geïdentificeerd waarbinnen na tijd in detentie eventuele nadelige gevolgen kunnen ontstaan (zie hoofdstuk 4). Een aantal van de in hoofdstuk vier omschreven vormen van detentieschade werd door de behandelaren geschaard onder 'bajesmodus'. Hiermee bedoelen ze de manier waarop de tijd in detentie invloed heeft gehad op het gedrag en de *mindset* van de tbs-gestelde. Deze bajesmodus zorgt er volgens veel respondenten voor dat de overgang van een detentie-omgeving naar een tbs-kliniek groot is (zie paragraaf 5.5.2).

Deprivatie
Verschillende kenmerken van het gevangenisleven kunnen leiden tot de bajesmodus, aldus de respondenten. Ten eerste het gestructureerde regime dat heerst binnen de gevangenis. In de gevangenis zijn veel regels en is het leven voorspelbaar en eentonig. Dagelijkse keuzes over wat en wanneer er gegeten wordt, wanneer er geslapen wordt en wanneer er gelucht wordt, worden gemaakt door het regime en gevangenispersoneel. Hoewel dit ook in tbs-klinieken het geval kan zijn, wordt door de respondenten aangegeven dat dit sterker het geval is in het gevangeniswezen. Dit kan leiden tot een gebrek aan autonomie. Een aantal behandelaren merkt dat bij langgestrafte tbs-gestelden plannings- en keuzevaardigheden daarmee sterk verminderd zijn. Ook noemt een aantal behandelaren dat er tijdens een lange gevangenisstraf sprake is van veel verveling. Activiteiten zoals knutselen of muziek maken mogen niet altijd, bijvoorbeeld wanneer het geen specifiek therapeutisch doel heeft en de gedetineerden brengen het overgrote deel van de dag door op cel. Er kan ook een gebrek aan fysieke inspanning zijn, hoewel verschillende uren sporten per week is toegestaan. Het gebrek aan uitdaging zorgt er in sommige gevallen voor dat langgestraften hun bed niet meer uitkomen, geeft een aantal respondenten aan. Gedetineerden hoeven weinig initiatief te nemen en worden niet om hun mening gevraagd, er wordt dus weinig beroep gedaan op hun denkvermogen. Een aantal behandelaren geeft aan dat dit een aanslag is op de executieve functies van de

gedetineerden. Zo zegt een behandelaar dat patiënten klagen over hoe ze minder scherp zijn dan vroeger en moeite hebben met zich concentreren. Deze respondent omschreef dit als 'een afstompen van het denken'.

Hiërarchie
Binnen het reguliere gevangeniswezen heerst er volgens een aantal respondenten een 'bajescultuur'. Deze cultuur wordt gekenmerkt door hiërarchische structuren, zowel tussen personeel en gedetineerden als tussen gedetineerden onderling. Dit kan eraan bijdragen dat gedetineerden leren om afstand te nemen van andere mensen. In detentie is het gunstig om niet op te vallen en openheid naar personeel kan leiden tot sancties. Kwetsbaarheid tonen aan medegedetineerden kan leiden tot stigma en onveiligheid. Dit kan eraan bijdragen dat veel gedetineerden wantrouwen naar elkaar en het personeel ontwikkelen. Gedetineerden houden dus veel voor zichzelf en stellen zich niet makkelijk open.

Onveiligheid
Naast de hiërarchische structuren en een wij-zij cultuur die in het gevangeniswezen zorgt voor isolatie, wantrouwen en verharding kan het leven in de gevangenis volgens respondenten ook als onveilig worden ervaren. Sommige tbs-gestelden worden tijdens hun gevangenisstraf slachtoffer of zijn getuige van geweldsincidenten, net als overigens in tbs-klinieken af en toe kan gebeuren. Deze negatieve ervaringen kunnen het wantrouwen vergroten en leiden tot nieuw trauma en angstgevoelens. Een aantal respondenten omschrijft deze gesloten houding als gevolg van een lange tijd in de gevangenis als verharding, en dit zien ze meer bij de groep tbs-gestelden die langere tijd in detentie hebben doorgebracht.[97]

Risicofactoren
Een aantal van de behandelaren uit zorgen over in hoeverre risicofactoren van tbs-gestelden zich tijdens de periode in detentie hebben ontwikkeld. Uit de interviews met de behandelaren kwamen een aantal risicofactoren naar voren waarop tijd in detentie, in hun ervaring, een negatieve invloed heeft.

Verharding problematiek
Een aantal behandelaren spreekt van een verharding van de problematiek van langgestrafte tbs-gestelden. Bepaalde patronen zijn tijdens detentie versterkt en dit maakt volgens sommige behandelaren dat de tbs-gestelde minder goed reageert op de behandeling. De respondenten die dit noemen geven daarbij aan dat het voor hen niet altijd duidelijk is of dit daadwerkelijk komt door een lange gevangenisstraf of dat het problematiek eigen is.

Sociaal netwerk
Het wegvallen van een pro-sociaal netwerk wordt door veel behandelaren gezien bij tbs-gestelden met een lang combinatievonnis. Hoewel het sociaal netwerk bij veel tbs-gestelden (ook met een korte of geen straf) een probleem kan vormen, lijkt er in het geval van lange combinatievonnissen meer sprake te zijn van het wegvallen van sociale contacten. Dit komt bijvoorbeeld doordat mensen in het sociale netwerk (zoals ouders) komen te overlijden of na enkele jaren steeds minder vaak bij de langgestrafte tbs-gestelde op bezoek komen. Volgens een aantal respondenten worden gedetineerden met een lange gevangenisstraf gedurende de detentieperiode bovendien vaker overgeplaatst, wat kan leiden tot een afname van bezoek. En dat

[97] Zie hierover ook paragraaf 4.6, waarin nader is ingegaan op detentieschade en slachtofferschap bij gedetineerden.

terwijl een pro-sociaal netwerk juist een beschermende factor kan vormen binnen het proces van resocialiseren en veilig terugkeren in de maatschappij. Door veel van de respondenten wordt het wegvallen van dit sociale netwerk als een onwenselijk gevolg van een lang gevangenisstraf ervaren.

Niet alleen kan tijd in detentie ervoor zorgen dat pro-sociale netwerken wegvallen, het kan er ook voor zorgen dat pro-criminele netwerken toenemen. Zo spreekt een aantal behandelaren van 'bajesmaatjes'. Ze geven aan dat vooral in de groep langgestrafte tbs-gestelden een groot deel van het sociale contact is opgedaan in de gevangenis. Doordat ze langere tijd omringt zijn met andere gevangenen ontwikkelen ze eerder criminogene eigenschappen dan dat de beschermende factoren worden versterkt. Juist het opdoen van deze criminele contacten kan een extra risicofactor vormen tijdens het resocialisatieproces, aldus de respondenten. Overigens kan dit ook de andere kant op werken, als pro-criminele netwerken verminderen of wegvallen wegens gebrek aan mogelijkheden om pro-crimineel gedrag te vertonen in de buitenwereld.

Modererende factoren
Twee veelgenoemde factoren die kunnen meespelen in de mate waarin de tijd in detentie van invloed kan zijn op het welzijn van een tbs-gestelde zijn leeftijd en de modernisering van de maatschappij. Deze twee factoren zijn niet per se directe gevolgen van een lange gevangenisstraf maar kunnen een modererende rol spelen in de manier waarop de tijd in detentie verloopt en kunnen tevens van invloed zijn op de eventuele detentieschade bij de tbs-gestelde.

Leeftijd
De leeftijd van de tbs-gestelde op het moment dat die veroordeeld wordt speelt volgens veel behandelaren op meerdere manieren mee in de manier waarop een tbs-gestelde de kliniek instroomt. Als iemand jong de gevangenis in komt, is deze na een lange straf ook jonger tijdens de start van de tbs-behandeling dan iemand die een stuk ouder de detentie instroomt en na een lange straf begint aan de tbs-behandeling. Op jongere leeftijd beginnen aan een behandeling wordt door veel behandelaren als iets positiefs beschouwd, dan is het makkelijker om nieuw gedrag en nieuwe patronen aan te leren. Aan de andere kant wordt het tegelijkertijd als negatief gezien om iemand tijdens zijn 'vormbare jaren' in een detentieklimaat te plaatsen en verwachten sommige behandelaren dat juist jonge mensen meer blijvende problemen van een gevangenisstraf overhouden dan mensen die al ouder zijn. Een aantal behandelaren spreekt van het verloren gaan van de 'vormbare' jaren en dat deze gedetineerden een ongezonde ontwikkeling doormaken door deze jaren in detentie door te brengen.

Anderzijds is het mogelijk dat bepaalde problematiek met de leeftijd afneemt (*age-crime curve*, zie paragraaf 4.10.5). Zo zien behandelaren dat bepaalde persoonlijkheidsstoornissen na langere tijd afzwakt, maar ook in het geval van zedendelicten en seksuele problematiek kan de leeftijd van een patiënt uitmaken. Naarmate mensen ouder worden kan hun impulsiviteit afnemen en kunnen de scherpe randjes verminderen. Dit betekent niet dat iemand altijd minder gevaarlijk wordt met de leeftijd, sommige stoornissen zijn hardnekkig en blijven bestaan. Juist in die gevallen is leeftijd weer een nadeel, omdat het lastiger is om op oudere leeftijd nieuwe gewoonten aan te leren. Hier komt nog bij dat het wegvallen van een sociaal netwerk in het geval van veroudering nog relevanter kan zijn. Vaak zijn juist deze patiënten hun hele netwerk verloren, dit kan inspelen op de motivatie om mee te werken aan de behandeling omdat ze het gevoel hebben dat er toch niemand op ze zit te wachten.

Tot slot komen met leeftijd ook andere, met name somatische problemen. Meerdere behandelaren hebben ervaring met deze ouder wordende groep en geven aan dat hun klinieken hier eigenlijk niet voor zijn ingericht. Er is behoefte aan specialistische hulp waar het reguliere personeel in de klinieken vaak niet voor is opgeleid, zoals zorg bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL-zorg).[98]

Veranderende maatschappij
Een ander obstakel dat door meerdere behandelaren wordt genoemd is de snel veranderende maatschappij. Wanneer een tbs-gestelde lange tijd in de gevangenis heeft doorgebracht is hij voor lange tijd geen onderdeel van de maatschappij geweest. En in die tijd is de wereld buiten de muren doorontwikkeld en veranderd. Wanneer er in het behandeltraject mag worden gestart met verlof wordt deze tbs-gestelde geconfronteerd met al deze veranderingen. Deze veranderingen kunnen op meerdere manieren meespelen. Enerzijds kunnen ze de kans op recidive verhogen en anderzijds kunnen ze de voor de tbs-gestelde veilige terugkeer in de maatschappij verhinderen.

De komst van en brede toegang tot het internet kan voor sommige tbs-gestelden een extra verleiding bieden voor het plegen van delict-gedrag. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat tbs-gestelden met seksuele stoornissen dit internet gebruiken om tijdens verloven illegale pornografie te downloaden. Het Internet kan dus zorgen voor een extra uitdaging in de behandeling en het voorkomen van recidive. Aan de andere kant kan het ook leiden tot slachtofferschap van een tbs-gestelde. Eén van de behandelaren vertelde dat het meerdere keren is voorgekomen dat patiënten tijdens verloven slachtoffer zijn geworden van cybercrime. Velen van hen zijn onbekend met de gevaren van het internet en vormen daardoor voor cybercriminelen geschikte slachtoffers.

Maar ook andere ontwikkelingen zoals smartphones, de OV-chipkaart en overige digitalisering kunnen voor obstakels zorgen bij langgestrafte tbs-gestelden. Al deze nieuwe indrukken kunnen angst en onzekerheid veroorzaken die de terugkeer in de maatschappij kan bemoeilijken.

5.5.2 Behandelverloop

Ontbajesen
In het geval van een lange gevangenisstraf voorafgaand aan de tbs-behandeling wordt bij veel behandelaren in de fpc's en fpk's ervaren dat een tbs-gestelde moet omschakelen naar het klimaat dat in de klinieken heerst. De bajesmodus die in paragraaf 5.4.1 als vorm van detentieschade is beschreven, moet worden omgezet naar een behandelmodus. Respondenten noemen dit veelal 'ontbajesen'. Het gevangenisklimaat wijkt af van het klimaat in de tbs-klinieken en wordt gekenmerkt door deprivatie, hiërarchie en onveiligheid wat kan leidden tot geslotenheid en verminderd gebruik van cognitieve functies (zie paragraaf 5.5.1). In een tbs-kliniek wordt het tegenovergestelde verwacht; je moet als tbs-gestelde praten en openheid bieden aan je behandelaren om het behandeltraject goed te kunnen doorlopen. Ook bestaat er meer vrijheid om eigen keuzes te maken binnen de klinieken. Zo wordt er een aantal keer verteld dat tbs-gestelden erg moeten wennen aan deuren die open staan en dat ze zelf mogen besluiten wanneer ze hun kamer uitkomen. Deze grote overgang van een gevangenisklimaat naar een behandelklimaat kan ervoor zorgen dat met name tbs-gestelden met een lange gevangenisstraf tijd nodig hebben om te wennen en zich aan te passen aan het behandelklimaat.

[98] Zie ook van der Wolff et al. (2025)

Delictanalyse
Vrijwel alle behandelaren uit de fpc's geven aan dat ze in de behandeling van langgestrafte tbs-gestelden moeite hebben met het afnemen van een delictanalyse. De delictanalyse vindt plaats aan het begin van de tbs-behandeling. Samen met de behandelaar kijkt de tbs-gestelde terug op het gepleegde delict en wordt ingegaan op de gedachten en gevoelens van de tbs-gestelde voorafgaand, tijdens en na afloop van het delict. Deze delictanalyse biedt vervolgens aanknopingspunten voor het behandelplan. In het geval van langgestrafte tbs-gestelden zit er veel tijd (jaren) tussen het plegen van het delict en het afnemen van de delictanalyse. Behandelaren in fpc's geven aan dat het na zo'n lange tijd moeilijk is om terug te blikken op het delict. Niet alleen zijn herinneringen vervaagd of vervormd, het is lastig om na zo'n tijd nog gedetailleerd te kunnen terughalen hoe iemand zich ten tijde van het delict voelde en wat er in iemands hoofd omging. De lange tijd tussen het plegen van het delict en de afname van de delictanalyse wordt door de behandelaren als een groot nadeel gezien van lange combinatievonnissen. Sommigen zeggen zelfs dat het in een aantal gevallen bijna niet meer mogelijk is de delictanalyse af te nemen.

Motivatie
Een aantal respondenten geeft aan dat er bij langgestrafte tbs-gestelden sprake kan zijn van minder motivatie om mee te werken aan de tbs-behandeling dan bij kortgestraftetbs-gestelden, of tbs-gestelden met OVAR. Dit kan ook te maken hebben met het kleiner wordende sociale netwerk, omdat ze het idee hebben dat er toch niemand meer op ze zit te wachten in de buitenwereld (zie ook paragraaf 5.5.2). Maar ook de grote verandering die heeft plaatsgevonden in de maatschappij terwijl zij jarenlang stil hebben gestaan kan als intimiderend worden gezien. Een behandelaar geeft bijvoorbeeld aan dat langgestrafte tbs-gestelden zich slecht een voorstelling kunnen maken van hoe zij nog in de maatschappij kunnen functioneren. Enkele behandelaren koppelen het gebrek aan motivatie direct aan de lengte van de gevangenisstraf. Zo spreekt één behandelaar over het voorbijgaan aan het behandelmomentum; wanneer je te lang wacht met behandelen kunnen mensen zich gaan vervelen en kan de motivatie om aan de slag te gaan verdwijnen. Een andere behandelaar zegt hierover dat de tijd in detentie kan zorgen voor verharding en structuur. Het is lastig om hier los van te komen en motivatie te vinden voor verandering. Een enkele respondent zegt dat de motivatie om mee te werken aan een behandeling meer samenhangt met persoonlijke factoren dan met detentieduur.

Problematiek gerelateerd
Een aantal behandelaren uit fpc's geeft aan dat het lastig is om te onderscheiden of de problemen die ze ervaren met de groep langgestrafte tbs-gestelden komt doordat ze een lange tijd in detentie hebben doorgebracht, of dat het komt door de aard van de problematiek. Zoals in paragraaf 5.4.1 beschreven, zien de respondenten vooral persoonlijkheidsstoornissen bij langgestrafte tbs-gestelden. Dit zijn volgens de behandelaren op zichzelf ingewikkeld te behandelen stoornissen. Zo geeft een behandelaar aan dat met name tbs-gestelden met een narcistische persoonlijkheidsstoornis meer moeite hebben met het doorlopen van verlofstappen dan tbs-gestelden met andersoortige problematiek. Tbs-gestelden met deze problematiek onderschatten regelmatig de uitdagingen van het verlof. Een andere behandelaar stelt dat tbs-gestelden met antisociale persoonlijkheidsstoornissen juist sluwer lijken te zijn geworden tijdens hun tijd in detentie. Een aantal van de behandelaren uit de fpc's stelt wel dat ondanks dat er al sprake was van problematiek voorafgaand aan detentie, deze problematiek in detentie verhard (zoals in paragraaf 5.5.1 ook is uitgelegd).

5.5.3 *Problemen rondom het systeem*

Informatiedoorstroom
Een probleem dat door veel behandelaren wordt aangehaald is de moeizame informatiedoorstroom binnen het systeem. Dat dit door veel forensische zorg behandelaren als probleem wordt beschouwd, bleek ook uit een onderzoek van Burger en collega's (2024) en wordt ook in deze interviews bevestigd. De reden voor de moeizame informatieoverdracht lijkt door drie dingen te komen. Ten eerste is het niet altijd makkelijk om met een behandelaar van een andere instelling in contact te komen, zowel bij tbs-klinieken onderling, maar ook tussen PI's, ppc's en tbs-klinieken. Door sommige behandelaren wordt een zogenaamde 'warme overdracht' als gemis gezien. Ten tweede bestaat er bij behandelaren uit de verschillende typen instellingen onduidelijkheid over de huidige privacywetgeving en welke gegevens wanneer en met wie gedeeld mogen worden. Het gaat immers om strafrechtelijke gegevens. Ten derde bestaat er onduidelijkheid over het medisch beroepsgeheim en wanneer bepaalde medische gegevens wel en niet mogen worden gedeeld. De combinatie van de onduidelijkheden over de wet- en regelgeving omtrent privacy en medisch beroepsgeheim maken het in dit geval nog ingewikkelder, omdat er in het geval van lange combinatievonnissen zowel sprake is van strafrechtelijke- als medische gegevens.

Capaciteitsproblematiek
Een ander veelgenoemd probleem dat door zowel behandelaren in de tbs-kliniek, maar ook door behandelaren in de ppc's wordt aangehaald is het tekort aan capaciteit. Er lijkt in de gehele keten sprake te zijn van het vastlopen van het systeem. Zo zitten reguliere tbs-klinieken vol waardoor er in detentie tbs-gestelden zitten die hun straf al hebben uitgezeten en de behandeling al had moeten aanvangen. Tbs-gestelden die tijdens de gevangenisstraf op een afdeling in een ppc terecht zijn gekomen, blijven vaak als passant in een ppc tot ze naar een tbs-kliniek kunnen en houden daarmee een plek bezet. Dat terwijl er ook veel vraag is naar ppc-plekken voor reguliere gedetineerden. Bovendien, in geval van een lang combinatievonnis, kunnen deze tbs-passanten lange tijd een plek in een ppc bezet houden, terwijl dit daarvoor niet is bedoeld. In de reguliere PI bestaan EZV's, maar ook deze zitten vol. De capaciteitsdruk raakt ook de doorstroom van de prepassantenafdeling zoals eerder in dit hoofdstuk beschreven, terwijl de vlotte doorstroom noodzakelijk is voor het adequaat functioneren van de prepassantenafdeling. Tegelijkertijd zitten er in tbs-klinieken tbs-gestelden voor wie een indicatiestelling voor een LFPZ-afdeling is afgegeven. Deze patiënten zitten in een behandelimpasse of zijn uitbehandeld, maar kunnen niet veilig terugkeren in de samenleving, omdat ze nog te gevaarlijk zijn. Maar ook deze tbs-gestelden kunnen niet worden overgeplaatst, omdat er ook op de LFPZ-afdelingen geen plek is. Terwijl ze wachten op een plek op een LFPZ-afdeling houden ze behandelplekken in reguliere tbs-klinieken bezet. De respondenten geven aan dat het hele systeem is dicht geslibd, dat adequate behandeling van tbs-gestelden bijvoorbeeld in de zin van de juiste patiënt op de juiste plek, tegengaat.

Ontoereikende zorg in de PI's
Door een aantal respondenten is aangegeven dat de zorg binnen de reguliere PI's niet altijd toereikend is voor gedetineerden met complexe problematiek. Niet alleen is er weinig zorg beschikbaar (zie ook de adviezen van de RSJ [RSJ, 2012, 2018]), het klimaat binnen een gevangenis is niet geschikt als behandelklimaat. Veel van de respondenten spreken over een 'bajescultuur' (zie paragraaf 5.5.1). Meerdere behandelaren beschrijven casussen die ze hebben gezien waarbij een tbs-gestelde uit

de PI komt en geen behandeling heeft gehad, terwijl deze wel nodig was. Behandelaren geven ook aan dat openheid over psychische problematiek op een reguliere afdeling in de gevangenis kan leiden tot een vooroordeel en daaraan klevend stigma, van zowel medegedetineerden als gevangenispersoneel, richting justitiabelen met een tbs-maatregel.

Verder is het reguliere gevangenispersoneel niet altijd opgeleid om (vroege) symptomen te herkennen van psychische problematiek waardoor er niet altijd hulp geboden wordt waar dit wel nodig is. Een voorbeeld dat is gegeven betreft een gedetineerde bij wie met vrijwillige medicatie zijn psychotische stoornis onder controle is gebracht in de ppc, die vervolgens is teruggeplaatst naar de reguliere PI. Hier is minder zicht op deze gedetineerde en kan het zo zijn dat de medicatie minder vaak of helemaal niet meer wordt genomen. De eerste signalen dat er een terugval in een psychotische episode is, worden door regulier gevangenispersoneel eerder gemist waardoor er soms te laat wordt ingegrepen. Dit is een reden voor behandelaren in ppc's om een gedetineerde niet terug te plaatsen naar de reguliere PI terwijl dit met betere zorg en meer getraind personeel misschien wel zou kunnen. Hierbij komt nog dat er in een reguliere PI minder mogelijkheid is tot het geven van dwangmedicatie. Gedetineerden die niet bereid zijn vrijwillig medicatie te nemen, maar dit wel nodig hebben, kunnen daarom sowieso niet altijd makkelijk worden teruggeplaatst in de reguliere PI. Ook het beperkte aanbod aan eenpersoonscellen is voor sommige behandelaren een groot gebrek. Zij stellen dat een aantal gedetineerden in de ppc's prima zou kunnen worden teruggeplaatst als ze een eenpersoons cel zouden kunnen krijgen. Maar omdat dit geen mogelijkheid is, blijven ze in het ppc.

5.6 Gesuggereerde oplossingen

Nadat met de respondenten de problemen die worden ervaren met lange combinatievonnissen in de praktijk in kaart zijn gebracht, is er met hen gebrainstormd over eventuele oplossingen voor deze problemen. Weinig respondenten zijn voorstander van de huidige situatie waarbij een tbs-gestelde lange tijd in de gevangenis zit voordat gestart kan worden aan een behandeling in een tbs-kliniek . Het liefst zien ze dit niet meer gebeuren in de praktijk. Daarnaast kwam tijdens de interviews een aantal andere mogelijke oplossingen naar voren. De gesuggereerde oplossingen variëren van ingrijpende veranderingen in het huidige systeem en in de wet- en regelgeving tot kleine aanpassingen in de uitvoeringspraktijk. Naast de oplossingen is ook uitgevraagd aan welke voorwaarden de gesuggereerde oplossingen moeten voldoen willen deze daadwerkelijk verschil kunnen maken. Dit komt hieronder aan de orde.

5.6.1 Wijzigen van wet- en regelgeving

Maximeren van de straf in combinatie met tbs
Een veelgenoemde oplossing is het invoeren van wetgeving die de gevangenisstraf die de rechter kan opleggen in combinatie met een tbs-maatregel maximeert. In het huidig wettelijke kader bestaat geen beperking op de hoogte van de gevangenisstraf die kan worden opgelegd in combinatie met tbs met verpleging. Bij tbs met voorwaarden is dit wel zo, deze kan worden gecombineerd met een gevangenisstraf van maximaal 5 jaar.) Voor veel respondenten past het maximeren van de gevangenisstraf als tevens een tbs-maatregel wordt opgelegd beter bij het doel van de maatregel, namelijk het behandelen van de persoon en re-integratie in de

maatschappij. Daarnaast wordt er dan meer recht gedaan aan het feit dat een veroordeelde minder verantwoordelijk is voor het gepleegde feit door een aanwezige stoornis ten tijde van het plegen van het delict, aldus sommige respondenten. Hoewel de meeste respondenten zich kunnen vinden in een wetswijziging die de strafduur die kan worden opgelegd met de tbs-maatregel maximeert, geeft een enkele respondent ook aan dat behandelaren geen input zouden moeten leveren over het strafdeel van het vonnis, omdat dit buiten hun expertise valt. Volgens hen is het bepalen van de strafduur aan de rechter en niet aan de behandelaren.

Strafduur koppelen aan de mate van toerekeningsvatbaarheid
Een variant op het invoeren van een maximale strafduur die kan worden opgelegd in combinatie met tbs, is het koppelen van de maximale strafduur aan de mate van toerekeningsvatbaarheid. In deze variant wordt recht gedaan aan de achterliggende gedachte dat er sprake is van een stoornis (ten tijde van het delict) en er (dus) sprake geweest is van verminderde toerekeningsvatbaarheid. Een aantal behandelaren gaf aan dat het fijn en nuttig zou zijn als er een relatie bestaat tussen de mate van toerekeningsvatbaarheid en de duur van de op te leggen straf.[99] Een duidelijk landelijk kader kan volgens hen bovendien zorgen voor meer eenheid en duidelijkheid in de rechtspraak.

Herinvoering van de Fokkensregeling
Een aantal respondenten is positief over de Fokkensregeling en heeft de afschaffing van de regeling als onwenselijk ervaren.[100] Veel behandelaren zien een oplossing in een herinvoering van de Fokkensregeling, of een vergelijkbare mogelijkheid om eerder dan op het moment van v.i. aan de tbs-behandeling te beginnen. Dit zou verschillende voor- en nadelen kunnen hebben.

Voordelen
Zo vertelt een respondent dat de mogelijkheid om eerder aan de tbs-behandeling te kunnen starten voor langgestrafte tbs-gestelden motiverend werkte. Het bood volgens de behandelaar perspectief. Daarnaast brengt de tbs-gestelde onder de Fokkensregeling minder tijd in een reguliere PI door waardoor eventuele detentieschade kan worden beperkt. Het eerder kunnen starten aan de tbs-behandeling wordt door veel respondenten als een groot pluspunt gezien.

Nadelen
Aan een herinvoering van de Fokkensregeling kunnen ook nadelen zijn verbonden. Het meest genoemde nadeel van de Fokkensregeling is het gebrek aan verlofmogelijkheden. Hoewel de tbs-behandeling onder de Fokkensregeling al na een derde van de gevangenisstraf mocht beginnen, bleef de mogelijkheid om met verlof te gaan gekoppeld aan de v.i.-termijn, na twee derde van de gevangenisstraf. Veel behandelaren uit de fpc's benadrukken het belang van het kunnen zetten van verlofstappen in de tbs-behandeling. Door het opbouwen van vrijheden kunnen tbs-gestelden hiermee oefenen, dit is essentieel voor het resocialisatieproces. De tbs-behandeling kan dus volgens veel behandelaren niet los worden gezien van de mogelijkheid tot het hebben van verlof. Het eerder starten aan de tbs-behandeling zonder verlofmogelijkheden kan de voortgang van de behandeling dwarsbomen. Ze benadrukken dat als de Fokkensregeling opnieuw wordt ingevoerd de mogelijkheid tot

[99] Een vergelijkbare suggestie is gedaan door Janssen en Van Mulbregt (2025), zie ook paragraaf 1.1.2.
[100] Zoals uitgebreid besproken in hoofdstuk 2 begon een tbs-gestelde onder de Fokkensregeling na een derde deel van de gevangenisstraf aan de tbs-behandeling.

het zetten van verlofstappen gelijktijdig moet worden geïmplementeerd, anders heeft dit geen zin.

Ook hierbij geeft een aantal behandelaren aan dat het niet hun plek is om op de stoel van de rechter te zitten, en een herinvoering van de Fokkensregeling zou de mogelijkheden van de rechter voor maatwerk kunnen inperken, omdat dan standaard twee derde deel van het ten uitvoer te leggen deel van de gevangenisstraf wordt afgetrokken van de opgelegde gevangenisstraf. Een gerelateerd nadeel kan zijn dat personen met zwaardere delicten extra 'profiteren', aldus een respondent. De tbs-gestelde die 12 jaar gevangenisstraf krijgt opgelegd, zou 8 jaar eerder mogen starten aan de behandeling terwijl de tbs-gestelde met 8 jaar gevangenisstraf iets minder dan 3 jaar eerder mag starten met de behandeling. Dit voordeel neemt toe naarmate de straf toeneemt.

Voorwaardelijk opgelegde tbs-maatregel
Door een aantal respondenten is geopperd om de tbs-maatregel voorwaardelijk op te leggen wanneer die wordt opgelegd in combinatie met een lange gevangenisstraf. Vergelijkbaar met de tweetrapsprocedure voor oplegging en tenuitvoerlegging van de GVM kan dan tegen het einde van de gevangenisstraf opnieuw door de rechter bekeken worden of het noodzakelijk wordt geacht deze ten uitvoer te leggen.[101] Volgens deze respondenten is het niet mogelijk om zoveel jaren van tevoren te bepalen of een tbs-maatregel nodig is, en kan dit beter besloten worden wanneer bijvoorbeeld de vi-termijn van een justitiabele nadert. De situatie wordt dan (net zoals bij de GVM) opnieuw door de rechter bekeken waarna besloten kan worden dat reguliere integratiemogelijkheden volstaan of dat een tbs-maatregel toch als noodzakelijk wordt geacht.

5.6.2 Herzien van het traject

Gelijktijdig lopen van gevangenisstraf en tbs
Een aantal behandelaren oppert het idee om de gevangenisstraf en de tbs-maatregel gelijktijdig te laten lopen. Daarbij zou dan kunnen worden gestart met de tbs-behandeling en de tijd die dit duurt zou vervolgens in mindering kunnen worden gebracht van de opgelegde gevangenisstraf. Het resterende strafrestant (indien dit er nog is) zou vervolgens in het reguliere gevangeniswezen kunnen worden uitgezeten. Maar de respondenten die met dit idee spelen, zien toch meer na- dan voordelen aan deze constructie. De tbs groeit toe naar het vergaren van vrijheden om uiteindelijk veilig terug te keren in de maatschappij. Iemand eerst jarenlang klaarmaken voor een leven in de maatschappij en deze dan vervolgens een strafrestant uit te laten zitten in een reguliere gevangenis wordt als tegenstrijdig en onzinnig gezien. Een aantal behandelaren benadrukt wederom het belang van verlofstappen in de tbs-behandeling en het gebrek aan mogelijkheden hiervoor in het reguliere gevangeniswezen. Dit zou in beide opzetten een obstakel vormen.

Parallel levenslanggestraften
In paragraaf 1.1.5 is uitgebreid ingegaan op het feit dat sinds uitspraken van het EHRM (Vinter and others v. UK [ECHR, 9 Juli 2013]; Murray v. The Netherlands [ECHR, 26 April 2016]), Nederland een reëel perspectief op vrijlating moest bieden aan levenslang gestraften. In 2017 is de Adviescommissie levenslang (ACL) ingesteld (*Staatscourant*, 2016) en wordt na 25 jaar (opnieuw) de diagnostiek en risicofactoren van justitiabelen met een levenslange gevangenisstraf in kaart gebracht. Een aantal

[101] Zie paragraaf 1.1.2 en Van den Broek et al. (2024).

van de gesproken behandelaren is betrokken bij dit proces en vragen zich af of het nuttig kan zijn een gelijksoortige opzet toe te passen op justitiabelen met een lang combinatievonnis. Dit zou bijvoorbeeld een manier kunnen zijn om de in paragraaf 5.6.1 voorgestelde voorwaardelijk op te leggen tbs-maatregel in de praktijk uit te voeren.

Pathologie gebonden plaatsing
Tijdens de expertmeeting werd de vraag gesteld of het nuttig zou kunnen zijn om de psychopathologie van een tbs-gestelde een bepalende factor te laten zijn in waar deze de tbs-behandeling uitzit. De problematiek van langgestrafte tbs-gestelden bestaat volgens hen namelijk vooral uit ernstige persoonlijkheidsstoornissen die anders moeten worden behandeld dan psychotische stoornissen. Bovendien zorgt deze kleine groep langgestrafte tbs-gestelden met ernstige persoonlijkheidsstoornissen in hun ervaring voor overlast op afdelingen, dat de behandeling voor kwetsbaardere tbs-gestelden kan verstoren. Reguliere tbs-klinieken blijven dan bestaan voor de kwetsbaardere tbs-gesteldenwaardoor zij in hun behandeling minder overlast ervaren van de Langgestrafte tbs-gestelden, die in een speciaal voor ernstige persoonlijkheidsstoornis ingerichte tbs-kliniek worden behandeld. Hier wordt door andere aanwezigen van de expertmeeting kritiek op geuit. In de praktijk is er sprake van veel co-morbiditeit van stoornissen, waarmee het maken van een dergelijk onderscheid lastig kan zijn. Ook worden tbs-gestelden met lange combinatievonnissen volgens hen teveel over één kam geschoren en kunnen er ook binnen die groep verschillen in psychopathologie zijn.

5.6.3 Eerder uitvoeren onderdelen tbs

Voordelen
De respondenten zien veel nut in het eerder uitvoeren van bepaalde behandelingen en modules. Een aantal behandelaren is ervan overtuigd dat het eerder behandelen van gedetineerden gedurende de gevangenisstraf een toekomstige tbs-behandeling ten goede kan komen. Daarnaast kan het volgens hen zorgen voor een beter verloop van de tijd in detentie als bepaalde problematiek al behandeld wordt, omdat onbehandelde problematiek gedurende detentie voor incidenten en ongewenst gedrag kan zorgen. Een goede behandeling kan ervoor zorgen dat een gedetineerde beter gedijt in een detentiesetting. Daarnaast kan het aanbieden van behandelmodules tijdens de detentieperiode bijdragen aan het toekomstperspectief van gedetineerden met een lang combinatievonnis. Behandelaren geven aan dat wanneer patiënten nog een lange straf moeten uitzitten en daarna nog een tbs-behandeling moeten beginnen, het lastig kan zijn een beeld te vormen van hoe de komende jaren eruitzien en perspectief te houden. Door al bepaalde behandelonderdelen te starten, kunnen de patiënten weer grip krijgen op het leven in de gevangenis en toewerken naar de toekomst.

Uit de interviews blijkt verder dat de behandelaren in de fpc's een positief verschil merken aan tbs-gestelden die tijdens hun gevangenisstraf in het ppc al dergelijke therapieën of behandelingen hebben gehad. Alleen al het op de juiste manier ingesteld zijn op medicatie maakt volgens een aantal behandelaren een groot verschil. Een enkele behandelaar spreekt over 'schrijnende gevallen' wanneer iemand rechtstreeks zonder enige vorm van behandeling na het uitzitten van een gevangenisstraf doorstroomt naar de tbs. Wanneer tbs-gestelden in detentie al behandelingen hebben gehad wennen ze volgens een aantal behandelaren sneller aan het behandelklimaat dan wanneer tbs-gestelden dit niet hebben gehad. De eerste groep heeft in detentie al

leren praten over risicofactoren en zijn over het algemeen meer bereid om mee te werken aan de behandeling.

Geschikte onderdelen om eerder mee te starten
Een mogelijkheid is om onderdelen van de tbs-behandeling eerder te laten plaatsvinden, tijdens het uitzitten van de gevangenisstraf, aldus verschillende respondenten. Een aantal respondenten geeft aan dat het in het geval van een lang combinatievonnis nuttig is deze modules verspreid over een langere periode aan te bieden; er is immers veel tijd te overbruggen tot aan de start van de tbs-behandeling. Verschillende diagnostische tools, therapieën en behandelingen zijn door de behandelaren genoemd zoals diagnostiek, een delictanalyse, medicatie, traumabehandeling, schematherapie, verslavingshulp, cognitieve gedragstherapie en emotie- en agressieregulatie. Een aantal behandelingen wordt als extra relevant beschouwd, deze worden hieronder uitgebreider besproken.

Delictanalyse
Een belangrijk onderdeel van de tbs-behandeling is de delictanalyse. Zoals al in paragraaf 5.4.3 is aangegeven is dit één van de onderdelen van de tbs-behandeling dat kan worden bemoeilijkt door een lange gevangenisstraf. Veel respondenten geven dan ook aan dat dit een onderdeel van de tbs-behandeling is dat in het geval van een lang combinatievonnis eventueel al eerder, tijdens het uitzitten van de gevangenisstraf, kan worden uitgevoerd. De respondenten noemen een aantal voorwaarden die nodig zijn om het eerder uitvoeren van de delictanalyse succesvol te laten zijn in de praktijk. De eerste voorwaarde is dat dit goed en gestructureerd wordt vastgelegd. Er is binnen de fpc's in Nederland een standaardprocedure voor het afnemen van de delictanalyse. Er wordt aangeraden om dit format aan te houden en ervoor te zorgen dat het personeel dat deze delictanalyses gaat afnemen goed wordt opgeleid in het gebruik van deze tools. Een tweede voorwaarde is dat er duidelijk moet worden gecommuniceerd naar de tbs-gestelde dat er een (grote) kans is dat de delictanalyse opnieuw wordt gedaan aan de start van de tbs-behandeling. De aan de start van het combinatievonnis afgenomen delictanalyse geeft belangrijk input voor de behandelaren in de fpc's, maar voor een goede start van de behandeling zal er weer naar de delictanalyse gekeken moeten worden. Deze biedt namelijk aanknopingspunten voor de behandeling.

Medicatie
Een ander veelgenoemd onderdeel is het aanbieden van en goed instellen op medicatie. Het goed instellen op en bepalen van medicatie kan tijd kosten, en dat is nu precies waar er tijdens een lange gevangenisstraf veel van is. Daarnaast geeft een lange gevangenisstraf ook tijd en ruimte om te oefenen met de op- en afbouw van medicatie en welke medicatie in welke dosering voor de tbs-gestelde het beste werkt. Door hiermee te beginnen gedurende de gevangenisstraf, kan dit eventueel tijd besparen in de tbs-behandeling, omdat er al bekend is hoe iemand reageert op bepaalde medicatie en doseringen. Een langgestrafte tbs-gestelde kan daarnaast zijn tijd in detentie soepeler doorbrengen als hij goed op medicatie is ingesteld.

Traumabehandeling
Het aanbieden van een vorm van traumabehandeling werd veel genoemd door de respondenten. Er wordt gezegd dat de groep langgestrafte tbs-gestelden vaak kampt met trauma, en dat trauma een rol speelt bij (het ontwikkelen van) hardnekkige persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast vinden veel behandelaren dit ethisch verantwoord. Voor hen voelt het als onwenselijk om iemand met trauma lang

onbehandeld op te sluiten. Ook geven ze aan dat het ervoor kan zorgen dat de tijd in detentie soepeler verloopt als iemand al traumatherapie heeft gehad. Daarmee kan het aanbieden van traumabehandeling zorgen voor een soepeler verloop van de gevangenisstraf, een positieve bijdrage leveren aan de tbs-behandeling en vinden ze het ethisch verantwoord.

Schematherapie
Een andere veel genoemde therapie waar volgens veel behandelaren eerder mee kan worden gestart is schematherapie. Dit is een vorm van cognitieve gedragstherapie die dieperliggende oorzaken van de problematiek identificeert en deze in kaart brengt. Zo kan inzicht worden verkregen in het gedrag. Deze therapie kost veel tijd en kan gedurende een langere periode plaatsvinden.

Verslavingshulp
Tot slot werd het aanbieden van verslavingshulp sterk aangeraden door een aantal behandelaren. Verslaving speelt een grote modererende rol in allerlei risicofactoren, dus het grip krijgen op verslaving kan een tbs-behandeling positief beïnvloeden. Verslavingsmodules hebben daarnaast baat bij veel herhaling. Het is dus iets dat ook over een lange periode kan worden aangeboden en niet na één module 'klaar' is. Het wordt door respondenten gezien als een nuttige toevoeging aan de tijd in detentie waar een tbs-gestelde veel baat bij kan hebben.

Locaties om eerder te starten

Uitvoering in een reguliere penitentiaire inrichting
Bovenstaande behandelonderdelen kunnen op verschillende manieren worden geïmplementeerd binnen het gevangeniswezen, aldus de respondenten. Een optie is bijvoorbeeld de inzet van een mobiel forensisch zorgteam dat tussen verschillende PI's kan reizen om daar de betrokkenen te bezoeken (vergelijkbaar met *the flying doctors* in Canada). Dit team zou dan kunnen bestaan uit gespecialiseerde behandelaren (zoals een forensisch psychiater, psycholoog en verpleegkundig specialist) en reist op verzoek naar penitentiaire inrichtingen of ppc's om de eerdere zorg te verlenen. Het lijkt verschillende respondenten een goed idee om hen in ieder geval structureel de delictanalyses af te laten nemen, hoewel een aantal andere respondenten ook aangeeft dat na de delictanalyse ook opvolging dient te worden gegeven aan de uitkomsten daaruit (zie ook paragraaf 5.5.2). Een voordeel van de zorg op deze manier door het land aanbieden is dat zorg sneller en gelijkmatiger beschikbaar wordt. Het kan ook bijdragen aan dat langgestrafte tbs-gestelden minder vaak overgeplaatst hoeven worden en in de regio waar zij een sociaal netwerk hebben kunnen verblijven zonder dat ze behandeling mislopen.

Een andere optie is juist het centraliseren van de zorg. Er zouden speciale afdelingen kunnen worden opgezet binnen de PI's voor langgestraften die na hun gevangenisstraf nog een tbs-behandeling moeten starten, aldus de respondenten. Dit kan op een vergelijkbare manier worden opgezet als de al bestaande langgestraftenafdeling in het ppc in PI Vught (zie paragraaf 5.3.4). Op deze manier zijn de justitiabelen omringt met 'lotgenoten', en is er minder doorstroom van mede-justitiabelen. Dit kan voor een stabielere en minder chaotische omgeving zorgen. De afdeling is gericht op langverblijf en kan daar op deze manier in faciliteren. Daarnaast is het voor de justitiabelen en het sociale netwerk helder waar en hoelang iemand daar verblijft. Een aantal behandelaren geeft aan dat het in het geval van het centraliseren van de zorg en de groep noodzakelijk is dat er dan ook wel echt een behandelklimaat moet worden

gecreëerd (vergelijkbaar met de al bestaande langgestraften afdeling in de PI Vught). Er zal vanuit het personeel veel aandacht moeten gaan naar de justitiabelen en hun behandelingen. Eén van de behandelaren kan zich herinneren dat er eerder een afdeling voor langgestraften is geweest in Nederland die niet goed liep, omdat er geen behandeling werd geboden en het klimaat meer weg had van het reguliere gevangenisregime. Dit leidde toen tot onwenselijke situaties.

Uitvoering in een penitentiair psychiatrisch centrum
Het is ook mogelijk om eerdere behandeling aan te bieden in een ppc. In paragraaf 5.3.4 is besproken wat er momenteel allemaal mogelijk is in de ppc's. Tijdens de interviews is ook gevraagd naar mogelijkheden om binnen het ppc eerder te starten met bepaalde onderdelen van een tbs-behandeling. Hoewel de behandelaren mogelijkheden zien, werd benadrukt dat er belangrijke verschillen bestaan tussen fpc's en ppc's. Zo is meerdere keren genoemd dat er binnen het ppc een detentieklimaat heerst, en niet een behandelklimaat zoals dat in de fpc's het geval is. Een praktisch voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld de mate van vrijheid om als patiënt een cel in- en uit te lopen. Zoals eerder vermeld gelden in een ppc detentieregels en wordt er bijvoorbeeld voor patiënten bepaald wanneer ze wel en niet op cel moeten zitten. In een fpc heeft de patiënt doorgaans meer mogelijkheden om buiten diens kamer te verblijven. Het meer zelf kunnen bepalen waar je gaat en staat in een fpc dan in een PI of ppc, draagt veel bij aan de autonomie van tbs-gestelden. Maar ook het introduceren van verschillende activiteiten gaat in een ppc een stuk moeizamer. Een voorbeeld dat door een behandelaar werd gegeven, was het maken van een afspeellijst met muziek op een iPad, waardoor patiënten op de afdeling via een boxje muziek konden afspelen. Dit kon niet in het ppc worden doorgevoerd, omdat er binnen het gevangeniswezen strengere regels bestaan over internetgebruik dan binnen sommige afdelingen in de fpc's[102] Volgens veel behandelaren is het in de ppc's constant kijken naar wat mogelijk is voor patiënten binnen deze detentiekaders.

Een ander verschil dat door meerdere behandelaren werd aangekaart is de insteek waarmee wordt behandeld. Zoals gezegd in paragraaf 5.3.4 is het ppc (oorspronkelijk) gericht op kortdurende stabilisatie van psychische problematiek, vooral psychotische problematiek. Een fpc heeft tot doel het bieden van een behandeling die gericht is op de resocialisatie van tbs-patiënten en terugkeer in de maatschappij. Dit zijn andere doeleinden. Daarnaast, in een ppc worden voornamelijk stoornissen die op dat moment aandacht nodig hebben behandeld terwijl in een fpc, en dus tijdens de tbs-behandeling, meer aandacht is voor alle risicofactoren. Stoornissen kunnen een onderdeel zijn van deze risicofactoren, maar de behandeling ziet op vele andere aspecten (zie paragraaf 5.3.6), met het uiteindelijke doel re-integratie en het voorkomen/verminderen van recidive. In de fpc's wordt gebruikgemaakt van risicotaxatie-instrumenten om dit risico in kaart te brengen en op basis van deze instrumenten worden behandelplannen opgezet. En hoewel in ppc's ook aan risico-taxatie wordt gedaan, speelt dit een minder grote rol dan binnen de fpc's. Door zowel behandelaren uit fpc's als ppc's wordt aangegeven dat er soms een net andere taal wordt gesproken, en dit wordt door sommigen ervaren als een kloof tussen de ppc's en fpc's. Een groot deel van de respondenten geeft aan dat het belangrijk is dat er een uniforme werkwijze en taal wordt gesproken mocht dit willen slagen.

[102] In niet alle fpc's of fpk's hebben patiënten toegang tot het internet, maar er kan wel makkelijker met dit soort vrijheden worden geoefend binnen de tbs dan binnen het gevangeniswezen

Voorwaarden

Duidelijke afspraken, communicatie en verslaglegging
Om het eerder starten van bepaalde onderdelen van de tbs-behandeling te laten slagen moet er volgens de respondenten aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Ten eerste zullen duidelijke afspraken en richtlijnen moeten worden gemaakt door alle betrokken partijen. Daarbij zullen de afgenomen behandelonderdelen op een zorgvuldige wijze, en volgens een standaard format moeten worden vastgelegd. Dit om te voorkomen dat het werk dat tijdens de gevangenisstraf is gedaan verloren gaat. Ook kan door goede documentatie van de behandelonderdelen onduidelijkheid bij de betrokken partijen worden weggenomen, en eventueel dubbel werk worden voorkomen. Hiervoor is het belangrijk dat alle ketenpartners op eenzelfde wijze rapporteren en op vergelijkbare wijze worden opgeleid in het afnemen en vastleggen van behandelonderdelen. Een concreet voorbeeld daarvan is vergelijkbaar gebruiken van en rapporteren over risicotaxatie-instrumenten door behandelaren die behandelingen zouden uitvoeren in het gevangeniswezen. Ten tweede is een duidelijke communicatie over het nog af te leggen behandeltraject in de tbs-kliniek richting patiënten van belang. Voor patiënten is het bijvoorbeeld fijn om te weten dat de stappen die zij in de gevangenis hebben gezet, worden meegenomen naar de tbs-kliniek. Dit kan door uitleg en inzicht te geven aan een tbs-gestelde aan de start van de gevangenisstraf over wat er komen gaat, en verwachtingsmanagement over de manier waarop behandelingen tijdens de gevangenisstraf wordt meegenomen naar de tbs. Bijvoorbeeld dat de behandelingen die in de gevangenis zijn gegeven, niet altijd zullen voorkomen dat deze in de tbs-kliniek nogmaals worden gedaan, maar wel dat daarop wordt voortgebouwd en dat dit ervoor kan zorgen dat er een makkelijkere overgang van detentie naar de tbs plaatsvindt.

Verlof
Het meest aangehaalde punt dat in de interviews naar voren kwam is het ontbreken van verlofmogelijkheden voor patiënten die tijdens hun gevangenisstraf starten aan hun tbs-behandeling voordat de v.i.-termijn is aangebroken (zie ook paragraaf 5.6.1 over nadelen van de Fokkensregeling). Een belangrijk onderdeel van de tbs-behandeling is het oefenen met vrijheden aan de hand van verschillende verlofstappen (zie paragraaf 5.3.6). Behandelaren in het gevangeniswezen (zowel in de ppc's als in het reguliere regime) zijn gebonden aan detentieregels. Een langgestrafte tbs-gestelde kan tijdens zijn gevangenisstraf dus niet met verlof, zoals dat in een tbs-kliniek na verloop van tijd wel kan (onder strikte voorwaarden en na interne- en externe toetsing; zie ook AVT, 2025). Zonder verlofmogelijkheden is de tbs-behandeling beperkt, waarmee op een gegeven moment niet verder kan worden gegaan met de behandeling. Dit wordt door behandelaren als een groot gemis gezien en er wordt aangegeven dat eerder starten met een tbs-behandeling tijdens een gevangenisstraf zonder verlof (onder de huidige regels) zal leiden tot een 'tbs-light', en dit wordt als zeer onwenselijk ervaren.

5.6.4 Beperken detentieschade

Verrijking van de detentieomgeving
Zoals in paragraaf 5.5.1 wordt volgens de gesproken behandelaren het gevangenisklimaat gekenmerkt door onder andere deprivatie die kan leiden tot verveling en vermindering van cognitieve functies. Door een verrijking van de detentieomgeving kan deze deprivatie worden tegengegaan, aldus de respondenten. Dit kan onder andere door zinvolle dagbestedingen waarbij een beroep wordt gedaan

op het denk- en besluitvermogen van justitiabelen. Een aantal van de behandelaren heeft hier concrete ideeën over. Het kan al zo simpel zijn als het organiseren van activiteiten in de gevangenis als (vaker) koken, voetbal kijken of sporten. Ook onderlinge gesprekken stimuleren tussen zowel personeel als justitiabelen. Maar er wordt ook gesproken over het introduceren van een moestuin waarin de justitiabelen kunnen werken, of toegang tot dieren zoals kippen, vogels, konijnen of katten. In sommige PI's/ppc's wordt ook gewerkt met zogenaamde *Dutch cell dogs*.[103] Volgens één behandelaar kan het moeilijk zijn om een band op te bouwen met andere mensen, een emotionele band opbouwen en onderhouden met een dier kan makkelijker. Het zorgen voor meer keuzevrijheid en prikkels in detentie zorgt ervoor dat de justitiabelen actief blijven. Dit bevordert niet alleen het cognitieve vermogen, maar ook de fysieke gezondheid van de justitiabelen.

Netwerkbijeenkomsten
Een andere vorm van de detentieschade die behandelaren hebben aangekaart is het wegvallen van een pro-sociaal netwerk. Dit speelt vooral bij de justitiabelen met een langere gevangenisstraf. Door het vanuit de gevangenis organiseren van netwerkbijeenkomsten kan dit worden tegengegaan. Dit gebeurt soms pas als iemand al in de tbs-kliniek zit. Het kan nuttig zijn om het sociale netwerk tijdens de detentieperiode al actief te betrekken, geeft een aantal behandelaren aan. Wanneer dit pas na jaren gebeurt, is het lastig wennen en ingewikkelder op gang te krijgen. Dit hoeft overigens niet alleen voor al bestaande sociale netwerken te zijn, maar kan daarnaast gericht zijn op het uitbreiden van een pro-sociaal netwerk door middel van maatjesprojecten. Veel behandelaren zijn het erover eens dat een betrokken sociaal netwerk gedurende het traject een positieve uitwerking kan hebben op het verloop van de tbs-behandeling.

Bijhouden van maatschappelijke ontwikkelingen
Zoals eerder aangegeven staat de tijd in detentie stil, terwijl de wereld buiten doorgaat. Justitiabelen met een lange straf missen belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen en dat kan in de tbs-behandeling volgens sommige behandelaren voor angst en stress zorgen. Dit zou kunnen worden opgelost door het blijven betrekken van justitiabelen in wat er buiten de muren gebeurt. Dit gebeurt bijvoorbeeld al op de langgestraftenafdeling van de PI Vught door middel van wekelijkse thema-gesprekken, maar elke langgestrafte zou baat hebben bij soortgelijke maatschappelijke lessen. De stap naar re-integratie wordt op deze manier een stuk kleiner gemaakt.

5.7 Tussenconclusies

In dit hoofdstuk is gekeken naar ervaringen met lange combinatievonnissen uit de praktijk. De informatie is afkomstig uit het schriftelijk verslag van een brainstormsessie over lange combinatievonnissen, een expertmeeting, meerdere werkbezoeken, gesprekken met ketenpartners en interviews met behandelaren uit fpc's en ppc's. In totaal zijn 31 respondenten gesproken, waarvan 25 behandelaren (huidig of voormalig), alle met ervaring met tbs-gestelden met een lang combinatievonnis.

Belangenafweging
Uit het verslag van de brainstormsessie blijkt dat combinatievonnissen van een lange gevangenisstraf en een tbs-maatregel meerdere partijen raken met eigen

[103] Zie Dutch cell dogs geraadpleegd op 2 maart 2016.

perspectieven en belangen, en deze belangen zijn niet altijd met elkaar in lijn. In de uitvoeringspraktijk kan een eerdere start van de tbs-behandeling de druk op de capaciteit in het gevangeniswezen verlagen, al zal het op korte termijn tegelijkertijd juist zorgen voor een toename van capaciteitsdruk en hogere kosten aan passantengeld in de tbs-sector. Bij slachtoffers en nabestaanden is vooral behoefte aan een lange periode van rust, duidelijkheid en vergelding. Wanneer er eerder wordt gestart met de tbs-behandeling, kunnen slachtoffers en nabestaanden ook sneller geconfronteerd worden met verlengingszittingen (jaarlijks of tweejaarlijks) en eventueel ook met vrijheden van de dader, bijvoorbeeld in het kader van verlof. Forensische zorgverleners pleiten daarentegen juist voor een vroege start van de behandeling, want een tbs-maatregel in combinatie met een lange straf is volgens hen niet met elkaar te rijmen. De afschaffing van de Fokkensregeling is bovendien niet afdoende gecompenseerd met de komst van de ppc's, omdat daar wezenlijk andere zorg plaatsvindt dan in een tbs-kliniek. De rechtspleging wil vooral duidelijkheid en niet te veel veranderingen in regelgeving, omdat dit kan zorgt voor verwarring en afbreuk kan doen aan het vertrouwen in het recht.

Traject lange combinatievonnissen
Verschillende instanties zijn bij het traject van een tbs-gestelde met een (lang) combinatievonnis betrokken. Op het moment dat het ten uitvoer te leggen deel van de gevangenisstraf richting het einde komt, stelt de afdeling IFZ van het NIFP een eerste plaatsingsindicatie, waarna de DIZ de tbs-gestelde op de wachtlijst voor plaatsing in een tbs-kliniek zet en de tbs-gestelde in een tbs-kliniek zal plaatsen. Deze twee partijen zijn ook verantwoordelijk voor eventuele plaatsing in een ppc gedurende de gevangenisstraf. Tussen deze instanties bestaat contact en kan informatie worden doorgegeven. Verder kunnen justitiabelen met een lang combinatievonnis op verschillende plekken belanden; een reguliere afdeling van de PI, een reguliere ppc (waarbinnen ook een veelzijdigheid aan afdelingen bestaat, zoals de afdeling voor langgestraften binnen PI Vught), de prepassantenafdeling van de ppc Vught en uiteindelijk in een fpc. Binnen de reguliere PI kan vanuit het PMO laagdrempelige zorg worden geïndiceerd en kan iemand indien dit nodig wordt geacht bijvoorbeeld op een EZV-afdeling worden geplaatst. Wanneer er sprake is van acute psychiatrische problematiek kan iemand voorafgaand aan plaatsing in het fpc in een ppc worden geplaatst.

Lang combinatievonnis door de ogen van behandelaren
Uit de gesprekken met behandelaren blijkt dat het opleggen van een tbs-maatregel naast een lange gevangenisstraf wringt, iets wat ook bleek uit het verslag van de brainstormsessie. Een lang combinatievonnis voelt voor behandelaren als tegenstrijdig en paradoxaal en de meeste respondenten pleiten voor het stoppen met opleggen van lange combinatievonnissen. Ook hebben ze het idee dat er de afgelopen jaren vaker lange combinatievonnissen worden opgelegd, terwijl het type delict niet veel afwijkt van het type delict dat ze 10 of 20 jaar geleden zagen. De indruk bestaat dus dat er zwaarder wordt gestraft. Onder een aantal behandelaren heerst daarmee het idee dat Nederland de afgelopen jaren punitiever is geworden. De behandelaren achten verschillende duren 'lang', dit loopt uiteen van 4 jaar of langer tot 15 jaar of langer. Gecombineerd genomen is een lang combinatievonnis in het huidige onderzoek gedefinieerd als 10 jaar of langer. Verder zien de behandelaren dat tbs-gestelden met een lang combinatievonnis vooral (pogingen tot) levensdelicten hebben gepleegd, soms in combinatie met zedendelicten. Qua problematiek hebben tbs-gestelden met lange combinatievonnissen vooral persoonlijkheidsstoornissen, verslavingsproblematiek, en minder vaak psychotische problematiek en verstandelijke

beperkingen, aldus de behandelaren. De meesten van hen zijn (licht) verminderd toerekeningsvatbaar verklaard.

Problemen
De behandelaren ervaren op verschillende vlakken problemen in relatie tot lange combinatievonnissen. Deze zijn te verdelen in problemen in relatie tot detentieschade, het behandelverloop en problemen rond het systeem. Zo zien ze vormen van detentieschade bij justitiabelen die een lange periode in de gevangenis hebben doorgebracht vanuit de 'bajesmodus' die tot stand kan komen door deprivatie, hiërarchie en onveiligheid in de gevangenis. Maar ook het versterken van bepaalde risicofactoren zoals het verharden van (sommige) psychische problematiek en het wegvallen van een sociaal netwerk wordt door veel behandelaren als een vorm van detentieschade gezien. Een groot aantal van de behandelaren stelt daarnaast dat er modererende factoren spelen die kunnen bijdragen aan het versterken van de eerdergenoemde vormen van detentieschade, namelijk leeftijd (met name ouder worden) en de snelle verandering van de maatschappij.

Ook in het behandelverloop worden door behandelaren problemen ervaren. Ze geven aan dat tbs-gestelden die een lange gevangenisstraf hebben uitgezeten meer tijd nodig hebben om aan het klimaat in de tbs-kliniek te wennen. Dit wordt veelal omschreven als 'ontbajesen'. Verder ervaren veel behandelaren problemen met het afnemen van de delictanalyse vanwege de lange tijd die is verstreken na het plegen van het delict. Het is dan lastiger om details van de totstandkoming van het delict adequaat te kunnen herinneren. Een aantal respondenten geeft tevens aan dat er binnen de groep langgestrafte tbs-gestelden minder motivatie bestaat om mee te werken aan de tbs-behandeling, bijvoorbeeld omdat er een grotere kans is dat ze in de tussentijd hun sociale netwerk en binding met de maatschappij zijn verloren en ze daarmee geen reden zien om te werken aan re-integratie. Ook het wegvallen van het prosociale netwerk en het toenemen van pro-criminele netwerken is genoemd als probleem bij lange combinatievonnissen. Een groot deel van de behandelaren maakt wel de kanttekening dat het niet altijd te duiden is of de ervaren problemen veroorzaakt worden doordat deze groep lang in de gevangenis heeft gezeten, of dat dit komt door de aanwezige psychopathologie.

De genoemde problemen rond het systeem betreffen vooral moeilijkheden rondom de informatiedoorstroom, capaciteitsproblematiek in met name de tbs-sector (prepassantenafdeling, LFPZ, reguliere behandelplekken) en de ppc's, en ontoereikende zorg in reguliere PI's.

Oplossingen
De meeste behandelaren noemen als ideale oplossing voor de problematiek van lange combinatievonnissen dat moet worden voorkomen dat dit soort vonnissen nog worden opgelegd. De verder gesuggereerde oplossingen van de behandelaren zijn te groeperen in suggesties voor wijzigingen van wet- en regelgeving, suggesties voor herziening van het traject, het eerder uitvoeren van bepaalde onderdelen van de behandeling en het beperken van detentieschade.

Als eerste wetswijziging is geopperd dat de gevangenisstraf die zou mogen worden opgelegd in combinatie met tbs bij wet wordt gemaximeerd. Een gecombineerd systeem waarbij tevens rekening wordt gehouden met de vastgestelde mate van toerekeningsvatbaarheid ziet een aantal behandelaren ook voor zich. Verder is een aantal behandelaren positief over het herinvoeren van de Fokkensregeling, waarbij het

ten uitvoer te leggen deel van de opgelegde gevangenisstraf aanzienlijk minder is dan het opgelegde deel. Daarbij is wel de kanttekening gemaakt dat de Verlofregeling tbs zodanig moet worden aangepast dat verlof kan worden ingezet zodra de behandeling dit toelaat. Verlof wordt gezien als een essentieel onderdeel van de tbs-behandeling en het is belangrijk daarmee te kunnen beginnen zodra dit mogelijk is in het licht van de behandeling. Ook ziet een aantal respondenten een oplossing in een mogelijkheid om de tbs-maatregel voorwaardelijk op te leggen, waarbij tegen het einde van de gevangenisstraf nogmaals wordt bekeken of de tenuitvoerlegging daarvan wel noodzakelijk is, vergelijkbaar met de procedure voor de GVM. Dit kan worden gecombineerd met het instellen van een commissie vergelijkbaar met de Adviescommissie levenslang, die na een lange periode bij levenslang gestraften opnieuw bekijkt of de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel nog nodig is.

Een herziening van het traject zou kunnen inhouden dat de tbs-maatregel gelijktijdig loopt aan de gevangenisstraf, aldus sommige behandelaren. Dit wordt echter als een onwenselijke oplossing gezien omdat de tbs-behandeling voor een deel gestoeld is op het vergaren van vrijheden om uiteindelijk veilig terug te keren in de maatschappij. Iemand na deze behandeling alsnog vastzetten voelt voor veel behandelaren als onzinnig. Een aantal behandelaren vragen zich af of het nuttig kan zijn een gelijksoortige opzet toe te passen op justitiabelen met een lang combinatievonnis zoals nu bestaat voor levenslanggestraften waarbij tegen het einde van de gevangenisstraf wordt gekeken wat er qua behandeling nog nodig zou zijn. Tot slot speelden een aantal behandelaren met het idee van pathologie gebonden plaatsing. Langgestrafte tbs-gestelden, waarbij voornamelijk sprake is van ernstige persoonlijkheidsstoornissen, worden dan in een tbs-kliniek behandeld die speciaal is ingericht voor de behandeling hiervan. In de praktijk is echter sprake van veel co-morbiditeit van stoornissen, waarmee het maken van een dergelijk onderscheid lastig kan zijn. Ook worden tbs-gestelden met lange combinatievonnissen volgens andere respondenten op deze manier teveel over één kam geschoren en kunnen er ook binnen die groep verschillen in psychopathologie zijn.

Wanneer rechters toch lange combinatievonnissen blijven opleggen, en voor tbs-gestelden die momenteel al een dergelijk vonnis hebben, wordt voorgesteld om de tijd in detentie zo soepel mogelijk te laten verlopen zodat eventuele detentieschade kan worden voorkomen. Dit kan bijvoorbeeld door het al tijdens de gevangenisstraf aanbieden van verschillende modules die daarvoor geschikt zijn en veelal tevens noodzakelijk in het kader van het bieden van adequate hulp, aldus de behandelaren. Dit zijn in ieder geval de delictanalyse, medicatie, traumabehandeling, schematherapie en verslavingshulp. Ook door het verrijken van de detentieomgeving, het actief betrekken van het prosociale netwerk en het op de hoogte blijven en bespreken van maatschappelijke ontwikkelingen kan detentieschade worden voorkomen. Dit kan op verschillende manieren worden vormgegeven, aldus de respondenten, zo kunnen tbs-gestelden met een lang combinatievonnis gedurende hun gevangenisstraf op één speciale afdeling binnen de PI worden geplaatst, of op verschillende gespecialiseerde afdelingen die meer over het land zijn gespreid. Eveneens kan worden nagedacht over een landelijk forensisch zorgteam, dat de gesuggereerde behandelmodules bij de betrokkenen in hun eigen PI aanbiedt. Verder is geopperd dat de behandelingen in de ppc's zouden kunnen worden uitgebreid, maar deze zijn eigenlijk niet opgericht en ingesteld voor langdurigere trajecten.

6 Slot

6.1 Inleiding

De afgelopen jaren is er vanuit verschillende partijen kritiek geuit over lange combinatievonnissen, waarin een tbs-maatregel is gecombineerd met een lange gevangenisstraf. Enerzijds werd gesteld dat dergelijke vonnissen steeds vaker worden opgelegd (denk hierbij aan casussen als Michael P., Donny M. en Alex L.), en anderzijds dat er tijdens een lange gevangenisstraf detentieschade zou optreden, die de kans op een geslaagde tbs-behandeling zou verlagen. Deze zorgen hebben geleid tot een politieke discussie en een motie over het herinvoeren van de Fokkensregeling[104] en vervolgens tot het aanvragen van het huidige onderzoek (*Kamervragen II* 2022-23, 2022Z17389; *Kamerstukken II* 2022/23, 29 911, nr. 391; *Kamerstukken II* 2022/23, 24 587, nr. 887; *Kamerstukken II* 2023/24, 33 628, nr. 101). Het huidige onderzoek is opgezet om te achterhalen of deze veronderstellingen van een gestegen aantal lange combinatievonnissen en het oplopen van detentieschade kloppen.

Het overkoepelende doel is de aard en omvang van de problematiek rondom lange combinatievonnissen in kaart te brengen, en te achterhalen of forensische zorgaanbieders mogelijkheden missen om de tbs-behandeling beter te laten verlopen. Dit overkoepelende doel is opgesplitst in drie subdoelen:

1 Het uiteenzetten van de huidige wettelijke mogelijkheden om een tbs-gestelde eerder dan na de gebruikelijke termijn aan zijn behandeling te laten beginnen.
2 Het in beeld brengen van het aantal tbs-gestelden dat in de periode van 2000 t/m 2024 een lang combinatievonnis opgelegd heeft gekregen.[105]
3 Inzicht bieden in de huidige wetenschappelijke kennis die bestaat over het optreden van detentieschade bij lange combinatievonnissen.

In dit laatste hoofdstuk is antwoord gegeven op de onderzoeksvragen per doelstelling waarbij de resultaten uit de verschillende onderzoeksmethoden zijn gecombineerd (paragraaf 6.2). Vervolgens zijn conclusies getrokken (paragraaf 6.3), waarna aanbevelingen zijn gedaan (paragraaf 6.4). Tot slot is in de discussie kritisch gereflecteerd op het uitgevoerde onderzoek, waarbij beperkingen, methodologische reflecties en suggesties voor vervolgonderzoek zijn uiteengezet en in context worden geplaatst van andere wetenschappelijke literatuur (paragraaf 6.5).

6.2 Beantwoording onderzoeksvragen

Doelstelling 1
De eerste doelstelling van het onderzoek is het uiteenzetten van de huidige wettelijke mogelijkheden om een tbs-gestelde eerder dan na de gebruikelijke termijn aan zijn

[104] Zoals in hoofdstuk 1 is beschreven is de motie formeel niet aangenomen, maar is naar aanleiding van de motie wel de toezegging gedaan voor het verrichten van het huidige onderzoek.
[105] Het originele onderzoeksplan was om de periode van 1997-2024 te onderzoeken, maar de databron MITS waarin cijfers over combinatievonnissen staan, is pas vanaf 2000 op betrouwbare wijze ingevuld.

behandeling te laten beginnen. De onderzoeksvragen en de antwoorden daarbij zijn hieronder beschreven.

1 Welke wettelijke mogelijkheden zijn er momenteel om eerdere behandeling van de tbs-gestelde mogelijk te maken binnen en buiten het fpc[106]?

De reguliere tbs-termijn gaat lopen op het moment dat de v.i.-datum is bereikt, behalve bij tbs-gestelden met een gevangenisstraf van 0-1 jaar; zij zitten de gehele gevangenisstraf eerst uit. De v.i.-datum is per 1 juli 2021 gewijzigd, waardoor tbs-gestelden met een onherroepelijk vonnis van voor deze datum eerder met hun tbs-termijn starten dan tbs-gestelden met een onherroepelijk vonnis van na deze datum. De uitzonderingsgronden waarmee een eerdere start dan deze reguliere termijn mogelijk is, zijn voor beide groepen dezelfde. Deze zijn geregeld in drie wetsartikelen. Op grond van artikel 37b lid 2 Sr kan de rechter in het opleggingsvonnis een advies uitbrengen over een eerdere start van de tbs-maatregel. Dit advies wordt door DIZ beoordeeld, die op hun beurt een advies uitbrengt en naar de minister die een (marginaal) eindoordeel geeft. Mocht de minister dit advies niet opvolgen, dan kan een tbs-gestelde hiertegen in beroep bij de RSJ op grond van artikel 6:2:8 lid 3 Sv. In artikel 6:2:8 lid 4 Sv is geregeld dat er op regelmatige tijdstippen wordt beoordeeld of een tbs-gestelde in een tbs-kliniek moet worden geplaatst en tegen deze beslissing is beroep mogelijk. Op grond van artikel 6.4 lid 3a en lid 3b kan de minister ook beslissen tot eerdere plaatsing als er dringende medische redenen zijn die plaatsing op een eerder tijdstip noodzakelijk maken, of als de veroordeelde jonger is dan 23 jaar en eerdere plaatsing gezien zijn ontwikkeling noodzakelijk is.

2 In hoeverre verschilt de Fokkensregeling van de bovengenoemde mogelijkheden om een tbs-gestelde eerder aan zijn behandeling te laten beginnen?

Met de Fokkensregeling werd een tbs-gestelde in beginsel na een derde van de opgelegde gevangenisstraf in een tbs-kliniek geplaatst, terwijl een tbs-gestelde na afschaffing daarvan standaard na twee derde deel van de opgelegde gevangenisstraf in aanmerking komt voor plaatsing in een tbs-kliniek (waarbij geen rekening wordt gehouden met het capaciteitstekort). Daarbij geldt sinds 2021 de beperking dat dit maximaal twee jaar voor de einddatum van de gevangenisstraf mag zijn. Drie van de vier uitzonderingsgronden op basis waarvan eerder kon worden begonnen met de tbs-behandeling ten tijde van de Fokkensregeling gelden nog steeds, de vierde is komen te vervallen. Bij alle uitzonderingsgronden is het echter zo dat dit geen rechterlijke beslissing is, maar een advies waarover door de minister moet worden besloten, die deze beslissing neemt na een advies door DIZ. Door de afschaffing van de Fokkensregeling en het tegelijkertijd ongewijzigd blijven van de meeste uitzonderingsgronden is de mogelijkheid tot eerder starten van de tbs-behandeling meer afhankelijk geworden van een dergelijke beslissing.

3 Is er een subgroep van tbs-gestelden bij wie de huidige wettelijke mogelijkheden tot een eerdere start van de behandeling niet volstaan?

Ja, er is een subgroep van tbs-gestelden bij wie het kan voorkomen dat de huidige wettelijke mogelijkheden tot een eerdere start van de behandeling niet volstaan. Dit

[106] Oorspronkelijk was het de bedoeling tevens in kaart te brengen hoe vaak er van elke mogelijkheid gebruik was gemaakt. Dit bleek net als onderzoeksvraag 5 een dermate grote inspanning te vereisen bij de DJI dat dit niet in het huidige onderzoek kon worden meegenomen.

zijn vooral tbs-gestelden met een gevangenisstraf van meer dan zes jaar, gezien de onmogelijkheid tot het verkrijgen van verlof voordat de v.i.-termijn is bereikt.

a Zo ja, waarom werken de huidige wettelijke mogelijkheden niet voor deze subgroep?

Als op een van de onder vraag 5 genoemde gronden wordt besloten tot een eerdere start dan de v.i.-datum, kan het gebeuren dat de tbs-gestelde niet tijdig aan verlofmogelijkheden toekomt. Op grond van de Verlofregeling tbs kan een tbs-gestelde namelijk niet met verlof voordat de v.i.-datum is bereikt. Bijvoorbeeld, als bij een gevangenisstraf van 30 jaar wordt besloten na 10 jaar met de behandeling te starten, dan kan de tbs-gestelde pas na 28 jaar met verlof, terwijl de eerste verlofstappen veelal na 2 jaar behandeling al worden gezet. Het hebben van verlofmogelijkheden is een essentieel onderdeel van de tbs-behandeling.

b Zo ja, is nieuwe wet- en regelgeving nodig zodat deze specifieke subgroep indien nodig eerder aan de behandeling kan beginnen?

Ja, met een aanpassing van de Verlofregeling tbs kan de koppeling tussen de v.i.-datum en de verlofmogelijkheden worden weggenomen, zodat bij een eerdere start van de behandeling verlofstappen kunnen worden gezet op het moment dat deze verantwoord worden geacht.

Doelstelling 2
De tweede doelstelling van dit onderzoek is het in beeld brengen van het aantal tbs-gestelden dat in de periode van 2000 t/m 2024 een lang combinatievonnis opgelegd heeft gekregen. Met het oog op dit doel is het aantal lange combinatievonnissen net als de ontwikkeling van de duur daarvan in de periode van 2000 t/m 2024 beschreven, evenals de factoren die hiermee samenhangen. De onderzoeksvragen zijn:

4 Hoe vaak legt de rechter een (lang) combinatievonnis op in de periode van 2000 tot en met 2024 (einde dataverzameling)?

In 2000 t/m 2024 is 160 keer (6% van alle combinatievonnissen) een lang combinatievonnis opgelegd. Een lang combinatievonnis is gedefinieerd als een tbs-maatregel met verpleging die is gecombineerd met een gevangenisstraf van 10 jaar of meer (zonder aftrek van v.i., de bruto gevangenisstraf). In totaal is in 2000 t/m 2024 3.385 keer een tbs-maatregel met verpleging opgelegd, waarvan 2.584 keer (76%) ook een gevangenisstraf is opgelegd, een combinatievonnis dus. Dit aantal is de afgelopen jaren significant gestegen, zowel in de afgelopen vijf jaar in vergelijking met de vijf jaar ervoor als in de afgelopen 12 jaar in vergelijking met de 13 jaar ervoor. De meeste combinatievonnissen duren kort, tussen de 0-5 jaar (76%) of tussen de 5-10 jaar (18%). Een combinatievonnis van 20 jaar of meer is een zeldzaamheid en komt in de afgelopen 25 jaar slechts bij 24 (0,9%) combinatievonnissen voor. Het eerste voor de v.i.-termijn gecorrigeerde lange combinatievonnis is in 2009 opgelegd (de netto gevangenisstraf). Daarmee is in de tbs-behandelpraktijk vanaf 2019 ervaring opgedaan met tbs-gestelden die voorafgaand aan de start van hun behandeling 10 jaar of meer in de gevangenis hebben gezeten.

5 Zijn er kenmerken die samenhangen met de opgelegde duur van de gevangenisstraf?
   a In hoeverre hangt de duur van een gevangenisstraf samen met het gepleegde delict?

Lange combinatievonnissen zijn vrijwel altijd opgelegd voor (pogingen tot) levensdelicten (93% van de lange combinatievonnissen), dit gebeurt significant vaker dan bij korte combinatievonnissen (39% van de korte combinatievonnissen). Daarnaast zijn lange combinatievonnissen significant minder vaak opgelegd voor overige geweldsdelicten, zedendelicten en brandstichting. Lange combinatievonnissen zijn in recentere jaren (2013 t/m 2024) significant minder vaak dan in eerdere jaren (2000 t/m 2012) voor vermogensdelicten en voor overige delicten opgelegd. Voor zedendelicten, overige geweldsdelicten en levensdelicten zijn geen significante verschillen over de tijd gevonden, waardoor niet kan worden gezegd dat er in recentere jaren (2013 t/m 2024) vaker lange combinatievonnissen worden opgelegd voor ernstigere delicten dan in eerdere jaren (2000 t/m 2012).

   b In hoeverre hangt de duur van een gevangenisstraf samen met de justitiële voorgeschiedenis?

Op de justitiële voorgeschiedenis is binnen de reikwijdte van het huidige onderzoek helaas geen zicht gekomen. Deze informatie wordt niet geregistreerd in de gebruikte dataset (MITS).

   c In hoeverre hangt de duur van een gevangenisstraf samen met de vastgestelde stoornis?

In de gebruikte dataset (MITS) zijn stoornissen op dichotome wijze geregistreerd; ofwel persoonlijkheidsstoornis ofwel psychotische stoornis. Deze gegevens over de stoornis zijn als onvoldoende betrouwbaar beschouwd om deze mee te nemen in de analyses, omdat dit een te grove en onrealistische weerspiegeling van de werkelijkheid is.

   d In hoeverre hangt de duur van een gevangenisstraf samen met het verstandelijk vermogen?

In de gebruikte dataset (MITS) is IQ geregistreerd op dichotome wijze; 80 of hoger of lager dan 80. Deze gegevens over het verstandelijk vermogen zijn als onvoldoende betrouwbaar beschouwd om deze mee te nemen in de analyses, omdat Deze grove indeling te weinig inzicht geeft in de nuances van het verstandelijk vermogen.

   e In hoeverre hangt de duur van een gevangenisstraf samen met de mate van toerekeningsvatbaarheid?

Binnen de reikwijdte van het onderzoek is alleen zicht gekomen op het aantal zaken waarin OVAR is uitgesproken en daarmee het aantal volledig ontoerekeningsvatbare tbs-gestelden. Op andere gradaties van toerekeningsvatbaarheid is helaas geen zicht gekomen. Als de onderzoeksperiode in tweeën wordt gedeeld, is in recente jaren een significante stijging te zien van het aantal keer dat OVAR is gecombineerd met een ongemaximeerde tbs-maatregel: 19% van de opleggingen in 2000 t/m 2012 en 30% van de opleggingen in 2013 t/m 2024. Als korter wordt teruggekeken, naar de

afgelopen vijf jaar in vergelijking met de vijf jaar daarvoor, is er geen significant verschil.

f In hoeverre hangt de duur van een gevangenisstraf samen met de demografische kenmerken van een veroordeelde (denk aan gender, leeftijd)?

Het merendeel van de combinatievonnissen is opgelegd aan een man (n=2.458, 93%). Dit geldt voor zowel lange als korte combinatievonnissen (n=144, 96% en n=2.205, 93%). De gemiddelde leeftijd ten tijde van het onherroepelijk worden van het vonnis van de tbs-gestelden met een lang combinatievonnis is significant hoger dan die van tbs-gestelden met een kort combinatievonnis.

6 Hoeveel tijd brengt de tbs-gestelde door in detentie voordat deze naar een fpc wordt overgeplaatst, en welk percentage is dit van de opgelegde gevangenisstraf?

Tbs-gestelden met een afgerond combinatievonnis hebben gemiddeld een opgelegde strafduur van 1.026 dagen (n=1.117, *SD*=1.009). Langgestrafte tbs-gestelden hebben gemiddeld een opgelegde strafduur van 4.436 dagen (n=42, *SD*=844) en kortgestrafte tbs-gestelden hebben gemiddeld een opgelegde strafduur van 893 dagen (n=1.075, *SD*=747). Gemiddeld brengen tbs-gestelden met een afgerond combinatievonnis 1.008 dagen in detentie door voordat ze worden overgeplaatst naar een tbs-kliniek (n=1.117, *SD*=504). Langgestrafte tbs-gestelden brengen gemiddeld 2.334 dagen in detentie door voordat ze worden overgeplaatst naar een tbs-kliniek (n=42, *SD*=682) en kortgestrafte tbs-gestelden brengen gemiddeld 956 dagen in detentie door voordat ze worden overgeplaatst naar een tbs-kliniek (n=1.075, *SD*=418). Het aandeel dat de tijd in detentie uitmaakt van de bruto opgelegde gevangenisstraf is gemiddeld 186% (n=1.116, *SD*=241%). Voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis is dit gemiddeld 53% (n=42, SD=12%), voor tbs-gestelden met een kort combinatievonnis is dit gemiddeld 191% (n=1.074, *SD*=244%). Dit verschil is significant (*t(*1.098)=18,003; *p*<0,001). Dit betekent dat justitiabelen met een kort combinatievonnis veelal meer in detentie doorbrengen dan door de rechter in de straftoemeting is opgelegd, terwijl justitiabelen met een lang combinatievonnis doorgaans al na de helft van de bruto gevangenisstraf aan hun tbs-behandeling beginnen. Hierbij moet wel worden benoemd dat de duur in detentie naar opgelegde gevangenisstraf bij tbs-gestelden met een kort combinatievonnis relatief sneller een groter deel is dan die van tbs-gestelden met een lang combinatievonnis. Stel de opgelegde gevangenisstraf is één dag dan is een vertraging van één dag al 200% van de bedoelde straf.

7 Hoeveel tbs-gestelden zijn per jaar begonnen aan hun behandeling nadat een lange gevangenisstraf ten uitvoer is gelegd en hoe verloopt dit traject?

De meeste tbs-gestelden, zowel na een bruto lang combinatievonnis (24% van de bruto lange combinatievonnissen) als na een netto lang combinatievonnis (43% van de netto lange combinatievonnissen), worden in 2030-2035 verwacht. Uit de resultaten blijkt verder dat vanaf 2009 het eerste netto lange combinatievonnis is opgelegd. Daarmee is in de tbs-behandelpraktijk vanaf 2019 ervaring opgedaan met tbs-gestelden met een combinatievonnis van 10 jaar of meer.

a Wat is het aantal behandelpogingen?

De meeste tbs-gestelden hebben in één kliniek gezeten (69%). Tbs-gestelden met een lang combinatievonnis hebben gemiddeld even vaak in één kliniek gezeten als tbs-gestelden met een kort combinatievonnis. Ook zijn tbs-gestelden met een lang combinatievonnis gemiddeld even vaak één keer overgeplaatst als tbs-gestelden met een kort combinatievonnis.

b Na hoeveel tijd wordt de eerste machtiging voor begeleid verlof gegeven?

Voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt het gemiddeld 1.137 dagen tot de eerste machtiging voor begeleid verlof (*SD*=682, range 242-3.375 dagen). Voor tbs-gestelden met een kort combinatievonnis duurt dit gemiddeld 912 dagen (*SD*=569, range 25-4.365 dagen). Dit verschil is significant, voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt het gemiddeld langer totdat ze een machtiging voor begeleid verlof krijgen (*t*(1.035)=-2,43; *p*=0,008).

c Na hoeveel tijd wordt de eerste machtiging voor onbegeleid verlof gegeven?

Bij tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt het gemiddeld 1.676 dagen tot de eerste machtiging voor onbegeleid verlof (*SD*=541, range 541-3.662 dagen). Bij tbs-gestelden met een kort combinatievonnis duurt dit gemiddeld 1.448 dagen (*SD*=729, range 63-5.428 dagen). Dit verschil is significant, voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt het gemiddeld langer totdat ze een machtiging voor onbegeleid verlof krijgen (*t*(915)=-1,912; *p*=0,028).

d Na hoeveel tijd wordt de eerste machtiging voor transmuraal verlof gegeven?

Bij tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt het gemiddeld 2.191 dagen tot de eerste machtiging transmuraal verlof (*SD*=830, range 463-3.828). Bij tbs-gestelden met een kort combinatievonnis is dit gemiddeld 1.923 dagen (*SD*=827, range 109-5.232). Dit verschil is niet significant, voor tbs-gestelden die een lang of een kort combinatievonnis hebben, duurt het gemiddeld even lang totdat ze een machtiging voor transmuraal verlof krijgen (*t*(906)=-1,177; *p*=0,120).

e Na hoeveel tijd wordt de eerste machtiging voor proefverlof gegeven?

Voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt het gemiddeld 3.013 dagen tot de eerste machtiging voor proefverlof (*SD*=983, range 1.162-5.124 dagen). Voor tbs-gestelden met een kort combinatievonnis is dit gemiddeld 2.899 dagen (*SD*=1.017, range 924-7.072). Dit verschil is niet significant, voor tbs-gestelden die een lang of een kort combinatievonnis hebben, duurt het gemiddeld even lang totdat ze een machtiging voor proefverlof krijgen (*t*(413)=-0,466; *p*=0,321)

f Na hoeveel tijd wordt besloten tot voorwaardelijke beëindiging van de verpleging?

Voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt het gemiddeld 2.838 dagen tot de eerste voorwaardelijke beëindiging (*SD*=1.025, range 837-5.567). Bij tbs-gestelden met een kort combinatievonnis duurt dit gemiddeld 2.967dagen (*SD*=1.068, range 489-6.660 dagen). Dit verschil is niet significant, voor tbs-gestelden die een lang of een kort combinatievonnis hebben, duurt het gemiddeld even lang totdat ze met VB gaan (*t*(939)=0,738; *p*=0,230).

g Na hoeveel tijd wordt de tbs definitief beëindigd of wordt de tbs-gestelde in de Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (LFPZ) geplaatst?[107]

Bij tbs-gestelden met een lang combinatievonnis is de duur tot het einde tbs gemiddeld 3.253 dagen (*SD*=1.098, range 1.458-5.844). Bij tbs-gestelden met een kort combinatievonnis is de duur gemiddeld 3.477 (*SD*=1.333, range 343-8.500). Dit verschil is niet significant (*t*(1.115)=1,072; *p*=0,142). Voor 8 tbs-gestelden is gedurende het behandeltraject een LFPZ-machtiging afgegeven, waarna zij de behandeling alsnog afrondden. Deze 8 tbs-gestelden hebben alle een kort combinatievonnis gehad. De duur tot deze machtiging was gemiddeld 2.317 dagen (*SD*=947). Omdat er geen tbs-gestelden met een lang combinatievonnis zijn geweest die en een LFPZ-machtiging hebben gekregen en de behandeling hebben afgerond, kon er geen verschil tussen beide groepen tbs-gestelden worden berekend. Voor 72 tbs-gestelden met een lang combinatievonnis en met een lopende tbs-behandeling (dus wiens behandeling nog niet is afgerond) is een eerste indicatiestelling voor LFPZ gegeven (7% van de tbs-gestelden met een lopend combinatievonnis).[108] Hiervan hebben 7 tbs-gestelden een lopend lang combinatievonnis (12% van de lange lopende combinatievonnissen) en 65 tbs-gestelden een lopend kort combinatievonnis (6% van de korte lopende combinatievonnissen). Dit verschil is niet significant (X^2[1]=2,760, *p*<0,097).

Doelstelling 3
De derde doelstelling is inzicht bieden in de huidige wetenschappelijke kennis die bestaat over het optreden van detentieschade. De onderzoeksvragen zijn:

8 Wat kan er in de wetenschappelijke literatuur worden gevonden over (eventuele) schade die optreedt tijdens het uitzitten van een lange gevangenisstraf voorafgaand aan de tbs-behandeling?

Detentieschade omvat de negatieve gevolgen die een gedetineerde (in dit geval tbs-gestelde) kan ervaren door tijd in detentie door te brengen. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt veelal dat de prevalentie van dergelijke problemen bij gedetineerden hoog is. Het import-, deprivatie- en integratiemodel is gesuggereerd als verklaringsmodel voor het optreden van detentieschade. Het importmodel verklaart de hoge prevalentie van problematiek binnen de detentiepopulatie aan de hand van al aanwezige problematiek, die de gedetineerde meeneemt het gevangeniswezen in ('importeert'). Het deprivatiemodel stelt juist dat de hoge prevalentie van problematiek ontstaat door (slechte omstandigheden van) het leven in de gevangenis zelf. Het integratiemodel combineert beide visies en stelt dat de aanpassing aan het detentieklimaat deels afhankelijk is van al bestaande factoren. Onderzoek naar detentieschade voorafgaand aan de tbs-behandeling is er echter niet of nauwelijks, dat kon daardoor in het huidige onderzoek niet in beeld worden gebracht. Onderzoek over detentieschade in reguliere detentiepopulaties kan wel inzicht geven in de vormen van detentieschade die kunnen optreden bij deze groepen justitiabelen, en daarmee kan worden bezien in hoeverre dit van toepassing kan zijn op tbs-gestelden. In het huidige onderzoek zijn negen domeinen van detentieschade gevonden, die kunnen optreden bij reguliere gedetineerden en waarbij het aannemelijk is dat deze onverminderd en

[107] Oorspronkelijk was er nog een vijfde vraag bij deze doelstelling: Bij hoeveel tbs-gestelden is tijdens de detentiefase sprake van uitplaatsing uit de gevangenis naar een forensische zorgsetting vanwege urgente psychische problematiek? De gegevens ter beantwoording van deze vraag bleken in verschillende datasystemen bij de DJI aanwezig te zijn en leidde tot een dermate grote en complexe inspanning bij de DJI dat deze gegevens niet konden worden verkregen binnen de reikwijdte van het huidige onderzoek.

naar verwachting voor sommige domeinen zelfs sterker van toepassing zullen zijn bij tbs-gestelden met een (lang) combinatievonnis. Dit komt doordat zij voorafgaand aan de tbs-behandeling net als reguliere gedetineerden in de gevangenis verblijven en doordat zij, inherent aan de opgelegde tbs-maatregel, stoornissen en daarmee samenhangende kwetsbaarheden zullen hebben waarmee zij het systeem inkomen. Deze domeinen zijn: detentieschade en het brein, de psychische gezondheid, de lichamelijke gezondheid, verslaving en/of middelenmisbruik slachtofferschap bij de gedetineerde, zelfredzaamheid, leefklimaat, basisvoorwaarden voor re-integratie en veroudering. Domeinen waarvan we verwachten dat ze extra van toepassing kunnen zijn op langgestrafte tbs-gestelden zijn *detentieschade en het brein, detentieschade en de psychische gezondheid, detentieschade en zelfredzaamheid* en *detentieschade en veroudering*. Er zijn echter ook mensen die profiteren van hun verblijf in detentie en bij wie de problemen minder worden, onder meer omdat er al veel problemen bestonden voorafgaand aan de detentie en de structuur en beschikbaarheid van zorg voor hen soms beter is geregeld binnen de detentiemuren dan buiten in de maatschappij. Er kan dus sprake zijn van zowel een positieve als negatieve interactie tussen al bestaande problematiek en het gevangenisklimaat.

9 Welke onderdelen van de tbs-behandeling zouden baat kunnen hebben bij een zo vroeg mogelijke start en in hoeverre gebeurt dit al?

De gesproken behandelaren geven aan dat het nuttig kan zijn bepaalde modules al eerder in het traject van een tbs-gestelde met een lang combinatievonnis aan te bieden. Dit zijn de delictanalyse, waarbij het nodig is dat het delict en de gevoelens en gedachten van de tbs-gestelde ten tijde van het plegen daarvan nog vers in het geheugen zitten. Ook wordt er een groot voordeel gezien in het aanbieden van medicamenteuze behandeling indien dit al eerder nodig is. Het goed instellen op en bepalen van medicatie kan tijd kosten, en dat is nu precies waar er tijdens een lange gevangenisstraf veel van is. Daarnaast geeft een lange gevangenisstraf ook tijd en ruimte om te oefenen met de op- en afbouw van medicatie en welke medicatie in welke dosering voor de tbs-gestelde het beste werkt. Verder geven de behandelaren aan dat eerder starten met traumabehandeling, schematherapie en verslavingshulp nuttig kan zijn. Een belangrijke voorwaarde om dit te laten slagen is dat het werk op uniforme en nauwkeurige wijze wordt vastgelegd en kan worden gedeeld met betrokken partijen in het gehele tenuitvoerleggingstraject. Op sommige plekken in het gevangeniswezen gebeurt het aanbieden van medicatie en verschillende therapieën al, zoals in sommige ppc's. Hier komt alleen niet elke langgestrafte tbs-gestelde automatisch terecht waardoor deze hulp niet bij alle langgestrafte tbs-gestelden terechtkomt. Ook zijn er verschillen tussen de verschillende ppc's in het aanbieden van de (vormen van) de behandeling gedurende een verblijf daar. Met name op de langgestraften afdeling in het ppc in PI Vught wordt een aantal langgestrafte tbs-gestelden tijdens het verloop van hun gevangenisstraf behandeld. Deze specifieke afdeling is meer ingericht voor een verblijf op lange termijn dan andere ppc-afdelingen.

6.3 Conclusies

1 Uit de analyse van wetgeving blijkt dat vooral de standaardbepaling vanuit de Fokkensregeling die zag op een eerdere start van de tbs-behandeling na een derde van de opgelegde gevangenisstraf thans niet meer van kracht is. Hierdoor moest een tbs-gestelde na de afschaffing daarvan standaard twee derde deel van de

gevangenisstraf uitzitten, een derde deel meer dan voorheen. De meeste uitzonderingsgronden op de standaardbepaling die ten tijde van de Fokkensregeling bestonden en zagen op een eerdere start van de behandeling, zijn anno 2026 wel nog steeds van kracht (drie van de vier). Een latere start is minder vaak mogelijk, twee van deze drie uitzonderingsgronden zijn komen te vervallen. Om voor de uitzonderingsgronden in aanmerking te komen, moet echter eerst een individuele beslissing worden genomen, waardoor voor de tbs-gestelde een minder sterke rechtspositie geldt dan als dit een rechterlijke beslissing zou zijn. Door de afschaffing van de Fokkensregeling en het tegelijkertijd ongewijzigd blijven van de meeste uitzonderingsgronden is de mogelijkheid tot eerder starten van de tbs-behandeling meer afhankelijk geworden van een dergelijke beslissing.

2 Met de komst van andere wetgeving na afschaffing van de Fokkensregeling zijn de start van de tbs-behandeling en het doorlopen van verlof bovendien extra nadelig beïnvloed. Dit zijn de Wsenb, die sinds 2021 de v.i.-datum en daarmee de tbs-termijndatum bij gevangenisstraffen van meer dan zes jaar vertraagd en de verlofregeling tbs, die sinds 2011 het zetten van verlofstappen voorafgaand aan de v.i.-datum/tbs-termijndatum onmogelijk heeft gemaakt. Het gecombineerde effect van beide wijzigingen kan in de praktijk voor tbs-gestelden met lange combinatievonnissen bijzonder slecht uitpakken, vooral in geval van gevangenisstraffen van zes jaar of meer.

3 In totaal is de afgelopen 25 jaar 160 keer een combinatievonnis van 10 jaar of langer opgelegd (bruto strafduur). Dit is 6% van het totaal aantal opgelegde combinatievonnissen in 2000 t/m 2024. Het aantal lange combinatievonnissen is significant gestegen, zowel in de laatste vijf jaar in vergelijking met de vijf jaar daarvoor, als ook in de laatste 12 jaar in vergelijking met de 13 jaar daarvoor. Dit komt vooral door een stijging van lange combinatievonnissen van 10 tot 15 jaar, lange combinatievonnissen van langer dan dat komen niet veel voor (2,3% van het totaal aan lange combinatievonnissen). Deze toename in het aantal lange combinatievonnissen sluit aan bij het beeld dat veel van de behandelaren in fpc's en ppc's hebben over de toename van het aantal lange combinatievonnissen in de praktijk.

4 Het aantal lange combinatievonnissen met een netto strafduur (gecorrigeerd voor de v.i.-datum) van 10 jaar of langer is een stuk lager, dit komt 47 keer voor in de afgelopen 25 jaar. Verder is te zien dat er in 2000 t/m 2008 geen combinatievonnissen met een netto strafduur van 10 jaar of langer zijn opgelegd. Dit komt vanaf 2009 wel voor, waardoor vanaf 2019 voor het eerst ervaring is opgedaan met een lang combinatievonnis in de tbs-behandelpraktijk. Dit kan verklaren waarom de problematiek rondom lange combinatievonnissen in recente jaren door behandelaren in de praktijk is opgemerkt.

5 Tbs-gestelden met een lang combinatievonnis verschillen op een aantal kenmerken significant van tbs-gestelden met een kort combinatievonnis (analyses over alle combinatievonnissen). Zij zijn gemiddeld ouder ten tijde van het onherroepelijk worden van het vonnis, hebben vaker een (poging tot) levensdelict gepleegd, en hebben minder vaak andere geweldsdelicten, zedendelicten en brandstichting gepleegd. Ook dit is in lijn met wat behandelaren zeggen over tbs-gestelden met lange combinatievonnissen.

6 Tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis zijn gemiddeld 47 jaar tijdens de start van de tbs-behandeling, dit verschilt niet significant van tbs-gestelden met een afgerond kort combinatievonnis. Het duurt het gemiddeld langer totdat ze een eerste machtiging voor begeleid en voor onbegeleid verlof krijgen dan voor tbs-gestelden met een kort combinatievonnis. De totale gemiddelde behandelduur verschilt niet significant tussen tbs-gestelden met een afgerond lang

of een kort combinatievonnis. Hieruit kan niet worden geconcludeerd of en in hoeverre de duur van de gevangenisstraf samenhangt met de duur van de tbs-behandeling, er is geen zicht gekomen op factoren die onderliggend kunnen zijn aan enerzijds het zichtbaar worden van verschillen en anderzijds het uitblijven daarvan. Dergelijke factoren konden niet worden meegenomen, omdat deze op populatieniveau niet beschikbaar zijn, maar gedacht wordt in ieder geval aan verschillen in justitiële voorgeschiedenis, psychopathologie, verstandelijk vermogen en de mate van toerekeningsvatbaarheid. Dat er meerdere factoren meespelen in de behandelduur dan de duur van de gevangenisstraf blijkt ook uit ander onderzoek naar de behandelduur van tbs-gestelden. Dat tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis gemiddeld later een eerste machtiging voor begeleid en onbegeleid verlof krijgen, lijkt wel aan te sluiten bij wat behandelaren vertellen over hun ervaringen in de praktijk: tbs-gestelden met een lange gevangenisstraf lijken wat langer de tijd nodig te hebben om te wennen aan het klimaat in de tbs-kliniek (het zogenoemde 'ontbajesen'). De cijfers lijken verder te suggereren dat dit effect kan afnemen naarmate de tbs-gestelde langer wordt behandeld, omdat de totale behandelduur niet significant verschilt, maar dit dient eerst nader te worden onderzocht.

7 Tbs-gestelden met een nog lopend lang of kort combinatievonnis verschillen bijna niet van elkaar. Tbs-gestelden met een nog lopend lang combinatievonnis zijn vaker veroordeeld voor een (poging tot) levensdelict en tbs-gestelden met een nog lopend kort combinatievonnis voor andersoortige geweldsdelicten. Ook de gemiddelde behandelduur op peilmoment verschilt; voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis duurt deze gemiddeld korter dan die van tbs-gestelden met een lopend kort combinatievonnis. Verder hebben zij even vaak machtigingen voor begeleid, onbegeleid, transmuraal en proefverlof, en zijn met VB. Er is ook geen verschil tussen beide groepen voor de gemiddelde duur tot die machtigingen. Er is ook geen significant verschil gevonden in het wel of niet krijgen van een eerste machtiging voor LFPZ.

8 Er zijn negen domeinen van detentieschade gevonden, die mogelijk van negatieve invloed kunnen zijn op de gezondheid en behandelvoortgang van gedetineerden in het algemeen en (soms) van tbs-gestelden met een voorafgaande lange gevangenisstraf in het bijzonder. Dit zijn detentieschade en het brein, de psychische gezondheid, de lichamelijke gezondheid, verslaving en/of middelenmisbruik, slachtofferschap bij de gedetineerde, zelfredzaamheid, leefklimaat, basisvoorwaarden voor re-integratie en veroudering. Van detentieschade en het brein, detentieschade en de psychische gezondheid, detentieschade en zelfredzaamheid en detentieschade en veroudering wordt verwacht dat deze in het bijzonder negatief kunnen uitpakken voor tbs-gestelden.

9 In lijn met het integratiemodel kan tijd in detentie voor verschillende gedetineerden anders uitpakken. Enerzijds is te verwachten dat deze domeinen van detentieschade voor tbs-gestelden onverminderd en mogelijk zelfs sterker van toepassing zullen zijn. Dit komt doordat zij voorafgaand aan de tbs-behandeling net als reguliere gedetineerden in de gevangenis verblijven en doordat zij, inherent aan de opgelegde tbs-maatregel, stoornissen en daarmee samenhangende kwetsbaarheden zullen hebben waarmee zij het systeem in komen. Anderzijds kunnen er ook tbs-gestelden zijn die profiteren van hun verblijf in detentie en bij wie de problemen minder worden, onder meer omdat er al veel problemen bestonden voorafgaand aan de detentie en de structuur en beschikbaarheid van zorg voor hen soms beter is geregeld binnen de detentiemuren dan buiten in de maatschappij. Er kan dus sprake zijn van zowel een positieve als negatieve interactie tussen al bestaande problematiek en het gevangenisklimaat.

10 Een lang combinatievonnis voelt voor behandelaren als tegenstrijdig en de meeste van hen pleiten voor het stoppen met opleggen van lange combinatievonnissen. Mogelijke andere oplossingen zien op wijzigingen van wet- en regelgeving, suggesties voor herziening van het traject, het eerder uitvoeren van bepaalde onderdelen van de behandeling en het beperken van detentieschade.
11 De gesuggereerde wetswijzigingen zijn het maximeren van de gevangenisstraf die kan worden opgelegd in combinatie met een tbs-maatregel, het beperken van de duur van de gevangenisstraf naar mate van de gradatie van toerekeningsvatbaarheid, het herinvoeren van de Fokkensregeling onder gelijktijdige aanpassing van de Verlofregeling tbs, en het voorwaardelijk opleggen van de tbs-maatregel, waarbij tegen het einde van de gevangenisstraf nogmaals wordt bekeken of deze wel noodzakelijk is.
12 De suggesties voor herziening van het traject zijn een parallel systeem aan dat van levenslanggestraften waarbij een speciale commissie advies geeft over het wel of niet tenuitvoerleggen van de tbs-maatregel tegen het einde van de gevangenisstraf en pathologie gebonden plaatsing.
13 Als eerder uit te voeren behandelmodules zijn vooral de delictanalyse, medicamenteuze behandeling, schematherapie, traumabehandeling en verslavingshulp gesuggereerd. Sommige van deze behandelmodules worden in een aantal ppc's en PI's al aangeboden. Voorwaarden daarbij zijn duidelijke afspraken en communicatie tussen de betrokken ketenpartners over de taakverdeling en op welke manier de reeds doorlopen behandelmodules worden vastgelegd.
14 Het beperken van de detentieschade kan het beste worden bereikt door het verrijken van de detentieomgeving, het actief betrekken van het prosociale netwerk aan de hand van bijvoorbeeld netwerkbijeenkomsten en het op de hoogte blijven en bespreken van maatschappelijke ontwikkelingen.

6.4 Aanbevelingen

Wetgeving en praktijk

1 Met het afschaffen van de Fokkensregeling kan een tbs-gestelde alleen eerder starten met de tbs-behandeling op grond van de wettelijke uitzonderingsgronden op de standaardstart gekoppeld aan de v.i.-datum. Over deze uitzonderingsgronden wordt besloten door de minister. Ter verbetering van de rechtspositie van tbs-gestelden kan worden overwogen om deze beslissing in plaats daarvan bij de rechter neer te leggen (conclusie 1).
2 Als een snellere behandeling van de tbs-gestelden in geval van lange combinatievonnissen wordt beoogd, wordt aanbevolen de Fokkensregeling opnieuw in te stellen, in ieder geval bij combinatievonnissen van langer dan zes jaar (conclusie 2).
3 Als een snellere behandeling van de tbs-gestelden in geval van lange combinatievonnissen wordt beoogd, wordt aanbevolen de generieke bepaling in de Verlofregeling af te schaffen die de eerste mogelijkheid tot verlof koppelt aan de datum v.i.. Gelijktijdig wordt aanbevolen de beoordeling voor het zetten van verlofstappen ook in geval van lange combinatievonnissen aan het Adviescollege Verloftoetsing tbs over te laten. Dit is een goed functionerend college dat een gedegen inschatting kan maken van het moment waarop verlof verantwoord is en bovendien wordt daarmee maatwerk mogelijk (conclusie 2).
4 Als men wil voorkomen dat er detentieschade wordt opgelopen bij langgestrafte tbs-gestelden, wordt aangeraden om het leefklimaat in detentie voor hen zoveel mogelijk te verrijken. Dit bevordert niet alleen het cognitieve vermogen, maar ook

de psychische en fysieke gezondheid van deze tbs-gestelden. Dit kan onder andere door het uitbreiden van een zinvol dagprogramma waarbij een groter beroep wordt gedaan op hun denk- en besluitvermogen. Hierbij valt te denken aan meer activiteiten in de gevangenis zoals (vaker) zelf koken, sport zoals voetbal kijken, zelf sporten, het stimuleren van het voeren van onderlinge gesprekken, het starten van een moestuin, of het onder toezicht/begeleiding verzorgen van dieren (kippen, vogels, konijnen of katten; conclusies 8 en 9).

5 De risicotaxatie praktijk is niet ingericht op tbs-gestelden met een lang combinatievonnis, onder meer doordat hun hogere leeftijd mogelijk specifieke risico- en beschermende factoren met zich meebrengt. Door het voor ouderen geschikt maken van instrumenten voor risico- en beschermende factoren kan er mogelijk een betere inschatting worden gemaakt van het risico van recidive van tbs-gestelden die op hogere leeftijd terugkeren in de maatschappij.
6 Verschillende wijzigingen in wet- en regelgeving kunnen worden ingezet om eerdere behandeling van tbs-gestelden met een lang combinatievonnis mogelijk te maken: het maximeren van de gevangenisstraf die kan worden opgelegd in combinatie met een tbs-maatregel, het beperken van de duur van de gevangenisstraf naar mate van de mate van toerekeningsvatbaarheid, het herinvoeren van de Fokkensregeling onder gelijktijdige aanpassing van de Verlofregeling tbs, en het voorwaardelijk opleggen van de tbs-maatregel, waarbij tegen het einde van de gevangenisstraf wordt bekeken of de tenuitvoerlegging daarvan wel noodzakelijk is (conclusie 11).
7 Als men wil voorkomen dat er detentieschade wordt opgelopen bij langgestrafte tbs-gestelden, kan men daarnaast in detentie beginnen met verschillende door tbs-behandelaren essentieel geachte behandelonderdelen: delictanalyse, medicamenteuze behandeling, schematherapie, traumabehandeling en verslavingshulp (conclusie 13).
8 De verrijking van het detentieklimaat en de start met essentieel geachte behandelonderdelen voor tbs-gestelden met een lang combinatievonnis kan ofwel gecentreerd op een speciale afdeling in het land plaatsvinden ofwel door op verschillende plekken in het land kleinschalige aparte afdelingen op te richten. De behoefte aan dergelijke plekken neemt de komende tijd toe, met 69 tbs-gestelden die in 2025-2035 na een lang combinatievonnis zullen starten met hun behandeling (conclusie 13 en 14).

Vervolgonderzoek

Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen:

1 Mocht de invloed van lange gevangenisstraffen op de tbs-behandeling nader bepaald willen worden, is meer inzicht nodig in de achterliggende factoren die verschillen tussen tbs-gestelden met lange combinatievonnissen en degenen met korte combinatievonnissen kunnen verklaren. Uit het onderhavige onderzoek zijn verschillen in de gemiddelde duur tot de eerste machtiging voor begeleid verlof en voor onbegeleid verlof gevonden en is geen verschil in de totale behandelduur gevonden tussen tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis en tbs-gestelden met een afgerond kort combinatievonnis. Tegelijkertijd is het onbekend gebleven welke kenmerken van beide groepen tbs-gestelden de gevonden verschillen of het uitblijven daarvan kunnen verklaren. In vervolgonderzoek zouden verschillen in justitiële voorgeschiedenis, psychopathologie, verstandelijk vermogen en de mate van toerekeningsvatbaarheid in ieder geval moeten worden meegenomen. Het verdient de voorkeur om dergelijk onderzoek op populatieniveau te verrichten, maar uit het onderhavige onderzoek is gebleken dat deze gegevens er op dat niveau niet zijn. Een alternatief is het verrichten van dossieronderzoek,

waarin kan worden gekeken naar deze en mogelijk andere factoren waarop beide groepen a priori verschillen. Ook kunnen dan andere uitkomstmaten gerelateerd aan behandelsucces dan de behandelvoortgang zoals weergegeven in de (duur tot) afgegeven verlofmachtigingen worden meegenomen; daarbij wordt gedacht aan factoren zoals het toe- of afnemen van symptomen, stoornissen, kwaliteit van leven, et cetera. Er wordt aanbevolen een groep tbs-gestelden met een lang combinatievonnis van voldoende grootte te onderzoeken (30-50 dossiers)[109] en tevens om te vergelijken met een gematchte controlegroep van tbs-gestelden met een kort combinatievonnis. Factoren waarvoor in ieder geval moet worden gecontroleerd zijn leeftijd ten tijde van de start van de tbs-behandeling, startjaar van de behandeling, sekse en delicttypen. Met dergelijk dossieronderzoek kan meer inzicht worden verkregen in de factoren onderliggend aan eventuele verschillen in behandelduur of het uitblijven daarvan en kan tevens beter worden gekeken naar verschillende uitkomstmaten van behandelvoortgang. Ook laten de groepsverschillen die thans zijn gevonden geen ruimte voor het in beeld brengen van individuele verschillen, die uit dergelijk dossieronderzoek wel zouden kunnen blijken. Vanuit het import-, deprivatie- en integratiemodel worden dergelijke verschillen ook verwacht. Door dossieronderzoek kan er onderscheid worden gemaakt in dit soort individuele verschillen en zou deels antwoord kunnen worden geven op onderzoeksvragen 2b t/m 2d die in dit onderzoek niet beantwoord konden worden.

2 Om meer inzicht te krijgen in de manier waarop een lange gevangenisstraf kan doorwerken in de behandeling van huidige tbs-gestelden met een lang combinatievonnis, kan prospectief longitudinaal onderzoek met herhaalde metingen worden opgezet in de gevangenis. Hierbij wordt aangeraden te starten met een uitgebreide diagnostische fase van tbs-gestelden met een lang combinatievonnis die aan het begin staan van hun gevangenisstraf, zodat helder is met welke stoornissen, risicofactoren en problemen zij beginnen aan hun gevangenisstraf. Dergelijk onderzoek kan duidelijk maken hoe symptomen, stoornissen, behandelsucces en kwaliteit van leven zich *real time* ontwikkelen. Daarmee kan ook meer inzicht worden verkregen in de toepasbaarheid van het import,- deprivatie- of integratiemodel. Een dergelijk onderzoek zou ook kunnen meenemen hoe de tijd in de gevangenis wordt doorgebracht en hoe de tbs-gestelde, het personeel en medegedetineerden de lange gevangenisstraf ervaren.

3 Een deel van de tbs-gestelden met een lang combinatievonnis is nog niet begonnen aan zijn behandeling, dit betreft 47 tbs-gestelden (29% van alle tbs-gestelden met een lang combinatievonnis). Het kan zinnig zijn om het onderzoek over een aantal jaar te herhalen om ook van deze tbs-gestelden te bepalen of en hoe de duur van de gevangenisstraf samenhangt met de behandelvoortgang.

Beperkingen onderzoek

Kwantitatieve analyse

De kwantitatieve analyses zien op drie subgroepen van tbs-gestelden met een combinatievonnis: alle tbs-gestelden met een combinatievonnis, degenen met een afgerond lang combinatievonnis en degenen met een nog lopend lang combinatievonnis. Een beperking van de analyses over de nog lopende lange

[109] Aangeraden wordt hiervoor afgeronde behandeltrajecten te onderzoeken, omdat daarmee meer behandeluitkomstmaten kunnen worden meegenomen. Op peildatum 1 juli 2025 waren dit 42 tbs-gestelden met een lang combinatievonnis, het is mogelijk dat hier meer tbs-gestelden zijn bijgekomen sinds de afronding van dit rapport in het voorjaar van 2026.

combinatievonnissen is dat de tbs-behandeling van deze tbs-gestelden nog niet is afgerond. Dit zijn 58 tbs-gestelden (36% van de lange combinatievonnissen). Voor deze tbs-gestelden konden nog niet alle uitkomstmaten over de behandeling worden onderzocht. Er is daarnaast nog een groep tbs-gestelden met een lang combinatievonnis die nog niet is begonnen aan de tbs-behandeling. Dit zijn 47 tbs-gestelden (29% van de lange combinatievonnissen). Ook van hen is het behandeltraject nog niet bekend. De bevindingen over de subgroep tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis zien daarmee niet op alle tbs-gestelden met een lang combinatievonnis. Dit is niet per se een methodologische beperking, deze informatie bestaat nu eenmaal nog niet. Wel is het zo dat nog niet bekend is of de gevonden verschillen of het uitblijven daarvan voor deze tbs-gestelden met een lang combinatievonnis ook zullen worden gevonden.

Een andere beperking is dat er vooral inzicht is verkregen in groepsgemiddelden. Daarmee kan het zo zijn dat sommige tbs-gestelden wel en sommige andere tbs-gestelden geen verschillen laten zien op de hier bekeken uitkomstmaten voor behandelvoortgang, te weten de gemiddelde duren tot de verlofmachtigingen, tot de voorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel en tot de totale behandelduur. Zoals al vermeld is het ook onbekend gebleven welke kenmerken van beide groepen tbs-gestelden de gevonden verschillen of het uitblijven daarvan kunnen verklaren, maar wordt verwacht dat verschillen in justitiële voorgeschiedenis, psychopathologie, verstandelijk vermogen en de mate van toerekeningsvatbaarheid daar een rol in zullen spelen. Een voordeel van de gehanteerde onderzoeksmethode is wel dat er zicht is gekregen op de gehele populatie van tbs-gestelden over 25 jaar waarmee de uitkomsten generaliseerbaar naar de gehele populatie tbs-gestelden zijn

Tot slot is de groep tbs-gestelden met een lang combinatievonnis klein waardoor verschillen met de groep tbs-gestelden met een kort combinatievonnis alleen significant zullen zijn als er grote verschillen zijn. Dit komt doordat de power van de toets lager is wanneer er statistisch getoetst wordt met een kleine groep. Met het interpreteren van de kwantitatieve resultaten moet daarmee rekening worden gehouden. Dit zou bijvoorbeeld kunnen verklaren waarom de gemiddelde leeftijd ten tijde van het onherroepelijk worden van het vonnis significant verschilt tussen lange en korte combinatievonnissen wanneer dit voor alle combinatievonnissen wordt geanalyseerd (160 tbs-gestelden met een lang combinatievonnis), maar waarom leeftijdsverschillen tussen beide groepen niet meer significant zijn wanneer de analyses over alleen de afgeronde of alleen de nog lopende combinatievonnissen worden uitgevoerd (42 respectievelijk 58 tbs-gestelden met een lang combinatievonnis).

Literatuuranalyse
Idealiter was in het huidige onderzoek een overzicht gegeven van verschillende onderzoeken naar de relatie tussen detentieschade en de tbs-behandelvoortgang, zoals de behandelduur. Dit bleek niet mogelijk te zijn, omdat dergelijk onderzoek er niet is. Vervolgens is ingestoken op het uitvoeren van een *scoping review*, waarmee onderwerpen in kaart kunnen worden gebracht die relevant kunnen zijn voor deze relatie. Een voordeel van deze methode is dat hiermee een breed scala aan domeinen is gevonden. Een nadeel van deze methode is dat er geen systematisch overzicht kan worden verkregen van alle onderzoeken binnen deze domeinen. Dat zou kunnen worden gedaan in een vervolgonderzoek, mocht meer inzicht in de gevonden domeinen van potentiële detentieschade gewenst zijn.

Kwalitatieve analyse
De onderzoekers hebben beoogd een expertmeeting met veel deelnemers te organiseren om behandelaren in tbs-klinieken in gesprek te laten gaan over problemen en mogelijke oplossingen rond lange combinatievonnissen. De opkomst bij deze meeting was echter laag (5 respondenten), vooral om agenda-technische redenen. Vervolgens is ervoor gekozen aanvullend individuele interviews af te nemen. Hierdoor is alsnog veel informatie verzameld, maar onderlinge discussie tussen de verschillende respondenten zoals deze tijdens een brede expertmeeting had kunnen plaatsvinden, was hierdoor echter minder uitgebreid dan beoogd. Dit is enigszins ondervangen doordat sommige interviews zijn uitgevoerd met twee of meer respondenten tegelijk waardoor ook hier soms ruimte was voor gesprekken en discussie van respondenten onderling. In totaal zijn 25 behandelaren gesproken uit alle tbs-klinieken en daarmee landelijke spreiding, met veel behandelervaring. Desondanks zijn deze interview gegevens niet representatief voor alle behandelaren uit het tbs-veld; dit is echter inherent aan de gekozen onderzoeksmethode van het houden van kwalitatieve interviews.

6.5 Discussie

Zoals uit de resultaten blijkt, is het aantal lange combinatievonnissen de afgelopen jaren toegenomen (zowel de afgelopen vijf jaar in vergelijking met de vijf jaar daarvoor, als in de afgelopen 12 jaar in vergelijking met de 13 jaar daarvoor). Niet alleen lange combinatievonnissen zijn significant toegenomen, ook lange gevangenisstraffen (10 jaar of meer) in het algemeen zijn dat. De toename van lange combinatievonnissen past dus binnen de trend van langer straffen. Het is belangrijk om de toename van lange combinatievonnissen in deze context te zien; wanneer gevangenisstraffen langer worden, is er logischerwijs ook een grotere kans dat er een langere gevangenisstraf wordt opgelegd in combinatie met de tbs-maatregel.

Verder is niet precies te achterhalen waardoor het komt dat het significant langer duurt voordat tbs-gestelden met een afgerond lang combinatievonnis een eerste machtiging voor begeleid en voor onbegeleid verlof krijgen. Er is in het onderhavige onderzoek geen zicht gekomen op de factoren die hieraan ten grondslag kunnen liggen en er kan niet worden geconcludeerd of de behandelduur samenhangt met de detentieduur die daaraan voorafgaat noch in hoeverre dit zou kunnen zijn. Zoals vermeld wordt gedacht aan verschillen in factoren zoals de justitiële voorgeschiedenis, psychopathologie, verstandelijk vermogen en de mate van toerekeningsvatbaarheid. Het is ook mogelijk dat dit samenhangt met de factoren die tijdens de gesprekken met behandelaren naar voren kwamen over de zogenoemde bajesmodus. Volgens hen zorgt het detentieklimaat ervoor dat justitiabelen zich op een bepaalde manier aanpassen; ze worden geslotener en raken gewend aan het gebrek aan beslissingsvrijheid. Als justitiabelen na een lange tijd in dit detentieklimaat opeens in een tbs-kliniek komen, kost het tijd om uit deze 'bajesmodus' te komen. Het kan dat dit aanpassingsproces ervoor zorgt dat de start van de tbs-behandeling trager is, waardoor er onder behandelaren het idee heerst dat een tbs-behandeling in het geval van een lang combinatievonnis langer duurt. Uit de cijfers lijkt verder naar voren te komen dat het zetten van vervolgstappen in het behandelproces meer gelijk gaat lopen tussen lang- en kortgestrafte tbs-gestelden. Dit betreft de latere verlofstappen, de voorwaardelijke beëindiging en definitieve beëindiging van de tbs-maatregel. Er is echter meer onderzoek nodig naar de (a-prior) verschillen tussen beide groepen tbs-gestelden. Het is daarnaast niet te voorspellen hoelang tbs-gestelden met een lange

gevangenisstraf over hun behandeling zouden hebben gedaan zonder de lange gevangenisstraf. Dat er meerdere factoren meespelen in de behandelduur dan de duur van de gevangenisstraf blijkt ook uit ander onderzoek naar de behandelduur van tbs-gestelden. Deze studies laten zien dat naast detentieduur, ook de aanwezige problematiek samenhangt met de duur van de tbs-behandeling.

Uit de cijfers lijkt naar voren te komen dat tbs-gestelden met een lang combinatievonnis later in de behandeling meer gelijk gaan lopen met tbs-gestelden met een kort combinatievonnis wanneer het vervolgstappen in het behandelproces betreft: de latere verlofstappen, de voorwaardelijke beëindiging en definitieve beëindiging van de tbs-maatregel. Het is echter niet te voorspellen hoelang tbs-gestelden met een lange gevangenisstraf over hun behandeling zouden hebben gedaan zonder de lange gevangenisstraf. Dat er meerdere factoren meespelen in de behandelduur dan de duur van de gevangenisstraf blijkt ook uit ander onderzoek naar de behandelduur van tbs-gestelden. Deze studies laten zien dat naast detentieduur, ook de aanwezige problematiek samenhangt met de duur van de tbs-behandeling. In onderzoek van Mandungu (2011) werd bijvoorbeeld gekeken naar een groep tbs-gestelden die in 2004 t/m 2006 uitstroomde (n=147). Driekwart van deze patiënten kreeg een combinatievonnis opgelegd en een kwart alleen een tbs-maatregel. De gemiddelde behandelduur van deze twee groepen verschilde niet significant van elkaar. Deze onderzoeker maakte echter geen onderscheid naar de *duur* van de voorafgaande gevangenisstraf in relatie tot de behandelduur. Spaans en collega's (2016) onderzochten een relatief kleine en specifieke groep tbs-gestelden (62 tbs-gestelden met alleen een persoonlijkheidsstoornis). Zij vonden dat hoe langer de gevangenisstraf had geduurd, hoe langer de behandeling in de tbs-kliniek duurde. In dit onderzoek werd de duur van de gevangenisstraf niet exact gemeten, maar werd gekeken naar de tijd die was verstreken tussen het pro Justitia-rapport en het einde van de behandeling. De relatie tussen de tijd die in de gevangenis was doorgebracht en de start van het eerste begeleid verlof werd ook bekeken, maar daar bleek geen relatie tussen te bestaan, in tegenstelling tot wat er in het huidige onderzoek is gevonden. Bovendien werd dit onderzoek specifiek uitgevoerd onder tbs-gestelden die alleen een persoonlijkheidsstoornis hadden, waardoor het lastig is om vast te kunnen stellen of de duur van de behandeling alleen samenhangt met de duur van een eventuele gevangenisstraf, of dat dit vooral van de problematiek afhankelijk is. Sommige stoornissen zijn mogelijk beter te behandelen dan anderen. Nagtegaal en collega's (2016) onderzochten verschillen tussen tbs-gestelden die hun behandeling wel of niet afrondden binnen acht jaar. Er waren gemiddeld evenveel tbs-gestelden met As-I, met As-II, met cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen[110] en met psychotische stoornissen in de groepen die hun behandeling binnen acht jaar hadden afgerond en degenen die dit nog niet hadden gedaan. Het al dan niet afronden van de behandeling binnen acht jaar hing ook niet samen met middelengebruik, IQ of mate van toerekeningsvatbaarheid. Kort gezegd, er werd geen relatie gevonden tussen bovengenoemde factoren en het afronden van de behandeling binnen acht jaar. Uit ander onderzoek kwam juist wel naar voren dat de problematiek van de tbs-gestelden een rol kan spelen bij de behandelduur. Zo deden zedendelinquenten langer over hun behandeling en ook van patiënten die een ernstiger delict plegen, een stoornis in middelenmisbruik hebben (ook gevonden in Nagtegaal & Varkevisser, 2025), een autismespectrumstoornis en/of een verstandelijke beperking hebben, is bekend dat de (gemiddelde) behandelduur langer is (Nagtegaal et al., 2011). Kortom, de

[110] Dit betreft een oude groep tbs-gestelden, degenen die in 2003 door het NIFP zijn onderzocht en daarna een tbs-maatregel kreeg opgelegd (n=224). De indeling in psychische stoornis van destijds, zag nog op het oude DSM-assenstelstel.

behandelduur lijkt dus door meerdere factoren te worden bepaald, iets dat ook meermaals door de geïnterviewde behandelaren is gezegd. Om de samenhang van de strafduur en de behandelduur betrouwbaar te meten zullen twee groepen die op andere factoren (justitiële voorgeschiedenis, psychopathologie, verstandelijk vermogen en de mate van toerekeningsvatbaarheid) vergelijkbaar zijn, en alleen verschillen in opgelegde gevangenisstraf met elkaar vergeleken moeten worden.

Zoals vermeld, bestaat er momenteel een nijpend capaciteitstekort in de tbs-sector (net als in het gevangeniswezen). Dit zorgt onder meer voor rechtstatelijke problemen, zo hebben onder meer rechters de Nederlandse overheid al meerdere keren aangesproken dat de capaciteitsproblematiek moet worden aangepakt. Een oplossing voor de lange combinatievonnissen kan niet worden gevonden zonder dat de capaciteitsproblematiek daarbij wordt meegenomen. Ondanks dat de capaciteitsproblematiek niet het hoofdonderwerp is van het huidige onderzoek, sporen de onderzoekers de overheid aan om de capaciteit van de verschillende aanbieders van de forensische zorg (tbs-klinieken, vervolgzorg, voorzieningen voor beschermd wonen) te vergroten en/of te ontlasten, zodat ook mogelijke oplossingen voor tbs-gestelden met lange combinatievonnissen beter kunnen worden doorgevoerd.

Summary

Long-term prison sentences prior to forensic psychiatric treatment

Statistics, legal framework, and experiences in forensic psychiatric practice

Introduction

In recent years, various parties (the judiciary, legal practitioners, forensic psychiatric experts and politicians) have voiced criticism about long combined sentences, i.e., a tbs measure (*terbeschikkingstelling*) combined with a long prison sentence. On the one hand, it was argued that such sentences are being imposed more frequently; on the other hand, that harm from long-term imprisonment occurs, reducing the likelihood of a successful forensic psychiatric treatment afterwards. These concerns have led to a political debate and a motion in the House of Representatives on reinstating the so-called Fokkens Regulation (*Fokkensregeling*), which allowed a forensic psychiatric patient subjected to a tbs measure not to serve the entire term of the imposed prison sentence but only one-third before starting their treatment. The present study was commissioned in response to that debate and aims to determine whether the assumptions of an increased number of long combined sentences and the occurrence of harm arising from imprisonment are accurate.

The overarching objective of the present study is to map the nature and extent of the issues surrounding long combined sentences and to determine whether forensic care providers lack options to improve the course of forensic psychiatric treatment. This overarching objective is divided into three sub-objectives:

1 To set out the current statutory options to enable a forensic psychiatric patient imposed a tbs measure to start treatment earlier than the usual term.
2 To describe how many forensic psychiatric patients imposed a tbs measure received long combined sentences in the period 2000 through 2024.
3 To provide insight into the current scientific knowledge regarding the occurrence of harm from imprisonment among forensic psychiatric patient imposed long combined sentences.

The research questions and their answers can be found in Chapter 6 (in Dutch), where the main findings are summarised and the conclusions and recommendations discussed.

Method

To achieve the objectives and to examine the complexity of the issue of long combined sentences, multiple research methods were adopted. First, a legal analysis was conducted to map the current options for an earlier start of forensic psychiatric treatment, in line with objective 1. Second, a database with all forensic psychiatric patients imposed a tbs measure of the Custodial Institutions Agency (*Dienst Justitiële*

Inrichtingen) were used to provide a quantitative picture of developments in the number and duration of imposed combined sentences in the period 2000 through 2024, in line with objective 2. Relevant literature was also gathered on any effects of a long prison term on forensic psychiatric treatment to map current scientific knowledge on harm from imprisonment in forensic psychiatric patients imposed a tbs measure, in line with objective 3. Finally, interviews were conducted with, among others, practitioners in the forensic care field to gain more understanding of the practical problems they encounter.

Long combined sentence
There are different ways of classifying a 'long' combined sentence. One can either base it on practical experience, for example in the prison system or forensic psychiatric practice (qualitative), or on figures, e.g., using percentile scores (quantitative). For this report, a qualitative definition was deemed most relevant, as that is the context in which the debate on long combined sentences is taking place. To that end, interviews with practitioners in forensic care asked what they consider a long prison term when combined with a tbs measure. The answers were consolidated, after which a long combined sentence was operationalised as a prison sentence of 10 years or longer combined with a tbs measure with compulsory treatment (*tbs met bevel tot verpleging van overheidswege*).

Results

Legal framework

Legislative amendments
Under the Fokkens Regulation, a forensic psychiatric patient who was imposed a tbs measure was, in principle, admitted to a forensic psychiatric hospital (fph) after serving one third of the imposed prison sentence. Following abolition of the Fokkens Regulation, the standard start of the tbs measure was after two thirds of the prison sentence, in line with the then applicable regulation for conditional release (CR). The abolition of the Fokkens Regulation in 2010 had different effects on forensic psychiatric patients imposed a tbs measure depending on sentence length, the longer the imposed prison sentence, the greater the disadvantage. The currently applicable standard provision for placement in a TBS clinic is also linked to the term of conditional release, but this was significantly amended in 2021 by the Act on Punishment and Protection (APP; *Wet straffen en beschermen*; Article. 6.4(2) Forensic Care Decree [*Besluit forensische zorg*] in conjunction with Article 6:2:10(1) of the Code of Criminal Procedure [DCCP]). The CR term remains set at two thirds of the imposed prison sentence, but the CR period may not exceed two years. Consequently, in the case of a combined sentence, forensic psychiatric treatment cannot commence earlier than two years prior to the end of the prison sentence. This amendment only affects the treatment start date of forensic psychiatric patients who were imposed a tbs measure with combined sentences of more than six years; for them, the start is later. Since 1 July 2021, they have been particularly affected by the abolition of the Fokkens Regulation.

Grounds for exception
In addition to the standard provision under the Fokkens Regulation, exceptions were possible at the time allowing either a later or (even) earlier placement in a TBS clinic. Most of these exceptions still exist in 2026. Two of the three provisions permitting a

later start were abolished: 1) opinions of behavioural experts on the convicted person indicating that he is not amenable to treatment (old Article 43(2)(b) *Penitentiary measure* [Pm]), and 2) an assessment of the person imposed a tbs measure as being at extreme risk of escape (old Article 43(2)(c) Pm). Three of the four provisions permitting an earlier start currently still apply unchanged: on the basis of a recommendation by the judge (old Article 43(3)(a) Pm, now Article 37b(2) Dutch Criminal Code [DCC]), where there is a need for urgent treatment of the convicted person (old Article 43(3)(b), now Article 6.4(3)(a) Forensic Care Decree) and where the convicted person is under 23 years of age (Article 43(3)(d) Pm, now Article 6.4(3)(b) Forensic Care Decree). The fourth, residence in a penitentiary institution leading to serious behavioural problems in the convicted person (old Article 43(3)(c) Pm), has been abolished (Article 6:2:8(4) DCCP). In all cases, however, these are not judicial decisions but recommendations on which the minister must decide, following advice by a subdivision of the Directorate of Individual Affairs (DIA: *Directie Individuele Zaken*). Due to the abolition of the Fokkens Regulation and the simultaneous unchanged status of most exceptions, the possibility of starting forensic psychiatric treatment earlier has become more dependent on such an administrative decision.

Leave
The analysis of the legal framework also shows that an essential component of forensic psychiatric treatment—namely the possibility of leave—under the Forensic Psychiatric Leave Regulation (*Verlofregeling* TBS) is not possible before the CR date. If statutory options for an earlier start of forensic psychiatric treatment were reintroduced, some forensic psychiatric patients imposed a tbs measure might be hindered in their treatment because of this. Again, this mainly concerns forensic psychiatric patients with combined sentences of six years and longer, because for them the start of treatment is later under the amended CR regulation. In those cases, the difference between the TBS start date and the CR date is potentially more than two years—the point at which the first steps towards leave are usually taken, namely supervised leave. Accordingly, to fully benefit from an earlier start of forensic psychiatric treatment, a revision of this restriction in the Forensic Psychiatric Leave Regulation is necessary, should that path be chosen.

The combined sentence in figures

All combined sentences
In total, over the past 25 years, a combined sentence of 10 years or longer (gross sentence length) was imposed 160 times. This is 6% of all combined sentences imposed from 2000 through 2024. The number of long combined sentences has increased significantly, both in the last five years compared with the previous five, and in the last 12 years compared with the 13 years prior. This is mainly due to an increase in long combined sentences where the prison term is between 10 and 15 years; longer combined sentences are rare (3% of all long combined sentences). The number of long combined sentences with a net sentence length of 10 years or more, i.e., corrected for the CR term, is considerably lower; this occurs 47 times (2% of all combined sentences in 2000–2024). Furthermore, from 2000 to 2008 no combined sentences with a net sentence length of 10 years or more were imposed. This occurs from 2009 onwards, meaning that from 2019 there has been first-hand experience with a long combined sentence in forensic psychiatric treatment practice.

Forensic psychiatric patients imposed a tbs measure with a long combined sentence differ on several characteristics from those with a short combined sentence. Those with a long combined sentence are on average significantly older when the judgment becomes final than those with a short combined sentence. They have also significantly more often committed (attempted) homicide offences (93% of long combined sentences) than those with short combined sentences (39% of short combined sentences). Other violent and sexual offences and arson are, by contrast, significantly less common in long combined sentences than in short ones. There is no statistically significant difference in the number of offences for which forensic psychiatric patients imposed a tbs measure receive long or short combined sentences. In the more recent years (2013–2024), long combined sentences have been imposed significantly less often than in earlier years (2000–2012) for property offences and for other offences. For sexual offences, other violent offences and homicide offences, no statistically significant differences over time were found; accordingly, it cannot be said that in more recent years (2013–2024) long combined sentences are imposed more frequently for more serious offences than in earlier years (2000–2012).

Completed combined sentences
A subgroup of forensic psychiatric patients imposed a tbs measure have completed their treatment at the reference date (set at 1 July 2025). This concerns 42 patients with a long (26% of all long combined sentences) and 1,075 patients with a short combined sentence, totalling 1,117 patients. At the time the judgment became final, at the start of treatment and at completion of treatment, they are on average the same age. Those with a completed long combined sentence have significantly more often committed an (attempted) homicide offence than those with a short combined sentence and significantly less often another violent offence. The waiting time pending placement in a fph (*passantentijd*) is also on average significantly shorter for those with a long combined sentence than for those with a short combined sentence. Furthermore, it takes on average longer for those with a completed long combined sentence to receive a first authorisation for supervised leave and for unsupervised leave than for those with a completed short combined sentence. By contrast, it takes on average the same time for those with a completed long combined sentence to move on to transmural leave, to trial leave and to forensic psychiatric conditional release (FPCR) as for those with a completed short combined sentences. Finally, for patients with a completed long combined sentence, it also takes on average the same time to complete forensic psychiatric treatment as it does for those with a completed short combined sentence. The number of fph in which those with a completed long or short combined sentence were placed is on average the same, as is the number of transfers to other fph's.

The analyses using an alternative threshold for 'long' indicate that the average durations to first authorisations for supervised leave, unsupervised leave, FPCR and the total duration of treatment depend on the definition used; sometimes there is a difference in these outcome measures and sometimes not. Looking at the total treatment duration, there is a difference for prison sentences from 2 to 8 years: for those with completed long combined sentences, treatment lasts significantly shorter than for those with completed short combined sentences.

From the above, it cannot be concluded whether, and to what extent, the length of the prison sentence is associated with the time to various first leave authorisations or to the end of forensic psychiatric treatment; no insight was obtained into the factors underlying, on the one hand, the occurrence of differences and, on the other, the

absence thereof. Such factors could not be included because they are not available at the population level, but consideration is at least given to differences in prior criminal history, psychopathology, intellectual functioning and degree of criminal responsibility. The fact that more factors are at play in determining the duration of treatment than merely the length of the prison sentence is reflected by other studies on the treatment duration of forensic psychiatric patients imposed a tbs measure.

Ongoing combined sentences
Another subgroup has not completed treatment at the reference date (set at 1 July 2025). This concerns 58 with a long (36% of all long combined sentences) and 1,009 with a short combined sentence, totalling 1,067 individuals who were on average the same age when the judgment became final. These results pertain to these forensic psychiatric patients. Those with an ongoing long combined sentence have significantly more often committed an (attempted) homicide offence than those with a short combined sentence and significantly less often another violent offence. There are virtually no other differences between those with an ongoing long or short combined sentence. On average, similar numbers have first authorisations for supervised, unsupervised, transmural and trial leave, an indication for longtime forensic psychiatric care (LFPZ), and have gone on FPCR. There is also no significant difference between the groups in the average time to authorisations for supervised, unsupervised and transmural leave. Only the average treatment duration at the reference date differs: for those with an ongoing long combined sentence, it is on average shorter than for those with an ongoing short combined sentence. The numbers with ongoing combined sentences who are on trial leave, on FPCR, or have an LFPZ authorisation are too small to test for statistically significant differences in the time to these outcomes.

Detention related harm in long combined sentences

Detention related harm (also known as 'pains of imprisonment') comprises the negative consequences a detainee (in this case a forensic psychiatric patient imposed a tbs measure) may experience from time spent in detention, such as psychological and physical problems, loss of social contacts, and loss of work. Scientific research generally shows that the prevalence of such problems among detainees is high. The import, deprivation and integration models have been suggested as explanatory models for the high prevalence of detention related harm. The import model attributes the high prevalence of problems in the detention population to pre-existing problems that the detainee 'imports' into the prison system. The deprivation model posits that the high prevalence of problems arises from (poor conditions of) life in prison itself. The integration model combines both views. Research into detention related harm prior to forensic psychiatric treatment is scarcely available, so this could not be captured in the present study. Research on detention related harm in regular detention populations can, however, provide insight into the type of harm that may occur in these groups of offenders, and can thus be used to assess the extent to which this may apply to forensic psychiatric patients imposed a tbs measure.

Within the scoping review and the complementary systematic search for longitudinal studies, nine domains of detention related harm were identified, each of which may affect the health and/or wellbeing of regular detainees. These are harm related to: the brain, mental health, physical health, addiction and substance misuse, victimisation of the detainee, sense of agency living climate, basic conditions for reintegration and ageing. Within each domain, factors were identified that are expected to also affect forensic psychiatric patients who have been imposed a tbs measure; indeed, some

factors and domains may particularly affect them. These are the detention related harm domains of the brain, because many new behaviours are taught during treatment, for which good executive functioning is important. The domain harm and mental health may also be relevant, especially regarding the worsening of personality disorders. Among forensic psychiatric patients, one or more personality disorders appear to be more common, and a long period in detention can aggravate these problems. Furthermore, a reduction in agency may play a role in the longer time needed to acquire habits and routines during forensic psychiatric treatment. Treatment aims at eventual reintegration and therefore also considers how a forensic psychiatric patient can manage their life outside the clinic. The domain harm and ageing also seems relevant, because forensic psychiatric patients with a long combined sentence will be significantly older at the time they start their treatment due to a longer time in prison beforehand. Forensic psychiatric treatment itself also takes on average about nine years, meaning that a patient with a long combined sentence will return to society only at a later age. It has been calculated that after a long combined sentence, patients will on average be between 50 and 70 years old at the time of reintegration into society. This is an age at which reintegration must be organised differently, for example regarding work.

Experiences from forensic care providers

Perspectives and interests
A report of a brainstorming session on long combined sentences organised by the Directorate-General Sanctions and Prevention of the Ministry of Justice and Security shows that combined sentences of a long prison term and a tbs measure affect several parties with their own perspectives and interests, which are not always aligned. In practice, an earlier start of forensic psychiatric treatment can reduce capacity needs in the prison system, while simultaneously increasing capacity needs in the TBS sector. Victims and surviving relatives mainly need peace, clarity and may desire retribution. Forensic care providers, by contrast, call for early treatment because a tbs measure combined with a long prison sentence is, in their view, incompatible. The judicial system primarily wants clarity and not too many regulatory changes, as these may cause confusion and undermine confidence in the law.

Trajectory of long combined sentences
Various institutions are involved in the trajectory of a forensic psychiatric patient imposed a tbs measure with a (long) combined sentence. When the prison sentence is nearing its end, the department of Forensic Care Assessment (*Indicatiestelling Forensische Zorg*) of the Netherlands Institute for Forensic Psychiatry and Psychology issues an initial placement indication, after which DIA of the CIA manages the waiting list for placement in a fph and places the forensic psychiatric patient accordingly. Both institutions are also involved in any interim placement decisions. Forensic psychiatric patients with a long combined sentence can end up in many places: a regular penitentiary institution (PI), where psychological support can be provided if necessary on an Extra Care Facility ward (*Extra Zorg Voorziening*); a Penitentiary Psychiatric Centre (PPC), which comprises a variety of wards and can address more severe psychological problems; the preparation wing where forensic psychiatric patients with long combined sentences are prepared for treatment in a fph (*prepassanten afdeling*) and finally a fph where forensic psychiatric treatment is provided.

Long combined sentences through the eyes of practitioners
A long combined sentence feels contradictory and paradoxical to most practitioners; they advocate to stop the imposition of long combined sentences. Practitioners consider different durations to be 'long', ranging from 4 years or more to 15 years or more, and, as noted earlier, on average arriving at 10 years or more. Practitioners observe that those with a long combined sentence have mainly committed (attempted) homicide offences, sometimes in combination with sexual offences. In terms of psychopathology, forensic psychiatric patients with long combined sentences mainly present with personality disorders, addiction problems, and less often psychotic disorders and intellectual disabilities. Most have been found to have diminished criminal responsibility.

Problems
Practitioners experience various problems in relation to long combined sentences. They observe forms of detention related harm among individuals who have spent long periods in prison arising from the 'prison mode' that can develop due to deprivation, hierarchy and lack of safety in prison. They also note the strengthening of certain risk factors such as hardening of (some) psychological problems and the loss of a social network as forms of detention related harm. Many practitioners also argue that moderating factors contribute to the exacerbation of the aforementioned forms of detention related harm, namely age (particularly ageing) and the rapid changes in society. During the course of treatment, long-sentenced forensic psychiatric patients imposed a tbs measure need more time to become accustomed to the climate in the fph. This is may be described as 'shaking off the effects of prison' (*ontbajesen*). Many practitioners also experience difficulties administering the offence analysis (*delictanalyse*) because of the long time that has elapsed between the offence and the analysis. Some respondents also indicate that among the long-sentenced group there is less motivation to cooperate with forensic psychiatric treatment. Furthermore, the loss of the prosocial network and the increase in pro-criminal networks are mentioned as problems associated with long combined sentences. A large proportion of practitioners qualify that it is not always possible to determine whether the experienced problems are due to the long period spent in prison or to the forensic psychiatric patient's psychopathology.

Solutions
Most practitioners describe as the ideal solution to prevent imposing such sentences in the first place. Other suggested solutions can be grouped into proposals for amendments to legislation and regulations, suggestions for adjusting the trajectory, performing certain parts of the treatment earlier, and limiting detention related harm. The first possible legislative amendment proposed is to statutorily cap the prison sentence that may be imposed in combination with a tbs measure. Some practitioners also envision a combined system that takes into account the degree of (diminished) criminal responsibility. Furthermore, some practitioners are in favour of reintroducing the Fokkens Regulation, whereby the portion of the prison sentence to be served after imposition would be significantly less than the imposed portion. They do add the caveat that the Forensic Psychiatric Leave Regulation must then also be amended so that leave becomes possible as soon as treatment allows, as also emerged from the legal analysis. Some respondents also see a solution in imposing the tbs measure conditionally, whereby near the end of the prison sentence it is again assessed whether enforcement is necessary, similar to the Measure on Behavioural Influence and Limitation of Freedom (MBI, Article 38z DCC). The MBI is imposed during conviction by the judge but enforced only when a second judicial procedure decides it

is necessary, after the combined prison sentence and/or tbs measure has nearly been completed. A special committee could be established to reassess near the end of the prison term whether enforcement of the tbs measure remains necessary for long-sentenced patients, for example similarly to the Dutch Advisory Committee on Life-Long offenders.

If judges nevertheless continue to impose long combined sentences, and for those who currently already have such a sentence, respondents propose that the time in detention should be made as smooth as possible to prevent detention related harm. This can be done, for example, by offering various treatment modules during the prison term that are suitable and often also necessary in the context of providing adequate care, according to practitioners. These include offence analysis, medication, trauma treatment, schema therapy and addiction support. Detention related harm can also be prevented by enriching the detention environment, actively involving the prosocial network and actively engaging detainees with societal developments. Such treatment modules can take different forms: patients with a long combined sentences can be placed during their prison term in a special wing within the PI, or on several such specialised wards located across the country. It is also possible to consider a national forensic care team that offers the suggested treatment modules to those concerned in their own PI. Further, it has been suggested that treatment in the PPCs could be expanded, although these centres were not established or configured for long-term trajectories.

Conclusions

1 The analysis of legislation shows that, in particular, the standard provision from the Fokkens Regulation, which provided for an earlier start of the forensic psychiatric treatment after one third of the imposed prison sentence, is no longer in force. As a result of its abolition, a patient imposed a tbs measure was, by default, required to serve two thirds of the prison sentence, one third more than previously. Most of the grounds for exception to the standard provision that existed at the time of the Fokkens Regulation and concerned an earlier start of treatment are, as of 2026, still in force (three out of four). A later start is less often possible; two of these three grounds for exception have been abolished. However, in order to qualify for the grounds for exception, an individual administrative decision must first be taken, which allows the forensic psychiatric patient under a tbs measure a weaker legal position than if this were a judicial decision. Due to the abolition of the Fokkens Regulation and the simultaneous retention of most grounds for exception, the possibility of commencing forensic psychiatric treatment earlier has become more dependent on such an administrative decision.
2 With the introduction of other legislation following the abolition of the Fokkens Regulation, the start of forensic psychiatric treatment and the progression through leave have also been adversely affected. These concern the APP, which since 2021 has delayed the CR date and, consequently, the date forensic psychiatric treatment starts in case of prison sentences of more than six years, and the Forensic Psychiatric Leave Regulation, which since 2011 has made it impossible to take leave steps prior to the CR date/the date forensic psychiatric treatment starts. The combined effect of both changes can in practice work out particularly unfavourably for forensic psychiatric patients who have been imposed a tbs measure with long combined sentences, especially in cases involving prison terms of six years or more.

3 In total, over the past 25 years, a combined sentence of 10 years or longer (gross sentence length) has been imposed 160 times. This represents 6% of the total number of combined sentences imposed from 2000 through 2024. The number of long combined sentences has risen significantly, both in the last five years compared to the preceding five years, and in the last 12 years compared to the preceding 13 years. This is mainly due to an increase in long combined sentences of 10 to 15 years; longer combined sentences than that are uncommon (2.3% of the total number of long combined sentences). This increase in the number of long combined sentences aligns with the perception among many practitioners in FPCs and PPCs regarding the increase of long combined sentences in practice.
4 The number of long combined sentences with a net sentence length (adjusted for the CR date) of 10 years or longer is considerably lower, this occurred 47 times in the past 25 years. It is further evident that from 2000 through 2008 no combined sentences with a net sentence length of 10 years or longer were imposed. This has occurred since 2009, which means that from 2019 experience was first gained with a long combined sentence in forensic psychiatric treatment practice. This may explain why the issues surrounding long combined sentences have been noted by practitioners in recent years.
5 Forensic psychiatric patients with a tbs measure with a long combined sentence differ significantly on several characteristics from those with a short combined sentence (analyses across all combined sentences). On average, they are older at the time the judgment becomes final, they have more often committed a homicide offence, and they have less often committed other violent offences, sexual offences, and arson. This is also in line with what practitioners say about forensic psychiatric patients with a tbs measure with long combined sentences.
6 Forensic psychiatric patients with a tbs measure with completed long combined sentences are on average 47 years old at the start of forensic psychiatric treatment; this does not differ significantly from those with a completed short combined sentence. On average, it takes longer before they receive a first authorisation for supervised and for unsupervised leave than for forensic psychiatric patients with a tbs measure with a short combined sentence. The total average treatment duration does not differ significantly between those with a completed long or short combined sentence. From this, no conclusion can be drawn as to whether, and to what extent, the length of the prison sentence is related to the duration of the forensic psychiatric treatment; no insight was obtained into factors that may underlie, on the one hand, the emergence of differences and, on the other, the absence thereof. Such factors could not be included in the present study because they are not available at the population level, but they are thought to include differences in criminal history, psychopathology, intellectual functioning, and degree of criminal responsibility. The fact that forensic psychiatric patients with a tbs measure with completed long combined sentences on average receive a first authorisation for supervised and unsupervised leave later does appear to accord with what practitioners report about their experiences in practice: individuals with a long prison sentence seem to require somewhat more time to acclimatise to the environment of the fph. The figures further seem to suggest that this effect may diminish as treatment continues, since the total treatment duration does not differ significantly; however, this should first be further investigated.
7 Forensic psychiatric patients with a tbs measure with an ongoing long or short combined sentence hardly differ from each other. The only difference is that those with an ongoing long combined sentence are more often convicted of a homicide offence, while those with an ongoing short combined sentence are more often convicted of other types of violent offences. The average treatment duration at the

reference date also differs; for persons under a hospital order with a long combined sentence it is, on average, shorter than for those with an ongoing short combined sentence. Furthermore, they are equally likely to have authorisation for escorted, unescorted, transmural and trial leave, and to be under FPCR. Nor is there any difference between the two groups in the average time to those permits. No significant difference was found in whether or not a first authorisation for LFPZ was obtained.

8 Nine domains of detention related harm were identified which may negatively affect the health and treatment progress of prisoners in general and, in some cases, of forensic psychiatric patients with a tbs measure with a prior long prison sentence in particular. These are detention-related harm and the brain, mental health, physical health, addiction and/or substance misuse, victimisation of the prisoner, sense of agency, living climate, basic conditions for reintegration and ageing. Detention-related harm and the brain, mental health, self-reliance, and ageing are expected to be particularly adversarial for forensic psychiatric patients with a tbs measure.

9 In line with the integration model, time in detention can have different effects for different prisoners. On the one hand, these domains of detention-related harm are expected to equally apply to forensic psychiatric patients with a tbs measure and possibly even more strongly. This is because, prior to forensic psychiatric treatment, they, like regular prisoners, are housed in prison and because, inherent to the imposed a tbs measure, they will have (personality) disorders and associated vulnerabilities with which they enter the system. On the other hand, there may also be individuals with a tbs measure who benefit from their time in detention and whose problems decrease, in part because significant problems already existed prior to detention and because the structure and availability of care is sometimes better arranged for them within the prison walls than outside in society. There may thus be both a positive and a negative interaction between pre-existing problems and the prison environment.

10 To practitioners, a long combined sentence feels contradictory, and most of them advocate discontinuing the imposition of long combined sentences. Other possible solutions relate to amendments to laws and regulations, suggestions for revising the pathway, earlier implementation of certain components of treatment, and limiting detention-related harm.

11 The suggested legislative amendments are: capping the prison sentence that may be imposed in combination with a tbs measure, limiting the duration of the prison sentence in line with the degree of criminal responsibility, reintroducing the Fokkens Regulation while simultaneously amending the Forensic Psychiatric Leave Regulation, and imposing the tbs measure conditionally, whereby near the end of the prison sentence it is reconsidered whether its execution is still necessary.

12 The suggestions for revising the time in prison are twofold: a parallel system to that for life-sentenced prisoners in which a special committee advises on whether or not to enforce the tbs measure near the end of the prison sentence, and placement based on pathology.

13 As treatment modules to be implemented earlier, the main suggestions are the offence analysis, pharmacological treatment, Schema Therapy, trauma treatment, and addiction support. Some of these treatment modules are already offered in a number of PPCs and PIs. Preconditions include clear agreements and communication between all parties involved regarding the division of responsibilities and how the treatment modules already completed will be recorded.

14 Limiting detention-related harm is best achieved by enriching the detention environment, actively involving the pro-social network, for example through network meetings, and staying informed of and discussing developments in society.

Recommendations

Legislation and practice

1 With the abolition of the Fokkens Regulation, a forensic psychiatric patient imposed a tbs measure can only commence forensic psychiatric treatment earlier on the basis of the statutory grounds for exception to the standard start linked to the CR date. These grounds for exception are decided upon by the Minister. To improve the legal position of forensic psychiatric patients under a tbs measure, it could be considered to place this decision with the court instead (conclusion 1).

2 If the aim is to facilitate earlier treatment of forensic psychiatric patients under a tbs measure in cases of long combined sentences, it is recommended to reinstate the Fokkens Regulation, at least for combined sentences longer than six years (conclusion 2).

3 If the aim is to facilitate earlier treatment of forensic psychiatric patients under a tbs measure in cases of long combined sentences, it is recommended to abolish the generic provision in the Forensic Psychiatric Leave Regulation that links the first possibility for supervised leave to the CR date. At the same time, it is recommended to leave the assessment for taking leave steps, including in cases of long combined sentences, to the Advisory Committee on Leave Assessment for Forensic Psychiatric Patients (*Adviescollege Verloftoetsing TBS*). This is a well-functioning committee that can make a sound assessment of when leave is responsible, and it also enables a tailored approach (conclusion 2).

4 To prevent detention-related harm among forensic psychiatric patients under a tbs measure with long prison terms, it is advised to enrich their detention environment as much as possible. This promotes not only cognitive functioning but also mental and physical health. This can be achieved, among other things, by providing a meaningful daily programme that makes greater demands on their thinking and decision-making abilities. Examples include more activities in prison such as (more often) cooking for themselves, watching sports such as football, exercising, encouraging peer conversations, starting a kitchen garden, or caring for animals (chickens, birds, rabbits or cats) under supervision/guidance (conclusions 8 and 9).

5 Current risk assessment practice is not tailored to forensic psychiatric patients under a tbs measure with a long combined sentence, in part because their higher age may entail specific risk and protective factors. By adapting instruments for risk and protective factors to be suitable for older forensic psychiatric patients, it may be possible to make a better estimate of the risk of recidivism among forensic psychiatric patients under a tbs measure who return to society at a higher age.

6 Various amendments to laws and regulations can be deployed to enable earlier treatment of forensic psychiatric patients under a tbs measure with a long combined sentence: capping the prison term that may be imposed in combination with a tbs measure, limiting the duration of the prison term in line with the degree of criminal responsibility, reintroducing the Fokkens Regulation while simultaneously amending the Forensic Psychiatric Leave Regulation; and imposing the tbs measure conditionally, whereby near the end of the prison term it is assessed whether its execution is still necessary (conclusion 11).

7 To prevent detention related harm among forensic psychiatric patients under a tbs measure with long prison terms, essential treatment components identified by TBS clinicians can also be started during detention: offence analysis, pharmacological treatment, Schema Therapy, trauma treatment and addiction support (conclusion 13).

8 The enrichment of the detention climate and the start of essential treatment components for forensic psychiatric patients under a tbs measure with a long combined sentence can take place either centrally in a special unit in the country or by setting up small-scale separate units in various locations. The need for such facilities will increase in the coming period, with 69 forensic psychiatric patients under a tbs measure who, in 2025–2035, will commence their treatment following a long combined sentence (conclusions 13 and 14).

Follow-up research

1 If the influence of long prison sentences on forensic psychiatric treatment is to be determined more precisely, greater insight is needed into the underlying factors that may explain differences between forensic psychiatric patients imposed a tbs measure with long combined sentences and those with short combined sentences. The present study found differences in the average time to the first authorisation for supervised leave and for unsupervised leave, and found no difference in total treatment duration between forensic psychiatric patients with a completed long combined sentence and those with a completed short combined sentence. At the same time, it has remained unclear which characteristics of the two groups might explain the differences found or the absence thereof. Follow-up research should in any case include differences in criminal history, psychopathology, intellectual functioning, and the degree of criminal responsibility. Preferably, such research should be conducted at population level, but the present study showed that these data are not available at that level. An alternative is to conduct file-based research, which can examine these and potentially other factors on which the two groups differ a priori. Other outcome measures related to treatment success than treatment progress as reflected in (time to) leave authorisations can then also be included; factors envisaged include the increase or decrease of symptoms, disorders, quality of life, et cetera. It is recommended to study a sufficiently large group of forensic psychiatric patients with a long combined sentence (30–50 files) and to compare them with a matched control group of forensic psychiatric patients with a short combined sentence. Factors that must in any case be controlled for are age at the start of forensic psychiatric treatment, year of treatment commencement, sex, and offence types. Such file-based research can provide greater insight into the factors underlying any differences in treatment duration or the absence thereof, and can also enable a better examination of various outcome measures of treatment progress. Moreover, the group differences currently identified leave no room to capture individual differences, which could emerge from such file-based research. Such differences are also anticipated from the import, deprivation and integration model. File-based research makes it possible to distinguish between these types of individual differences and could partially answer research questions 2b through 2d that could not be addressed in this study.
2 To gain greater insight into how a long prison sentence can affect the treatment of current forensic psychiatric patients imposed a tbs measure with a long combined sentence, prospective longitudinal research with repeated measurements could also be set up in prison. It is advisable to start with an extensive diagnostic phase for forensic psychiatric patients with a long combined sentence who are at the beginning of their prison term, so that it is clear with which disorders, risk factors and problems they commence their imprisonment. Such research can clarify how symptoms, disorders, treatment success and quality of life develop in real time. It can thereby also provide greater insight into the applicability of the import, deprivation or integration model. Such a study could also include how time in prison

is spent and how the forensic psychiatric patient imposed a tbs measure, the staff and fellow detainees experience the long prison sentence.

3 A proportion of forensic psychiatric patients imposed a tbs measure with a long combined sentence have not yet started their treatment; this concerns 47 forensic psychiatric patients (29% of all forensic psychiatric patients with a long combined sentence). It may be useful to repeat the study in a number of years to determine for these forensic psychiatric patients as well whether and how the length of the prison sentence correlates with treatment progress.

Limitations of the study

Quantitative analysis

The quantitative analyses concern three subgroups of forensic psychiatric patients imposed a tbs measure with a combined sentence: all forensic psychiatric patients with a combined sentence, those with a completed long combined sentence, and those with an ongoing long combined sentence. A limitation of the analyses of the ongoing long combined sentences is that the treatment of the forensic psychiatric patients concerned has not yet been completed. This concerns 58 forensic psychiatric patients imposed a tbs measure (36% of the long combined sentences). For these forensic psychiatric patients not all treatment outcome measures could yet be examined. In addition, there is a group of individuals imposed a tbs measure with a long combined sentence who have not yet commenced treatment. This concerns 47 forensic psychiatric patients (29% of the long combined sentences). For them as well, the treatment progress is not yet known. The findings regarding the subgroup of forensic psychiatric patients with a completed long combined sentence therefore do not pertain to all forensic psychiatric patients with a long combined sentence. This is not necessarily a methodological limitation; this information simply does not yet exist. However, it is as yet unknown whether the differences found, or the absence thereof, will also be observed for these forensic psychiatric patients with a long combined sentence.

Another limitation is that insight has been obtained primarily into group averages. This may mean that some individuals do and others do not show differences on the outcome measures of treatment progress considered here, namely the average durations until leave authorisations, until the conditional termination of the tbs measure, and until total treatment duration. As noted, it has also remained unknown which characteristics of the two groups might explain the differences found, or the absence thereof, although differences in criminal history, psychopathology, intellectual functioning and the degree of criminal responsibility are expected to play a role. An advantage of the research method employed is that it has provided an overview of the entire population of forensic psychiatric patients imposed a tbs measure over 25 years, making the outcomes generalisable to the entire TBS population.

Finally, the group of forensic psychiatric patients with a long combined sentence is small, meaning that differences from the group with a short combined sentence will only be significant if the differences are large. This is because the statistical power of the test is lower when statistical testing is conducted with a small group. This must be taken into account when interpreting the quantitative results. For example, this could explain why the average age at the time the judgment became final differs significantly between long and short combined sentences when analysed for all

combined sentences (160 forensic psychiatric patients with a long combined sentence), but why age differences between the two groups are no longer significant when the analyses are conducted only for completed or only for ongoing combined sentences (42 and 58 forensic psychiatric patients with a long combined sentence, respectively).

Literature analysis

Ideally, the present study would have provided an overview of various studies on the relationship between detention related harm and forensic psychiatric treatment progress, such as treatment duration. This proved not to be possible, as no such research exists. We therefore opted to conduct a scoping review, which can map topics that may be relevant to this relationship. An advantage of this method is that it identified a broad range of domains. A disadvantage is that it does not provide a systematic overview of all studies within these domains. This could be undertaken in follow-up research, should greater insight into the identified domains of potential detention-related harm be desired.

Qualitative analysis

The researchers intended to organise a large experts' meeting to enable clinicians in fph's to discuss problems and possible solutions concerning long combined sentences. However, attendance at this meeting was low (five respondents), primarily for scheduling reasons. It was therefore decided to conduct supplementary individual interviews. As a result, a great deal of information was still collected, but the scope for discussion among respondents, as could have taken place during a broad experts' meeting, was less extensive than envisaged. This was partly mitigated by conducting some interviews with two or more respondents simultaneously, which sometimes created space for conversation and debate among these respondents. In total, 25 clinicians from all fph's were interviewed, ensuring nationwide coverage, and they had substantial clinical experience. Nevertheless, these interview data are not representative of all clinicians in the forensic psychiatric field; this is, however, inherent to the chosen research method of conducting qualitative interviews.

Discussion

As the results show, the number of long combined sentences has increased in recent years. Not only have long combined sentences (10 years or more) increased significantly, but the same applies to long prison sentences in general (10 years or more). The rise in long combined sentences therefore fits within a broader trend towards longer sentencing.

It cannot be determined precisely why it takes significantly longer before forensic psychiatric patients imposed a tbs measure with a completed long combined sentence obtain a first authorisation for supervised and for unsupervised leave. The present study did not yield insight into the factors that may underlie this difference, and it cannot be concluded whether treatment duration is associated with the duration of the preceding detention, nor, if so, to what extent. As noted, differences in factors such as criminal history, psychopathology, intellectual functioning and the degree of criminal responsibility are thought to play a role. It is also possible that this is related to the factors raised in the interviews with clinicians concerning the so-called "prison mode"

(*bajesmodus*). According to them, the detention climate causes offenders to adapt in specific ways; they become more withdrawn and grow accustomed to a lack of decisional autonomy. When, after a long period in this detention climate, individuals suddenly enter a fph, time is needed to emerge from this 'prison mode'. This adjustment process may slow the start of forensic psychiatric treatment, which may contribute to the perception among clinicians that, in cases involving a long combined sentence, forensic psychiatric treatment takes longer. The figures further suggest that the subsequent steps in the treatment process align more closely between forensic psychiatric patients with long and short combined sentences. This concerns the later leave stages, the conditional termination and the final termination of the tbs measure. However, further research is needed into the a priori differences between the two groups of forensic psychiatric patients imposed a tbs measure. It can also not be predicted how long forensic psychiatric patients with a long prison sentence would have taken to complete their treatment in the absence of that long prison sentence. That multiple factors, beyond the length of the prison sentence, influence treatment duration is also evident from other research into the treatment duration of forensic psychiatric patients imposed a tbs measure. These studies show that, in addition to detention duration, the problems present are associated with the length of forensic psychiatric treatment.

As noted, there is currently an acute capacity shortage in the forensic psychiatric system (as in the prison system). This gives rise to rule-of-law concerns; among others, judges have repeatedly called on the Dutch government to address the capacity issue. A solution to the challenges surrounding long combined sentences cannot be found without taking the capacity problem into account. Although capacity constraints are not the main subject of the present study, the researchers urge the government to increase and/or relieve the capacity of the various providers of forensic care (forensic mental hospitals, follow-up care, and supported living facilities), so that potential solutions for forensic psychiatric patients imposed a tbs measure with long combined sentences can be implemented more effectively.

Literatuur

Aday, R. (2003). *Aging Prisoners: Crisis in American Corrections*. Praeger Publishers.

Aebi, M. F., Cocco, E., & Molnar, L., (2023). *SPACE I - 2022 – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations*. Council of Europe and University of Lausanne.

AEF (2021). *PPC in positie: Onderzoek naar de plek van de Penitentiair Psychiatrische Centra in het forensische stelsel*. Andersson Elffers Felix.

Apel R., & Ramakers A. A. T. (2018), Impact of incarceration on employment prospects. In: Huebner B. M. & Frost N. A. (Eds.) *Handbook on the Consequences of Sentencing and Punishment Decisions. ASC Division on Corrections & Sentencing Handbook Series, 3,* 85-104. Routledge.

AVT (2025). *Adviescollege Verloftoetsing tbs: Jaarverslag 2024*. Ministerie van Justitie & Veiligheid.

Berg, M. T., Rogers, E. M., Lei, M. K., & Simons, R. L. (2021). Losing Years Doing Time: Incarceration Exposure and Accelerated Biological Aging among African American Adults. *Journal of health and social behavior*, *62*(4), 460–476. https://doi.org/10.1177/00221465211052568.

Berghuis, M. L., Boschman S., & Weijters, G. (2024). *Monitor nazorg ex-gedetineerde personen – 7e meting: Problemen op de basisvoorwaarden en de relatie met detentieduur en recidive*. WODC. Cahier 2024-13.

Beyens, K., Dirkzwager, A. J. E., & Korf, D. (2014). Detentie en gevolgen van detentie: Onderzoek in Nederland en België. *Tijdschrift Voor Criminologie*, 56(2), 1-22. https://doi.org/10.5553/TvC/0165182X2014056002001.

Blowers, A. N. (2015). Elders and the criminal justice system. *Journal of Crime and Justice, 38*(1), 1-8. https://doi.org/10.1080/0735648X.2014.931509.

Bondolfi, C., Taffe, P., Augsburger, A., Jaques, C., Malebranche, M., Clair, C., & Bodenmann, P. (2020). Impact of incarceration on cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-regression on weight and BMI change. *BMJ open*, *10*(10), e039278. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039278.

Boone, M., Althoff, M., & Koenraadt, F. (2016). *Het leefklimaat in justitiële inrichtingen*. Boom criminologie.

Boschman, S., Teerlink, M., & Weijters, G. (2020). *Monitor nazorg ex-gedetineerden - 6e meting Problemen op de basisvoorwaarden voor re-integratie en de relatie met recidive.* WODC. Cahier 2020-19.

Boschman, S., Verweij, S., & Weijters, G. (2023). *Korte vrijheidsstraffen.* WODC. Cahier 2023-7.

Boschman, S., Verweij, S., & Berghuis, M. L. (2025). *Gevolgen van lange detenties: Een literatuurstudie naar de gevolgen van het leefklimaat in detentie voor langgestrafte personen*. WODC. Cahier 2025-9.

Burger, A. M., Statsch, P. D., & De Kogel, C. H. (2024). *Procesevaluatie 'Patiënt op de juiste plek' in de forensische zorg: Kwalitatief en kwantitatief onderzoek naar indicatiestelling en plaatsing in forensische zorg*. WODC. Cahier 2024-18.

Chung, M. C., Chen, Z. S., & Han, B. X. (2022). The impact of anger and self-concealment on post-traumatic stress and psychiatric comorbid symptoms in Chinese prisoners: A longitudinal study. *Criminal behaviour and mental health: CBMH, 32*(5), 320–336. https://doi.org/10.1002/cbm.2257.

Clemmer, D. (1958). *The prison community*. Rinehart & Company, Inc.

Commissie-Eenhoorn. (2014). *Taskforce behandelduur tbs: Bevindingen en aanbevelingen*. Ministerie van Justitie en Veiligheid.

Crawley, E., & Sparks, R. (2006). Is there life after imprisonment? How elderly men talk about imprisonment and release. *Criminology and Criminal Justice, 6*(1), 63-82. https://doi.org/10.1177/1748895806060667.
Decorte, T., & Zaitch, D. (2016). *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (3e druk). Acco.
Dettbarn, E. (2012). Effects of long-term incarceration: a statistical comparison of two expert assessments of two experts at the beginning and the end of incarceration. *International journal of law and psychiatry*, *35*(3), 236–239. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.02.014.
Diamond A. (2013). Executive functions. *Annual review of psychology*, *64*, 135-168. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750.
Dirkzwager, A. J. E., Nieuwbeerta, P., & Beijersbergen, K. A. (2018). Cohort Profile: the Prison Project—a Study of Criminal Behavior and Life Circumstances Before, During, and After Imprisonment in the Netherlands. *J Dev Life Course Criminology*, 4, 120–135. https://doi.org/10.1007/s40865-017-0077-2.
Dirkzwager, A. J. E., Nieuwbeerta, P., & Fiselier, J. P. (2009). Onbedoelde gevolgen van vrijheidsstraffen: Een literatuurstudie. *Tijdschrift voor criminologie*, 51(1), 21-41. https://doi.org/10.5553/TvC/0165182X2009051001002.
Dirkzwager, A. J. E., Verheij, R., Nieuwbeerta, P., & Groenewegen, P. (2021). Mental and physical health problems before and after detention: A matched cohort study. *The Lancet regional health. Europe*, *8*, 100154. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100154.
Dienst Justitiële Inrichtingen. (2020). *Kwaliteitsstatuut Penitentiair Psychiatrisch Centrum.* DJI.
Dienst Justitiële Inrichtingen. (2022). *ForZo in getal 2016-2020*. DJI.
Dienst Justitiële Inrichtingen. (2025a). *Capaciteit en bezetting mei t/m augustus 2025*. DJI.
Dienst Justitiële Inrichtingen. (2025b). *Tbs inzichtelijk*. Versie mei 2025. DJI.
Donninger, D. C., Van 't Klooster, S. A. A., & Nagtegaal, M. H. (2026). De rechter aan het woord. Over het nut van en de noodzaak tot het opleggen van lange gevangenisstraffen in combinatie met tbs*. Delikt & Delinkwent, 16*, 240-264.
Driessen, J. M. A., Dirkzwager, J., Harte, J. M., & Aarts, H. (2023). How restrictions of choice affect the sense of agency: the case of personal autonomy in prison. *Journal of Criminal Psychology*, *13*(4), 381-393. https://doi.org/10.1108/JCP-12-2022-0035.
Emilian, C., Al-Juffali, N., & Fazel, S. (2025). Prevalence of severe mental illness among people in prison across 43 countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health, 10*(2), e97–e110. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00280-9.
Favril, L., & Dirkzwager, A. J. E. (2019). De psychische gezondheid van gedetineerden in België en Nederland: een systematisch overzicht. *Tijdschrift voor Criminologie, 61*(1), 5-33. https://doi.org/10.5553/TvC/0165182X2019061001001.
Favril, L., Rich, J. D., Hard, J., & Fazel, S. (2024). Mental and physical health morbidity among people in prisons: an umbrella review. *The Lancet. Public health, 9*(4), e250–e260. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00023-9.
Favril, L., Yu, R., Hawton, K., & Fazel, S. (2020). Risk factors for self-harm in prison: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry, 7*(8), 682–691. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30190-5.
Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, *59*(9306), 545–550. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1.

Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet. Psychiatry, 3*(9), 871–881. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0
Fazel, S., Hope, T., O'Donnell, I., Piper, M., & Jacoby, R. (2001). Health of elderly male prisoners: worse than the general population, worse than younger prisoners. *Age and ageing*, *30*(5), 403–407. https://doi.org/10.1093/ageing/30.5.403.
Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 200*(5), 364–373. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370.
Fazel, S., Yoon, I. A., & Hayes, A. J. (2017). Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, *112*(10), 1.725–1.739. https://doi.org/10.1111/add.13877.
Federal Bureau of Prisons. (2025). *Sentences Imposed*. Geraadpleegd op 12 september 2025, van www.bop.gov/about/statistics/statistics_inmate_sentences.jsp.
Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, *14*(4), 245–258. https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8.
Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of Childhood Exposure to Violence, Crime, and Abuse: Results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA pediatrics*, *169*(8), 746–754. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0676.
Galle, S. A., Liu, J., Bonnechère, B., Amin, N., Milders, M. M., Deijen, J. B., Scherder, E. J. A., Drent, M. L., Voortman, T., Ikram, M. A., & Van Duijn, C. M. (2023). The long-term relation between physical activity and executive function in the Rotterdam Study. *European journal of epidemiology*, *38*(1), 71–81. https://doi.org/10.1007/s10654-022-00902-4.
Genberg, B., Astemborski, J., Vlahov, D., Kirk, G., & Mehta, S. (2015). Incarceration and injection drug use in Baltimore, Maryland. *Addiction*, 110(7), 1.152-1.159. http://dx.doi.org/10.1111/add.12938.
Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford University Press.
Goomany, A., & Dickinson, T. (2015). The influence of prison climate on the mental health of adult prisoners: a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *22*(6), 413–422. https://doi.org/10.1111/jpm.12231.
Haney, C. (2002). *The Psychological Impact of Incarceration: Implications for Post-Prison Adjustment*. U.S. Department of Health and Human Services.
Humber, N., Webb, R., & Piper, M. (2013). A national case–control study of risk factors among prisoners in England and Wales. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *48*, 1.177–1.185. https://doi.org/10.1007/s00127-012-0632-4.
Hutten, J., Hoppenbrouwers, S., Ziermans, T., Geurts, H., & Van Horn, J. (2024). Forensische neuropsychologie van agressief gedrag: Meta-analyse en expertadvies. *Tijdschrift voor Neuropsychologie, 19* (2), https://doi.org/10.5553/NP/187113912024019002001.
Irwin, J., & Cressey, D. R. (1962). Thieves, Convicts and the Inmate Culture. *Social Problems, 10*(2), 142–155. https://doi.org/10.2307/799047.
Janssen, J. H., & Van Mulbregt, J. M. L. (2025). Begrijpen wij elkaar? *Sancties, 18*, 1-5.

Johnson Listwan, S. J., Colvin, M., Hanley, D., & Flannery, D. (2010). Victimization, social support, and psychological well-being: A study of recently released prisoners. *Criminal Justice and Behavior, 37*(10), 1.140–1.159. https://doi.org/10.1177/0093854810376338.
Kersten, T., & Verwaaijen, S. (2012). Verslavingszorg in de tbs-kliniek. In E. Blaauw & H. Roozen (Red.), *Handboek forensische verslavingszorg*, pp. 161-179. Bohn Stafleu van Loghum.
Kouyoumdjian, F. G., Andreev, E. M., Borschmann, R., Kinner, S. A., & McConnon, A. (2017). Do people who experience incarceration age more quickly? Exploratory analyses using retrospective cohort data on mortality from Ontario, Canada. *PloS one*, *12*(4), e0175837. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175837.
Kuin, N. (2024, 19 november). *Ouderen in detentie* [Powerpoint-slides]. NIFP, PI Vught. Psychiatrisch Juridisch Gezelschap.
Ligthart, S., Van Oploo, L., Meijers, J., Meynen, G., & Kooijmans, T. (2018). De Nederlandse detentieomgeving en het resocialisatiebeginsel: Implicaties van neuropsychologisch onderzoek. *Nederlands juristenblad, 692*, 924-930.
Lily, J. R., Cullen, F. T., & Ball, R. A. (2015). *Criminological Theory: Context and Consequences* (6de editie). Sage.
Lindhout, T. J., Van der Wolf, M. J. F., & Van Marle, H. J. C. (2011). De Fokkensregeling is dood; leve de Fokkensregeling? *Sancties, 6*, 347-357.
Machado, N., Abreo, L., Petkari, E. & Pinto da Costa, M. (2024). The relationship of social contacts with prisoners' mental health: a systematic review. *Public health*, *234*, 199–216. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.06.013.
Madigan, S., Thiemann, R., & Deneault, A. (2024). Prevalence of Adverse Childhood Experiences in Child Population Samples: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Pediatrics, 179*(1), 19–33. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.4385.
Martens, S., Van Ginneken, E., & Palmen, H. (2021). Slachtofferschap en slachtofferdaderschap in Nederlandse penitentiaire inrichtingen. *Tijdschrift voor Criminologie, 63*(4), 399-422. https://doi.org/10.5553/TvC/0165182X2021063004002.
Mandungu, O. (2010). *Toename verblijfsduur moet stoppen! Een exploratief onderzoek naar factoren die van invloed zijn op de toenemende verblijfsduur in tbs-klinieken*. Masterthesis Vrije Universiteit Amsterdam.
Mebius, L., Prinsen, M., Kempes, M. & Van der Wolf, M. (2023). Maar hoe verminderd toerekeningsvatbaar bent u dan precies? Een empirische en juridische studie van de mogelijkheid om de 'verminderde toerekeningsvatbaarheid nader te preciseren'. *Boom Strafblad, 5*, 216-225. https://doi.org/10.5553/BSb/266669012023004005005
Meijer, S. (2024, 19 november). *No Place For Old Men? De rol van de gevorderde leeftijd van gedetineerden in wetgeving, beleid en praktijk* [Powerpoint-slides]. Rechtsgeleerdheid, VU. Psychiatrisch Juridisch Gezelschap.
Meijers J., Harte, J. M., Jonker, F. A., & Meynen, G. (2015). Prison brain? Executive dysfunction in prisoners. *Frontiers in Psychology, 6*(43), 1-6. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00043
Meijers, J., Harte, J. M., Meynen, G., Cuijpers, P., & Scherder, E. J. A. (2018b). Reduced Self-Control after 3 Months of Imprisonment; A Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, *9*, 69–69. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00069.
Meijers, J., Harte, J. M., & Scherder, E. J. A. (2018a). Sla het brein niet in de boeien. *Proces, 97*(1), 18-24. https://doi.org/10.5553/PROCES/016500762018097001003.

Merkt, H., Haesen, S., Meyer, L., Kressig, R. W., Elger, B. S., & Wangmo, T. (2020). Defining an age cut-off for older offenders: a systematic review of literature. *International journal of prisoner health*, *16*(2), 95–116. https://doi.org/10.1108/IJPH-11-2019-0060.

Moffit, T. E. (1993). Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Developmental Taxonomy. *Psychological Review, 100*(4), 674-701.

Moffitt T. E. (2018). Male antisocial behaviour in adolescence and beyond. *Nature human behaviour*, *2*, 177–186.

Munday, D., Leaman, J., O'Moore, É., & Plugge, E. (2019). The prevalence of non-communicable disease in older people in prison: a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, *48*(2), 204–212. https://doi.org/10.1093/ageing/afy186.

Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*, *18*(1), 143. https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x.

Nagtegaal, M. H., Goethals, K., & Meynen, G. (2016). De tbs-maatregel: kosten en baten in perspectief. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 58*(10), 739-745.

Nagtegaal, M. H., & Schönberger, H. J. M. (2013). *Het belang van beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden*. WODC. Memorandum 2013-1.

Nagtegaal, M. H., Van der Horst, R. P., & Schönberger, H. J. M. (2011) *Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden: Cijfers en mogelijke verklaringen*. WODC. Onderzoek en beleid 290.

Nagtegaal, M. H., & Varkevisser, T. (2025). *Inzicht in toezicht: tbs-gestelden langdurig(er) voorwaardelijk vrij*. WODC. Cahier 2025-3.

Ogilvie, J. M., Stewart, A. L., Chan, R. C. K., & Shum, D. H. K. (2011). Neuropsychological measures of executive function and antisocial behavior: A meta-analysis. *Criminology 49*, 1.063–1.107. https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2011.00252.x.

Paterline, B. A., & Peterson, D. M. (1999). Structural and social psychological determinants of prisonization*. Journal of Criminal Justice, 27*(5), 427–441.

Park, D. C., & Bischof, G. N. (2011). Neuroplasticity, aging, and cognitive function. In K.W. Schaie & S.L. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*. Academic Press.

Park, D. C., & Reuter-Lorenz, P. (2009). The adaptive brain: aging and neurocognitive scaffolding. *Annual review of psychology*, *60*, 173–196. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093656.

Petrich, D. M., Pratt, T. C., Jonson, C. L., & Cullen, F. T. (2021). Custodial Sanctions and Reoffending: A Meta-Analytic Review. *Crime and Justice, 15*, https://doi.org/10.1086/715100.

Porter, L. C., & DeMarco, L. M. (2019). Beyond the dichotomy: Incarceration dosage and mental health. *Criminology, 57*, 136–156. https://doi.org/10.1111/1745-9125.12199.

Prins S. J. (2014). Prevalence of mental illnesses in US State prisons: a systematic review. *Psychiatric services, 65*(7), 862–872. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300166.

Ramakers, A., Aaltonen, M., Nieuwbeerta, P., & Dirkzwager, A. (2024). Realistic Reintegration After Imprisonment. A Sequence Analysis of the Labour Market Paths of Recently Incarcerated Individuals, *The British Journal of Criminology*, *65*(4), 802–821, https://doi.org/10.1093/bjc/azae052.

Ramakers, A., Apel, R., Nieuwbeerta, P., Dirkzwager, A., & Van Wilsem, J. (2014). Imprisonment Length And Post-Prison Employment Prospects. *Criminology, 52*, 399-427. https://doi.org/10.1111/1745-9125.12042.

Roorda, W., & Buysse, W. (2016). *Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen: Onderzoek in zes penitentiaire inrichtingen naar signalering, indicatiestelling en plaatsing.* WODC & DSP-groep.
Roza, S., Rakhshandehroo, S., Smallenburg, L., & Kempes, M. (2024). Gedragsdeskundigen en juristen in het strafrecht: Begrijpen wij elkaar? *Tijdschrift voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, 2*, 348-353. https://doi.org/10.5553/TFPP/295044302024002003006.
RSJ (2011). *Afschaffing van de Fokkensregeling: Beter niet*. Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming.
RSJ (2012). *Forensische zorg tijdens detentie.* Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming.
RSJ (2018). *Advies uitvoering gevangenisstraffen: Reactie op de kabinetsvisie Recht doen, kansen bieden*. Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming.
RSJ (2022a). *Advies levenslang herzien*. Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming.
RSJ (2022b). *Vergrijzing in detentie*. Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming.
RSJ (2023). *Advies vormgeving levenslange gevangenisstraf tot aan het moment van de herbeoordeling*. Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming.
Sapkota, D., Ogilvie, J., Thompson, C. M., Kuluk, A., & Dennison, S. (2024). Timing, frequency, and duration of incarceration and their impact on mental illness: Evidence from an Australian birth cohort. *Journal of Criminal Justice, 94*, 1-11.
Schuyt, P. M. (2006). Levenslang en TBS: een LAT-relatie. *Sancties*(3), 143-148.
Sentse, M., De Vries, I., & Nieuwbeerta, P. (2022). A dyadic analysis of social network stability before and after incarceration. *Journal Of Criminal Justice, 82*, 1-10. https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2022.101994.
Shammas, V., & Shammas, V. L. (2017) *'Pains of imprisonment.' Encyclopedia of Corrections.* Wiley-Blackwell. https://doi.org/10.1002/9781118845387.WBEOC020.
Sivertsson, F., Carlsson, C., Almquist, Y., & Brännström, L. (2024). Offending trajectories from childhood to retirement age: Findings from the Stockholm birth cohort study. *Journal of Criminal Justice, 91*, 1-24. ttps://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2024.102155.
Smallenburg, L. C. S., & Roza, S. J. (2023). Dementie in detentie: praktische problemen en aandachtspunten voor (zorg)professionals. *Sancties, 49*(4), 179-188.
Spaans, M., De Beurs, E., Rinne, T., & Spinhoven, P. (2016). *Prognostic factors for length of enforced forensic treatment with special focus on personality disorder, in: Spaans, M. Personality pathology in a forensic setting. Prevalence, assessent and prognostic value for treatment*. Proefschrift Universiteit Leiden.
Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., Willemse, M., & Bogaerts, S. (2014). *HKT-R.: Handleiding. Historische, Klinische en Toekomst – Revisie.* Versie 2013.
Staatsblad (2023). Wet van 22 februari 2023 tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht in verband met de verhoging van het wettelijk strafmaximum van doodslag. *Staatsblad*, nr. 69.
Staatsblad (2010). Besluit van 24 juli 2010 tot wijziging van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden wegens een technische aanvulling en tot wijziging van de Penitentiaire maatregel in verband met de schrapping van de bepaling dat de plaatsing van een veroordeelde die tevens de maatregel van tbs met dwangverpleging is opgelegd, in beginsel geschiedt nadat eenderde van de opgelegde gevangenisstraf ten uitvoer is gelegd en enige technische verbeteringen. *Staatsblad*, nr. 312.

Staatsblad (2020). Wet van 24 juni 2020 tot wijziging van de Penitentiaire beginselenwet, het Wetboek van Strafrecht en enige andere wetten in verband met de wijziging van de regeling inzake detentiefasering en voorwaardelijke invrijheidstelling (Wet straffen en beschermen). *Staatsblad*, .nr. 224

Staatsblad (1999). Besluit van 12 november 1999, houdende wijziging van de Penitentiaire maatregel in verband met de overplaatsing naar een justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden. *Staatsblad*, nr. 482.

Staatsblad (1997). Besluit van 5 juli 1997, houdende vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de wet van 25 juni 1997 tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering omtrent de terbeschikkingstelling en de sanctietoepassing ten aanzien van geestelijk gestoorde delinquenten. *Staatsblad*, nr. 300.

Staatscourant (1997). Regeling plaatsing veroordeelden gevangenisstraf en tbs*. Staatscourant,* nr. 185 / pag. 10

Staatscourant (2007). Circulaire Toetsingskader verlof ter beschikking gestelden. *Staatscourant,* nr. 123 / pag. 11.

Sykes, G. M. (1958). *The society of captives*. Princeton University Press.

Sykes, G. M. (2007). *The Society of Captives: A Study of a Maximum Security Prison*. Princeton University Press.

Thomas, C. W. (1977). Theoretical Perspectives on Prisonization: A Comparison of the Importation and Deprivation Models. *Journal of Criminal Law & Criminology, 68*(1), 135-145.

Van Bekkum, A. H., Kuin, N., Meijers, J., & Harte, J. (2021). Te ziek voor reguliere detentie, te gewelddadig voor de GGZ. Zorg voor gedetineerden met psychiatrische problematiek in de Penitentiaire Psychiatrische Centra. *Sancties, 83*(5), 340-351.

Van Buitenen, N., Meijers, J., Van den Berg, C. J. W., & Harte, J. M. (2023). Investigating the prevalence of problematic substance use and mental disorders in a large sample of prisoners with mental illness: network analysis*. BJPsych Open, 9*(4), e122. https://doi.org/10.1192/bjo.2023.514.

Van den Broek, T., Van 't Klooster, S. A. A., & Nagtegaal, M. H. (2024). *De gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel in 2022: Kenmerken van uitspraken tot opleggingen en tenuitvoerleggingen*. WODC. Cahier 2024-17.

Van der Wolf, M. J. F., Reef, J., & Wams, A. C. (2020). *Wie zijn geschiedenis niet kent… Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988.* Instituut voor strafrecht en criminologie, Universiteit Leiden.

Van Ginneken, E. F. J. C. (2023). The pains and gains of imprisonment: posttraumatic growth among incarcerated individuals. In R. Berger (Ed.), *Routledge international handbooks, pp.* 393-403. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781032208688-43.

Van Ginneken, E. F. J. C., Palmen H., Bosma, A. Q., Nieuwbeerta, P., & Berghuis, M. L. (2018). The Life in Custody Study: the quality of prison life in Dutch prison regimes. *Journal of Criminological Research, Policy and Practice*, *4*(4), 253–268. https://doi.org/10.1108/JCRPP-07-2018-0020.

Van Kempen, P. H. P. H. M. C. (2008). *Repressie door mensenrechten. Over positieve verplichtingen tot aanwending van strafrecht ter bescherming van fundamentele rechten.* Wolf Legal Publishers.

Vannier, M., & Nellis, A. (2023). 'Time's relentless melt': The severity of life imprisonment through the prism of old age. *Punishment & Society*, *25*(5), 1.271-1.292.

Van Wijk, A. Ph., De Vries-Robbé, E., Nieuwenhuis, A., & Smulders, A. J. (2009). *Uitstel van behandeling? Een verkennend onderzoek naar TBS-gestelden met en zonder een combinatievonnis en de mogelijke effecten van detentie*. Beke-reeks.

Villettaz, P., Gillieron, G., & Killias, M. (2015). The Effects on Re-offending of Custodial vs. Non-custodial Sanctions: An Updated Systematic Review of the State of Knowledge. *Campbell Systematic Reviews, 11*, 1-92. https://doi.org/10.4073/csr.2015.1.

Volkers, K. M., Douma, J. G., Hoeksma, J. B., & Scherder, E. J. A. (2024). Effect of an 18-Month Walking Intervention on the Rest-Activity Rhythm of Older Adults With Mild-Moderate Dementia. *Journal of aging and physical activity*, *32*(3), 350–359. https://doi.org/10.1123/japa.2022-0450.

Volkers, K. M., & Scherder, E. J. (2011). Impoverished environment, cognition, aging and dementia. *Reviews in the neurosciences*, *22*(3), 259–266. https://doi.org/10.1515/RNS.2011.026.

Walker, J., Illingworth, C., Canning, A., Garner, E., Woolley, J., Taylor, P., & Amos, T. (2014). Changes in mental state associated with prison environments: a systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica, 129*(6), 427–436. https://doi.org/10.1111/acps.12221.

Wartna, B. S. J., El Harbachi, S., Van der Knaap, L. M., (2005). *Buiten behandeling Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelde*. WODC, Onderzoek en beleid 230.

Webb, E. L., Gencarelli, B. L., Khan, M., Chatha, K., Umpunjun, P., Kamath, S., Trundle, G., & Morris, D. J. (2025). Prevalence of types of adverse childhood experiences in forensic male patient populations: A systematic review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, *166*, 107503. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107503.

Weber, M., Baggio, S., Gonçalves, L. C., Nieuwbeerta, P., & Dirkzwager, A. J. E. (2022). Longitudinal trajectories of mental health problems and their association with reoffending in a Dutch pre-trial prison cohort. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 976832. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.976832.

Weijters, G., Rokven, J. J., & Verweij, S. (2018). *Monitor nazorg (ex-)gedetineerden – meting 5: Beschrijving van de problematiek van ex-gedetineerden en de relatie met recidive*. WODC. Cahier 2018-12.

Weijters, G., Verweij, S., Tollenaar, N., & Hill, J. (2019). *Recidive onder justitiabelen in Nederland. Verslag over de periode 2006*-2018. WODC. Cahier 2019-10.

Wensveen, M. (2020). *Eigen haard is goud waard? Een studie naar de woonsituatie, het verhuisgedrag en recidive van (ex-)gedetineerden.* Meijers-reeks.

Williams, B., Abraldes, R. (2007). Growing Older: Challenges of Prison and Reentry for the Aging Population. In: Greifinger, R. B. (eds) *Public Health Behind Bars.* Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-71695-4_5.

Yasrebi, F. M. (2025). *Perceptions of Sanctions and Their Effects: The Joint Effects of Subjective Sanction Severity and Perceived Procedural Justice on In-Prison Misconduct and Reoffending*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam. https://doi.org/10.5463/thesis.1036

Yang, Y., & Raine, A. (2009). Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: a meta-analysis. *Psychiatry Res. 174*, 81–88. https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2009.03.012.

Bijlage 1 Begeleidingscommissie

Voorzitter	
Dr. Erik Masthoff	Psychiater en bestuurder bij Fivoor en bijzonder hoogleraar forensische psychiatrie Universiteit Tilburg
Leden	
Mr. drs. F.A.M. (Eric) Bakker	Senior raadsheer Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, voorzitter Adviescollege Verloftoetsing tbs en voorzitter Afdeling rechtspraak bij de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ)
Mr. Esther Balledunks	Strategisch Adviseur Directie Forzo/JJI, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)
Dr. Joni Reef	Universitair docent criminologie en *research fellow* afdeling Criminologie aan de Universiteit van Leiden
Mr. Mohamed Riyani	Jurist gezondheidsrecht en beleidsambtenaar forensische zorg bij Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen, Ministerie van Justitie en Veiligheid

Verschuiving van leden gedurende het onderzoek

Martine Krekt (hoofd behandeling bij PPC PI Haaglanden) was aan de start van het onderzoek lid van de begeleidingscommissie. Helaas heeft zij door een verandering van werkzaamheden haar deelname aan de begeleidingscommissie moeten neerleggen. Joris Meeuwissen (Adviseur uitvoering, DJI) is wegens omstandigheden na de tweede begeleidingscommissie vervangen door Esther Balledunks.

Bijlage 2 Overzicht geïnterviewde personen

Behandelaren in tbs

Peter Braun	Clustermanager patiëntzorg LFPZ Pompestichting
Maaike van den Bremer	Hoofd behandeling Van der Hoeven Kliniek
Lisanne Breuer	Klinisch neuropsycholoog GGZ Eindhoven (de Woenselsepoort)
Johan Klumpenaar	Hoofd behandeling afdeling Sterreschans, FPC de Oostvaarderskliniek
Celine Fleskens	Maatschappelijk werker GGZ Eindhoven (de Woenselsepoort)
Lotte de Geus	GZ-Psycholoog Extramuraal Forensisch Team de Kijvelanden
Ronald Huiskes	Assistent hoofd behandeling Van der Hoeven Kliniek
Anneloes Huitema	Seksuologisch behandelaar Van der Hoeven Kliniek
Anke de Klerk	Klinisch psycholoog en behandelaar De Rooyse Wissel
Sophia Oostenbroek	GZ-psycholoog en behandelcoördinator Pompestichting
Suzanne Vermeer	GZ-psycholoog Van Mesdag Kliniek
Petra Voesenek	Psychotherapeut Pompestichting en langgestraften afdeling in PI Vught, lid landelijke werkgroep levenslanggestraften (tevens werkzaam in ppc)
Charles van der Weide	Teamleider en gezondheidszorgpsycholoog (onder andere bij van Mesdag Kliniek)

Behandelaren in ppc

Joline Buth	Behandelcoördinator en verpleegkundig specialist PPC Haaglanden
Michelle van Egmond	Behandelcoördinator en GZ-psycholoog PPC Haaglanden
Soumia El Fakir-El Kaddouri	Hoofd behandelaar en klinisch psycholoog Centrum voor Transculturele Psychiatrie (CTP) Veldzicht
Maram Hassoun	Basispsycholoog en PIOG PPC Haaglanden
Alex van Heemskerk	SVP'er PPC Haaglanden
Hannie Hover	PI Vught behandelcoördinator langgestraftenafdeling.
Simone Molengraaf	Behandelcoördinator en GZ-psycholoog PPC Haaglanden
Sjoerd Offerhaus	Psychiater PPC Zaanstad
Mariska van de Rijdt	Behandelcoördinator en GZ-psycholoog prepassantenafdeling PI Vught
Arjen Schoute	Hoofd behandeling PPC Haaglanden
Makram Shashtawy	Psycholoog PPC Zaanstad
Robert Wolting	Regiebehandelaar en verpleegkundig specialist GGZ PPC Zwolle

Overig

Esther Balledunks	Directie Individuele Zaken, Forensische Zorg JJI, specialistisch adviseur
Dennis de Jong	Directie Individuele Zaken, capaciteitsmanagement
Heleen Knijff	Coördinator IFZ (Indicatiestelling Forensische Zorg)
Jan-Jesse Lieftink	Tbs-advocaat, Bureau TBS Advocaten

Vera Vredeveld	Beleidsadviseur Van der Hoeven Kliniek
René Zomerschoe	Directie Individuele Zaken, team TBS

Bijlage 3 Topiclijst

1 Openingsvraag: Wat is jouw definitie van een lange gevangenisstraf?
2 Welke personen krijgen een lange gevangenisstraf en een tbs-maatregel opgelegd? Wat zijn hun:
   a Delicten
   b Voorgeschiedenis
   c Stoornissen
   d Verstandelijke vermogens
   e Mate van toerekeningsvatbaarheid
   f Leeftijd en gender

Problemen in kaart brengen

Detentieschade
3 Wat merken de deelnemers van detentieschade en/of andere problemen bij tbs-gestelden die een lange gevangenisstraf achter de rug hebben?
4 Wat zijn de effecten op de behandelbaarheid, de uitvoerbaarheid en de duur van de behandeling?
   a Welke factoren spelen een rol in de behandelbaarheid? (Bijvoorbeeld motivatie voor behandeling?)
   b Welke factoren spelen een rol op de uitvoerbaarheid? (Bijvoorbeeld een delictscenarioprocedure na 15 jaar, kan dat nog?)
   c Is er een effect op de behandelduur?
5 Ontstaan er neurologische of cognitieve veranderingen tijdens de detentie?
6 Hoe speelt dit door in de effectiviteit van de behandeling/behandelbaarheid van de tbs-gestelde?
   a Specifiek onderdeel van de tbs-behandeling?
   b Verschil met tbs-gestelden met een korte straf?
7 Ontstaan er psychische klachten tijdens de detentie? (bijvoorbeeld trauma door detentie/PTSS verschijnselen, ontstaan van depressie of angst gerelateerde klachten en/of suïcidale gedachten?)
8 Is er een verandering van al aanwezige psychische klachten?
   a Voor detentie aanwezige klachten verergerd?
   b Voor detentie aanwezige klachten verminderd?
9 Hoe speelt dit door in de effectiviteit van de behandeling/behandelbaarheid van de tbs-gestelde?
   a Specifiek onderdeel van de tbs-behandeling?
   b Verschil met tbs-gestelden met een korte straf?
10 Hoe hangt een lange gevangenis samen met het sociaal welzijn en het hebben van een vangnet? Bijvoorbeeld:
   a Nog contact met familie of vrienden?
   b In staat nieuwe connecties op te bouwen?
   c In welke mate nog geschikt voor de arbeidsmarkt?
11 Hoe speelt dit door in de effectiviteit van de behandeling/behandelbaarheid van de tbs-gestelde?
   a Specifiek onderdeel van de tbs-behandeling?
   b Verschil met tbs-gestelden met een korte straf?

Veroudering

12 Worden de bovenstaande vormen van detentieschade eventueel versterkt door de veroudering van de tbs-gestelden?
13 Is de tbs-behandeling zoals hij nu is vormgegeven toepasbaar voor oudere tbs-gestelden? Doen jullie dingen anders, afhankelijk van de leeftijd?
14 Is er een groot verschil in leeftijd tussen de langgestrafte tbs-gestelden en de kort/korter gestrafte tbs-gestelden?
15 In hoeverre speelt de leeftijd van een tbs-gestelde mee in het inschatten van het risico?
16 Zijn er extra obstakels bij oudere tbs-gestelden?

Behandelduur van tbs-gestelden met een korte vs lange gevangenisstraf

17 In jullie ervaring, duurt het langer om tbs-gestelden die lang in de gevangenis hebben gezeten te behandelen?
   a Zijn daar eventueel ook subgroepen denkbaar?

Oplossingen bedenken

Begin met een vrije brainstorm en een open vraag.

18 Heb je al nagedacht over eventuele oplossingen?
19 Als alles mogelijk was, wat was voor jou dan een ideale oplossing geweest?

Doornemen van de huidige juridische mogelijkheden

20 Ben je bekend met de procedure die wordt gevolgd nadat de rechter een advies heeft uitgebracht rondom eerdere plaatsing op grond van artikel 37b lid 2 Sr?
   a Wat ontbreekt hieraan?
   b Is er behoefte aan een uitgebreider kader?
21 Ben je bekend met de Fokkensregeling?
   a Voordelen?
   b Nadelen?
22 Eerder/elders starten met bepaalde aspecten van de tbs-behandeling?
   a Voor welke aspecten/onderdelen van de behandeling zou dat kunnen?
   b Wat zijn de vereisten om dit te laten slagen?
   c Knelpunten in eerdere pogingen?

Bijlage 4 Indeling indexdelicten

Ook pogingen, voorbereidingen, medeplegen en medeplichtigheid vallen onder de categorisering van onderstaande delicten.

1 Levensdelicten
- Dood door schuld (art. 307 Sr)
- Doodslag (art. 287 Sr)
- Doodslag met oogmerk zich het bezit van het wederrechtelijk verkregene te verzekeren (art. 288 Sr)
- Kinderdoodslag (art. 290 Sr)
- Medeplegen van doodslag, gevolgd door een strafbaar feit en gepleegd met het oogmerk om de uitvoering van dat feit voor te bereiden of gemakkelijk te maken
- Mishandeling met de dood tot gevolg (art. 303 lid 2 Sr)
- Moord (art. 289 Sr)

2 Overige geweldsdelicten
- Afpersing (art. 317 Sr)
- Bedreiging (art. 285-285d Sr)
- Diefstal met geweld (art. 312 Sr)
- Dwang (art. 284 Sr)
- Met geweld of bedreiging met geweld dwarsbomen vergadering regeringsraad (art. 95 Sr)
- Gijzeling (art. 282A Sr)
- In hulpeloze toestand achterlaten, met zwaar lichamelijk letsel tot gevolg (art. 257 Sr)
- Mensenhandel (art. 273F Sr)
- Mensenroof (art. 278 Sr)
- Mishandeling (art. 300-304 Sr)
- Mishandeling met zwaar lichamelijk letsel als gevolg (art. 302 Sr)
- Mishandeling van een ambtenaar in functie (art. 304 lid 2 Sr)
- Ontvoering (art. 279 Sr)
- Openlijke geweldpleging (art. 141 Sr)
- Opzettelijk iemand van zijn vrijheid beroven en beroofd houden (282 Sr)
- Stalking (art. 285B Sr)
- Terrorisme (oa 134a Sr)
- Vrijheidsberoving (art. 282 Sr)
- Wederspannigheid (met geweld tegen een aanhouding verzetten; art. 180 Sr en 181 Sr)
- Zwaar lichamelijk letsel door schuld (art. 308 Sr)

3 Vermogensdelicten
- (Winkel)diefstal zonder geweld (door middel van braak/inklimming, met behulp van valse sleutel; art. 310 & 311 Sr)
- Bijstandsfraude
- Gebruik valse bankbiljetten
- Oplichting (art. 326, 345 Sr)
- Opzetheling (verkoop van gestolen goed met medeweten; art. 416Sr)
- Schuldheling (verkoop van gestolen goederen, had kunnen weten gestolen; art. 417 Sr)

- Valsheid in geschrifte (art. 225/230/231 Sr)
- Verduistering (art. 321 Sr)

4 Zedendelicten
- Aanranding (art. 246 Sr)
- Bedreiging met verkrachting
- Feitelijke aanranding van de eerbaarheid (art. 246 Sr)
- In bezit hebben van afbeelding of gegevensdrager met afbeelding seksuele gedraging onder 18 jaar (art. 240B Sr)
- Ontucht met aan zijn zorg toevertrouwde minderjarige (art. 249 Sr)
- Ontucht met een minderjarige (art. 248 Sr)
- Ontucht met iemand die in lichamelijke onmacht verkeert (art. 247 Sr)
- Ontucht met weerloos persoon
- Ontuchtige handelingen met iemand beneden de leeftijd van zestien jaar
- Wraakporno (oud art. 139h Sr, art. 254ba Sr)
- Schennispleging (art. 239/240/240a Sr)
- Seksueel binnendringen lichaam iemand in leeftijd beneden de twaalf jaar
- Seksueel binnendringen lichaam iemand van ouder dan twaalf en jonger dan zestien jaar (art. 245/248 Sr)
- Verkrachting (art. 242/243 Sr)
- Verkrachting van een persoon beneden de twaalf jaar (oud art. 244 sr)
- Verkrachting weerloos slachtoffer (oud art. 243 Sr)
- Voortgezette handeling van verkrachting

5 Brandstichting
- Brandstichting met gevaar voor goederen, opzet (art. 157 lid 1 Sr)
- Brandstichting met gevaar voor personen, opzet (art. 157 lid 2Sr)
- Brandstichting met dood ten gevolge (art. 157 lid 3 Sr)
- Brandstichting, terwijl daar gemeen gevaar voor personen/goederen te duchten is, schuld (158 Sr)

6 Overig
- Aantasting persoonlijke integriteit (belaging, vorm van stalking)
- Afbeeldingen maken, niet zijnde seksueel (art. 139f Sr)
- Alle bijzondere wetten (Wwm, Wvw, Opiumwet, et cetera)
- Belediging (art. 267 Sr)
- Computervredebreuk (art. 138AB Sr)
- Deelname aan een organisatie die als oogmerk heeft het plegen van misdrijven (art. 140Sr)
- Discriminatie (art. 137c Sr)
- Drugssmokkel
- Een lijk begraven met het oogmerk om het feit of de oorzaak van het overlijden te verhelen (art. 151 Sr)
- Huisvredebreuk (art. 138 Sr)
- In hulpeloze toestand achterlaten (art. 255 Sr)
- Joyriding
- Misdrijven tegen openbaar gezag (hulp bij ontvluchting)
- Openbare dronkenschap
- Opgeven valse naam
- Opzettelijk een valse verklaring onder ede afleggen
- Radio-elektrische zendinrichting aanwezig hebben in de gevallen waarin dit verboden is

- Rustverstoring (art. 142 Sr)
- Schending geheimhoudingsplicht (art. 273 Sr)
- Smaad/laster/belediging (art. 261-270 Sr)
- Straatschenderij (vorm van baldadigheid, art. 184 Sr)
- Vernieling (art. 161/170/350 Sr)
- Vervalsing (art. 360 Sr)
- Verzending/plaatsing nep-explosief (art. 142a Sr)
- Vondeling leggen (art. 256-260 Sr)
- Wapenbezit (Wwm 26)
- Zwartrijden

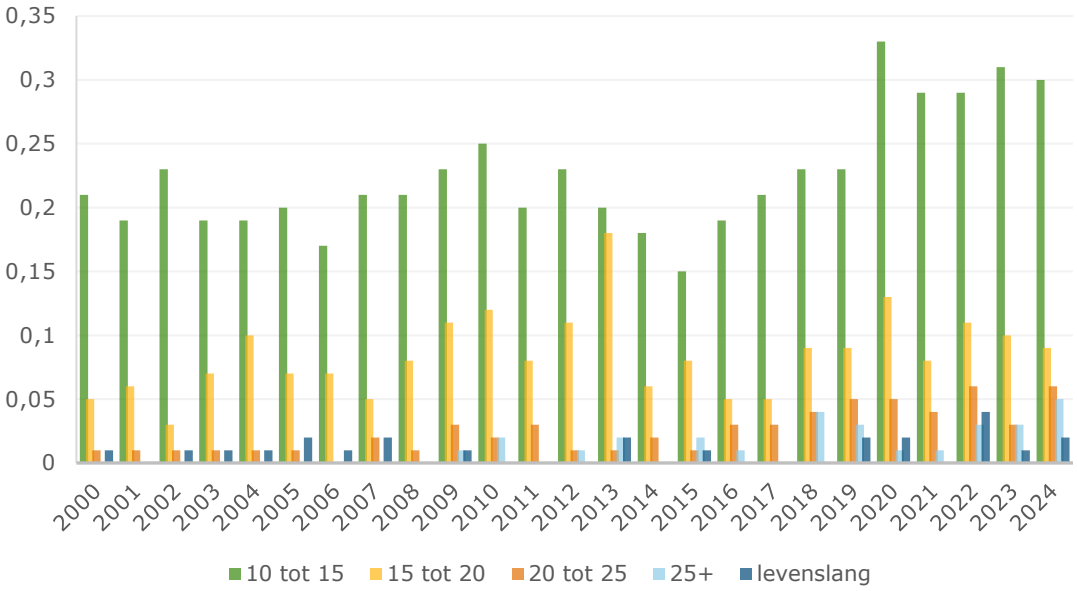
Bijlage 5 Totaal aantal opgelegde gevangenisstraffen

Tabel B5.1 Overzicht duur en aantal opgelegde gevangenisstraffen (al dan niet gecombineerd met tbs), 2000 t/m 2024

Jaar	0-5 jaar		5-10 jaar		10-15 jaar		15-20 jaar		20-25 jaar		25 jaar of langer		Levenslang		Totaal
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
2000	31.022	98,87	265	0,84	66	0,21	15	0,05	4	0,01	0	0,00	3	0,01	31.375
2001	30.373	98,65	335	1,09	59	0,19	17	0,06	3	0,01	0	0,00	1	0,00	30.788
2002	33.538	98,68	350	1,03	77	0,23	11	0,03	5	0,01	0	0,00	5	0,01	33.986
2003	36.987	98,51	450	1,20	73	0,19	28	0,07	4	0,01	0	0,00	3	0,01	37.545
2004	33.370	98,38	442	1,30	64	0,19	33	0,10	5	0,01	0	0,00	4	0,01	33.918
2005	28.925	98,38	386	1,31	58	0,20	20	0,07	4	0,01	0	0,00	7	0,02	29.400
2006	25.512	98,77	251	0,97	44	0,17	17	0,07	1	0,00	1	0,00	3	0,01	25.829
2007	23.891	98,67	247	1,02	52	0,21	13	0,05	5	0,02	0	0,00	5	0,02	24.213
2008	23.502	98,47	291	1,22	50	0,21	20	0,08	3	0,01	0	0,00	1	0,00	23.867
2009	22.316	98,55	241	1,06	53	0,23	24	0,11	7	0,03	2	0,01	2	0,01	22.645
2010	21.067	98,35	266	1,24	53	0,25	25	0,12	5	0,02	4	0,02	1	0,00	21.421
2011	22.296	98,39	296	1,31	45	0,20	17	0,08	6	0,03	0	0,00	0	0,00	22.660
2012	23.483	98,40	295	1,24	54	0,23	27	0,11	2	0,01	2	0,01	1	0,00	23.864
2013	24.736	98,49	273	1,09	51	0,20	44	0,18	3	0,01	5	0,02	4	0,02	25.116
2014	24.310	98,79	232	0,94	45	0,18	15	0,06	5	0,02	1	0,00	0	0,00	24.608
2015	24.314	98,93	197	0,80	38	0,15	20	0,08	2	0,01	4	0,02	3	0,01	24.578
2016	23.444	98,80	219	0,92	44	0,19	12	0,05	6	0,03	2	0,01	1	0,00	23.728
2017	23.604	98,69	243	1,02	50	0,21	13	0,05	7	0,03	0	0,00	1	0,00	23.918
2018	23.032	98,52	249	1,07	54	0,23	22	0,09	9	0,04	10	0,04	1	0,00	23.377
2019	23.617	98,45	272	1,13	55	0,23	22	0,09	13	0,05	6	0,03	4	0,02	23.989
2020	19.490	98,12	267	1,34	66	0,33	25	0,13	10	0,05	1	0,01	4	0,02	19.863
2021	19.905	98,17	285	1,41	58	0,29	17	0,08	8	0,04	3	0,01	0	0,00	20.276

Jaar	0-5 jaar		5-10 jaar		10-15 jaar		15-20 jaar		20-25 jaar		25 jaar of langer		Levenslang		Totaal
2022	21.144	97,90	338	1,57	63	0,29	24	0,11	13	0,06	7	0,03	8	0,04	21.597
2023	22.863	98,19	311	1,34	72	0,31	23	0,10	7	0,03	7	0,03	2	0,01	23.285
2024	22.131	97,93	350	1,55	68	0,30	21	0,09	13	0,06	12	0,05	4	0,02	22.599
Totaal	**772.626**	**98,54**	**8.874**	**1,13**	**1.663**	**0,21**	**574**	**0,07**	**156**	**0,02**	**67**	**0,01**	**77**	**0,01**	**784.037**

Figuur B5.1 Overzicht relatieve aandeel lange gevangenisstraffen op het totaal aantal opgelegde gevangenisstraffen (niet gecombineerd met tbs), 2000-2024



Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum

Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum (WODC), Kennisinstituut voor de rechtsstaat, is een onafhankelijk kennisinstituut dat valt onder het ministerie van Justitie en Veiligheid. Het WODC draagt bij aan behoud en verbetering van de rechtsstaat via het (laten) uitvoeren van kwalitatief hoog wetenschappelijk onderzoek. En door het aanbieden van gevraagde en ongevraagde kennis, verbeterpunten en (waar mogelijk) denkrichtingen.

Voor meer informatie, bezoek www.wodc.nl