Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum

Monitor Continuïteit van zorg

De aansluiting tussen forensische zorg en reguliere zorg

Cahier 2026-12

P.D. Statsch
A.M. Burger
K.H. Drieschner
C.H. de Kogel

Monitor Continuïteit van zorg

De aansluiting tussen forensische zorg en reguliere zorg

Cahier 2026-12

P. D. Statsch
A. M. Burger
K. H. Drieschner
C. H. de Kogel

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 **13**
1.1 Aanleiding tot het onderzoek 13
1.2 Forensische zorg en reguliere zorg in Nederland 15
1.3 Eerder onderzoek naar de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg 19
1.3.1 Programma Continuïteit van zorg 19
1.3.2 Mind the Gap 20
1.3.3 Prestatie-indicator 'Continuïteit van zorg' 20
1.3.4 Monitoring door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) 21
1.3.5 Forensische zorg en gemeentelijke zorg 21
1.3.6 Conclusie 22
1.4 De Monitor Continuïteit van zorg: toegevoegde waarde nu en in de toekomst 22
1.5 Onderzoeksvragen 23
1.6 Leeswijzer 24

2 Data en methoden **25**
2.1 Inleiding 25
2.2 Databronnen 25
2.2.1 Forensische zorg en detentie 25
2.2.2 Zorgverzekeringswet (Zvw) 26
2.2.3 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 26
2.2.4 Wet langdurige zorg (Wlz) 27
2.2.5 Gedwongen zorg (artikel 2.3 Wfz, Wvggz, Wzd) 27
2.3 Toegang tot data en dataveiligheid 27
2.4 Databewerking 28
2.4.1 Reconstructie forensische zorgtrajecten 28
2.4.2 Opschonen en bewerken van reguliere zorgdatabestanden 29
2.4.3 Samenvoegen van bestanden 30
2.5 Bepalen van zorgepisoden, zorgtrajecten en tijdsvensters 30
2.5.1 Zorg- of detentie episode 30
2.5.2 Zorgtraject 30
2.5.3 Tijdsvenster 31

3 Kenmerken van forensische zorgtrajecten **33**
3.1 Inleiding 33
3.2 Beschrijving populatie 33
3.3 Meest voorkomende zorgtrajecten 33
3.4 Belangrijkste bevindingen 34

4 Reguliere zorg voor aanvang van forensische zorg **35**
4.1 Inleiding 35
4.2 Reguliere zorg voorafgaand aan forensische zorg 35
4.3 Reguliere zorg voorafgaand aan forensische zorg, uitgesplitst naar initiële forensische zorgsetting 36
4.3.1 Reguliere zorg voor instroom in klinische forensische zorg 37

4.3.2	Reguliere zorg voor instroom in forensische verblijfszorg	37
4.3.3	Reguliere zorg voor instroom in ambulante forensische zorg	38
4.3.4	Reguliere zorg voor instroom in forensische zorg in een PPC	39
4.3.5	Reguliere zorg voor instroom in ambulante forensische zorg in detentie	40
4.4	Belangrijkste bevindingen	41
5	**Reguliere zorg tijdens forensische zorg**	**43**
5.1	Inleiding	43
5.2	Reguliere zorg tijdens verschillende typen forensische zorg	44
5.3	Reguliere zorg over de tijd tijdens forensische zorg	44
5.4	Reguliere zorg tijdens forensische zorg, uitgesplitst naar initiële forensische zorgsetting	47
5.4.1	Reguliere zorg tijdens forensische zorg na initiële instroom in klinische forensische zorg	48
5.4.2	Reguliere zorg tijdens forensische zorg na initiële instroom in forensische verblijfszorg	48
5.4.3	Reguliere zorg tijdens forensische zorg na initiële instroom in ambulante forensische zorg	49
5.4.4	Reguliere zorg tijdens forensische zorg na initiële instroom in forensische zorg in een PPC	50
5.4.5	Reguliere zorg tijdens forensische zorg, na initiële instroom in ambulante forensische zorg in detentie	51
5.5	Belangrijkste bevindingen	52
6	**Reguliere zorg na afloop van forensische zorg**	**54**
6.1	Inleiding	54
6.2	Zorg na uitstroom uit de forensische zorg	54
6.3	Zorg na uitstroom uit verschillende forensische zorgsettings	56
6.3.1	Reguliere zorg na uitstroom uit klinische forensische zorg	57
6.3.2	Reguliere zorg na uitstroom uit forensische verblijfszorg	57
6.3.3	Reguliere zorg na uitstroom uit ambulante forensische zorg	58
6.3.4	Reguliere zorg na uitstroom uit forensische zorg in een PPC	59
6.3.5	Reguliere zorg na uitstroom uit ambulante forensische zorg in detentie	60
6.4	Belangrijkste bevindingen	61
7	**Discussie**	**63**
7.1	Introductie	63
7.2	Sterke punten en kanttekeningen	63
7.3	Aansluiting met reguliere zorg: voorafgaand, tijdens en na afloop van forensische zorg	65
7.3.1	Reguliere zorg voor aanvang forensische zorg: een oproep tot meer preventie	65
7.3.2	Reguliere zorg tijdens forensische zorg: een opmerkelijke overlap	66
7.3.3	Reguliere zorg na uitstroom: duidelijke verschillen per uitstroomsetting	67
7.3.4	Zorgbehoefte na uitstroom: een problematische black box	68
7.3.5	Verwevenheid van forensische en reguliere zorg: verdere opvallende bevindingen	69
7.4	Voortzetten van de Monitor Continuïteit van zorg	70
7.5	Conclusies	71
Summary		**75**
Literatuur		**80**

Bijlage 1 Samenstelling Begeleidingscommissie 82

Bijlage 2 Overzicht van zorgtypen en verdere informatie binnen de monitor 83

Bijlage 3 Figuren uit hoofdstuk 4 84

Bijlage 4 Figuren uit hoofdstuk 5 85

Bijlage 5 Figuren uit hoofdstuk 6 88

Afkortingen

BSN	Burgerservicenummer
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CJIB	Centraal Justitieel Incassobureau
DBC	Diagnose-behandelcombinatie
DForZo/JJI	Directie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen (DJI)
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
FCS	Facturatie Controle Systeem
Ggz	Geestelijke gezondheidszorg
Ifzo	Informatiesysteem forensische zorg
JenV	Ministerie van Justitie en Veiligheid
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OBJD	Onderzoeks-en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie van het WODC
OM	Openbaar Ministerie
OMZIS	Openbaar Ministerie zorginformatiesysteem
PBN	Plaatsingsbesluitnummer, uniek nummer dat gekoppeld is aan het plaatsingsbesluit dat ten grondslag ligt aan de toekenning van forensische zorg
PI	Penitentiaire inrichting
PPC	Penitentiair psychiatrisch centrum
RePaD	Informatiesysteem Realisatie en Patiëntenstromen
SJDS	Versleuteld identificatienummer in het Justitieel Documentatie Systeem
SKN	Strafrechtketennummer, uniek nummer dat wordt gekoppeld aan een identiteit en dat van belang is bij de bepaling of een persoon al eerder in aanraking is geweest met Justitie
TULP	Registratiesysteem voor het gevangeniswezen *Ten Uitvoer Legging Penitentiaire beschikkingen*
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wfz	Wet forensische zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wvggz	Wet verplichte ggz
Wzd	Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten
Zvw	Zorgverzekeringswet

Samenvatting

Maatschappelijk belang

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, zorg aan verstandelijk beperkten en verslavingszorg aan volwassenen in een strafrechtelijk kader. Het gaat dan om zorg aan personen met een strafrechtelijke titel, zoals een straf of een strafrechtelijke maatregel. Onder reguliere zorg worden in dit onderzoek verstaan dezelfde typen zorg maar dan ontvangen op basis van vrijwilligheid of op basis van een civielrechtelijke titel (in het geval van gedwongen zorg). De continuïteit tussen forensische zorg en reguliere zorg is een aanhoudend focuspunt dat ook in de geschiedenis van de Wet forensische zorg veel aandacht heeft gekregen. Het verbeteren van de continuïteit tussen strafrechtelijke en civiele zorg is een van de hoofddoelen van de Wet forensische zorg. Met name reguliere vervolgzorg na forensische zorg heeft daarbij de aandacht. De gedachte is dat wanneer na afloop van forensische zorg nog een zorgbehoefte bestaat, reguliere vervolgzorg niet alleen kan bijdragen aan verder herstel maar ook effect kan hebben op de preventie van crimineel gedrag en recidive. Een goede aansluiting met vervolgzorg draagt naar verwachting ook bij aan de re-integratie van forensische patiënten in de samenleving. Om de uitstroom uit de forensische zorg verantwoord te laten plaatsvinden is in veel gevallen reguliere vervolgzorg vanuit de ggz en/of ondersteuning vanuit gemeenten nodig.

Hoewel het belang van continuïteit tussen forensische en reguliere zorg breed erkend wordt, is er ondanks veelzijdige eerdere pogingen cijfermatig weinig bekend over de mate van aansluiting met reguliere zorg voor aanvang van, tijdens en na afloop van forensische zorg. Om hierin meer inzicht te krijgen ontwikkelt het WODC een Monitor Continuïteit van zorg waarbij gegevens over forensische zorgtrajecten worden gekoppeld met gegevens over reguliere zorg. In het kader van deze Monitor worden verschillende projecten uitgevoerd. In dit rapport bieden we een eerste algemeen beeld.

Doel

Het doel van dit eerste onderzoek van de Monitor Continuïteit van zorg is een overzicht te bieden over de manier waarop en de frequentie waarmee forensische zorg en reguliere zorg in de tijd op elkaar aansluiten. Het onderzoek laat daarbij zien dat het technisch en organisatorisch mogelijk is om gegevens over forensische en reguliere zorg op patiënt-niveau te koppelen en over de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg te rapporteren. Het onderzoek rapporteert op grote lijnen over de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg en legt daarmee de basis voor toekomstig onderzoek dat in kan gaan op de specifieke deelonderwerpen en vraagstukken die dit onderwerp rijk is. Ook worden daarbij mogelijke beperkingen duidelijk. Uiteindelijk kan dit onderzoek daarmee een bijdrage leveren aan het verbeteren van de continuïteit van forensische en reguliere zorg voor de groep personen die behoefte hieraan heeft.

Methoden

In de Monitor Continuïteit van zorg worden registratiegegevens van de verschillende zorgstelsels op persoonsniveau gecombineerd. Het gaat daarbij om declaratiegegevens op basis waarvan het mogelijk is om de geleverde zorg te reconstrueren. Naast gegevens over forensische zorg zijn gegevens uit drie reguliere zorgstelsels betrokken: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Omdat veel forensische zorgtrajecten ook periodes in detentie omvatten, brengen we die episoden ook in beeld in het onderzoek.

Door op patiënt-niveau gegevens uit de verschillende stelsels te koppelen kunnen we een beeld geven van de aansluiting tussen deze stelsels in de tijd, voorafgaand aan, tijdens en na afloop van forensische zorg. Het gekoppelde databestand bevat een overzicht op persoonsniveau van de verschillende zorg- of detentie-episoden die forensische patiënten hebben meegemaakt. Op basis daarvan worden zorgtrajecten gereconstrueerd. Een traject bestaat hierbij uit een of meerdere episoden van zorg en/of detentie die in de tijd op elkaar aansluiten. Als de tijdsduur tussen het einde van de ene en de start van de volgende episode niet meer dan 28 dagen bedraagt beschouwen we die episoden als onderdelen van eenzelfde zorg- of detentietraject.

Specifiek wordt een overzicht gegeven over zorgtrajecten van personen die op enig moment forensische zorg hebben ontvangen in de periode 2015 tot en met 2021 – de periode waarbinnen uit alle betrokken zorgstelsels voor het onderzoek geschikte gegevens beschikbaar zijn. Om de zorgtrajecten in kaart te brengen, worden (declaratie)gegevens over forensische zorg en detentie gecombineerd met declaratiegegevens vanuit de Zvw, Wmo en Wlz. De koppeling en analyse van alle gegevens vindt plaats in de microdata-omgeving van het CBS.

Resultaten

Kenmerken van forensische zorgtrajecten

In de periode 2015-2021 ontvingen 54.535 personen op enig moment forensische zorg. In totaal konden voor deze 54.535 unieke personen 69.275 zorgtrajecten met forensische zorg worden geïdentificeerd. 79% van de populatie heeft slechts een enkel zorgtraject met forensische zorg doorlopen. De grootste groep van deze zorgtrajecten bestaan enkel uit ambulante forensische zorg, waarbij geen andere forensische of reguliere zorg geleverd wordt en ook geen detentie voorkomt (44% van alle trajecten). De overige trajecten met forensische zorg nemen veel verschillende vormen aan en kunnen meerdere transities tussen ambulante forensische zorg, forensische verblijfszorg, klinische forensische zorg, detentie met of zonder zorg en verschillende typen reguliere zorg omvatten.

Reguliere zorg voorafgaand aan forensische zorg

Voor 36% van de patiënten die initieel instromen in forensische zorg geldt dat zij in het jaar voorafgaand aan die instroom op enig moment reguliere zorg ontvingen. Voor 20% van de patiënten geldt dat zij ook in de maand voorafgaand aan instroom in forensische zorg reguliere zorg ontvingen. Het gaat veelal om gespecialiseerde ggz vanuit de Zvw of ondersteuning van de gemeente op basis van de Wmo. De prevalentie van reguliere zorg voorafgaand aan instroom in forensische zorg verschilt

sterk per forensische instroomsetting. Van de patiënten die instromen in klinische forensische zorg of forensische zorg in een PPC hebben er in het jaar voorafgaand aan forensische zorg relatief veel reguliere zorg ontvangen (respectievelijk 40% en 53%). Van patiënten die instromen in forensische verblijfszorg, ambulante forensische zorg of ambulante forensische zorg in een PI ontvingen er minder in het jaar daaraan voorafgaand reguliere zorg (respectievelijk in 34%, 35% en 19% van de trajecten).

Reguliere zorg tijdens forensische zorg

De onderzoeksgegevens laten zien dat reguliere zorg regelmatig gelijktijdig plaatsvindt met forensische zorg. In een periode van twee jaar na initiële instroom in forensische zorg zien we dat 28% van de personen op enig moment gelijktijdig forensische zorg en reguliere zorg ontvangt. Het gaat ook hier met name om specialistische ggz en ondersteuning vanuit de gemeente. Reguliere zorg vindt met name plaats tijdens forensische zorg in een PPC, ambulante forensische zorg of forensische verblijfszorg (respectievelijk in 36%, 29% en 27% van de trajecten met dat zorgtype), en minder vaak gelijktijdig met klinische forensische zorg of ambulante forensische zorg in een PI (respectievelijk 19% en 11%).

Gelijktijdige reguliere zorg komt met name voor kort na instroom in en kort voor uitstroom uit forensische zorg. Wanneer patiënten bij instroom in forensische zorg reguliere zorg ontvangen, is dit waarschijnlijk in de meeste gevallen een vervolg van zorg die al eerder was opgestart. Reguliere zorg kort voor uitstroom uit forensische zorg wordt vermoedelijk opgestart met het oog op de overdracht naar reguliere zorg na afloop van het forensisch kader. Buiten deze begin- en eindfasen van forensische zorg komt gelijktijdig gebruik van forensische zorg en reguliere zorg slechts in gemiddeld 7-10% van de trajecten voor.

Reguliere zorg na afloop van forensische zorg

Binnen een jaar na uitstroom uit de forensische zorg ontvangt 35% van de patiënten op enig moment reguliere zorg. Het gaat daarbij in de meeste gevallen om specialistische ggz vanuit de Zvw (25% van de patiënten) of ondersteuning vanuit de gemeente vanuit de Wmo (16% van de patiënten). Als mensen in het jaar na uitstroom reguliere zorg ontvangen, vindt deze aansluiting in de meeste gevallen al plaats voorafgaand aan de uitstroom of in de week na uitstroom uit forensische zorg (22% van de eerdergenoemde 35%) – in de maanden daaropvolgend vindt de overige 13% (van de 35%) van de patiënten alsnog zijn weg naar de reguliere zorg.

Het percentage patiënten dat in het jaar na uitstroom uit forensische zorg reguliere zorg ontvangt verschilt sterk per uitstroomsetting. Voor patiënten die uitstromen uit klinische forensische zorg, forensische verblijfszorg of forensische zorg in een PPC ligt dit percentage hoger (respectievelijk 46%, 55% en 46% binnen één jaar) dan voor patiënten die uitstromen uit ambulante forensische zorg of ambulante forensische zorg in detentie (respectievelijk 32% en 20%).

Er is geen betrouwbare informatie over de eventueel resterende zorgbehoefte van patiënten aan het eind van de forensische zorg. Daardoor is het niet mogelijk te beoordelen of de reguliere zorg (dan wel het ontbreken daarvan) na uitstroom uit forensisch kader passend en toereikend is ten opzichte van de resterende zorgvraag.

Discussie en conclusies

Dit rapport vanuit de Monitor Continuïteit van zorg van het WODC biedt de eerste cijfermatige beschrijving van de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg voorafgaand aan, tijdens en na afloop van forensische zorg. Wat betreft de reguliere zorg is bovendien een uitsplitsing gemaakt naar ggz op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw), ondersteuning door gemeenten op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en langdurige zorg op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz). Daarmee biedt dit onderzoek een unieke cijfermatige inkijk in het fenomeen continuïteit van zorg op landelijk niveau. Op basis van het onderzoek formuleren wij de onderstaande conclusies.

1 Gegevens laten verwevenheid tussen forensische en reguliere zorg zien.

Een derde van de patiënten heeft in het jaar voor instroom in de forensische zorg reguliere zorg ontvangen, een derde in het jaar na uitstroom uit de forensische zorg, en ruim een kwart tijdens de forensische zorg. De verwevenheid benadrukt het belang van domein-overstijgende samenwerking tussen forensische zorg, reguliere zorg en gemeenten. Want bij elke overgang tussen forensische en reguliere zorg moet de continuïteit van de zorg – tijdigheid en passendheid bij zorgbehoefte en eventuele beveiligingsnoodzaak – worden gewaarborgd. Tegelijk zien we ook dat het samenspel tussen forensische zorg en reguliere zorg en gemeenten kwetsbaar is. Continuïteit van zorg kent genoeg uitdagingen zoals praktische coördinatie, het omgaan met verschillende zorgculturen, en kennis van verschillende systemen van financiering en verschillende juridische contexten, maar ook zorgmijding bij een deel van de personen die zorg nodig hebben en risicovol gedrag laten zien.

2 Reguliere zorg voorafgaand aan forensische zorg – kansen voor preventie.

Hoewel aan een flink deel van de forensische zorgtrajecten reguliere zorg voorafgaat, is dat bij een eveneens substantieel deel niet het geval, terwijl het wel aannemelijk is dat een deel van de patiënten ernstige onbehandelde stoornissen had. Investering in inzet op domein-overstijgende preventie in de maatschappij met initiatieven als bemoeizorg en levensloopaanpak kan mogelijk helpen om latere materiële en immateriële kosten te besparen.

3 Reguliere zorg gelijktijdig met forensische zorg komt vooral voor in de start- of eindfase van forensische zorg.

Als een patiënt gelijktijdig met forensische zorg ook reguliere zorg ontvangt is dit meestal in de beginfase en/of de eindfase van de forensische zorg. Vermoedelijk gebeurt dit met het oog op overdracht van de zorg tussen de zorgaanbieders. We zien dit als positieve indicatie dat er, ondanks bekende knelpunten zoals bijvoorbeeld problemen met de gegevensuitwisseling tussen forensische en reguliere zorgaanbieders, aan een goede aansluiting tussen forensische en reguliere zorg gewerkt wordt.

4 Vervolgzorg na forensische zorg is het vaakst specialistische ggz of ondersteuning door gemeenten.

Wanneer aansluitend op de forensische zorg reguliere zorg plaatsvindt, gaat het in de meeste gevallen om specialistische ggz vanuit de Zvw of ondersteuning vanuit de

Wmo. Het meest komt reguliere vervolgzorg voor in het jaar na uitstroom uit klinische forensische zorg, verblijfszorg of zorg in een PPC en het minst na ambulante forensische zorg en ambulante zorg in een PI. Het is met de beschikbare gegevens niet te achterhalen, of de vervolgzorg ook aansluit bij de zorgbehoefte en eventuele beveiligingsnoodzaak van de patiënt.

5 Ketenbreed onderzoek naar aansluiting tussen forensische en reguliere zorg is mogelijk en moet worden voortgezet.

Het onderzoek laat zien dat het technisch en organisatorisch mogelijk is om gegevens over forensische en reguliere zorg op patiënt-niveau te koppelen en keten- en populatiebreed over de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg te rapporteren. Op hoofdlijnen geeft dit rapport een overzicht aansluiting tussen de forensische zorg en de reguliere zorg in Nederland. Door het ontwikkelen van de Monitor Continuïteit van zorg door het WODC, is het mogelijk om vele verdiepende vragen in de toekomst verder te onderzoeken en daarmee bij te dragen aan het verbeteren van de continuïteit tussen forensische en reguliere zorg. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat de Monitor Continuïteit van zorg in de toekomst structureel verder kan worden ontwikkeld en benut.

6 Betrouwbare registratie van zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak bij einde forensische zorg is van groot belang voor beleid, praktijk en wetenschappelijk onderzoek.

Een belangrijke beperking aan de mogelijkheid voor onderzoek naar continuïteit van zorg is dat niet op individuele basis betrouwbaar wordt geregistreerd of een patiënt na afloop van forensische zorg (bij het einde van de strafrechtelijke titel) nog een resterende zorgbehoefte en eventuele beveiligingsnoodzaak heeft. Daardoor is bijvoorbeeld op basis van de bestaande gegevens niet vast te stellen of het passend is dat een groot deel van de patiënten na afloop van forensische zorg geen aansluitende reguliere zorg ontvangt en of patiënten die wel vervolgzorg ontvangen zorg krijgen die past bij de zorgbehoefte en eventuele beveiligingsnoodzaak.

De Minister van Justitie en Veiligheid draagt de verantwoordelijkheid voor het forensische zorgstelsel. Om te kunnen voldoen aan deze verantwoordelijkheid om zorg te dragen voor een doelmatige en doelgerichte inzet van forensische zorg, is het essentieel om de resterende zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak bij uitstroom uit forensische zorg (per patiënt) betrouwbaar te registreren. Ook voor patiënten en voor het werk van beleidsmakers, zorgverleners in de forensische en reguliere zorg, gemeenten, het ministerie van VWS, en wetenschappelijke onderzoekers zijn deze gegevens belangrijk. Bijvoorbeeld om een inschatting te kunnen maken van de aard en omvang van benodigde vervolgzorg. We bevelen daarom aan om voor een betrouwbare registratie van de resterende zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak van patiënten te zorgen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding tot het onderzoek

Sinds 2019 regelt de Wet forensische zorg (Wfz) de organisatie en inkoop van forensische zorg voor volwassenen in Nederland. Onder forensische zorg valt de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijke gehandicaptenzorg in een strafrechtelijk kader. Het overkoepelende doel van (de Wet) forensische zorg is het bevorderen van het herstel van de patiënt en de verkleining van het recidiverisico ten behoeve van de veiligheid van de samenleving (art 2.1 lid 1 Wfz). Om dit overkoepelende doel te kunnen bereiken, heeft de wetgever onder andere als subdoel gesteld om de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg te verbeteren (*Kamerstukken II* 2009/10, 32 398, nr. 3). Het belang van een goede aansluiting tussen forensische en reguliere zorg, als onderdeel van continuïteit van zorg, voor het welzijn van de (forensische) patiënt, diens maatschappelijk functioneren en het verminderen van het risico op recidive worden breed erkend (zie bijv. Adair et al., 2005, Bangma et al., 2017, De Vogel et al., 2019).

Het doel om de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg te verbeteren vestigt de aandacht op het feit dat forensische zorg niet in een vacuüm wordt verleend. Ook reguliere zorg[1] speelt een rol in het leven van veel forensische patiënten. Patiënten die forensische zorg ontvangen als deel van een opgelegde straf of maatregel, kunnen een zorgverleden in de reguliere zorg hebben, gericht op het verbeteren of stabiliseren van hun mentaal welzijn. Na afloop van de forensische titel kan een behandeling, gericht op nog bestaande zorgbehoeften, in de reguliere zorg worden opgepakt. Tot slot kunnen patiënten tegelijk met forensische zorg reguliere zorg ontvangen, bijvoorbeeld maatschappelijke opvang of begeleiding. In alle drie de situaties kan reguliere zorg ook bijdragen aan de hoofddoelen van de Wfz, het bevorderen van het herstel van de patiënt en recidivevermindering. In alle drie de situaties is in het kader van het eerdergenoemde streven naar continuïteit van zorg, een goede aansluiting tussen forensische en reguliere zorg van belang. Onder aansluiting verstaan we:
1) Doorlopende zorg waarbij forensische zorg en reguliere zorg in de tijd op elkaar aansluiten; 2) Zorg die aansluit bij de zorgbehoeften van de betrokkene. Voor het onderhavige onderzoek beschikken we over gegevens over aansluiting in de tijd, maar niet over gegevens over aansluiting bij de zorgbehoefte. In dit rapport ligt de focus op zorg. Naast zorg kan ook beveiliging nodig zijn. Bij zorg aan forensische patiënten vormt beveiliging vaak een geïntegreerd onderdeel van de zorg. In dit rapport wordt niet specifiek over beveiligingsnoodzaak als onderdeel van de zorg gerapporteerd. Wel wordt in de hoofdstuk 7 aandacht besteed aan het belang ervan in het kader van continuïteit van zorg voor (voormalige) forensische patiënten.

Vanuit maatschappelijk oogpunt is het belangrijk om beter zicht te krijgen op de aansluiting van forensische en reguliere zorg. Reguliere zorg of ondersteuning op momenten waar een noodzaak tot zorg bestaat kan immers bijdragen aan het herstel van de patiënt, de preventie van crimineel gedrag en recidive, en het verbeteren van de veiligheid van de samenleving. Ook voor het doel van een succesvolle re-integratie van forensische patiënten in de samenleving speelt aansluiting tussen forensische en

[1] Onder reguliere zorg wordt in dit onderzoek verstaan geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, verstandelijke gehandicaptenzorg en maatschappelijke zorg, die mensen vrijwillig of op basis van een civielrechtelijke titel (in geval van gedwongen zorg) ontvangen.

reguliere zorg een grote rol. Om de uitstroom uit de forensische zorg verantwoord te laten plaatsvinden is een goede aansluiting nodig met reguliere vervolgzorg en met de ondersteuning vanuit gemeenten. Gezien het belang van continuïteit van zorg voor de patiënt (herstel, ondersteuning, re-integratie) en de maatschappij (veiligheid, kosten), is het noodzakelijk om op zoek te gaan naar manieren om de aansluiting tussen reguliere en forensische zorg in kaart te brengen. Het huidige onderzoek kan hier een belangrijke bijdrage aan leveren.

Ondanks het belang ervan in het kader van continuïteit van zorg is er op dit moment weinig zicht op de vraag hoe forensische en reguliere zorg van forensische patiënten in de tijd op elkaar aansluiten (Mol & Van Es, 2017; Algemene Rekenkamer, 2022). De Staatssecretaris van Justitie en Veiligheid heeft de forensische zorg in portefeuille en is volgens artikel 8.1 Wfz verplicht periodiek over de 'doeltreffendheid en de effecten' van de wet te rapporteren. Ook buiten deze wettelijke verplichting tot evaluatie van de Wfz worden bestuurlijke kennisbehoeftes geformuleerd. In het Kwaliteitskader Forensische Zorg (2022-2028) dat voortvloeit uit de Bestuurlijke Agenda Forensische Zorg, wordt onder andere aandacht gevraagd voor onderzoek naar de aansluiting tussen de forensische zorg en andere typen zorg en naar zorgtrajecten van forensische patiënten. Eenzelfde oproep wordt gedaan in de gezamenlijke Werkagenda Aansluiting reguliere zorg en forensische zorg van het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (*Kamerstukken II*, 2023/24, 25 424, nr. 704). Ook in de Meerjarenagenda forensische zorg 2024-2029 (*Kamerstukken II*, 2023/24, 33 628, nr. 103) wordt de vraag naar beter inzicht in instroom, doorstroom en uitstroom uit de forensische zorg benoemd.

De minister heeft op dit moment slechts beperkt zicht op het al dan niet bereiken van de doelstellingen van de Wfz (Burger, Statsch & De Kogel, 2024; Algemene Rekenkamer, 2022). Om aan de kennisbehoeftes en wettelijke evaluatie-eisen te kunnen voldoen, zijn cijfers over de gehele forensische en reguliere zorgketen noodzakelijk. Zicht op de aansluiting van forensische en reguliere zorg wordt met name belet doordat verschillende stelsels de organisatie van de verschillende zorgtypen regelen (in paragraaf 1.2 wordt nader op deze stelsels ingegaan). Wettelijke beperkingen in het uitwisselen van noodzakelijke gegevens en de decentrale uitvoering van sommige vormen van reguliere zorg hebben een omvattende beoordeling van de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg tot op heden in de weg gestaan. Eerdere pogingen om de aansluiting tussen forensische zorg en (delen van de) reguliere zorg in kaart te brengen (bijv. NZa, 2017; 2018; Mol et al., 2017; Van Eil, Jongebreur & Zoutebier, 2024) hebben dan ook maar beperkte inzichten over het onderwerp gegenereerd.

Het onderhavige deelonderzoek is onderdeel van het onderzoeksprogramma Evaluatie Wet forensische zorg dat op verzoek van het Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen wordt uitgevoerd door het Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum (WODC). In het kader van dit onderzoeksprogramma zijn eerder verschillende deelrapporten verschenen: een planevaluatie Wfz (Burger & De Kogel, 2022), een onderzoek naar toepassing van en ervaringen met artikel 2.3 Wfz (De Kogel, Van der Ree & Burger, 2021) een jurisprudentie-onderzoek naar artikel 2.3 Wfz (Oosterhuis, Burger & De Kogel, 2022), een evaluatie van de processen van indicatiestelling en plaatsing binnen de forensische zorg (Burger, Statsch & De Kogel, 2024), evenals een factsheet over de toepassing van artikel 2.3 Wfz in de eerste drie jaren sinds inwerkingtreding (Statsch & De Kogel, 2024). Het onderhavige onderzoek bouwt

daarnaast voort op eerder WODC-onderzoek naar de samenhang tussen forensische zorgtrajecten en recidive (Drieschner et al., 2020; Drieschner & Tollenaar, 2021).

1.2 Forensische zorg en reguliere zorg in Nederland

We richten ons in dit onderzoek op forensische zorg en reguliere zorg die aan volwassenen wordt verleend. Binnen dit onderzoek hanteren we een juridische definitie om het verschil tussen forensische en reguliere zorg aan te duiden. Forensische zorg omvat alle vormen van geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijke gehandicaptenzorg, die op basis van een strafrechtelijk titel in het kader van een (voorwaardelijk) straf of maatregel worden verleend. Onder reguliere zorg daarentegen vallen alle vormen van geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, verstandelijke gehandicaptenzorg en maatschappelijke zorg, die mensen vrijwillig of op basis van een civielrechtelijke titel (in geval van gedwongen zorg) ontvangen. Forensische zorg wordt bekostigd uit de Wfz en ingekocht door DJI en kent verschillende vormen: ambulante zorg, klinische zorg, verblijfszorg en forensische zorg in het gevangeniswezen. Elke van deze typen forensische zorg kan voorafgaan aan, samengaan met of gevolgd worden door reguliere zorg. Reguliere zorg wordt bekostigd vanuit verschillende wettelijke regelingen en kent verscheidene vormen die voor dit onderzoek van belang zijn: de basis-ggz en specialistische ggz vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), intensieve en langdurige zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz), en maatschappelijke zorg, zoals bijvoorbeeld maatschappelijke opvang of begeleiding vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Daarnaast regelen de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) de voorwaarden en kaders waarbinnen reguliere zorg gedwongen kan worden toegepast. Tabel 1.1 geeft een beknopt overzicht van de verschillende zorgwetten die van belang zijn voor dit onderzoek.

In het huidige onderzoek wordt geen onderscheid gemaakt tussen gedwongen of vrijwillige reguliere zorg. Dat wil zeggen dat, wanneer een machtiging voor gedwongen zorg is afgegeven vanuit de Wvggz of de Wzd, dit in onze data terugkomt als zorg vanuit respectievelijk de Zvw of de Wlz. Deze keuze is om twee redenen gemaakt. Ten eerste kan op basis van de zorgdeclaraties niet worden opgemaakt of de geleverde zorg vrijwillig of onvrijwillig heeft plaatsgevonden. Het feit dat in een bepaalde periode een machtiging voor gedwongen zorg is afgegeven betekent overigens niet per definitie dat (alle) geleverde zorg in die periode onvrijwillig was (Legemaate et al., 2022). Ten tweede zijn de Wvggz en de Wzd pas in 2020 in werking getreden, waardoor in dit rapport enkel de beginfase na de inwerkingtreding van deze twee wetten in kaart gebracht zou kunnen worden. In een toekomstige ronde van deze monitor kan de rol die machtigingen tot gedwongen zorg spelen voor de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg naar vooruitzicht al beter aan bod komen.

Tabel 1.1 Relevante wetgeving voor (aansluiting van) forensische en reguliere zorg

Wet	Doelgroep	Regelt	Vormen van zorg	Bekostiging
Bekostigingstitels				
Wet forensische zorg (Wfz) - 2019	Mensen met een psychiatrische aandoening of verstandelijke beperking aan wie de strafrechter een straf of maatregel heeft opgelegd op basis waarvan forensische zorg kan worden verleend.	Zorg en eventueel beveiliging als onderdeel van een straf of maatregel voor volwassenen.	Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, psychogeriatrische zorg en verstandelijk gehandicaptenzorg in forensisch kader. Zorg kan intramuraal plaatsvinden op verschillende beveiligingsniveaus, evenals binnen de verblijfszorg of in ambulant kader.	DJI (ForZo/JJI), in opdracht van ministerie van JenV
Zorgverzekeringswet (Zvw) - 2006	Mensen met psychische klachten of verstandelijke beperking.	Kortdurende, curatieve zorg door huisarts en/of POH-ggz, ggz, medisch-specialistische zorg.	• Generalistische basis ggz • Gespecialiseerde ggz, met of zonder opname • Behandeling door huisarts, psychiater of psycholoog • Kortdurende wijkverpleging	Zorgverzekeraar
Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) - 2015	Mensen met klachten of verstandelijke beperking die ondersteuning nodig hebben.	Hulp en ondersteuning bij participatie in de samenleving.	• Begeleiding • Dagbesteding • Beschermd wonen • Woningaanpassingen • Vervoer • Mantelzorgondersteuning	Gemeente

Wet	Doelgroep	Regelt	Vormen van zorg	Bekostiging
Wet langdurige zorg (Wlz) - 2015	Mensen met blijvende, behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs-zorg in nabijheid.	Langdurige intensieve zorg.	Onder meer: • Verblijf in een zorginstelling of thuis/ambulant • Persoonlijke verzorging en verpleging • Medische zorg • Dagbesteding • Vervoer naar en van dagbesteding of – behandeling • Hulpmiddelen	Zorgkantoor
Juridische titels voor gedwongen zorg				
Wet verplichte ggz (Wvggz) - 2020	Mensen met psychische stoornis wier gedrag kan leiden tot een ernstig nadeel voor henzelf of anderen.	Rechten en procedures rondom gedwongen zorg voor mensen met psychische aandoening. De Wvggz beschrijft de procedures en voorwaarden rondom de crisismaatregel (maximale duur 3 dagen) en de zorgmachtiging (maximaal 6 maanden, verlenging door rechter mogelijk).	Verplichte zorg, 11 categorieën: • Toedienen vocht, voeding en medicatie, medische handelingen en therapeutische maatregelen • Beperken bewegingsvrijheid • Insluiten • Uitoefenen toezicht op betrokkene • Onderzoek kleding of lichaam • Onderzoek woon- of verblijfsruimte op gedrag-beïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen • Controleren op aanwezigheid gedrag-beïnvloedende middelen • Beperken vrijheid om eigen leven in te richten	Afhankelijk van de duur, de setting en de eventuele juridische titel waarbinnen zorg wordt verleend kan zorg worden bekostigd door de zorgverzekeraar, de gemeente, een zorgkantoor of Justitie.

Wet	Doelgroep	Regelt	Vormen van zorg	Bekostiging
			• Beperken recht op ontvangen bezoek • Opname in een accommodatie • Ontnemen vrijheid betrokkene door overbrenging naar plaats voor tijdelijk verblijf	
Wet zorg en dwang (Wzd) - 2020	Mensen met een verstandelijke beperking of dementie wier gedrag kan leiden tot een ernstig nadeel voor henzelf of anderen.	Rechten en procedures rondom gedwongen zorg voor mensen met verstandelijke beperking of dementie. De Wzd beschrijft de procedures rondom onvrijwillige zorg, de inbewaringstelling (maximale duur 3 dagen) en de rechterlijke machtiging (maximale duur 6 maanden en bij 2e of 3e machtiging max. 2 resp. 5 jaar, verlenging door rechter mogelijk).	Onvrijwillige zorg, 9 categorieën: • Toedienen vocht, voeding en medicatie, medische handelingen en therapeutische maatregelen • Beperken bewegingsvrijheid • Insluiten • Uitoefenen toezicht op betrokkene • Onderzoek kleding of lichaam • Onderzoek woon- of verblijfsruimte op gedrag-beïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen • Controleren op aanwezigheid gedrag-beïnvloedende middelen • Beperken vrijheid om eigen leven in te richten • Beperken recht op ontvangen bezoek	Afhankelijk van een eventuele juridische titel wordt zorg bekostigd op basis van Wlz, Zvw, Wmo, of door Justitie op basis van de Wfz. Ambulante toepassing Wzd komt weinig voor.

1.3 Eerder onderzoek naar de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg

De continuïteit van zorg voor, tijdens en na een strafrechtelijk kader is een thema dat al jaren in de belangstelling staat (Bangma et al., 2017). Continuïteit van zorg is een veelzijdig begrijp (Bachrach, 1981). Eronder kan worden verstaan: a) dat verschillende zorgverleners tegelijkertijd bij elkaar passende en aanvullende zorg leveren (cross-sectionele continuïteit), b) dat zorg die elkaar opvolgt tijdig op elkaar aansluit (longitudinale continuïteit), maar ook c) de mate van bestendigheid van de relatie tussen zorgverlener en patiënt (Nicaise et al., 2020). Dat de geleverde zorg aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënt, is in alle gevallen een basisvoorwaarde. In het verleden is er met name aan het aspect van de tijdige aansluiting van op elkaar opvolgende zorg aandacht besteed. Er zijn verschillende pogingen gedaan om de instroom, doorstroom en uitstroom uit de forensische zorg en de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg in kaart te brengen en te monitoren. Aanleiding hiervoor was de wens om meer sector- en domein overschrijdend inzicht in de forensische zorg en het grensverkeer van forensische zorg met reguliere zorg te verkrijgen. Beweegreden hiervoor was de gedachte dat continuïteit van zorg van belang is voor de effectiviteit van de zorg, en daarmee leidt tot lagere maatschappelijke kosten en het verminderen van het risico op recidive (Bangma et al., 2017). Hieronder worden de verschillende initiatieven toegelicht die meer zicht op dit thema hebben gecreëerd.

1.3.1 Programma Continuïteit van zorg

Van 2016 tot juli 2017 liep het programma Continuïteit van zorg, een landelijk programma in opdracht van de ministeries van JenV en VWS, de VNG, de Nederlandse ggz en Zorgverzekeraars Nederland. In het kader van dit programma is twee keer een uitvraag gedaan over gegevensstromen van patiënten bij zorgaanbieders in de forensische zorg, de reguliere ggz, de maatschappelijke opvang en de gehandicaptenzorg (Mol et al., 2017; 2015). Doel van deze uitvraag was om meer inzicht te krijgen in de in-, door- en uitstroom van patiënten die forensische zorg ontvangen. Hierbij werd een enquête uitgezet onder forensische zorgaanbieders met de vraag om een opgave van het aantal patiënten dat in-, door- en uitstroomde bij een selectie verschillende zorgsoorten. Na twee jaar praktijkervaring concludeerden de onderzoekers dat een enquête niet de juiste methode is om een goed beeld te krijgen van de ontwikkeling in de omvang van zorg aan forensische patiënten. De onderzoekers dragen hiervoor twee redenen aan: ten eerste is deze methode te arbeidsintensief voor instellingen, wat resulteerde in lage responspercentages. Ten tweede is er bij forensische zorginstellingen vaak weinig bekend over de voorafgaande en de aansluitende zorg van patiënten, waardoor geen compleet beeld kan worden verkregen.

De onderzoekers constateren dan ook dat een permanente monitor forensische zorg meer inzicht kan geven in de doelgroep (Mol et al., 2017). Tegen deze achtergrond hebben Mol en Van Es (2017) de informatiebehoeftes van een aantal centrale actoren in de forensische zorg in kaart gebracht en mogelijke scenario's voor een geschikte aanpak ontwikkeld. In deze inventarisatie kwam vooral een wens naar voren om inzicht te krijgen in patiëntstromen op verschillende niveaus en om zorgtrajecten domein-overschrijdend in kaart te brengen. Andere wensen waren om trends in aanbod en vraag in kaart te brengen en individuele instellingen of gemeenten van sturingsinformatie te voorzien of een dashboard te creëren.

1.3.2 *Mind the Gap*

Het project Mind the Gap (De Vogel et al., 2019) liep tussen 2018 en 2019. Dit project had als doel om de behoeften van professionals en cliënten ten aanzien van het thema continuïteit van zorg te inventariseren en te prioriteren. Het programma bestond naast literatuuronderzoek uit een enquête over onder andere de ervaren knelpunten, behoeften en mogelijke oplossingen binnen het thema continuïteit van zorg, en een drietal focusgroepen met professionals en cliënten.

Uit de enquête onder 318 zorgprofessionals en de focusgroepen bleek dat een meerderheid van de respondenten regelmatig (ruim 42%) tot vaak (ruim 37%) problemen ervoer met de continuïteit van zorg. Als belangrijkste knelpunten werden beschikbare zorgcapaciteit en de samenwerking tussen forensische en reguliere zorg genoemd. Daarnaast werd benoemd dat het verwezenlijken van continuïteit van zorg in het bijzonder ingewikkeld is voor specifieke doelgroepen, waaronder zedendelinquenten, mensen met een licht verstandelijke beperking en vrouwen.

1.3.3 *Prestatie-indicator 'Continuïteit van zorg'*

De DJI hanteert prestatie-indicatoren: een specifieke set gegevens die jaarlijks aangeleverd moet worden door aanbieders van forensische zorg om verantwoording af te leggen over de geleverde zorg (DJI, 2025; Burger & De Kogel, 2022). Een van deze prestatie-indicatoren richt zich op het thema continuïteit van zorg. Specifiek wordt bij deze indicator gekeken naar de proportie van patiënten per zorgaanbieder waarvoor na afloop van de forensische zorgtitel een vorm van vervolgzorg is geïndiceerd. Er is bewust gekozen om bij deze prestatie-indicator niet de daadwerkelijk gerealiseerde vervolgzorg te meten, omdat de realisatie van vervolgzorg ook afhankelijk is van externe factoren waar een zorgaanbieder minder of geen invloed op heeft (DJI, 2025).

Zorgaanbieders hoeven voor deze prestatie-indicator geen persoon-specifieke inschatting van de zorgbehoefte van patiënten aan te leveren. Daarom kan de indicator niet gebruikt worden om de overeenkomst tussen de zorgbehoefte en de gerealiseerde zorg voor individuele personen te onderzoeken.

Toch biedt deze indicator mogelijk een enigszins representatieve weergave van de geaggregeerde resterende zorgbehoefte van patiënten bij afloop van hun titel. Jaarlijks wordt voor drie verschillende uitstroomsettings – klinische zorg, beschermd wonen/ambulante begeleiding en ambulante behandeling - gerapporteerd voor welk percentage van de patiënten vervolgzorg is geïndiceerd, waarbij een uitsplitsing is gemaakt naar verschillende vormen van benodigde vervolgzorg. Helaas laten de eindrapportages voor de jaren 2020-2024 opvallende fluctuaties in de gerapporteerde zorgbehoeftes per uitstroomsetting zien. Uit navraag bij medewerkers van de afdeling Kwaliteit van DForZo/JJI (onderdeel van DJI) bleek dat deze prestatie-indicator niet genormeerd is – dit betekent dat er geen financiële consequentie is voor zorgaanbieders om deze prestatie-indicator aan te leveren, en dat de inhoud en de kwaliteit van de prestatie-indicator niet wordt gecontroleerd (Accountantsprotocol genormeerde prestatie-indicatoren Forensische psychiatrie, 2024). De gerapporteerde cijfers kunnen dus niet als betrouwbaar meetlat dienen waarmee cijfers over de daadwerkelijk geleverde vervolgzorg na het einde van de forensische zorg een op een kunnen worden vergeleken.

1.3.4 *Monitoring door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)*

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft tussen 2013 en 2016 jaarlijks een 'Marktscan Forensische Zorg' uitgebracht, bedoeld om de stand van zaken binnen de forensische zorg in beeld te brengen. In de 'Marktscan Forensische Zorg' van 2015 heeft de NZa specifiek aandacht besteed aan gegevens die betrekking hebben op de longitudinale continuïteit van zorg. In 2017 publiceerde de NZa een Monitor Continuïteit van forensische zorg, waar dieper op dit thema werd ingegaan.

In de NZa Marktscan (2015) wordt op basis van cijfers van DJI gerapporteerd dat 46,9% van de forensische patiënten na hun straf of maatregel uitstroomt naar reguliere zorg. Als patiënten uitstromen naar reguliere zorg na afloop van het forensisch kader gebeurt dat in het merendeel van de gevallen (85%) al binnen een week na beëindiging van de forensische zorg. In de Monitor uit 2017 wordt dit fenomeen opnieuw beschreven, ditmaal op basis van gegevens van Vektis en het interne registratiesysteem van de NZa. Binnen een maand na uitstroom uit de forensische zorg zou ongeveer 31% van de patiënten een vorm van vervolgzorg hebben ontvangen (0% basis-ggz, 27% gespecialiseerde ggz, 1% langdurige zorg en 3% een combinatie van 2 of meer van deze zorgvormen). Binnen een jaar liep dit percentage op tot 43%, binnen drie jaar tot 53%.

In de NZa monitor (2017) wordt beschreven dat ongeveer 32% van de patiënten die forensische zorg ontvangen in de zes maanden daaraan voorafgaand al iets van reguliere zorg heeft ontvangen – wanneer wordt gekeken naar een periode van drie jaar voorafgaand aan de start van forensische zorg loopt dit percentage op naar 57%.

De NZa (2018) gaat ook in op de vraag hoe groot de behoefte aan vervolgzorg is na afloop van de forensische zorg door het eindigen van de strafrechtelijke titel. Op basis van cijfers van de DJI en de inschatting van behandelaars concludeert de NZa dat er een structurele behoefte aan vervolgzorg in de reguliere zorg bestaat, die de daadwerkelijk geleverde zorg overstijgt. De concrete cijfers over bestaande zorgbehoefte na afloop van de forensische zorg, die door de NZa worden gerapporteerd, hebben echter te maken met dezelfde beperkingen als de cijfers die we onder de noemer *prestatie-indicator 'Continuïteit van zorg'* hebben besproken (zie boven).

1.3.5 *Forensische zorg en gemeentelijke zorg*

In 2024 heeft het onderzoeksbureau Significant een rapport gepubliceerd waarin werd gekeken naar de aansluiting tussen forensische zorg en gemeentelijke ondersteuning (Van Eil, Jongebreur & Zoutebier, 2024). Naast een kwalitatief deelonderzoek, waarin de werkprocessen met betrekking tot de overgang van forensische zorg naar gemeentelijke zorg in kaart werden gebracht, bevatte dit onderzoek ook een kwantitatief deelonderzoek. Hierbij is onder andere gekeken naar uitstroom uit detentie en de forensische zorg in relatie tot ondersteuning vanuit de Wmo. Doordat de onderzoekers enkel beschikking hadden over gegevens op groepsniveau, konden deze gegevens niet op persoonsniveau gekoppeld worden om inzicht te bieden in de daadwerkelijke aansluiting tussen verschillende stelsels.

1.3.6 Conclusie

In meerdere initiatieven is in het verleden geprobeerd meer zicht te bieden op de continuïteit van zorg. Door verschillende beperkingen, met name de beschikbaarheid en betrouwbaarheid van data en de mogelijkheid verschillende databronnen met gegevens over forensische zorg en over reguliere zorg op persoonsniveau te koppelen, hebben eerdere onderzoeken slechts beperkt inzicht kunnen genereren in de aansluiting tussen reguliere en forensische zorg. Daarnaast hebben de cross-sectionele onderzoeksopzetten, die binnen eerdere onderzoeken zijn gehanteerd, momentopnames gecreëerd die veranderingen over de jaren heen grotendeels buiten beschouwing laten. Uitzondering hierop zijn de rapporten van de NZa, waarin in ieder geval het aspect van de tijdigheid van de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg voor een deel wordt belicht. Naast de genoemde beperkingen wordt ook in deze rapporten niet gedifferentieerd tussen verschillende reguliere zorgstelsels, worden er geen persoons- of strafrechtelijke kenmerken van patiënten betrokken, en wordt er geen aandacht besteed aan het verloop van het hele forensisch zorgtraject. Daarnaast richten deze rapporten zich op de continuïteit van zorg zoals deze ruim 10 jaar geleden en op een specifiek moment was.

Met betrekking tot kennis over de bestaande zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak na afloop van de forensische zorg – cruciale informatie voor het schetsen van een referentiekader waarin de daadwerkelijk geleverde zorg geëvalueerd kan worden – moeten we concluderen dat er op dit moment geen informatie op individueel niveau beschikbaar is, en dat de geaggregeerde gegevens die afkomstig zijn van de DJI met grote beperkingen te maken hebben. Met enige zekerheid kunnen we op basis van eerder onderzoek alleen concluderen dat een grote groep forensische patiënten in het verleden behoefte aan reguliere vervolgzorg had en dat deze zorgbehoefte de daadwerkelijk geleverde zorg oversteeg.

1.4 De Monitor Continuïteit van zorg: toegevoegde waarde nu en in de toekomst

Doordat we binnen dit onderzoeksproject reguliere en forensische zorggegevens op patiënt-niveau koppelen, kunnen we een gedetailleerd beeld geven van de mate van aansluiting tussen verschillende typen forensische en reguliere zorg. Hierdoor kunnen we aan een aantal door het veld geformuleerde kennisbehoeftes voldoen, bijvoorbeeld wanneer het gaat om beschrijvende informatie over domein-overschrijdende zorgtrajecten en patiëntenstromen.

De data-infrastructuur die we voor de Monitor Continuïteit van zorg hebben gecreëerd combineert een ongekende rijkheid aan informatie die nodig is om een beeld te schetsen van de mate van aansluiting tussen forensische en reguliere zorg. Voor de Monitor Continuïteit van zorg hebben we informatie op detailniveau verzameld over de gehele populatie van forensische patiënten binnen de periode 2015-2021. We onderzoeken daarmee de periode waarin het mogelijk was om de gehele geleverde zorg in kaart te brengen omdat vanaf 2015 van elk van de onderzochte zorgstelsels gegevens beschikbaar waren. We kunnen reconstrueren welk specifiek type forensische- of reguliere zorg deze patiënten op een bepaald moment hebben ontvangen en we kunnen zien op welke manier forensische en reguliere zorg voor deze patiënten in de tijd al dan niet op elkaar aansluiten. De individuele, en vaak bijna unieke, paden die patiënten door het forensische en reguliere zorgsysteem volgen zijn op deze manier te achterhalen.

Niettemin focussen we in deze eerste publicatie van de Monitor Continuïteit van zorg op de grote lijnen door een overzicht te geven van de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg. Het rapport laat zien dat het onder de gegeven wettelijke en gegevens-technische omstandigheden mogelijk is om grootschalig over de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg te rapporteren. Ook wordt duidelijk waar de mogelijkheden momenteel nog tegen grenzen aanlopen, bijvoorbeeld door beperkingen in registratiesystemen. Een cijfermatig overzicht van het fenomeen aansluiting tussen forensische en reguliere zorg kan een belangrijke aanvulling vormen op de ervaringen die daarmee in de dagelijkse praktijk worden opgedaan. We richten ons naast perioden waarin patiënten forensische zorg of reguliere zorg hebben ontvangen ook op perioden waarin patiënten in detentie waren, omdat dit mogelijk een verklaring kan geven waarom zorg werd onderbroken.

In de toekomst zal het door herhaald uitvoeren van de Monitor Continuïteit van zorg mogelijk zijn om veranderingen over de tijd, trends, of opvallende ontwikkelingen te laten zien. Ook is het in toekomstig onderzoek binnen de Monitor Continuïteit van zorg mogelijk om gericht in te zoomen op bijvoorbeeld bepaalde subgroepen binnen de populatie of om specifieke fasen binnen forensische zorgtrajecten nader te onderzoeken. Ook is het mogelijk bepaalde (forensische) zorgtypen verder uit te splitsen naar beveiligingsniveau of zorgzwaarte, onderscheid te maken op basis van de strafrechtelijke titel die ten grondslag ligt aan de opgelegde forensische zorg, of om demografische of diagnostische kenmerken van patiënten te betrekken. Verder kan andere informatie, zoals gegevens over werk, inkomen, of huisvesting in een volgend onderzoek worden toegevoegd.[2] In dit eerste onderzoek vanuit de Monitor Continuïteit van zorg hebben we er echter voor gekozen om een overzicht te geven van de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg, en nog niet meer in detail op de hiervoor genoemde factoren in te zoomen.

1.5 Onderzoeksvragen

Als onderdeel van de evaluatie van de Wet forensische zorg brengen we kwantitatieve gegevens bij elkaar over het gebruik van forensische zorg en van reguliere zorg door (voormalige) forensische patiënten. Binnen dit deelproject beogen we inzicht te bieden in de vraag hoe forensische en reguliere zorg van (voormalige) forensische patiënten in de tijd op elkaar aansluiten. Daarmee schept de Monitor Continuïteit van zorg belangrijke voorwaarden voor de evaluatie van het doel 'verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg' van de Wfz. Het in kaart brengen van de volledige zorgtrajecten van forensische patiënten is hiervoor een noodzakelijke basisstap. De volgende onderzoeksvraag staat centraal in dit onderzoek:

> Hoe zien zorgtrajecten van forensische patiënten er uit die op basis van zowel forensische als reguliere zorg in kaart worden gebracht?

Om de overkoepelende onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, is ook een drietal specifieke deelvragen geformuleerd, die respectievelijk in hoofdstukken 4 tot en met 6 worden beantwoord:

1 Hoeveel reguliere zorg en welke typen reguliere zorg worden voorafgaand aan forensische zorg geconsumeerd?

[2] Een overzicht van de typen gegevens die op dit moment deel uitmaken van de monitor en die in de toekomst nog kunnen worden toegevoegd is te vinden in bijlage 2.

2 Hoeveel reguliere zorg en welke typen reguliere zorg worden tijdens forensische zorg geconsumeerd?
3 Hoeveel reguliere zorg en welke typen reguliere zorg worden na afloop van forensische zorg geconsumeerd?

De typen forensische zorg betreffen: ambulante forensische zorg, forensische verblijfszorg, klinische forensische zorg, ambulante forensische zorg in detentie en PPC-zorg in detentie. De typen reguliere zorg betreffen: zorg in het kader van de Zvw, zorg in het kader van de Wmo en zorg in het kader van de Wlz.

1.6 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van de gebruikte databronnen, de databewerkingsstappen en de operationalisatie van concepten zoals 'zorgepisode', 'zorgtraject' of 'tijdsvensters'. In hoofdstuk 3 wordt de omvang van de forensische zorg-populatie beschreven en wordt ingegaan op verschillende kenmerken van forensische zorgtrajecten. Hoofdstuk 4 richt zich op het gebruik van reguliere zorg in de periode voorafgaand aan de instroom in forensische zorg. In hoofdstuk 5 wordt het gebruik van reguliere zorg tijdens forensische zorg bestudeerd. In hoofdstuk 6 richten we ons op het gebruik van reguliere zorg in de periode na uitstroom uit forensische zorg. In hoofdstuk 7 volgt een discussie over de onderzoeksresultaten aan de hand van de onderzoeksvragen uit paragraaf 1.5.

2 Data en methoden

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de databronnen, bewerkingsstappen en analysemethoden besproken die in dit rapport worden gebruikt. Paragraaf 2.2 bevat een beschrijving van de databronnen die gebruikt zijn om inzicht te krijgen in de mate van aansluiting tussen forensische en reguliere zorg. In paragraaf 2.3 wordt besproken welke stappen zijn genomen om deze data te bewerken op een manier die de dataveiligheid en de pseudonimisering van de gegevens waarborgt. In paragraaf 2.4 wordt stapsgewijs besproken welke databewerkingsstappen zijn gedaan om forensische zorgtrajecten te reconstrueren, databronnen op te schonen en de verschillende bestanden samen te voegen. In paragraaf 2.5 wordt tot slot besproken hoe in het samengevoegde databestand de verschillende data-eenheden uit dit onderzoek (zorgepisoden, zorgtrajecten en tijdsvensters) zijn bepaald.

2.2 Databronnen

Voor het onderzoeken van de continuïteit van forensische zorg in de tijd zijn verschillende databronnen gebruikt en met elkaar gekoppeld. Sommige van de gebruikte databronnen bevatten gegevens over meer jaren dan andere bronnen. Redenen hiervoor zijn onder andere de momenten van inwerkingtreding van de verschillende wetten, wijzigingen van wettelijke bepalingen die van invloed zijn op verschillende zorgdeclaratiegegevens, of de tijd die nodig is om alle zorg die binnen een jaar geleverd is volledig uit te factureren. De periode waarin alle door ons gebruikte databronnen overlappen (2015-2021) vormt de onderzoeksperiode voor dit eerste onderzoek vanuit de Monitor Continuïteit van zorg. In de navolgende deelparagrafen worden de verschillende bronbestanden beschreven van waaruit het geïntegreerde databestand is gecreëerd.

2.2.1 Forensische zorg en detentie

De forensische zorgtrajecten worden gereconstrueerd aan de hand van zes verschillende registratiesystemen. Dit betreft vier registratiesystemen van de DJI: het Informatiesysteem Forensische Zorg (IFZO), de facturatiesystemen Facturatie Controle Systeem (FCS) en Realisatie en Patiëntenstromen DForZo (RePaD) en het registratiesysteem voor het gevangeniswezen Ten Uitvoer Legging Penitentiaire beschikkingen (TULP). Deze zijn gebruikt om de begin- en einddatums van trajecten te identificeren, en om in detail te reconstrueren in welke periodes welk type forensische zorg (FZ) is verleend en wanneer de justitiabele in detentie verbleef. Op basis van informatie uit IFZO en aanvullende gegevens afkomstig van het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB) zijn daarnaast de looptijden in kaart gebracht van de strafrechtelijke titels met de daarbij horende bijzondere voorwaarden op basis waarvan de forensische zorg is verleend. Strafrechtelijke informatie over uitgangsdelicten die de aanleiding vormden voor het opleggen van de forensische zorg en demografische kenmerken van de justitiabelen (geboortedatum, geslacht, eventuele overlijdensdatum) is afkomstig uit de Onderzoeks-en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD) van het WODC. Voor meer gedetailleerde informatie

over de genoemde databronnen, de hierin beschikbare informatie en de datakwaliteit verwijzen wij naar Drieschner en collega's (2020).

Binnen de forensische zorgdata maken wij onderscheid tussen klinische forensische zorg, forensische verblijfszorg, zorg binnen het gevangeniswezen (ambulante forensische zorg binnen een PI of zorg in een PPC) en ambulante forensische zorg (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2019). Detentieperioden waarbinnen geen forensische zorg plaatsvindt zijn ook opgenomen in de forensische zorg databestand.

De gegevensbronnen die zijn betrokken bij de Monitor Continuïteit van zorg bieden informatie over forensische zorg en verblijf in detentie voor volwassenen. Gegevens over jeugddetentie of forensische jeugdhulp valt vooralsnog buiten de reikwijdte van de Monitor.

2.2.2 Zorgverzekeringswet (Zvw)

Voor het onderzoeken van declaraties in het kader van de zorgverzekeringswet (Zvw) is gebruikgemaakt van het bestand *ggzdeclvektis* binnen de *Remote Access*-omgeving van CBS. Het bestand *ggzdeclvektis* bevat gegevens over geestelijke gezondheidszorg declaraties die zorgverzekeraars hebben aangeleverd bij Vektis (het centrale dataknooppunt voor de Nederlandse zorg). Het bevat alle vormen van ggz die vergoed worden vanuit de basisverzekering en een deel van de ggz die vanuit aanvullende verzekeringen vergoed wordt. Informatie over zorg die op basis van de Zvw is geleverd is beschikbaar voor de periode 1 januari 2013 tot en met 31 december 2021. In dit onderzoek worden zorgdeclaraties die eindigen vóór 1 januari 2015 niet meegenomen.

Binnen de Zvw-data maken wij onderscheid tussen twee zorgtypen: basis-ggz en specialistische ggz en specialistische ggz met (gedeeltelijke) opname.

2.2.3 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Voor het onderzoeken van het gebruik van ondersteuning en diensten vanuit de Wmo is gebruikgemaakt van het bestand *gebwmotab* binnen de *Remote Access*-omgeving van CBS. Informatie over zorg die op basis van de Wmo is geleverd is beschikbaar voor de periode 1 januari 2015 tot en met 31 december 2021.

Tussen 2019 en 2020 is de declaratiesystematiek binnen de Wmo veranderd. Vanaf 2020 wordt niet meer bijgehouden welk type ondersteuning of dienst wordt geleverd. De enige uitzondering hierop is Wmo met verblijf, dat wel nog eenduidig wordt geregistreerd. Om deze reden wordt ondersteuning vanuit de Wmo in dit rapport opgedeeld in twee zorgtypen: Verblijf en Overige Wmo-zorg. Onder deze laatste categorie vallen drie categorieën ondersteuning en diensten; Hulp bij de huishouding, Ondersteuning thuis en Hulpmiddelen en diensten.

In de periode vóór deze methodebreuk werd voor de Overige Wmo-zorg geen specifieke start- en einddatum bijgehouden. In plaats daarvan werd de begin- en einddatum gebaseerd op de eerste dag respectievelijk de laatste dag van een aaneengesloten tijdvak waarin Wmo-zorg is geleverd. Een tijdvak is een gestandaardiseerde periode van vier weken. Om deze reden is de nauwkeurigheid van de start- en einddata voor Overige Wmo-ondersteuning in de periode 2015-2019 minder dan daarna.

2.2.4 *Wet langdurige zorg (Wlz)*

Voor het onderzoeken van het gebruik van Wlz-zorg en -diensten is gebruikgemaakt van de bestanden *indicwlztab* en *gebwlztab* binnen de *Remote Access*-omgeving van CBS. Informatie over zorg die op basis van de Wlz is geleverd is beschikbaar voor de periode 1 januari 2015 tot en met 31 december 2021.

Op basis van Wlz-zorgprofielen is een opdeling gemaakt in een zevental zorgtypen: geestelijke gezondheidszorg, lichamelijk gehandicapt, licht verstandelijk gehandicapt, verstandelijk gehandicapt, verpleging en verzorging, zintuigelijk gehandicapt en overig.

2.2.5 *Gedwongen zorg (artikel 2.3 Wfz, Wvggz, Wzd)*

Zoals beschreven in paragraaf 1.2 wordt in dit rapport geen onderscheid gemaakt tussen vrijwillige zorg en gedwongen zorg. Desondanks wordt in deze paragraaf beschreven hoe gegevens over gedwongen zorg in de data infrastructuur van de onderhavige Monitor Continuïteit van zorg zijn opgenomen, om te verduidelijken welke gegevens voor deze Monitor beschikbaar zijn en in volgende rapporten kunnen worden benut.

In het OM zorginformatiesysteem (OMZIS) worden door het OM (op grond van art. 8:23 Wvggz) onder andere zorgmachtigingen door de civiele rechter en door de strafrechter via artikel 2.3 Wfz en rechterlijke machtigingen door de strafrechter via artikel 2.3 Wfz geregistreerd. Afgiften van rechterlijke machtigingen (Wzd) door de civiele rechter worden niet door het OM maar door het CIZ vastgelegd en zijn niet in het onderhavige onderzoek opgenomen.

In OMZIS worden rechterlijke beslissingen ten aanzien van een machtiging tot gedwongen zorg geregistreerd. Geregistreerd wordt of de rechter het verzoekschrift voor een machtiging heeft toegewezen of heeft afgewezen. In OMZIS wordt niet vastgelegd of daadwerkelijk uitvoering is gegeven aan de gemachtigde zorg. Vanuit de overige declaratiebestanden kunnen we zien of er gedurende de gemachtigde periode zorg heeft plaatsgevonden, maar het is niet mogelijk te onderscheiden of het hierbij om vrijwillige of gedwongen zorg ging.

De gedwongen zorgwetten Wvggz en Wzd evenals de schakelbepaling artikel 2.3 Wfz zijn met ingang van 1 januari 2020 in werking getreden. Informatie over gedwongen reguliere zorg is in onze data dus enkel beschikbaar voor de jaren 2020 en 2021.

Binnen de OMZIS-data kunnen wij onderscheid maken tussen vier typen regelingen: rechterlijke machtigingen door de strafrechter op basis van artikel 2.3 Wfz, zorgmachtigingen door de strafrechter op basis van artikel 2.3 Wfz, en zorgmachtigingen en verlengde crisismaatregelen door de civiele rechter op grond van de Wvggz.

2.3 Toegang tot data en dataveiligheid

Alvorens de gegevens van DJI werden opgevraagd is een Data Privacy Impact Assessment (DPIA) opgesteld. Deze is goedgekeurd door de *privacy officers* van het WODC, DJI, CBS, OM en het ministerie van JenV. In de DPIA is beschreven welke gegevens met welk verwerkingsdoel zijn opgevraagd, hoe deze gegevens aangeleverd

worden en welke bewerkingsstappen door het WODC worden gedaan. Hieronder volgen de stappen die zijn gezet om op een veilige wijze toegang te krijgen tot de afzonderlijke databestanden.

De data van DJI zijn via een beveiligde digitale bestandenpostbus aan het WODC geleverd. Alle databestanden zijn gepseudonimiseerd en opgeslagen op de beveiligde server van het WODC in een beveiligde map waar enkel de onderzoekers die betrokken zijn bij het onderzoek toegang toe hebben.

Op basis van het strafrechtketennummer (SKN), de geboortedatum en het plaatsingsbesluitnummer (PBN) zijn in de OBJD de unieke personen in het forensische zorgtrajectenbestand geïdentificeerd en is het BSN van deze personen achterhaald. Een lijst met BSN van personen die in de periode 2012-2021 forensische zorg hebben ontvangen is via een beveiligde bestandenpostbus naar het OM verstuurd. Het OM heeft in OMZIS de geleverde BSN-lijst gekoppeld aan informatie over verzoekschriften voor gedwongen zorg die geregistreerd zijn. Het OM heeft vervolgens een gedwongen zorg-bestand opgesteld met informatie over elk gegenereerd en bij de rechtbank ingediend verzoekschrift voor een zorgmachtiging, machtiging tot voorzetting van een crisismaatregel of rechterlijke machtiging (alleen ex artikel 2.3 Wfz) in de periode van 1 januari 2020 tot en met de datum van de data-extractie uit OMZIS, eind 2023. De gekoppelde gegevens zijn vervolgens via een beveiligde bestandenpostbus gestuurd naar het WODC.

Nadat de gegevens over de forensische zorg en de gedwongen reguliere zorg aan elkaar gekoppeld zijn en tot een enkel trajectbestand zijn gemaakt, is het bestand volgens de CBS-uploadprocedure verstuurd naar CBS. Het CBS heeft het aangeleverde bestand gespeudonimiseerd en heeft dit bestand evenals de zorgdata-bestanden over zorg vanuit de Zvw, Wmo en Wlz voor de onderzoekers beschikbaar gesteld binnen de *Remote Access*-omgeving van het CBS. Binnen deze omgeving zijn de verschillende databestanden vervolgens aan elkaar gekoppeld en zijn de analyses uitgevoerd.

2.4 Databewerking

De databewerking volgde ruwweg vier stappen: 1) het bewerken van registraties uit DJI-bestanden om de geleverde forensische zorg te reconstrueren; 2) het opschonen en bewerken van databestanden met gegevens over reguliere zorg; 3) het integreren van gegevens uit verschillende zorgstelsels tot een enkel overkoepelend databestand; en 4) het bepalen van concrete zorgtrajecten en relevante tijdsvensters binnen het overkoepelende databestand. Stappen 1 tot en met 4 worden hieronder beschreven.

2.4.1 Reconstructie forensische zorgtrajecten

De reconstructie van de geleverde forensische zorg houdt in dat een databestand wordt samengesteld waarin per individu beschreven wordt welke typen forensische zorg diegene in welke periode heeft ontvangen. Deze reconstructie is gedaan aan de hand van de verschillende databronnen die beschreven staan in paragraaf 2.2.1. Ruwweg zijn voor de reconstructie van de forensische zorgtrajecten vier stappen gevolgd: 1) het verrijken van de data met een versleuteld Justitieel Documentatiesysteem (SJDS)-nummer met als doel om unieke personen te identificeren; 2) het voorbewerken en opschonen van de in paragraaf 2.2.1 genoemde databestanden door het verwijderen van afgewezen of stopgezette plaatsingen en

dubbele registraties en het samenvoegen van aaneensluitende of overlappende registraties binnen databestanden; 3) het samenvoegen van de bestanden aan de hand van het SJDS-nummer en het plaatsingsbesluitnummer; en 4) het verrijken van het bestand met informatie uit de OBJD. Voor een gedetailleerde beschrijving van de eerste stap verwijzen wij naar Drieschner, Hill & Weijters (2020).

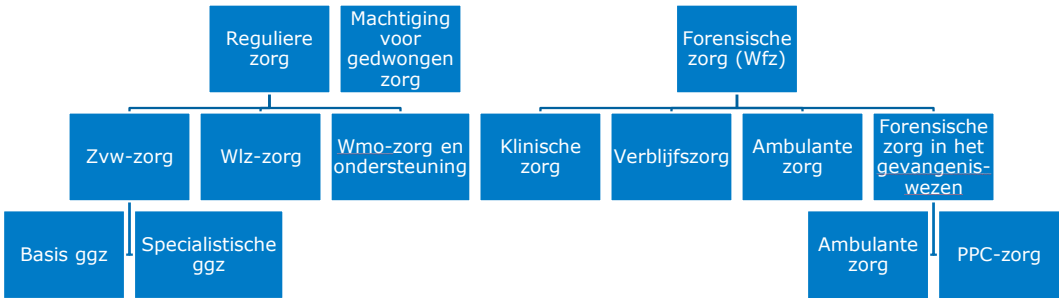
2.4.2 Opschonen en bewerken van reguliere zorgdatabestanden

Het opschonen en bewerken van de reguliere zorgdatabestanden in de CBS-omgeving volgde vier stappen. In een eerste stap werden aan de hand van versleutelde persoonsidentificatienummers alle patiënten verwijderd die niet voorkwamen in het bestand met de forensische zorgtrajecten. Vervolgens werden eventuele dubbele of afgewezen declaraties verwijderd. Binnen elk zorgdatabestand werden zorgtypen gedefinieerd aan de hand van bestaande declaratieomschrijvingen.

Figuur 2.1 geeft een overzicht van de door ons in dit rapport gebruikte zorgtypen. Op het hoogste abstractieniveau maken we bijvoorbeeld verschil tussen reguliere en forensische zorg; op het laagste niveau onderscheiden we tussen basis ggz en specialistische ggz, die in het kader van het Zvw is geleverd. Afhankelijk van de onderzoeksvraag gebruiken we in de hoofdstukken 3 tot en met 6 zorgtypen van verschillende niveaus door elkaar heen. In bijlage 2 van dit rapport staat een overzicht van het diepere detailniveau waar op dit moment vanuit de Monitordata toegang toe is en waar in toekomstige Monitorrapporten gebruik van kan worden gemaakt.

De data-infrastructuur die we voor de Monitor Continuïteit van zorg hebben gecreëerd bevat nog meer subtypen van zorg op een lager abstractieniveau, bijvoorbeeld verschillende zorgprofielen binnen de Wlz-zorg, beveiligingsniveaus binnen de klinische forensische zorg, of het type machtiging voor gedwongen zorg dat is afgegeven. Met het oog op het doel van deze ronde van de monitor – een overzicht geven van de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg op grote lijnen – hebben we er echter voor gekozen om zorgtypen binnen dit rapport niet verder uit te splitsen. In de toekomst is het mogelijk om vraag-gestuurd ook analyses van verder uitgesplitste zorgtypen te verrichten.

Figuur 2.1 Overzicht van zorgtypen



2.4.3 Samenvoegen van bestanden

De forensische en reguliere zorgdatabestanden zijn tot één bestand samengevoegd, waarbij koppeling plaatsvond op basis van een versleuteld nummer dat door het CBS aan unieke personen is toegekend.

Het resulterende databestand bestaat uit een beschrijving per patiënt van alle zorgepisodes die zijn doorlopen. Een zorgepisode is een afgebakende periode met begin- en einddatum waarin, volgens de facturatiegegevens, voor een patiënt een *gelijkblijvende* (combinatie van) zorgtypen geleverd wordt. Periodes waarin zorg wordt gedeclareerd signaleren niet per definitie dat binnen deze gehele periode regelmatig direct patiëntencontact heeft plaatsgevonden – zorgperioden kunnen ook korte of langere perioden bevatten waarin geen directe zorg is geleverd.

2.5 Bepalen van zorgepisoden, zorgtrajecten en tijdsvensters

2.5.1 Zorg- of detentie episode

Een zorg- of detentie-episode is een afgebakende periode met begin- en einddatum waarin een patiënt een gelijkblijvende (combinatie van) zorgtypen dan wel detentie ontvangt. Een voorbeeld van hoe dit er in de praktijk uit kan zien is als volgt: Een patiënt ontvangt twee maanden lang begeleiding vanuit de Wmo (episode 1). Vervolgens stroomt de patiënt in ambulante forensische zorg in, waarbij de begeleiding vanuit de Wmo wel nog doorloopt (episode 2). Na vier weken stopt de begeleiding vanuit de Wmo, maar loopt de ambulante forensische zorg nog zes maanden door (episode 3). In dit geval wordt een doorlopende periode waarin een patiënt twee verschillende typen zorg heeft ontvangen opgeknipt in drie afgebakende perioden waarin een patiënt een gelijkblijvende combinatie van zorgtypen heeft ontvangen.

Zorg- of detentie episodes kleiner dan drie dagen zijn uit de data verwijderd. In geval van overlapperiodes kleiner dan drie dagen is de voorgaande zorgperiode met de duur van de korte overlapperiode verlengd.

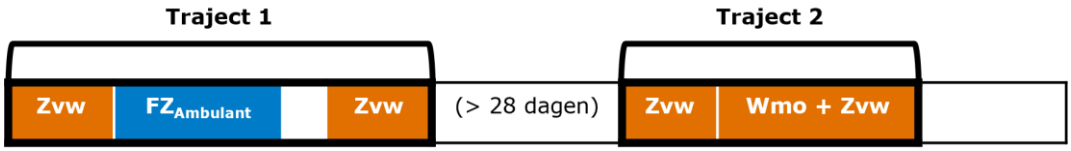
2.5.2 Zorgtraject

Een zorgtraject bestaat uit een of meerdere episoden van zorg en/of detentie die in de tijd op elkaar aansluiten. Van een aansluitend zorgtraject is sprake als de tijdsduur tussen het einde van de ene en de start van de volgende episode niet meer dan 28

dagen bedraagt (zie figuur 2.2). Er is om meerdere redenen gekozen voor deze tijdsduur van 28 dagen. Ten eerste wordt hiermee tegemoetgekomen aan de lagere nauwkeurigheid van start- en einddata van Wmo-trajecten voor 'overige Wmo-ondersteuning' (Hulp bij de huishouding, Ondersteuning thuis en Hulpmiddelen en diensten) in de periode 2015-2019 (zie paragraaf 2.2.4). Daarnaast komt deze periode van 28 dagen overeen met de treeknorm[3] voor een eerste intake door een zorgaanbieder na aanmelding binnen de ggz die door de NZa is gesteld (NZa, 2022). Tot slot heeft eerder onderzoek van de NZa laten zien dat hoofdzakelijk binnen deze termijn wordt gestart met vervolgzorg na beëindiging van de forensische zorg (Nza, 2015).

Zorgtrajecten kunnen volledig in kaart worden gebracht voor de periode 1 januari 2015 t/m 15 december 2021. Delen van zorgtrajecten (bepaalde zorgtypen) kunnen ook buiten deze periode worden gereconstrueerd. Voor analyses over zorgtrajecten (paragraaf 3.3) bekijken we alleen zorgtrajecten die zich geheel binnen de onderzoeksperiode hebben voltrokken, dat wil zeggen dat zich begin- en einddatum van het traject binnen de genoemde periode bevinden. Puur reguliere zorgtrajecten, waarin op geen enkel moment forensische zorg heeft plaatsgevonden (bijvoorbeeld traject 2 uit figuur 2.2), laten we in onze analyses over zorgtrajecten (hoofdstuk 3) buiten beschouwing.[4]

Figuur 2.2 Voorbeeld van hoe trajecten worden bepaald



Noot: In dit voorbeeld wordt een zorgepisode van reguliere zorg (Zvw) gevolgd door een episode van ambulante forensische zorg. Na een korte periode zonder zorg volgt opnieuw een episode van reguliere zorg. Doordat de onderbreking minder dan 28 dagen bedraagt, maken deze drie zorgepisoden deel uit van eenzelfde zorgtraject (traject 1, aangegeven met een dik gedrukte omlijning). Na een periode van meer dan 28 dagen volgt een periode van reguliere zorg vanuit de Zvw, gevolgd door een periode waar deze Zvw zorg wordt aangevuld door ondersteuning vanuit de Wmo. Aangezien deze persoon sinds traject 1 meer dan 28 dagen uit zorg en/of detentie is geweest, vormen deze zorgepisoden een nieuw zorgtraject (traject 2).

2.5.3 Tijdsvenster

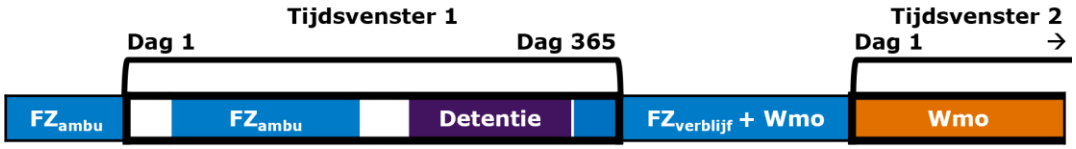
Hoofdstukken 4, 5 en 6 richten zich op onderzoeksvragen die betrekking hebben op veranderingen in zorggebruik binnen personen over de tijd – met andere woorden, welke verschillende typen forensische of reguliere zorg ontvangen personen over de tijd heen? Om antwoord te geven op deze onderzoeksvragen brengen wij specifieke tijdsvensters in kaart. Deze tijdsvensters zijn vastgestelde tijdsperioden die intreden voor of na een bepaalde gebeurtenis en waarbinnen het zorggebruik van een patiënt wordt bijgehouden.

In figuur 2.3 wordt een voorbeeld gegeven van hoe met tijdsvensters kan worden gekeken naar het zorggebruik in het jaar na uitstroom uit forensische zorg (hoofdstuk

[3] Een treeknorm is een landelijk afgesproken, maximaal aanvaardbare wachttijd voor niet-spoedeisende zorg.
[4] De hierin geleverde reguliere zorg kan wel onderdeel uitmaken van zorg die is geleverd binnen een bepaald tijdsvenster (zie beneden) en wordt voor de analyses hiervan dan ook meegenomen.

6). In dit geval wordt binnen een tijdsvenster, dat ingaat nadat een persoon uit forensische zorg is uitgestroomd, per dag gekeken of deze persoon zorg heeft ontvangen of in detentie is. Aangezien personen binnen een jaar meerdere keren kunnen uitstromen uit forensische zorg, wordt enkel gekeken naar uitstroommomenten die niet overlappen met tijdsvensters voor eenzelfde persoon die al eerder zijn gestart. Op deze manier wordt tegengegaan dat eenzelfde periode meermaals in de analyse wordt betrokken.

Figuur 2.3 Voorbeeld van hoe tijdsvensters worden bepaald



Box 2.1 Definities zorgepisode, zorgtraject en tijdsvenster

Zorg- of detentie episode
Een zorgepisode is een afgebakende periode met begin- en einddatum waarin, volgens de facturatiegegevens, voor een patiënt een gelijkblijvende (combinatie van) zorgtypen geleverd wordt. Zorgepisodes kleiner dan drie dagen zijn uit de data verwijderd.

Zorgtraject
Zorgtrajecten zijn gedefinieerd als één of meerdere episoden van zorg en eventueel detentie die in de tijd op elkaar aansluiten en waarbij de tijdsduur tussen twee opeenvolgende episoden niet meer dan 28 dagen bedraagt.

Tijdsvenster
Een tijdsvenster is een vastgestelde tijdsperiode voor of na een bepaalde gebeurtenis (bijvoorbeeld de instroom in of de uitstroom uit forensische zorg). Binnen een tijdsvenster kan gekeken worden welke reguliere zorg er wordt geconsumeerd.

Noot: In dit voorbeeld wordt gekeken naar tijdsvensters van 365 dagen na uitstroom uit forensische zorg (aangegeven met een dikgedrukte omlijning). In het eerste tijdsvenster stroomt de betreffende persoon opnieuw in en ook weer uit forensische zorg. Aangezien de uitstroom uit de forensische zorg binnen het eerste tijdsvenster valt, start hierna geen nieuw tijdsvenster. Wanneer deze persoon opnieuw uitstroomt uit forensische zorg na het sluiten van het eerste tijdsvenster, start weer een tweede tijdsvenster.

3 Kenmerken van forensische zorgtrajecten

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bieden we een beschrijving van enkele kenmerken van de forensische zorgtrajecten die we in de onderzochte populatie forensische patiënten tegenkomen. In paragraaf 3.2 wordt een beschrijving gegeven van het aantal patiënten en het aantal forensische zorgtrajecten in de periode 2015–2021. In paragraaf 3.3 wordt nader beschreven welke sequenties van zorgepisoden vaak voorkomen en hoe vaak bepaalde typen forensische zorgepisoden in zorgtrajecten voorkomen. Deze gegevens dienen als achtergrondinformatie en bieden context bij de gegevens over aansluiting met reguliere zorg voorafgaand aan, tijdens en na afloop van forensische zorg (hoofdstukken 4 – 6).

3.2 Beschrijving populatie

In de periode tussen 2015-2021 hebben 54.535 unieke personen forensische zorg ontvangen. Voor deze 54.535 unieke personen konden 69.275 zorgtrajecten worden gereconstrueerd die gedeeltelijk of volledig worden gekenmerkt door forensische zorg. Met andere woorden, in de periode 2015–2021 startten ongeveer 10.000 zorgtrajecten met forensische zorg per jaar. Zoals blijkt uit tabel 3.1, doorloopt het merendeel van de patiënten slechts één zorgtraject met een of meerdere forensische zorgepisoden, maar 21% van de populatie doorloopt twee of meer van zulke zorgtrajecten.

Tabel 3.1 Aantal (gedeeltelijk) forensische zorgtrajecten

Aantal zorgtrajecten met minimaal één forensische zorgepisode	% van populatie (**n=**54.535)
1	79%
2	16%
3	4%
4 of meer	1%

3.3 Meest voorkomende zorgtrajecten

Zorgtrajecten kenmerken zich door een enorme heterogeniteit. De grootste groep (n=16.521, 44% van alle trajecten die zich volledig in de periode 2015–2021 hebben afgespeeld) betreft trajecten die volledig binnen de ambulante forensische zorg plaatsvinden en waarin geen andere forensische of reguliere zorg geleverd wordt.

Daarbuiten laten zorgtrajecten een grote verscheidenheid zien als het gaat om de sequenties van zorgepisoden. De op een na grootste groep zorgtrajecten (n=1.044, 2,7%) betreft trajecten waarin ambulante forensische zorg wordt gevolgd door reguliere zorg. Op plek 3 volgen trajecten waarin ambulante forensische zorg wordt gevolgd door een episode detentie met forensische zorg, gevolgd door ambulante forensische zorg (n=1.010, 2,7%). De overige ruwweg 50% van forensische

zorgtrajecten neemt veel verschillende vormen aan en kan transities bevatten tussen forensische ambulante zorg, forensische verblijfszorg, forensische klinische zorg, detentie met of zonder zorg, en reguliere zorg. In totaal zijn ruim 4.319 verschillende sequenties te onderscheiden. In de meeste gevallen beschrijven deze sequenties de zorgtrajecten van maar weinig personen.

Tabel 3.2 laat zien hoe vaak de verschillende forensische zorgtypen voorkomen binnen trajecten. Ambulante forensische zorg is met afstand het meest voorkomende type forensische zorg – 78% van alle zorgtrajecten met forensische zorg bevatten een periode waarin een patiënt ambulante forensische zorg krijgt.

Tabel 3.2 Zorgtypen tijdens zorgtrajecten met forensische zorg (2015-2021)

Zorgtype	Aantal trajecten dat een bepaald zorgtype bevat (n=69.275)	% trajecten dat een bepaald zorgtype bevat
Klinische forensische zorg	12.560	18%
Forensische verblijfszorg	12.929	18%
Ambulante forensische zorg	54.139	78%
Ambulante forensische zorg in PI	15.597	23%
Forensische zorg in PPC	7.336	11%
Detentie zonder forensische zorg	20.538	30%

3.4 Belangrijkste bevindingen

In de periode tussen 2015-2021 hebben 54.535 unieke personen forensische zorg ontvangen. Voor deze 54.535 unieke personen kunnen 69.275 zorgtrajecten worden geïdentificeerd die gedeeltelijk of volledig worden gekenmerkt door forensische zorg.

In de periode tussen 2015-2021 startten ongeveer 10.000 forensische zorgtrajecten per jaar. Ambulante zorg komt daarbij het meest voor. 44% van deze trajecten bestond enkel uit ambulante forensische zorg, zonder aansluitende reguliere zorg. Daarnaast valt de veelvormigheid van de zorgtrajecten op. Bij ongeveer de helft van de trajecten is sprake van een grote diversiteit doordat forensische en reguliere zorg-episodes in verschillende mate voorkomen en de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg kan plaatsvinden voorafgaand aan, tijdens en/of na afloop van forensisch kader.

4 Reguliere zorg voor aanvang van forensische zorg

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het zorggebruik in de periode voor initiële instroom in forensische zorg onderzocht. Inzoomen op de periode direct voor instroom in de forensische zorg stelt ons in staat een beter beeld te krijgen van de aansluiting tussen forensische zorg en reguliere zorg. Daarbij wordt gekeken hoeveel procent van de instromende patiënten binnen een periode tot een jaar voorafgaand aan instroom al eens reguliere zorg heeft ontvangen of al in forensische zorg of detentie is geweest. De reden waarom ook naar detentie wordt gekeken is omdat detentie mede kan verklaren waarom gaten optreden in zorgtrajecten, en het interessant kan zijn om te weten hoe vaak dit voorkomt. Daarnaast wordt nagegaan hoe lang voorafgaande reguliere zorgperioden duren en welke typen reguliere zorg het betreft. Bij typen reguliere zorg gaat het om basis-ggz of gespecialiseerde ggz in het kader van de Zvw, ondersteuning vanuit de gemeente in het kader van de Wmo en langdurige zorg in het kader van de Wlz. Naast een algemene beschrijving van de periode voor instroom in forensische zorg (paragraaf 4.2) wordt ook nader gekeken welke reguliere zorg plaatsvindt voorafgaand aan instroom in verschillende forensische zorgsettings (paragraaf 4.3), te weten klinische forensische zorg, forensische verblijfszorg, ambulante forensische zorg, forensische zorg in een PPC, en ambulante forensische zorg in detentie.

In dit hoofdstuk wordt het gebruik van reguliere zorg in het jaar voorafgaand aan het moment waarop mensen instromen in de forensische zorg onderzocht. Hierbij wordt gekeken naar een specifieke tijdsperiode voor het moment waarop iemand instroomt in forensische zorg, onafhankelijk van de tijdsduur van het gehele traject.

Zoals ook in paragraaf 2.5 is beschreven, worden in de analyses van reguliere zorg voorafgaand aan forensische zorg verschillende tijdsvensters gebruikt die aansluiten bij de gehanteerde vensters in het eerder verschenen rapport ‘Monitor Continuïteit van forensische zorg’ van de NZa (2018).

4.2 Reguliere zorg voorafgaand aan forensische zorg

In tabel 4.1 wordt beschreven in hoeveel procent van de gevallen personen die in de periode 2015-2021 in forensische zorg zijn ingestroomd, in de periode daarvoor ook al zorg hebben ontvangen of in detentie hebben verbleven. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen basis-ggz en gespecialiseerde ggz vanuit de Zvw, langdurige zorg vanuit de Wlz, ondersteuning vanuit de gemeente (Wmo), forensische zorg of detentie.

Voor 18% van de zorgtrajecten geldt dat er reguliere zorg plaatsvindt in de week voorafgaand aan instroom in de forensische zorg. Voor 36% van de zorgtrajecten geldt dat er in het jaar voorafgaand aan instroom in forensische zorg op enig moment reguliere zorg heeft plaatsgevonden.

Wanneer personen in het jaar voorafgaand aan forensische zorg al in zorg waren, gaat het daarbij veelal om gespecialiseerde ggz vanuit de Zvw (28%), of ondersteuning van de gemeente vanuit de Wmo (12%). Slechts een klein deel van de patiënten ontving

zorg vanuit de Wlz of basis-ggz vanuit de Zvw (beiden 2%). Wanneer personen reguliere zorg ontvingen was dit doorgaans voor een langere periode - de mediaan van de duur van reguliere zorg in het jaar voorafgaand aan instroom in de forensische zorg bedroeg 298 dagen.

In 17% van de zorgtrajecten was de patiënt in de 7 dagen voorafgaand aan de start van forensische zorg in detentie. In het jaar voorafgaand aan instroom in forensische zorg was 33% van de patiënten op enig moment in detentie.

Tabel 4.1 Percentage zorgtrajecten met reguliere zorg of detentie voorafgaand aan instroom in forensische zorg

	7 dagen vooraf (n=56.695)	1 maand vooraf (n=56.118)	3 maanden vooraf (n=54.266)	6 maanden vooraf (n=51.226)	1 jaar vooraf (n=45.525)
Reguliere zorg	18	20	24	29	36
Basis-ggz (Zvw)	1	1	1	1	2
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	13	15	18	22	28
Langdurige zorg (Wlz)	2	2	2	2	2
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	6	6	7	9	12
Forensische zorg	-[a]	-[a]	2	4	8
Detentie	17	19	23	27	33

a Zorgtrajecten worden in dit rapport gedefinieerd als een of meer opeenvolgende zorgepisoden die minder dan 28 dagen uit elkaar liggen. Daarom kan er vanuit onze definitie van een zorgtraject geen forensische zorg plaatsvinden in de maand voorafgaand aan de instroom in forensische zorg.

Noot: Percentage patiënten dat in een bepaalde periode voor aanvang van forensische zorg een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

4.3 Reguliere zorg voorafgaand aan forensische zorg, uitgesplitst naar initiële forensische zorgsetting

In de komende deelparagrafen zal worden gekeken in hoeveel procent van de gevallen patiënten reguliere zorg hebben ontvangen in het jaar voorafgaand aan instroom in forensische zorg, waarbij we een uitsplitsing wordt gemaakt naar verschillende forensische instroomsettings: klinische forensische zorg, forensische verblijfszorg, forensische ambulante zorg, forensische zorg in een PPC en ambulante forensische zorg in detentie.

In bijlage 3 is de informatie uit de tabellen in paragrafen 4.2 en 4.3 grafisch weergegeven en naast elkaar gezet. De figuren in de bijlage geven de cumulatieve percentages weer van hoeveel procent van de populatie in het jaar voorafgaand aan instroom in forensische zorg een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen.

4.3.1 *Reguliere zorg voor instroom in klinische forensische zorg*

In tabel 4.2 wordt het zorggebruik in het jaar voor instroom in klinische forensische zorg weergegeven. Voor 16% van de zorgtrajecten geldt dat er bij de betrokkene reguliere zorg plaatsvindt in de week voorafgaand aan instroom in de forensische zorg. Voor 40% van de patiënten geldt dat zij in het jaar voorafgaand aan forensische zorg gespecialiseerde ggz ontvingen vanuit de Zvw. Voor patiënten die reguliere zorg ontvingen bedroeg de mediaan van de duur van deze zorg 264 dagen in het jaar voorafgaand aan instroom in forensische zorg. Voor 27% de patiënten geldt dat zij in het jaar voorafgaand aan instroom in klinische forensische zorg al eens forensische zorg hebben ontvangen. De mediaan van de duur van deze forensische zorgperiode bedroeg 162 dagen. In vergelijking met het zorggebruik voor aanvang van forensische zorg in het algemeen ontvangen patiënten die instromen in klinische forensische zorg vaker gespecialiseerde ggz en langdurige zorg.

In 39% vond in de 7 dagen voorafgaand aan instroom in klinische forensische zorg detentie plaats. Voor een aanzienlijk deel, 62%, van de trajecten geldt dat de patiënt op enig moment in het jaar voorafgaand aan instroom in klinische forensische zorg in detentie was. In het jaar voorafgaand aan instroom in klinische forensische zorg bedroeg de mediaan van de duur van deze detentieperiode iets minder dan een half jaar (166 dagen).

Tabel 4.2 Cumulatief percentage reguliere zorg voorafgaand aan instroom in klinische forensische zorg

	7 dagen vooraf (n=3.908)	1 maand vooraf (n=3.868)	3 maanden vooraf (n=3.752)	6 maanden vooraf (n=3.581)	1 jaar vooraf (n=3.239)
Reguliere zorg	16	18	23	29	40
Basis-ggz (Zvw)	<1	<1	<1	<1	1
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	13	15	19	25	35
Langdurige zorg (Wlz)	1	1	2	2	3
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	4	4	6	8	12
Forensische zorg	-[a]	-[a]	7	15	27
Detentie	39	41	47	54	62

a Zorgtrajecten worden in dit rapport gedefinieerd als een of meer opeenvolgende zorgepisoden die minder dan 28 dagen uit elkaar liggen. Daarom kan er vanuit onze definitie van een zorgtraject geen forensische zorg plaatsvinden in de maand voorafgaand aan de instroom in forensische zorg.

Noot: Percentage patiënten die voor aanvang van klinische forensische zorg een vorm van reguliere zorg hebben ontvangen of in detentie hebben verbleven. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

4.3.2 *Reguliere zorg voor instroom in forensische verblijfszorg*

In tabel 4.3 wordt het zorggebruik in het jaar voor instroom in forensische verblijfszorg weergegeven. Voor 20% van de zorgtrajecten geldt dat er bij de betrokkene reguliere zorg plaatsvindt in de week voorafgaand aan instroom in de forensische zorg. In vergelijking met personen die instromen in klinische forensische

zorg, hebben personen die instromen in forensische verblijfszorg minder vaak reguliere zorg ontvangen in het jaar voorafgaand aan instroom (34%, ten opzichte van 40%). Voor patiënten die zorg ontvingen bedroeg de mediaan van de duur van deze zorg 318 dagen in het jaar voorafgaand aan instroom in forensische verblijfszorg.

Vergeleken met patiënten die in een andere setting instromen, hebben patiënten die initieel in forensische verblijfszorg instromen in net iets meer gevallen in het jaar voorafgaand aan forensische zorg ondersteuning vanuit de Wmo ontvangen (16%, ten opzichte van 12% voor aanvang van forensische zorg in het algemeen).

Een aanzienlijk percentage personen was in het jaar voorafgaand aan instroom in forensische verblijfszorg op enig moment gedetineerd (51% van de populatie). Voor hen bedroeg de mediaan van de duur van deze detentieperiode 147 dagen. Voor personen die in het jaar voorafgaand aan instroom in forensische verblijfszorg op enig moment forensische zorg ontvingen (18% van de populatie) bedroeg de mediaan van de duur van deze periode 183 dagen.

Tabel 4.3 Cumulatief percentage reguliere zorg voorafgaand aan instroom in forensische verblijfszorg

	7 dagen vooraf (n=4.048)	1 maand vooraf (n=4.015)	3 maanden vooraf (n=3.929)	6 maanden vooraf (n=3.792)	1 jaar vooraf (n=3.481)
Reguliere zorg	20	21	24	28	34
Basis-ggz (Zvw)	<1	<1	1	1	1
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	15	15	17	21	26
Langdurige zorg (Wlz)	2	2	2	2	3
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	7	7	9	12	16
Forensische zorg	- [a]	- [a]	5	11	18
Detentie	27	30	36	42	51

a Zorgtrajecten worden in dit rapport gedefinieerd als een of meer opeenvolgende zorgepisoden die minder dan 28 dagen uit elkaar liggen. Daarom kan er vanuit onze definitie van een zorgtraject geen forensische zorg plaatsvinden in de maand voorafgaand aan de instroom in forensische zorg.

Noot: Percentage patiënten die voor aanvang van forensische verblijfszorg een vorm van reguliere zorg hebben ontvangen of in detentie verbleven. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

4.3.3 Reguliere zorg voor instroom in ambulante forensische zorg

In tabel 4.4 wordt het zorggebruik in het jaar voor instroom in ambulante forensische zorg weergegeven. In het jaar voorafgaand aan instroom in ambulante forensische zorg was 35% op enig moment in reguliere zorg. Voor 18% van de trajecten geldt dat patiënten in de 7 dagen voorafgaand aan instroom in ambulante forensische zorg in reguliere zorg waren. In de meeste gevallen ging het daarbij om specialistische ggz uit de Zvw (12%) of ondersteuning vanuit de gemeente vanuit de Wmo (6%). Onder mensen die in het jaar voorafgaand aan instroom in ambulante forensische zorg reguliere zorg hadden ontvangen, bedroeg de mediaan van de duur van deze periode 282 dagen.

Slechts 3% van de patiënten die initieel instromen in ambulante forensische zorg, was in de maand voorafgaand in detentie. 18% van de patiënten is in het jaar voorafgaand aan de instroom in ambulante forensische zorg een periode in detentie geweest. Onder patiënten die gedetineerd waren bedroeg de mediaan van de duur van deze detentieperiode ongeveer 3 maanden (88 dagen).

Tabel 4.4 Cumulatief percentage reguliere zorg voorafgaand aan instroom in ambulante forensische zorg

	7 dagen vooraf (n=37.798)	1 maand vooraf (n=37.422)	3 maanden vooraf (n=36.230)	6 maanden vooraf (n=34.320)	1 jaar vooraf (n=30.714)
Reguliere zorg	18	20	24	28	35
Basis-ggz (Zvw)	1	1	1	2	3
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	12	14	17	21	26
Langdurige zorg (Wlz)	2	2	2	2	2
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	6	6	8	9	12
Forensische zorg	- [a]	- [a]	3	6	10
Detentie	1	3	8	13	18

a Zorgtrajecten worden in dit rapport gedefinieerd als opeenvolgende zorgepisoden die minder dan 28 dagen uit elkaar liggen. Daarom kan er vanuit onze definitie van een zorgtraject geen forensische zorg plaatsvinden in de maand voorafgaand aan de instroom in forensische zorg.

Noot: Percentage patiënten die voor instroom in ambulante forensische zorg een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

4.3.4 Reguliere zorg voor instroom in forensische zorg in een PPC

In tabel 4.5 wordt het zorggebruik in het jaar voorafgaand aan instroom in forensische zorg weergegeven, voor personen die initieel instromen in een PPC. In de zeven dagen voorafgaand aan instroom in een PPC heeft 33% van de patiënten op enig moment reguliere zorg ontvangen. Wanneer wordt gekeken naar een periode van een jaar voorafgaand aan instroom, heeft meer dan de helft van de patiënten die instromen in een PPC op enig moment reguliere zorg ontvangen (53%).

Vergelijkbaar met patiënten die instromen in andere forensische zorgsoorten, geldt voor patiënten die initieel in een PPC instromen dat zij in het jaar daaraan voorafgaand met name gespecialiseerde ggz vanuit de Zvw hebben ontvangen (48% van de trajecten), gevolgd door ondersteuning vanuit de gemeente (18%).

Voor bijna de helft van de patiënten (48%) geldt dat zij in de zeven dagen voorafgaand aan instroom in forensische zorg in een PPC in detentie waren. Als mensen in het jaar voorafgaand aan instroom in forensische zorg op enig moment gedetineerd waren, 55%, bedroeg de mediaan van de duur van deze detentieperiode 75 dagen.

Tabel 4.5 Cumulatief percentage reguliere zorg voorafgaand aan forensische zorg in een PPC

	7 dagen vooraf (n=5.443)	1 maand vooraf (n=5.388)	3 maanden vooraf (n=5.215)	6 maanden vooraf (n=4.987)	1 jaar vooraf (n=4.557)
Reguliere zorg	33	37	42	47	53
Basis-ggz (Zvw)	<1	<1	1	1	1
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	29	32	37	41	48
Langdurige zorg (Wlz)	3	3	3	4	4
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	7	8	10	13	18
Forensische zorg	- [a]	- [a]	2	5	9
Detentie	48	49	52	54	55

a Zorgtrajecten worden in dit rapport gedefinieerd als opeenvolgende zorgepisoden die minder dan 28 dagen uit elkaar liggen. Daarom kan er vanuit onze definitie van een zorgtraject geen forensische zorg plaatsvinden in de maand voorafgaand aan de instroom in forensische zorg.

Noot: Percentage patiënten dat voor aanvang van instroom in forensische zorg in een PPC een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

4.3.5 Reguliere zorg voor instroom in ambulante forensische zorg in detentie

In tabel 4.6 wordt het zorggebruik in het jaar voorafgaand aan instroom in forensische zorg weergegeven, voor personen die initieel instromen in ambulante forensische zorg in detentie. Patiënten die initieel instromen in ambulante forensische zorg in detentie ontvangen beduidend minder vaak reguliere zorg in de 7 dagen voorafgaand aan forensische zorg (6%), maar ook in het jaar voorafgaand aan instroom (19%), dan personen die instromen in andere forensische zorgsettings.

Personen die initieel instromen in forensische ambulante zorg in detentie waren voorafgaand aan deze zorg in het merendeel van de gevallen reeds gedetineerd zonder forensische zorg (81% van de patiënten was op enig moment in de 7 dagen voorafgaand aan instroom in forensische zorg al in detentie). Als mensen in het jaar voorafgaand aan instroom in ambulante forensische zorg in detentie gedetineerd waren, bedroeg de mediaan van de duur van deze detentieperiode 221 dagen.

Tabel 4.6 Cumulatief percentage reguliere zorg voorafgaand aan ambulante forensische zorg in detentie

	7 dagen vooraf (n=5.498)	1 maand vooraf (n=5.425)	3 maanden vooraf (n=5.254)	6 maanden vooraf (n=5.002)	1 jaar vooraf (n=4.531)
Reguliere zorg	6	7	10	13	19
Basis-ggz (Zvw)	<1	<1	<1	1	1
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	5	6	8	10	15
Langdurige zorg (Wlz)	<1	<1	1	1	1
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	2	2	3	4	6
Forensische zorg	- [a]	- [a]	1	3	7
Detentie	81	82	85	87	90

a Zorgtrajecten worden in dit rapport gedefinieerd als opeenvolgende zorgepisoden die minder dan 28 dagen uit elkaar liggen. Daarom kan er vanuit onze definitie van een zorgtraject geen forensische zorg plaatsvinden in de maand voorafgaand aan de instroom in forensische zorg.

Noot: Percentage patiënten dat voor instroom in ambulante forensische zorg in een PI een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

4.4 Belangrijkste bevindingen

In het jaar voorafgaand aan instroom in forensische zorg heeft 36% van de patiënten op enig moment reguliere zorg ontvangen. In de meeste gevallen gaat het hierbij om gespecialiseerde ggz (28%) en/of ondersteuning vanuit de gemeente (12%), en minder vaak basis-ggz (2%) of zorg vanuit de Wlz (2%).

De mate waarin reguliere zorg is ontvangen voorafgaand aan instroom in forensische zorg verschilt sterk per forensische instroomsetting. Patiënten die instromen in klinische forensische zorg of forensische zorg in een PPC hebben in het jaar voorafgaand aan forensische zorg vaker reguliere zorg ontvangen (respectievelijk 40% en 53%) dan patiënten die instromen in andere forensische settings. Voor patiënten die instromen in forensische verblijfszorg, ambulante forensische zorg of ambulante forensische zorg in een PI geldt dat zij minder vaak al in zorg waren voorafgaand aan forensische zorg (respectievelijk in 34%, 35% en 19% van de trajecten).

In 17% van de gevallen volgt forensische zorg binnen 7 dagen op een detentieperiode. De mate waarin sprake was van een detentieperiode direct voor instroom in forensische zorg verschilt sterk afhankelijk van de zorgvorm waar patiënten instromen. Niet onverwacht komt dit met name vaak voor voorafgaand aan ambulante forensische zorg in detentie of PPC-zorg. Maar ook direct voorafgaand aan instroom in klinische forensische zorg en forensische verblijfszorg komen periodes in detentie veel voor (respectievelijk 39% en 27%). Patiënten die instromen in ambulante forensische zorg zijn zeer zelden in de zeven dagen daarvoor gedetineerd (slechts in 1% van de gevallen). Helaas valt het buiten de reikwijdte van dit monitorrapport om onderscheid te maken in de verschillende typen detentie.

In 8% van de gevallen waarin patiënten instromen in forensische zorg, hebben zij het voorafgaande jaar al eens forensische zorg ontvangen. Wederom verschilt dit percentage merkbaar per instroomsetting – patiënten die instroomden in forensische verblijfszorg en klinische forensische zorg hadden vaker in het voorgaande jaar al een periode forensische zorg (respectievelijk 18% en 27%) dan patiënten die instroomden in ambulante forensische zorg, ambulante forensische zorg in detentie of forensische zorg in een PPC (respectievelijk 10%, 8% en 9%).

5 Reguliere zorg tijdens forensische zorg

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk richt zich op het gebruik van reguliere zorg gelijktijdig met forensische zorg. Om verschillende redenen kunnen reguliere zorg en forensische zorg in dezelfde periode worden geleverd (DJI, z.d.). In het algemeen valt alleen zorg die is opgenomen in het vonnis of in de bijzondere voorwaarden onder de forensische zorg. Als er tijdens de forensische zorg een zorgvraag ontstaat die niet onder het vonnis of de voorwaarden valt, dan valt deze onder de reguliere zorg. Ook reguliere zorg die aan het begin van de forensische zorg al loopt en wordt gecontinueerd blijft gefinancierd vanuit de reguliere zorg. Binnen dit onderzoek is het voor ons niet mogelijk om de achterliggende redenen voor het gelijktijdige leveren van forensische en reguliere zorg nader aan te duiden.

We richten ons in dit hoofdstuk op consumptie van reguliere zorg in de eerste twee jaar na instroom in forensische zorg. Er is bewust gekozen deze tijdsvensters niet langer te maken, omdat langere tijdsvensters ertoe leiden dat recentere trajecten niet kunnen worden geïncludeerd omdat het tijdsvenster gedeeltelijk buiten de onderzoeksperiode zou vallen. Er is gekozen voor een duur van twee jaar omdat het op basis van eerder onderzoek plausibel is dat het merendeel van de patiënten binnen deze periode uit forensische zorg zijn uitgestroomd (Drieschner et al., 2020).

Omdat niet alle forensische zorgtrajecten twee of meer jaar duren, kunnen tijdsvensters in dit hoofdstuk voortijdig worden gesloten wanneer personen binnen de onderzochte periode meer dan 28 dagen achtereenvolgens geen forensische zorg ontvangen. Dit kan gebeuren wanneer een persoon naar vrijheid uitstroomt, of wanneer iemand gedetineerd wordt zonder verdere forensische zorg te ontvangen. In dat geval wordt de forensische zorg als afgesloten beschouwd en wordt in onze analyse geregistreerd dat de patiënt na de laatste behandeldag uit forensische zorg is uitgestroomd. Wanneer een patiënt binnen een jaar uitstroomt, wordt het zorggebruik tot het moment van uitstroom uit dit traject toch meegenomen in de beschrijving van het zorggebruik binnen twee jaar na instroom.

In paragraaf 5.2 wordt gekeken hoe vaak reguliere zorg plaatsvindt gelijktijdig met verschillende forensische zorgtypen. Daarbij wordt zowel een uitsplitsing gemaakt naar verschillende forensische zorgtypen (te weten klinische forensische zorg, forensische verblijfszorg, ambulante forensische zorg, zorg in een PPC, en ambulante forensische zorg in detentie) als naar verschillende reguliere zorgstelsels (Zvw, Wmo en Wlz).

In paragraaf 5.3 en 5.4 kijken we over de tijd hoe vaak reguliere zorg gelijktijdig plaatsvindt met forensische zorg. Specifiek wordt gekeken in hoeveel procent van de gevallen een patiënt reguliere zorg heeft ontvangen binnen een bepaalde periode na instroom in forensische zorg. Naast een beschrijving van de periode na instroom in forensische zorg in het algemeen (paragraaf 5.3) wordt ook nader gekeken welke reguliere zorg plaatsvindt na initiële instroom in verschillende forensische zorgsettings (paragraaf 5.4). Daarbij is het belangrijk om in gedachten te houden dat patiënten weliswaar in een bepaalde setting zijn ingestroomd, maar in verloop van tijd eventueel naar andere forensische zorgsettings zijn doorgestroomd.

5.2 Reguliere zorg tijdens verschillende typen forensische zorg

Tabel 5.1 laat zien in hoeveel procent van de trajecten waarin een bepaald soort forensische zorg heeft plaatsgevonden, gelijktijdig met dit forensische zorgtype een vorm van reguliere zorg heeft plaatsgevonden. De tabel laat zien dat reguliere zorg met name vaak voorkomt gelijktijdig met forensische zorg in een PPC, maar ook gelijktijdig met ambulante zorg en forensische verblijfszorg (respectievelijk in 36%, 29% en 27% van de trajecten waarin deze forensische zorgtypen voorkwamen). Reguliere zorg komt minder vaak gelijktijdig voor met klinische forensische zorg (19%) en ambulante forensische zorg in een PI (11%). Wanneer uitgesplitst wordt naar zorgstelsel valt op dat forensische zorg met name regelmatig plaatsvindt gelijktijdig met zorg vanuit de Zvw (20%), gevolgd door ondersteuning vanuit de Wmo (10%). Het komt slechts zelden voor dat forensische zorg gelijktijdig plaatsvindt met zorg vanuit de Wlz (2%). Dit patroon is zichtbaar voor alle typen forensische zorg.

Tabel 5.1 Prevalentie van reguliere zorg tijdens forensische zorg, uitgesplitst per forensische zorgsetting

Zorgtype	% van trajecten waar gelijktijdig met forensisch zorgtype reguliere zorg plaatsvindt	Uitgesplitst naar zorgstelsel		
		Zvw	Wmo	Wlz
Forensische zorg in PPC	36%	31%	8%	3%
Ambulante forensische zorg	29%	19%	12%	3%
Enige vorm van forensische zorg	28%	20%	10%	2%
Forensische verblijfszorg	27%	21%	8%	1%
Klinische forensische zorg	19%	14%	6%	1%
Ambulante forensische zorg in PI	11%	6%	4%	<1%

Noot: De prevalentie van gelijktijdige reguliere zorg, uitgesplitst naar forensische zorgsetting en reguliere zorgstelsels, in een tijdsperiode van 2 jaar na instroom in de forensische zorg. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom. De percentages zijn berekend door het aantal trajecten waarin reguliere zorg en een forensische zorgsetting gelijktijdig voorkwamen te delen door het aantal trajecten waarin de forensische zorgsetting voorkwam.

5.3 Reguliere zorg over de tijd tijdens forensische zorg

In tabel 5.2 wordt beschreven in hoeveel procent van de forensische zorgtrajecten reguliere zorg of detentie voorkomt binnen verschillende tijdsperiodes. In 20% van de forensische zorgtrajecten wordt binnen de eerste drie maanden gelijktijdig iets van reguliere zorg geconsumeerd. In de meeste gevallen gaat het hier om gespecialiseerde ggz vanuit de Zvw (13%), gevolgd door gemeentelijke ondersteuning vanuit de Wmo (7%). Wanneer naar een langere periode wordt gekeken, valt op dat er slechts een geringe stijging is in het percentage trajecten waar reguliere zorg gelijktijdig met forensische zorg wordt geboden – wanneer wordt gekeken naar een venster van 2 jaar

stijgt het percentage patiënten dat op enig moment gelijktijdig reguliere en forensische zorg heeft ontvangen van 20% tot 28%.

Om beter inzicht te kunnen krijgen in de vraag op welk moment binnen het traject van forensische zorg personen gelijktijdig reguliere zorg ontvangen, hebben we trajecten intern op basis van tien procentpercentielen opgesplitst. Op die manier kunnen we bepalen op welk relatief moment binnen de trajecten ook reguliere zorg wordt geleverd. Voor een traject dat 100 dagen duurt kijken we volgens deze methode naar tien op elkaar opvolgende perioden van 10 dagen waarin wel of geen reguliere zorg heeft plaatsgevonden. Voor een traject dat 730 dagen duurt (2 jaar) kijken we naar tien perioden van 73 dagen. We hebben hierbij specifiek gekeken naar personen die binnen het tijdsvenster van twee jaar uit forensische zorg zijn uitgestroomd.[5] Zoals beschreven in tabel 5.2 betreft dat ongeveer 83% van de forensische zorgtrajecten. Figuur 5.1 laat zien dat reguliere zorg met name plaatsvindt in de begin- en eindperiode van forensische zorg. Voor respectievelijk 18% en 28% van trajecten geldt dat er enige overlap is met reguliere zorg in de eerste en laatste fase van de forensische zorg. In de periode tussen de startfase en de afsluitende fase van forensische zorg daalt het gebruik van reguliere zorg naar gemiddeld 5-8% van de trajecten.

In figuur 5.2 wordt ingezoomd op de vier weken direct voorafgaand en de vier weken volgend op instroom in forensische zorg. Deze figuur laat zien dat reguliere zorg in de periode na instroom in de forensische zorg in de meeste gevallen niet nieuw is, maar al was opgestart voorafgaand aan forensisch kader en gelijktijdig met forensische zorg wordt voortgezet.

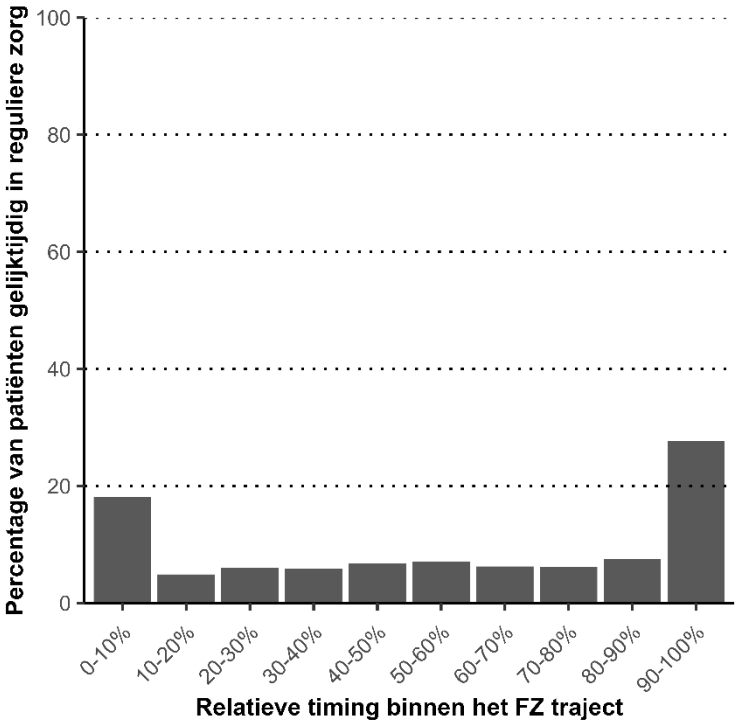
Tabel 5.2 Cumulatief percentage reguliere zorg tijdens forensische zorg

	Binnen 3 maanden (n=61.807)	Binnen 6 maanden (n=59.128)	Binnen 1 jaar (n=53.254)	Binnen 1.5 jaar (n=48.425)	Binnen 2 jaar (n=44.016)
Reguliere zorg	20	22	25	26	28
Basis-ggz (Zvw)	1	1	1	1	1
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	13	14	17	18	19
Langdurige zorg (Wlz)	2	2	2	2	2
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	7	8	9	10	10
Uitstroom	20	34	58	70	83

Noot: Percentage patiënten dat na instroom in forensisch zorg binnen een bepaalde periode een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen, dan wel is uitgestroomd. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

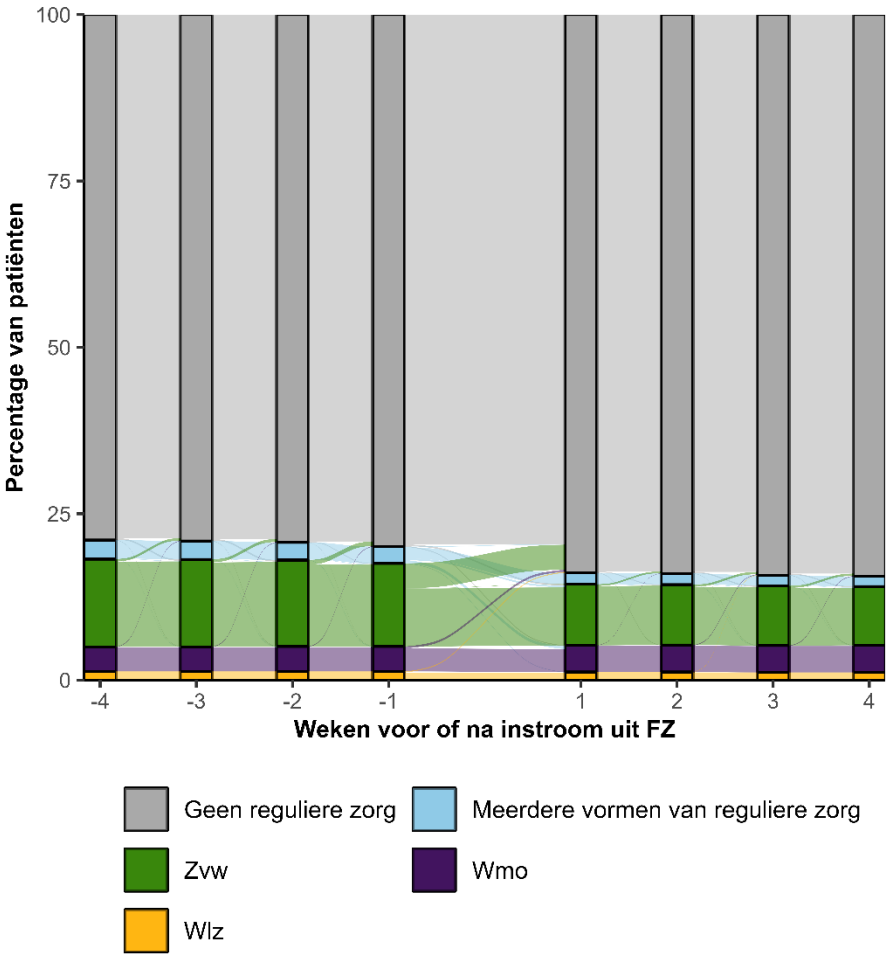
[5] Trajecten waarbij de duur van forensische zorg minder dan 90 dagen bedroeg zijn hierbij buiten beschouwing gelaten, omdat voor korte periodes geen goed onderscheid gemaakt kan worden in deze fijnmazige categorieën.

Figuur 5.1 Reguliere zorg na instroom in forensische zorg



Noot: Figuur 5.1 laat het percentage van trajecten zien waar de patiënt op een bepaald moment binnen het zorgtraject gelijktijdig forensische zorg en reguliere zorg ontvangt. Hier zijn enkel trajecten betrokken waar patiënten binnen 2 jaar uit forensische zorg zijn uitgestroomd. Korte trajecten van minder dan 90 dagen zijn buiten beschouwing gelaten, omdat voor korte periodes geen goed onderscheid gemaakt kan worden in deze fijnmazige tijdsindelingen.

Figuur 5.2 Reguliere zorg na instroom in forensische zorg



Noot: Figuur 5.2 is een stroomdiagram dat weergeeft hoe declaraties van reguliere zorg zich ontwikkelen in de vier weken voor en de vier weken na instroom in forensische zorg (respectievelijk de vier linker en de vier rechter balken in de figuur).

5.4 Reguliere zorg tijdens forensische zorg, uitgesplitst naar initiële forensische zorgsetting

In de komende deelparagrafen wordt gekeken in hoeveel procent van de gevallen patiënten reguliere zorg hebben ontvangen in de twee jaar na initiële instroom in forensische zorg. Daarbij wordt een uitsplitsing gemaakt naar verschillende instroomsettings: klinische forensische zorg, forensische verblijfszorg, ambulante forensische zorg, forensische zorg in een PPC en ambulante forensische zorg in detentie.

In deze paragraaf wordt een uitsplitsing gemaakt naar de zorgsettings waar patiënten initieel in forensische zorg zijn ingestroomd. Dat wil echter niet zeggen dat deze patiënten zich nog steeds in dezelfde zorgsetting bevonden op het moment dat gelijktijdige reguliere zorg voorkwam – een patiënt kan in de tussentijd naar een andere forensische zorgsetting zijn doorgestroomd.

Om de vergelijking tussen de reguliere zorg voorafgaand aan forensische zorg in verschillende initiële forensische zorgsettings te vergemakkelijken, is de informatie uit de tabellen van paragrafen 5.3 en 5.4 grafisch weergegeven in bijlage 4. De figuren in de bijlage geven cumulatieve percentages weer – de grafieken laten zien hoeveel procent van de populatie binnen een bepaalde tijd na instroom in forensische zorg gelijktijdig een vorm van regulier zorg heeft ontvangen. Daarnaast zijn ook de figuren 5.1 en 5.2 in de bijlage uitgesplitst per initiële instroomsetting. Uit deze uitsplitsing wordt duidelijk dat de patronen uit figuur 5.1 en figuur 5.2 onafhankelijk van de instroomsetting zichtbaar zijn: onafhankelijk van de instroomsetting vindt reguliere zorg voornamelijk plaats in de begin- en eindfase van forensische zorg, waarbij reguliere zorg in de beginfase voornamelijk een vervolg is van zorg die reeds was opgestart voorafgaand aan forensisch kader.

5.4.1 Reguliere zorg tijdens forensische zorg na initiële instroom in klinische forensische zorg

Tabel 5.3 geeft het gebruik van reguliere zorg weer tijdens forensische zorg, voor trajecten waarbij patiënten initieel in klinische forensische zorg zijn ingestroomd. Hierbij is weergegeven in hoeveel procent van de trajecten binnen een periode tot twee jaar op enig moment reguliere zorg werd geconsumeerd. In 16% van de forensische zorgtrajecten die zijn begonnen in klinische forensische zorg wordt binnen de eerste drie maanden gelijktijdig iets van reguliere zorg geconsumeerd. In de meeste gevallen gaat het hier om gespecialiseerde ggz vanuit de Zvw (12%), gevolgd door gemeentelijke ondersteuning vanuit de Wmo (5%). Wanneer wordt gekeken naar een venster van 2 jaar stijgt het percentage patiënten dat op enig moment gelijktijdig reguliere en forensische zorg heeft ontvangen van 16% tot 25%.

Tabel 5.3 Cumulatief percentage reguliere zorg tijdens forensische zorg, na initiële instroom in klinische forensische zorg

	Binnen 3 maanden (n=5.267)	Binnen 6 maanden (n=5.109)	Binnen 1 jaar (n=4.759)	Binnen 1.5 jaar (n=4.457)	Binnen 2 jaar (n=4.162)
Reguliere zorg	16	17	20	23	25
Basis-ggz (Zvw)	<1	<1	<1	<1	<1
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	12	14	16	18	19
Langdurige zorg (Wlz)	1	1	1	2	2
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	5	5	6	7	8
Uitstroom	21	32	49	57	65

Noot: Percentage patiënten dat na instroom in klinische forensisch zorg binnen een bepaalde periode een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen, dan wel is uitgestroomd. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

5.4.2 Reguliere zorg tijdens forensische zorg na initiële instroom in forensische verblijfszorg

Tabel 5.4 geeft het gebruik van reguliere zorg weer tijdens forensische zorg, voor trajecten waarbij patiënten initieel in forensische verblijfszorg zijn ingestroomd. Hierbij

is weergegeven in hoeveel procent van de trajecten binnen een periode tot twee jaar op enig moment reguliere zorg werd geconsumeerd. In 21% van de forensische zorgtrajecten wordt binnen de eerste drie maanden gelijktijdig iets van reguliere zorg geconsumeerd. In de meeste gevallen gaat het hier om gespecialiseerde ggz vanuit de Zvw (17%), gevolgd door gemeentelijke ondersteuning vanuit de Wmo (6%). Wanneer naar een langere periode wordt gekeken, valt op dat er slechts een geringe stijging is in het percentage van trajecten waar reguliere zorg gelijktijdig met forensische zorg wordt geboden (van 21% binnen 3 maanden naar 31% binnen 2 jaar).

Tabel 5.4 Cumulatief percentage reguliere zorg tijdens forensische zorg, na initiële instroom in forensische verblijfszorg

	Binnen 3 maanden (n=5.089)	Binnen 6 maanden (n=4.905)	Binnen 1 jaar (n=4.492)	Binnen 1.5 jaar (n=4.101)	Binnen 2 jaar (n=3.711)
Reguliere zorg	21	23	26	29	31
Basis-ggz (Zvw)	1	1	1	1	1
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	17	18	21	23	24
Langdurige zorg (Wlz)	1	1	1	1	1
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	6	6	8	9	10
Uitstroom	17	29	49	62	74

Noot: Percentage van patiënten dat na instroom in forensische verblijfszorg binnen een bepaalde periode een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen, dan wel is uitgestroomd. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

5.4.3 Reguliere zorg tijdens forensische zorg na initiële instroom in ambulante forensische zorg

Tabel 5.5 geeft het gebruik van reguliere zorg weer tijdens forensische zorg, voor trajecten waarbij patiënten initieel in ambulante forensische zorg zijn ingestroomd. Hierbij is weergegeven in hoeveel procent van de trajecten binnen een periode tot twee jaar op enig moment reguliere zorg werd geconsumeerd. In 20% van de forensische zorgtrajecten wordt binnen de eerste drie maanden gelijktijdig iets van reguliere zorg geconsumeerd. In de meeste gevallen gaat het hier om gespecialiseerde ggz vanuit de Zvw (17%), gevolgd door gemeentelijke ondersteuning vanuit de Wmo (6%).

Ten opzichte van trajecten die instromen in klinische zorg of verblijfszorg stromen patiënten die initieel in ambulante zorg instromen sneller uit – binnen twee jaar is 86% van de ambulante zorgtrajecten afgesloten, ten opzichte van 65% en 74% bij respectievelijk klinische zorg en verblijfszorg. Dit relatief hoge uitstroompercentage kan mede verklaren waarom het percentage van trajecten waar reguliere zorg gelijktijdig met forensische zorg wordt geboden slechts weinig stijgt over tijd.

Tabel 5.5 Cumulatief percentage reguliere zorg tijdens forensische zorg, na initiële instroom in forensische ambulante zorg

	Binnen 3 maanden (n=39.394)	Binnen 6 maanden (n=37.882)	Binnen 1 jaar (n=34.358)	Binnen 1.5 jaar (n=31.414)	Binnen 2 jaar (n=28.599)
Reguliere zorg	20	23	25	27	29
Basis-ggz (Zvw)	1	1	1	1	1
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	17	18	21	23	24
Langdurige zorg (Wlz)	1	1	1	1	1
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	6	7	8	9	10
Uitstroom	15	29	57	71	86

Noot: Percentage van patiënten dat na instroom in forensisch zorg binnen een bepaalde periode een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen, dan wel is uitgestroomd. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

5.4.4 Reguliere zorg tijdens forensische zorg na initiële instroom in forensische zorg in een PPC

Tabel 5.6 beschrijft het gebruik van reguliere zorg tijdens forensische zorg, voor trajecten waar patiënten initieel in een PPC zijn ingestroomd. Hierbij is weergegeven in hoeveel procent van de trajecten binnen een periode tot twee jaar op enig moment reguliere zorg werd geconsumeerd.

Voor patiënten die instromen in een PPC geldt dat 35% op enig moment in de eerste drie maanden na instroom in forensische zorg gelijktijdig iets van reguliere zorg ontvangen. Het gaat hierbij in de meeste gevallen om specialistische ggz vanuit de Zvw (30%).

Voor patiënten die instromen in een PPC geldt dat zij relatief snel weer uitstromen uit forensische zorg – 70% van de patiënten is binnen een jaar uit zorg uitgestroomd, binnen twee jaar gaat het zelfs om 83%.

Tabel 5.6 Cumulatief percentage reguliere zorg tijdens forensische zorg, na initiële instroom in een PPC

	Binnen 3 maanden (n=5.599)	Binnen 6 maanden (n=5.341)	Binnen 1 jaar (n=4.888)	Binnen 1.5 jaar (n=4.459)	Binnen 2 jaar (n=4.040)
Reguliere zorg	35	36	38	39	40
Basis-ggz (Zvw)	<1	<1	<1	<1	<1
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	30	31	33	34	35
Langdurige zorg (Wlz)	3	3	3	3	4
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	7	8	8	8	8
Uitstroom	38	54	70	78	83

Noot: Percentage van patiënten dat na instroom in forensisch zorg in een PPC binnen een bepaalde periode een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen, dan wel is uitgestroomd. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

5.4.5 *Reguliere zorg tijdens forensische zorg, na initiële instroom in ambulante forensische zorg in detentie*

Tabel 5.7 beschrijft het gebruik van reguliere zorg tijdens forensische zorg, voor trajecten waar patiënten initieel in ambulante forensische zorg in detentie zijn ingestroomd. Het percentage patiënten dat binnen 3 maanden na instroom in ambulante forensische zorg in het gevangeniswezen ook reguliere zorg heeft ontvangen is beduidend lager dan dat in andere initiële instroomsettings (6%, ten opzichte van gemiddeld 21% voor andere instroomsettings). Binnen een periode van 2 jaar stijgt dit percentage naar 11% van de populatie.

Vergelijkbaar met forensische zorgtrajecten die starten met een instroom in een PPC geldt voor patiënten die instromen in ambulante forensische zorg in detentie dat zij relatief snel weer uitstromen uit forensische zorg – 71% van de patiënten is binnen een jaar uit zorg uitgestroomd, binnen twee jaar gaat het zelfs om 87%. In 62% van de trajecten waar patiënten binnen twee jaar waren uitgestroomd, betekende dit dat patiënten terugkeerden in detentie zonder forensische zorg.

Net als voor trajecten die starten met instroom in andere typen forensische zorg wordt er meer reguliere zorg gebruikt in de beginfase en de eindfase van trajecten die starten met ambulante forensische zorg in een PI, al zijn deze pieken aanzienlijk minder hoog dan voor trajecten met een andere instroomsetting (respectievelijk 6% en 11%, zie bijlage 4).

Tabel 5.7 Cumulatief percentage reguliere zorg tijdens forensische zorg, na initiële instroom in forensische zorg in het gevangeniswezen (ambulant)

	Binnen 3 maanden (n=6.585)	Binnen 6 maanden (n=6.420)	Binnen 1 jaar (n=6.021)	Binnen 1.5 jaar (n=5.708)	Binnen 2 jaar (n=5.395)
Reguliere zorg	6	7	9	10	11
Basis-ggz (Zvw)	<1	<1	<1	<1	<1
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	4	4	5	6	7
Langdurige zorg (Wlz)	<1	<1	<1	<1	<1
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	2	2	3	3	4
Uitstroom	34	51	71	80	87

Noot: Percentage van patiënten dat na instroom in ambulante forensisch zorg in een PI binnen een bepaalde periode een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen, dan wel is uitgestroomd. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

5.5 Belangrijkste bevindingen

In 28% van de trajecten wordt binnen twee jaar op enig moment gelijktijdig met forensische zorg ook reguliere zorg gedeclareerd. De mate waarin reguliere zorg gelijktijdig met forensische zorg plaatsvindt verschilt sterk per forensische zorgsetting: tijdens forensische zorg in een PPC, ambulante forensische zorg en forensische verblijfszorg komt gelijktijdige reguliere zorg relatief vaak voor (respectievelijk in 36%, 29% en 27% van de trajecten waar deze zorgsettings voorkomen, vindt reguliere zorg gelijktijdig met de betreffende setting plaats). Tijdens klinische forensische zorg en ambulante forensische zorg in een PI komt dit minder vaak gelijktijdig voor (respectievelijk in 19% en 11% van de trajecten).

In de meeste gevallen vindt deze gelijktijdige zorg plaats in de beginfase en/of de eindfase van de forensische zorg, mogelijkerwijs met als doel om een warme overdracht te bewerkstelligen tussen zorgaanbieders. Reguliere zorg in de beginfase van het traject is in de meeste gevallen een (tijdelijke) continuering van reguliere zorg die gestart was in de periode voorafgaand aan forensische zorg. In het geval van reguliere zorg in de eindfase van het zorgtraject is deze zorg vermoedelijk opgestart met het oog op continuïteit van zorg na afloop van strafrechtelijk kader.

Het is belangrijk om te benoemen dat, wanneer overlap bestond tussen forensische zorgperioden en declaratieperioden voor reguliere zorg, dit niet per definitie hoeft te betekenen dat er in die periode ook directe cliëntencontacten zijn geweest vanuit de reguliere zorg. Dit kan er ook op wijzen dat er een overdrachtsmoment is geweest tussen zorgaanbieders vanuit de reguliere en forensische zorg, of dat er een pauze was in het patiëntencontact in reguliere zorg tijdens (kortdurende) forensische zorg, zonder dat de DBC is afgesloten.

Er zijn duidelijke verschillen in de mate van aansluiting tussen forensische en reguliere zorg, afhankelijk van de instroomsetting van het forensische zorgtraject. De meest opvallende uitschieter is de ambulante forensische zorg in detentie. Slechts 6% van de patiënten die in ambulante zorg in detentie instroomt, ontvangt binnen 3 maanden ook iets van reguliere zorg, ten opzichte van 21% van de overige forensische zorg trajecten. Ook in de slotfase van forensische zorg wordt in geval van ambulante forensische zorg in detentie relatief zelden reguliere zorg opgestart, mogelijkerwijs omdat deze groep relatief vaak uitstroomt naar detentie zonder forensische zorg in plaats van naar vrijheid.

Wanneer patiënten gelijktijdig met forensische zorg ook reguliere zorg ontvangen, gaat het in de meeste gevallen om specialistische ggz vanuit de Zvw (21% van alle trajecten), gevolgd door ondersteuning vanuit de gemeente vanuit de Wmo (10%). Zorg vanuit de Wlz komt aanmerkelijk minder vaak voor (2%) – in paragraaf 7.3.4 gaan we in op mogelijke redenen waarom de aansluiting met de Wlz minder frequent is in vergelijking met de zorgstelsels Zvw en Wmo.

Ook tijdens detentieperiodes vindt reguliere zorg plaats. In de meeste gevallen gaat het wederom om specialistische ggz vanuit de Zvw. Dit is opvallend, omdat een patiënt de zorgverzekering tijdelijk dient op te schorten tijdens een detentieperiode (art. 24 Zvw). In de discussie zullen we nader ingaan op mogelijke verklaringen voor waarom in deze periode reguliere zorg wordt gedeclareerd (paragraaf 7.2.3).

6 Reguliere zorg na afloop van forensische zorg

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het zorggebruik vanaf het moment na uitstroom uit de forensische zorg nader onderzocht. Naast een algemene beschrijving van de periode na uitstroom uit forensische zorg (paragraaf 6.2) wordt ook nader gekeken welke reguliere zorg plaatsvindt volgend op uitstroom uit verschillende forensische zorgsettings (paragraaf 6.3), te weten klinische zorg, verblijfszorg, ambulante zorg, zorg in een PPC, en ambulante zorg in detentie.

Inzoomen op de periode direct na uitstroom stelt ons in staat een beter beeld te krijgen van de aansluiting tussen forensische zorg en reguliere zorg. Daarbij wordt gekeken naar hoeveel procent van de uitstromende patiënten binnen bepaalde termijnen reguliere zorg ontvangt of terugkeert in detentie of forensische zorg. Daarnaast wordt gekeken naar de duur van de reguliere zorgperiodes. Ook wordt onderscheid gemaakt naar type reguliere zorg. Bij typen reguliere zorg gaat het om basis-ggz of gespecialiseerde ggz in het kader van de Zvw, ondersteuning vanuit de gemeente in het kader van de Wmo en langdurige zorg in het kader van de Wlz. Naast een beschrijving van de periode na uitstroom uit forensische zorg in het algemeen, wordt ook nader gekeken naar de uitstroom uit forensische klinische forensische zorg, forensische verblijfszorg, ambulante forensische zorg, forensische zorg in een PPC en ambulante forensische zorg in detentie.

6.2 Zorg na uitstroom uit de forensische zorg

In tabel 6.1 wordt beschreven in hoeveel procent van de trajecten personen die in de periode 2015-2021 uit forensische zorg zijn uitgestroomd, in de periode daarna zorg of detentie hebben ontvangen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen basis-ggz en gespecialiseerde ggz vanuit de Zvw, langdurige zorg vanuit de Wlz, ondersteuning vanuit de gemeente (Wmo), forensische zorg of detentie.

In 22% van de trajecten ontving een patiënt die uitstroomt uit forensische zorg reeds binnen 7 dagen iets van reguliere zorg, met name vanuit de gespecialiseerde ggz op basis van de Zvw (15%) en ondersteuning vanuit de gemeente (Wmo; 9%). Binnen een jaar na uitstroom had 37% van de patiënten op enig moment reguliere zorg ontvangen. De mediaan van de duur van deze reguliere zorg bedroeg 312 dagen in het eerste jaar na uitstroom.

30% van de patiënten keerde binnen een jaar na uitstroom uit de forensische zorg terug in detentie en/of forensische zorg (24% in detentie, 13% in forensische zorg). Het is op basis van onze huidige gegevens niet vast te stellen of in deze gevallen sprake simpelweg sprake was van combinatievonnissen, of voorwaarden geschonden waren of dat nieuwe delicten waren gepleegd. De mediaan van de duur van forensische zorg bedroeg 140 dagen in het eerste jaar na uitstroom, in het geval van detentie ging het om 84 dagen.

Tabel 6.1 Cumulatief percentage reguliere zorg na uitstroom uit forensische zorg

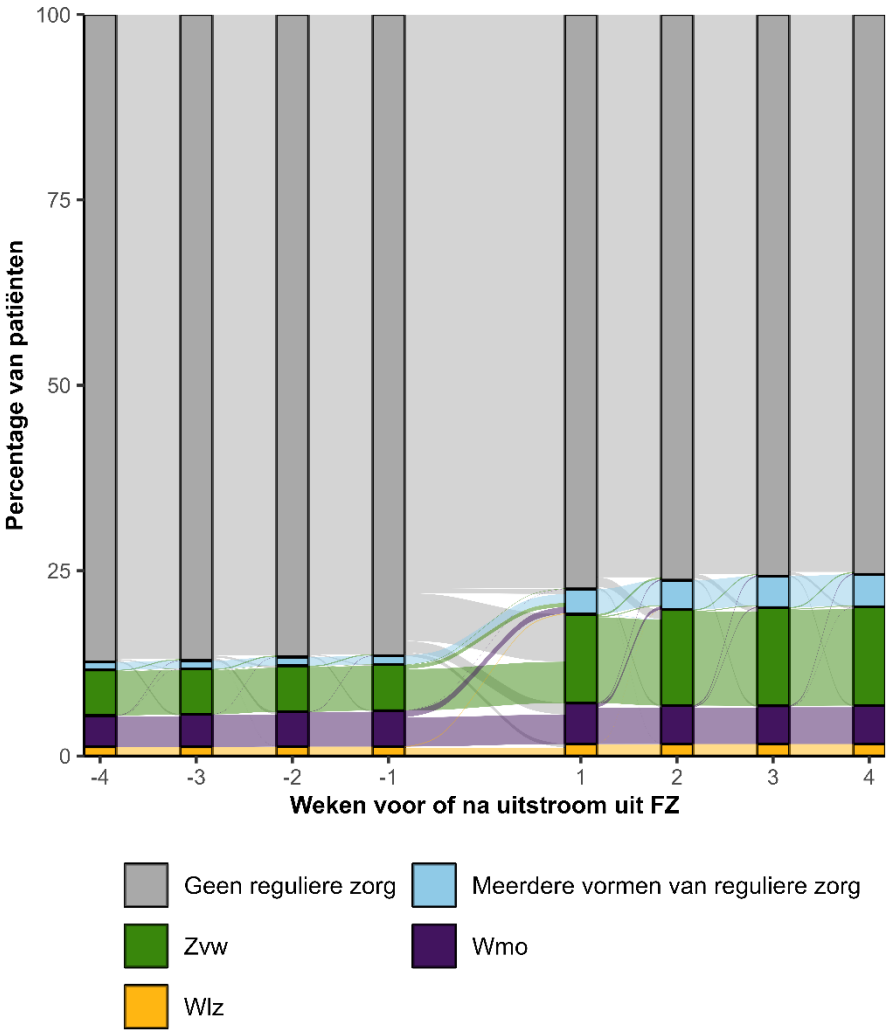
	Binnen 7 dagen (n=57.737)	Binnen 1 maand (n=56.980)	Binnen 3 maanden (n=55.244)	Binnen 6 maanden (n=52.448)	Binnen 1 jaar (n=46.338)
Reguliere zorg	22	26	29	32	37
Basis-ggz (Zvw)	<1	<1	1	1	1
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	15	18	20	22	27
Langdurige zorg (Wlz)	2	2	3	3	3
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	9	10	12	14	17
Forensische zorg	- [a]	- [a]	3	6	13
Detentie	9	11	14	18	24

a Zorgtrajecten worden in dit rapport gedefinieerd als opeenvolgende zorgepisoden die minder dan 28 dagen uit elkaar liggen. Daarom kan er vanuit onze definitie van een zorgtraject geen forensische zorg plaatsvinden in de maand volgend op de uitstroom uit forensische zorg.

Noot: Percentage van patiënten dat na uitstroom uit forensische zorg binnen een bepaalde periode een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen, dan wel is teruggekeerd in forensische zorg en/of detentie. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

In figuur 6.1 wordt ingezoomd op de vier weken direct voorafgaand en de vier weken volgend op uitstroom uit forensische zorg. Deze figuur laat zien dat, wanneer patiënten na uitstroom reguliere zorg ontvangen, deze zorg in ongeveer de helft van de gevallen al was opgestart in de laatste weken van forensische zorg. Dit komt overeen met figuur 5.1 uit hoofdstuk 5, waaruit bleek dat in veel gevallen reguliere zorg wordt opgestart in de slotfase van forensische zorg.

Figuur 6.1 Reguliere zorggebruik voor en na uitstroom uit forensische zorg



Noot: Figuur 6.1 is een stroomdiagram dat weergeeft hoe het gebruik van reguliere zorg zich ontwikkelt in de vier weken voor en de vier weken na uitstroom uit forensische zorg (respectievelijk de vier linker en de vier rechter balken in de figuur).

6.3 Zorg na uitstroom uit verschillende forensische zorgsettings

In de komende deelparagrafen zal worden gekeken in hoeveel procent van de gevallen patiënten reguliere zorg hebben ontvangen in het jaar na uitstroom uit forensische zorg, waarbij een uitsplitsing wordt gemaakt naar verschillende forensische uitstroomsettings: klinische forensische zorg, forensische verblijfszorg, ambulante forensische zorg, forensische zorg in een PPC en ambulante forensische zorg in detentie.

Om de vergelijking van de consumptie van reguliere zorg na afloop van uitstroom uit verschillende forensische zorgsettings te vergemakkelijken, is de informatie uit de tabellen van paragrafen 6.2 en 6.3 grafisch weergegeven in bijlage 5. De figuren in de bijlage geven de cumulatieve percentages weer van hoeveel procent van de populatie

in het jaar na uitstroom uit forensische zorg een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen. Daarnaast is ook figuur 6.1 in de bijlage uitgesplitst per uitstroomsetting.

6.3.1 *Reguliere zorg na uitstroom uit klinische forensische zorg*

Ten opzichte van de algehele uitstroom maken patiënten die uitstromen uit forensische klinische zorg vaker gebruik van enige form van reguliere zorg (zie tabel 6.2). Binnen een jaar na uitstroom uit de klinische zorg heeft 46% enige vorm van reguliere zorg ontvangen. Bijna een derde (30%) van de forensische patiënten die na uitstroom uit de klinische forensische zorg, reguliere zorg ontvangen, ontvangen dit al binnen een week na uitstroom.

Het vaakst komen uitstromers uit de klinische forensische zorg in de gespecialiseerde ggz terecht (39% binnen een jaar), gevolgd door 15% die binnen een jaar op enig moment aanspraak maakt op de Wmo en 6% die in de langdurige zorg terecht komt. Het percentage patiënten dat binnen een jaar terugkeert in de forensische zorg (28%) na uitstroom uit klinische forensische zorg is hoger dan voor alle andere forensische uitstroom-settings. Het percentage patiënten dat binnen een jaar na uitstroom in detentie gaat (34%) is ook hoger dan bij trajecten waar patiënten uitstromen uit ambulante forensische zorg of forensische verblijfszorg.

Tabel 6.2 Cumulatief percentage reguliere zorg na uitstroom uit klinische forensische zorg

	Binnen 7 dagen (n=3.808)	Binnen 1 maand (n=3.771)	Binnen 3 maanden (n=3.665)	Binnen 6 maanden (n=3.525)	Binnen 1 jaar (n=3.226)
Reguliere zorg	30	31	34	39	46
Basis-ggz (Zvw)	<1	<1	<1	<1	<1
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	24	26	28	32	39
Langdurige zorg (Wlz)	4	4	4	5	6
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	5	6	7	10	15
Forensische zorg	- [a]	- [a]	8	17	28
Detentie	15	17	23	29	34

a Zorgtrajecten worden in dit rapport gedefinieerd als opeenvolgende zorgepisoden die minder dan 28 dagen uit elkaar liggen. Daarom kan er vanuit onze definitie van een zorgtraject geen forensische zorg plaatsvinden in de maand volgend op de uitstroom uit forensische zorg.

Noot: Percentage patiënten dat na uitstroom uit klinische forensische zorg binnen een bepaalde periode een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen, dan wel is teruggekeerd in forensische zorg en/of detentie. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

6.3.2 *Reguliere zorg na uitstroom uit forensische verblijfszorg*

Ten opzichte van de algehele uitstroom maken patiënten die uitstromen uit forensische verblijfszorg duidelijk vaker gebruik van enige vorm van reguliere zorg in het jaar na uitstroom uit de forensische zorg (55%).

Vergelijkbaar met andere uitstroomsettings ontvangen ook personen die uitstromen uit forensische verblijfszorg in veel gevallen gespecialiseerde ggz vanuit de Zvw (25% stroomt direct door naar gespecialiseerde ggz, binnen een jaar heeft 37% van de populatie op enig moment gespecialiseerde ggz ontvangen). In tegenstelling tot andere uitstroomsettings vindt aansluitende zorg voor forensische verblijfszorg in evenveel gevallen plaats in de vorm van begeleiding vanuit de Wmo (25% binnen 7 dagen na uitstroom, 38% binnen 1 jaar) als in de vorm van gespecialiseerde ggz. In 26% van de gevallen ging het hierbij om de Wmo-maatwerkvoorziening 'Verblijf en opvang'. De mediaan van de duur van Wmo ondersteuning bedroeg 303 dagen in het eerste jaar na uitstroom.

Tabel 6.3 Cumulatief percentage reguliere zorg na uitstroom uit forensische verblijfszorg

	Binnen 7 dagen (n=5.039)	Binnen 1 maand (n=4.968)	Binnen 3 maanden (n=4.759)	Binnen 6 maanden (n=4.503)	Binnen 1 jaar (n=3.980)
Reguliere zorg	42	45	47	51	55
Basis-ggz (Zvw)	<1	<1	1	1	1
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	25	29	31	34	37
Langdurige zorg (Wlz)	6	6	7	9	11
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	25	27	30	33	38
Forensische zorg	- [a]	- [a]	5	10	17
Detentie	10	12	18	23	29

a Zorgtrajecten worden in dit rapport gedefinieerd als opeenvolgende zorgepisoden die minder dan 28 dagen uit elkaar liggen. Daarom kan er vanuit onze definitie van een zorgtraject geen forensische zorg plaatsvinden in de maand volgend op de uitstroom uit forensische zorg.

Noot: Percentage patiënten dat na uitstroom uit forensische verblijfszorg binnen een bepaalde periode een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen, dan wel is teruggekeerd in forensische zorg en/of detentie. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

6.3.3 Reguliere zorg na uitstroom uit ambulante forensische zorg

In tabel 6.4 is beschreven in hoeveel procent van de trajecten waarbij patiënten uitstromen uit ambulante forensische zorg zij binnen een periode tot 1 jaar zorg ontvangen. Ten opzichte van andere uitstroomsettings ontvangen patiënten die uitstromen uit ambulante forensische zorg relatief minder vaak aansluitende reguliere zorg (21% van de patiënten ontvangt iets van zorg binnen 7 dagen; 35% binnen een jaar). Wanneer zij aansluitende zorg ontvangen, is de mediaan van de duur van deze zorg 299 dagen.

Het percentage patiënten dat binnen 1 jaar terugkeert in forensische zorg (11%) of in detentie belandt (15%) is lager dan bij de andere uitstroomsettingen. Ook de duur van detentie is korter dan bij andere uitstroompopulaties – de mediaan ligt op 52 dagen in het eerste jaar na uitstroom.

Tabel 6.4 Cumulatief percentage reguliere zorg na uitstroom uit forensische ambulante zorg

	Binnen 7 dagen (n=41.197)	Binnen 1 maand (n=40.695)	Binnen 3 maanden (n=39.625)	Binnen 6 maanden (n=37.893)	Binnen 1 jaar (n=34.016)
Reguliere zorg	21	25	27	30	35
Basis-ggz (Zvw)	<1	<1	1	1	1
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	13	17	19	21	25
Langdurige zorg (Wlz)	2	2	2	2	2
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	8	10	11	13	16
Forensische zorg	- [a]	- [a]	4	7	11
Detentie	1	2	6	10	15

a Zorgtrajecten worden in dit rapport gedefinieerd als opeenvolgende zorgepisoden die minder dan 28 dagen uit elkaar liggen. Daarom kan er vanuit onze definitie van een zorgtraject geen forensische zorg plaatsvinden in de maand volgend op de uitstroom uit forensische zorg.

Noot: Percentage patiënten dat na uitstroom uit ambulante forensische zorg binnen een bepaalde periode een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen, dan wel is teruggekeerd in forensische zorg en/of detentie. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

6.3.4 Reguliere zorg na uitstroom uit forensische zorg in een PPC

Tabel 6.5 beschrijft het gebruik van reguliere zorg na afloop van forensische zorg, voor trajecten waar patiënten uitstromen uit een PPC. Hierbij is weergegeven in hoeveel procent van de trajecten door de patiënt binnen een periode van een jaar op enig moment reguliere zorg werd geconsumeerd.

Voor patiënten die uitstromen uit een PPC geldt dat 27% in de zeven dagen na uitstroom uit forensische zorg enige vorm van reguliere zorg ontvangt. Binnen een jaar loopt dit percentage op tot 46%. Het gaat hierbij in de meeste gevallen om specialistische ggz vanuit de Zvw (23% binnen 7 dagen, 40% binnen 1 jaar na uitstroom), gevolgd door ondersteuning vanuit de Wmo (5% binnen 7 dagen, 14% binnen 1 jaar).

Vergeleken met trajecten waar patiënten uitstromen uit een niet-detentie setting, stroomden patiënten die uitstromen uit forensische zorg in een PPC relatief vaak uit naar detentie zonder forensische zorg (20% ten opzichte van 3% voor niet-detentiesettings).

Tabel 6.5 Cumulatief percentage reguliere zorg na uitstroom uit forensische zorg in een PPC

	Binnen 7 dagen (n=7.564)	Binnen 1 maand (n=7.417)	Binnen 3 maanden (n=7.149)	Binnen 6 maanden (n=6.743)	Binnen 1 jaar (n=6.088)
Reguliere zorg	27	30	34	39	46
Basis-ggz (Zvw)	<1	<1	<1	<1	<1
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	23	25	2	33	40
Langdurige zorg (Wlz)	2	3	3	4	4
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	5	6	8	11	14
Forensische zorg	- [a]	- [a]	7	14	24
Detentie	20	22	29	35	44

a Zorgtrajecten worden in dit rapport gedefinieerd als opeenvolgende zorgepisoden die minder dan 28 dagen uit elkaar liggen. Daarom kan er vanuit onze definitie van een zorgtraject geen forensische zorg plaatsvinden in de maand volgend op de uitstroom uit forensische zorg.

Noot: Percentage patiënten dat na uitstroom uit forensische zorg binnen een bepaalde periode een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen, dan wel is teruggekeerd in forensische zorg en/of detentie. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

6.3.5 Reguliere zorg na uitstroom uit ambulante forensische zorg in detentie

Tabel 6.6 beschrijft het gebruik van reguliere zorg na afloop van forensische zorg, voor trajecten waar patiënten uitstromen uit ambulante forensische zorg in detentie. Hierbij is weergegeven in hoeveel procent van de trajecten door de patiënt binnen een periode van een jaar op enig moment reguliere zorg werd geconsumeerd.

Vergeleken met trajecten waarbij patiënten uitstromen uit een niet-detentie setting, maar ook vergeleken met trajecten waar patiënten uitstromen uit een PPC, stroomden patiënten uit ambulante forensische zorg in detentie beduidend vaker uit naar detentie zonder forensische zorg (82% vergeleken met 3% voor niet-detentiesettings en 20% voor uitstroom uit een PPC). Het hoge percentage heeft vermoedelijk als oorzaak dat personen met ambulante forensische zorg in detentie, in veel gevallen nog in detentie verblijven op het moment dat de ambulante zorg eindigt.

Voor patiënten die uitstromen uit ambulante zorg in detentie geldt dat zij duidelijk minder vaak aansluitend reguliere zorg ontvangen, vergeleken met patiënten die uit andere settings uitstromen uit forensische zorg. Dit verschil is zowel duidelijk op korte termijn (binnen 7 dagen na uitstroom heeft 6% op enig moment reguliere zorg ontvangen) als op langere termijn (binnen een jaar heeft 20% op enig moment reguliere zorg ontvangen). Deze lage percentages hangen samen met het hoge percentage van patiënten dat na uitstroom uit ambulante zorg in detentie in detentie blijft. Binnen de subgroep van patiënten die vanuit ambulante zorg in detentie uitstroomt naar vrijheid is het percentage dat reguliere zorg ontvangt hoger - 37% van de patiënten die uitstromen uit ambulante forensische zorg in het gevangeniswezen naar vrijheid ontvangt binnen een jaar op enig moment reguliere zorg.

Tabel 6.6 Cumulatief percentage reguliere zorg na uitstroom uit ambulante forensische zorg in detentie

	Binnen 7 dagen (n=7.564)	Binnen 1 maand (n=7.417)	Binnen 3 maanden (n=7.149)	Binnen 6 maanden (n=6.743)	Binnen 1 jaar (n=6.088)
Reguliere zorg	6	7	10	14	20
Basis-ggz (Zvw)	<1	<1	<1	<1	1
Gespecialiseerde ggz (Zvw)	4	5	7	9	13
Langdurige zorg (Wlz)	<1	<1	<1	1	1
Ondersteuning vanuit gemeente (Wmo)	2	3	4	6	9
Forensische zorg	- [a]	- [a]	4	11	23
Detentie	82	83	84	85	87

a Zorgtrajecten worden in dit rapport gedefinieerd als opeenvolgende zorgepisoden die minder dan 28 dagen uit elkaar liggen. Daardoor kan er vanuit onze definitie van een zorgtraject geen forensische zorg plaatsvinden in de maand volgend op de uitstroom uit forensische zorg.

Noot: Percentage patiënten dat na uitstroom uit ambulante forensische zorg in detentie binnen een bepaalde periode een vorm van reguliere zorg heeft ontvangen, dan wel is teruggekeerd in forensische zorg en/of detentie. Doordat patiënten meerdere typen reguliere zorg kunnen ontvangen, tellen de verschillende typen reguliere zorg niet samen op tot de totaalsom.

6.4 Belangrijkste bevindingen

37% van de patiënten die uitstromen uit forensische zorg ontvangt binnen een jaar op enig moment reguliere zorg. De sterkste toestroom naar reguliere zorg vindt plaats direct aansluitend op forensische zorg – zeven dagen na uitstroom uit forensische zorg is reeds 22% in reguliere zorg. Dit komt overeen met een eerder monitorrapport van de NZa over de periode 2013 – 2015 (Nza, 2015). In ruwweg de helft van de gevallen waar reguliere zorg direct aansluitend op forensische zorg wordt geleverd, was deze zorg al in het eindstadium van de forensische zorg opgestart.

Afhankelijk van de uitstroomsetting kan het percentage patiënten dat binnen 7 dagen aansluitende reguliere zorg ontvangt sterk verschillen. Zo ontvangen patiënten die uitstromen uit een PPC, klinische zorg en verblijfszorg beduidend vaker direct aansluitend reguliere zorg – respectievelijk in 27, 30 en 42% van de trajecten. Patiënten die uitstromen uit ambulante zorg in detentie ontvangen daarentegen in slechts 6% van de gevallen binnen 7 dagen aansluitende reguliere zorg, daarentegen stromen zij in 82% van de gevallen door naar detentie zonder (forensische) zorg. Uit onze huidige gegevens kan niet eenduidig worden opgemaakt om welke reden patiënten naar detentie zonder zorg stroomden. Aannemelijk is dat veel van hen nog in detentie verbleven op het moment dat de ambulante zorg in detentie eindigde.

Wanneer patiënten na afloop van forensische zorg aansluitende reguliere zorg ontvangen, gaat het in de meeste gevallen om specialistische ggz vanuit de Zvw (27% van alle uitstroomtrajecten), gevolgd door ondersteuning vanuit de gemeente op basis van de Wmo (17%). Patiënten die uitstromen uit forensische verblijfszorg onderscheiden zich met name daardoor dat zij naast specialistische ggz vanuit de Zvw

ook relatief vaak ondersteuning vanuit de Wmo ontvangen (38%). In veel gevallen gaat dit om 'Wmo met verblijf' (20% direct aansluitend aan uitstroom uit de forensische verblijfszorg, loopt op naar 26% binnen een jaar).

7 Discussie

7.1 Introductie

De continuïteit tussen forensische zorg en de zorg in verschillende reguliere zorgstelsels (Zvw, Wlz, Wmo) is een aanhoudend aandachtspunt dat ook in de geschiedenis van de Wet forensische zorg veel aandacht heeft gekregen. Het verbeteren van de continuïteit tussen strafrechtelijke en civiele zorg is een van de hoofddoelen van de Wet forensische zorg (*Kamerstukken II* 2009/10, 32 398, nr. 3; Burger & De Kogel, 2022). In 2024 is dan ook de gemeenschappelijke 'Werkagenda aansluiting forensische zorg en reguliere zorg' opgezet door de ministeries van JenV en VWS met als doel de aansluiting tussen zorgstelsels te verbeteren en ervoor te zorgen dat personen die risicovol gedrag vertonen de hulp krijgen die zij nodig hebben (*Kamerstukken II* 2024/25, 33 628, nr. 106).

Hoewel het belang van continuïteit tussen forensische en reguliere zorg breed erkend wordt (zie bijv. Adair et al., 2005; Bangma et al., 2017; De Vogel et al., 2019), is er ondanks eerdere pogingen cijfermatig weinig bekend over de mate van aansluiting met reguliere zorgstelsels voor aanvang van, tijdens en na afloop van forensische zorg. Daarom zijn in dit project registratiegegevens uit de verschillende stelsels op persoonsniveau gecombineerd om te komen tot een Monitor Continuïteit van zorg. Daarmee is een uniek domein-overstijgend overzicht gerealiseerd dat zicht geeft op hoe de aansluiting tussen deze stelsels in de tijd vormgegeven wordt en dat de basis kan vormen voor nader onderzoek op basis van maatschappelijke vragen en aandachtspunten. Daarmee biedt de Monitor Continuïteit van zorg kansen om de continuïteit van zorg voor forensische patiënten en de bredere groep mensen met risicovol gedrag te verbeteren. In dit eerste rapport op basis van gegevens van de Monitor hebben we ons daarbij op de grote, beschrijvende lijnen gericht.

In paragraaf 7.2 gaan we in op sterke punten en kanttekeningen die dit onderzoek kenmerken. Daarna worden in paragraaf 7.3 de belangrijkste resultaten uit hoofdstukken 3 tot en met 6 besproken aan de hand van de onderzoeksvragen uit paragraaf 1.5. In paragraaf 7.4 wordt nader ingegaan op hoe in de toekomst vorm wordt gegeven aan de Monitor Continuïteit van zorg. Tot slot volgt een aantal conclusies uit het onderzoek (paragraaf 7.5).

7.2 Sterke punten en kanttekeningen

In dit rapport beschrijven we de bevindingen van het eerste onderzoek van de Monitor Continuïteit van zorg. Het onderzoek richt zich op de aansluiting in de tijd tussen forensische en reguliere zorg. Dit onderzoek kent meerdere sterke punten en kanttekeningen. Beide worden hieronder kort toegelicht.

De kracht van dit rapport is dat het de eerste cijfermatige beschrijving is die op landelijk niveau een weergave biedt van de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg voorafgaand, tijdens en na afloop van forensische zorg, waarbij wat betreft de reguliere zorg een uitsplitsing is gemaakt naar de Zvw, Wmo en Wlz. Zoals besproken in paragraaf 1.3 zijn in eerdere onderzoeken pogingen gedaan om continuïteit van zorg in kaart te brengen met behulp van enquêtes en focusgroepen (De Vogel et al., 2019), zelfrapportages door zorgaanbieders (Mol et al., 2017; 2015), of cijfermatige

beschrijvingen van aansluiting met een enkel regulier zorgstelsel (NZa, 2018; Van Eil, Jongebreur & Zoutebier, 2024). Nog niet eerder is een zo compleet cijfermatig beeld van de momenten en manieren van aansluiting tussen forensische zorg en de verschillende reguliere zorgstelsels gecreëerd. In zoverre biedt deze Monitor een uniek cijfermatig overzicht van het fenomeen continuïteit van zorg: aansluiting tussen forensische en reguliere zorg op verschillende momenten, voor, na en tijdens forensische zorg.

In dit rapport wordt uitsluitend gekeken naar de continuïteit van zorg in de tijd. Deze monitor kan geen inzicht geven in hoeverre eventuele vervolgzorg ook daadwerkelijk inhoudelijk aansluit bij de zorgbehoefte en eventuele beveiligingsnoodzaak van de patiënt omdat de resterende zorgbehoefte en eventuele beveiligingsnoodzaak na afloop van forensische zorg niet centraal worden geregistreerd (zie paragraaf 7.3.3).

Zoals in hoofdstuk 1.4 benoemd is de keuze gemaakt om ons in dit eerste rapport vooral te richten op beschrijvende resultaten op hoofdlijnen – welke vormen van aansluiting tussen forensische en reguliere zorg zijn te onderscheiden, en hoe vaak wordt gebruikgemaakt van verschillende typen reguliere zorg in de periode voorafgaand, tijdens en na afloop van forensische zorg? Dit heeft als voordeel dat een overzichtelijk kader wordt geschetst waaruit duidelijk wordt welke typen aansluitende zorg voorkomen en in welke mate. In de toekomst beogen wij met de Monitor gegevens over continuïteit van zorg periodiek en over langere tijd volgbaar te maken. Op die wijze zullen ontwikkelingen en trends over langere tijd zichtbaar gemaakt kunnen worden. Dit rapport laat nog veel verdiepingsvragen onbeantwoord over hoe continuïteit van zorg er in de praktijk uit ziet, hoe dit tot stand komt en voor wie dit wel of niet lukt. In paragraaf 7.4 gaan we nader in op de vraag hoe wij hier in de toekomst vanuit de Monitor meer zicht op willen bieden.

Een kanttekening bij dit onderzoek is dat het recentste jaar uit de onderliggende data (2021) op het moment van schrijven 5 jaar geleden is. Het tijdsverschil tussen onderzoeksperiode en datum van rapportage heeft verschillende oorzaken. De belangrijkste factor is de benodigde ontwikkeltijd. De data-infrastructuur, de voorbewerkingsstappen en de analysemethoden moesten alle nog worden ontwikkeld. Naar verwachting zullen toekomstige versies van de Monitor Continuïteit van zorg met actuelere data kunnen werken. Daarvoor bestaan echter wel verschillende randvoorwaarden, die in paragraaf 7.4 verder zullen worden besproken.

Een andere kanttekening bij dit onderzoek is dat er gegevens zijn gebruikt uit de periode 2020 en 2021 - in deze periode worstelde Nederland met de Covid-19 pandemie en waren verschillende preventiemaatregelen van kracht. Het is onbekend in hoeverre deze werking hebben gehad op de aansluiting van forensische en reguliere zorg in die periode.

Een laatste kanttekening is dat de cijfers die in dit rapport genoemd worden deels moeilijk te duiden zijn, omdat op basis van de declaratiegegevens slechts een beperkt beeld kan worden geschetst van de situatie waarbinnen zorg wordt verleend. Aansluitend kwalitatief onderzoek en verdiepend onderzoek op basis van de monitorgegevens zou een grote meerwaarde kunnen bieden in het verduidelijken van het hoe en waarom van aansluitende zorg. In paragraaf 7.4 gaan we hier dieper op in.

7.3 Aansluiting met reguliere zorg: voorafgaand, tijdens en na afloop van forensische zorg

Zoals uitgebreid is behandeld, wordt continuïteit van zorg niet begrensd tot de periode na afloop van forensische zorg, maar kan aansluiting tussen forensische en reguliere zorg ook voorafgaand aan of tijdens forensische zorg plaatsvinden. Om rekening te houden met dit feit en aandacht te schenken aan de verschillende momenten waarop aansluiting tussen forensische en reguliere zorg kan plaatsvinden, hebben we in dit rapport onderzocht hoeveel en welke typen zorg voorafgaand aan, tijdens en na afloop van forensische zorg worden geconsumeerd.

In de volgende alinea's zullen we de door dit onderzoek gevonden antwoorden op deze vragen resumeren en voor zover mogelijk van duiding voorzien. Ook gaan we in op het ontstane beeld van een opmerkelijke verwevenheid van forensische en reguliere zorg tijdens het behandeltraject van een deel van de patiënten.

7.3.1 Reguliere zorg voor aanvang forensische zorg: een oproep tot meer preventie

> Onderzoeksvraag: Hoeveel reguliere zorg en welke typen reguliere zorg worden voorafgaand aan forensische zorg geconsumeerd?

Hoofdstuk 4 laat zien dat 80% van de patiënten die instromen in forensische zorg in de maand daaraan voorafgaand nog niet in reguliere zorg was. Voor 64% van de patiënten geldt dat zij in het jaar voorafgaand aan forensische zorg geen reguliere zorg hebben ontvangen. In de meeste gevallen waarin patiënten voor instroom in de forensische zorg wel reguliere zorg hebben ontvangen ging het om specialistische ggz of ondersteuning vanuit de gemeente.

Het lage percentage patiënten dat voorafgaand aan het strafrechtelijk kader reguliere zorg ontving, roept de vraag op of de zorgbehoefte bij deze patiënten daadwerkelijk kort voor het plegen van het initiële delict is ontstaan. Wetenschappelijk onderzoek naar de duur van onbehandelde klachten suggereert dat symptomen zeer waarschijnlijk al langer aanwezig waren alvorens deze patiënten in contact zijn gekomen met justitie (Oliver et al., 2018; Moos & Moos, 2006). Plausibel is wel dat in veel gevallen klachten waarvoor patiënten forensische zorg ontvangen, ook voorafgaand aan de forensische zorg al langere tijd aanwezig waren. Zo laat onderzoek naar onbehandelde psychoses zien dat, afhankelijk van factoren zoals motivatie, ernst van de symptomen en toegankelijkheid van zorg, psychotische symptomen gemiddeld een half jaar tot wel drie jaar onbehandeld kunnen blijven (Oliver et al., 2018). De duur van onbehandeld middelenmisbruik voorafgaand aan behandeling bedraagt eveneens gemiddeld meerdere jaren (Moos & Moos, 2006). In lijn hiermee beschrijft de Onderzoeksraad voor Veiligheid (2026) dat naar schatting 25% van de mensen met een ernstige psychische aandoening zorg mijdt, terwijl de omgeving vindt dat zij deze zorg of ondersteuning wel nodig hebben.

Het voorgaande maakt de veronderstelling aannemelijk dat een substantieel aantal patiënten voorafgaand aan forensische zorg met onbehandelde klachten in de maatschappij verkeerde. Dat roept de vraag op of, met het in een eerder stadium bieden van zorg of ondersteuning, contact met justitie en daarmee instroom in de forensische zorg voor een deel van deze patiënten vermeden had kunnen worden. Dit was ook een van de conclusies uit het rapport *Stand van de Uitvoering* van de DJI (2024), waarin werd opgemerkt: 'Zoomen we in op de reguliere zorg, dan is onze boodschap: zorg voor voldoende expertise, bereidheid en capaciteit om de mensen

met een hoog risico te behandelen, zodat zij niet in het strafrecht terechtkomen. Om verdere verstopping van het systeem en een verhoogd risico op recidive te voorkomen, moeten gemeenten en zorginstellingen grotere inspanningen leveren om vervolgzorg en woningen, waaronder begeleid wonen, te faciliteren.'

In de afgelopen jaren zijn er verschillende initiatieven gestart om zorgen over kwetsbare en zorg-mijdende mensen te adresseren, zoals beschreven in de Parlementaire verkenning 'Verward/onbegrepen gedrag en veiligheid' (*Kamerstukken II* 2023/24*,* 36 410, nr. 58) en door de Onderzoeksraad voor Veiligheid (2026). Het betreft initiatieven in het zorgdomein (o.a. de inwerkingtreding van de Wvggz en Wzd), het sociale domein (o.a. de inrichting van een landelijk meldpunt zorgwekkend gedrag; invoering van een domein-overstijgende consultatiefunctie ggz) en het veiligheidsdomein (o.a. het inwerkingtreden van de Wet gegevensverwerking door samenwerkingsverbanden). Daarnaast is de Levensloopaanpak in het leven geroepen - een programma dat een domein-overstijgende aanpak hanteert om personen met onbegrepen gedrag en een hoog veiligheidsrisico te begeleiden. Dit programma is in 2015 opgestart en wordt landelijk uitgerold als onderdeel van de gemeenschappelijke Werkagenda Aansluiting forensische zorg en reguliere zorg (2024) van de ministeries van JenV en VWS.

Bemoeizorg verdient in het kader van begeleiding van zorg-mijdende personen nadrukkelijk de aandacht. Bemoeizorg is zorg voor personen met sociale, psychische of verslavingsproblemen die zij niet zelf (alleen of met hun eigen netwerk) kunnen oplossen, maar die zelf geen hulp vragen. Deze vorm van zorg is voor een belangrijk deel onderdeel van de Wmo (hoewel dit ook in sommige gevallen via de Zvw kan lopen) en dient om die reden grotendeels door gemeenten zelf georganiseerd te worden. Er zijn sterke verschillen tussen gemeenten in de budgettering van bemoeizorg. Vooral in kleinere gemeenten wordt niet altijd geld vrijgemaakt voor deze vorm van zorg (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2026). De Onderzoeksraad voor Veiligheid (2026) beveelt daarom aan dat de uitvoering van bemoeizorg duurzaam en structureel gewaarborgd dient te worden, en dat een afzonderlijke financiële rijksbijdrage aan gemeenten hiervoor moet worden overwogen. Dit laatste is in overeenstemming met een eerdere oproep vanuit de Nederlandse ggz, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de burgemeesters van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht (de Nederlandse ggz, 2025).

Onze bevinding dat een groot deel van de forensische patiënten voorafgaand aan hun forensische zorg geen reguliere zorg heeft ontvangen, ondanks de aannemelijke veronderstelling dat symptomen al langer aanwezig waren, maakt duidelijk dat verdere aandacht door verschillende partijen voor (het uitblijven van) reguliere zorg voor aanvang van forensische zorg nodig is.

7.3.2 Reguliere zorg tijdens forensische zorg: een opmerkelijke overlap

Onderzoeksvraag: Hoeveel reguliere zorg en welke typen reguliere zorg worden tijdens forensische zorg geconsumeerd?

Het onderhavige onderzoek laat zien dat reguliere zorg regelmatig gelijktijdig plaatsvindt met forensische zorg. In een periode van twee jaar na initiële instroom in forensische zorg zien we dat voor 28% van de personen op enig moment gelijktijdig forensische zorg en reguliere zorg wordt gedeclareerd. Overlap tussen zorgstelsels vindt met name plaats kort na instroom in forensische zorg en kort voor uitstroom uit forensische zorg. Wanneer patiënten bij instroom in forensische zorg reguliere zorg

ontvangen, is dit in de meeste gevallen een voortzetting van zorg die al eerder was ingezet. Reguliere zorgdeclaraties kort voor uitstroom uit forensische zorg duiden op contacten met het oog op de overdracht naar zorg na afloop van het forensisch kader. Buiten deze begin- en eindfasen van forensische zorg komt gelijktijdig gebruik van forensische zorg en reguliere zorg slechts zelden voor – gemiddeld ontvangt tussen de 5 en 8% van de patiënten op enig moment gelijktijdig reguliere zorg en forensische zorg buiten de begin- en eindfase van forensische zorg. Wanneer patiënten gelijktijdig met forensische zorg ook reguliere zorg ontvangen, gaat het in de meeste gevallen om specialistische ggz vanuit de Zvw, gevolgd door ondersteuning vanuit de gemeente vanuit de Wmo.

Zoals beschreven in paragraaf 5.5 is het belangrijk om te benoemen dat, wanneer overlap bestond tussen forensische zorgperioden en declaratieperioden voor reguliere zorg, dit niet per definitie hoeft te betekenen dat er in die periode ook directe cliëntencontacten zijn geweest vanuit de reguliere zorg. Dit kan er ook op wijzen dat er een overdrachtsmoment is geweest tussen zorgaanbieders vanuit de reguliere en forensische zorg, of dat er een pauze was in het patiëntencontact in reguliere zorg tijdens (kortdurende) forensische zorg, zonder dat de DBC is afgesloten. Uit de gegevens blijkt dat reguliere zorg ook regelmatig plaatsvindt in dezelfde periode als forensische zorg in detentie. Het tegelijk plaatsvinden van forensische en reguliere zorg komt voor in 36% van de trajecten waar forensische zorg in een PPC plaatsvindt en in 11% van de trajecten waar ambulante forensische zorg in een PI plaatsvindt. In de meeste gevallen gaat het om specialistische ggz vanuit de Zvw (respectievelijk in 31% en 6% van de gevallen), gevolgd door ondersteuning vanuit de Wmo (in respectievelijk 8% en 4% van de trajecten). Dit is opvallend, omdat een patiënt in principe in de periode waarin deze in detentie is de ziektekostenverzekering tijdelijk dient stop te zetten (art. 24 Zvw). Hiervoor moet een patiënt een detentieverklaring opsturen naar de zorgverzekeraar. Wanneer een patiënt dit doet, zou het niet mogelijk zijn om zorg op basis van de Zvw te declareren. In persoonlijke correspondentie hebben medewerkers van DJI aan de hand van enkele casusvoorbeelden geïllustreerd welke verschillende redenen er kunnen zijn waarom reguliere zorg wordt ingezet binnen detentie – bijvoorbeeld wanneer een behandeling een vervolg is van een behandeltraject dat voorafgaand aan detentie was opgestart en deze behandeling naast een lopende forensische zorg-behandeling wordt voortgezet. Een ander voorbeeld is wanneer een Flexible Assertive Community Treatment (FACT)-team een betrokkene wil blijven monitoren tijdens een korte detentie periode. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat een DBC in de periode dat een persoon gedetineerd was niet is afgesloten en dat de behandeling na afloop van detentie is voortgezet, waardoor de gedeclareerde zorgperiode overlapt met een periode waarin de zorgverzekering van de betrokkene was opgeschort. Een nadere analyse van de situaties waarin, de manier waarop en de redenen waarom reguliere zorg tijdens detentie wordt toegepast valt buiten de reikwijdte van het onderhavige onderzoek maar kan mogelijk onderwerp zijn van een toekomstig onderzoek van de Monitor.

7.3.3 Reguliere zorg na uitstroom: duidelijke verschillen per uitstroomsetting

Onderzoeksvraag: Hoeveel reguliere zorg en welke typen reguliere zorg worden na afloop van forensische zorg geconsumeerd?

Uit hoofdstuk 6 blijkt dat binnen een jaar na uitstroom uit de forensische zorg 37% van de patiënten op enig moment reguliere zorg ontvangt. In 22% van de gevallen wordt deze aansluitende zorg al opgestart op het moment dat de betrokkene zich nog in forensische zorg bevindt, of in de zeven dagen volgend op uitstroom uit forensische

zorg. In de maanden daaropvolgend vindt 15% nog een weg naar een of meerdere typen reguliere zorg.

De mate waarin aansluitende zorg wordt gerealiseerd verschilt afhankelijk van de forensische zorgsetting van waaruit wordt uitgestroomd. Afhankelijk van de uitstroomsetting kan het percentage patiënten dat binnen zeven dagen na uitstroom aansluitende reguliere zorg ontvangt sterk verschillen. Zo ontvangen patiënten die uitstromen uit een PPC, klinische forensische zorg en forensische verblijfszorg aanmerkelijk vaker direct aansluitend reguliere zorg – respectievelijk in 27, 30 en 42% van de trajecten. Patiënten die uitstromen uit ambulante forensische zorg stromen in 21% van de gevallen uit naar aansluitende reguliere zorg, terwijl patiënten die uitstromen uit ambulante forensische zorg in detentie in slechts 6% van de gevallen aansluitende zorg ontvangen binnen de eerste 7 dagen na uitstroom.

De verschillen in mate van aansluiting tussen de verschillende uitstroomsettings zijn niet geheel onverwacht. Patiënten die uitstromen uit ambulante forensische zorg hebben immers al gedurende de forensische zorgperiode een grotere mate van zelfredzaamheid laten zien, terwijl te verwachten is dat bij een groot deel van de patiënten die uitstromen uit intramurale forensische settings nog een resterende zorgbehoefte bestaat. Voor patiënten die uitstromen uit ambulante forensische zorg in detentie geldt bovendien dat zij in 82% van de gevallen niet uitstromen naar vrijheid maar naar detentie zonder forensische zorg, waarbij aansluitende reguliere zorg op dat moment niet voor de hand ligt.

Wanneer patiënten in het jaar na afloop van forensische zorg aansluitende reguliere zorg ontvangen, gaat het in de meeste gevallen om specialistische ggz vanuit de Zvw (27%), gevolgd door ondersteuning vanuit de gemeente vanuit de Wmo (17%). Patiënten die uitstromen uit forensische verblijfszorg maken ten opzichte van patiënten uit andere uitstroomsettings vaker gebruik van aansluitende ondersteuning vanuit de Wmo (38%).

7.3.4 Zorgbehoefte na uitstroom: een problematische black box

Zoals in paragraaf 1.3 werd benoemd is er weinig bekend over de resterende zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak van patiënten aan het eind van het forensisch zorgtraject. DJI heeft de afgelopen jaren met behulp van de prestatie-indicator ‘continuïteit van zorg’ grip willen krijgen op de door de regiebehandelaar wenselijk geachte vervolgzorg voor de patiënt aan het einde van een forensisch traject. Forensische zorgaanbieders werd jaarlijks gevraagd op te geven hoeveel procent van hun populatie aan het einde van het forensisch zorgtraject nog een resterende zorgbehoefte had, en waar dan precies behoefte aan was. In persoonlijke correspondentie met medewerkers van DJI hebben deze aangegeven dat de kwaliteit en daarmee de betrouwbaarheid van de data die voor deze prestatie-indicator is aangeleverd onvoldoende was. Dit verklaart de sterke jaarlijkse fluctuaties die deze prestatie-indicator laat zien in het percentage van patiënten dat na afloop van forensische zorg nog een resterende zorgbehoefte had. Met ingang van 2026 wordt deze prestatie-indicator ook niet meer meegenomen in de verantwoording van de forensische zorg (DJI, 2025).

Het feit dat er geen betrouwbare gegevens worden geregistreerd over de resterende zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak van forensische patiënten aan het einde van hun forensische titel vormt een groot probleem. De Minister van Justitie en Veiligheid

draagt de verantwoordelijkheid voor het forensische zorgstelsel. Om te kunnen voldoen aan deze verantwoordelijkheid en om zorg te kunnen dragen voor een doelmatige en doelgerichte inzet van forensische zorg, is het essentieel om de resterende zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak aan het eind van een forensisch zorgtraject per patiënt betrouwbaar te registreren. Zonder deze informatie is het feitelijk onmogelijk voor de Minister van Justitie en Veiligheid, om de doelbereiking van de Wet forensische zorg te evalueren op in ieder geval twee belangrijke punten. Het eerste betreft de aanwending van forensische zorg voor het herstel van de patiënt (art. 2.1.1 Wfz). Het tweede betreft de 'noodzakelijke aansluiting met andere vormen van geestelijke gezondheidszorg' (art. 2.1.2 Wfz). Beide kunnen niet worden geëvalueerd zonder betrouwbare informatie over de resterende zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak van forensische patiënten aan het einde van hun forensische zorgtraject. Ook voor de uitvoering van de gezamenlijke Werkagenda 'Verbeteren aansluiting tussen forensische zorg en reguliere zorg' van de ministeries van JenV en VWS zijn deze gegevens nodig. Het doel van de werkagenda is immers om domein-overstijgend ervoor te zorgen dat personen die risicovol gedrag vertonen de hulp krijgen die zij nodig hebben.

Uit het voorgaande volgt dat beleidsmakers van het ministerie van JenV, zorgverleners in de forensische en reguliere zorg, patiënten, gemeenten, het ministerie van VWS, en wetenschappelijk onderzoekers baat zouden hebben bij een betrouwbare registratie van de resterende zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak na afloop van het forensische zorgtraject. Bijvoorbeeld om een inschatting te kunnen maken van de aard en omvang van benodigde vervolgzorg. We bevelen daarom aan om voor een betrouwbare registratie van de door de behandelaar vastgestelde resterende zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak van patiënten te zorgen.

De manier waarop de resterende zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak van patiënten wordt geregistreerd zou moeten worden bepaald in samenspraak met de uitvoerende instanties en de wetenschap. Belangrijk daarbij is dat de geregistreerde gegevens niet enkel ten dienste staan van beleid en wetenschappelijk onderzoek, maar dat dit ook een instrument is dat door zorgverleners van waarde kan zijn; bijvoorbeeld als hulpmiddel om te kunnen bepalen of er nog vervolgzorg nodig is voor een patiënt. Een mogelijkheid die zou kunnen worden onderzocht is of het werkbaar en wenselijk is om de registratie van de resterende zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak in het registratiesysteem Ifzo van de DJI onder te brengen. Op dit moment verrichten forensische zorgaanbieders een afsluitende administratieve handeling in Ifzo waarbij de datum van het einde van het zorgcontact wordt doorgegeven. Eventueel zou op dat moment ook de resterende zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak van de patiënt kunnen worden doorgegeven. Dit zou als voordeel hebben dat de zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak in een bestaand registratiesysteem worden bijgehouden en kan worden gekoppeld aan bestaande informatie over geleverde zorg.

7.3.5 Verwevenheid van forensische en reguliere zorg: verdere opvallende bevindingen

Uit hoofdstukken 4–6 komt naar voren dat het over het algemeen tot een geringe aansluiting tussen forensische en reguliere langdurige zorg in het kader van de Wlz komt. Er zijn meerdere mogelijke verklaringen voor de geringe aansluiting tussen forensische zorg en Wlz-zorg. Ten eerste zijn er geen cijfers bekend over hoeveel procent van de populatie in forensische zorg voldoet aan de criteria van de Wlz, dat wil zeggen een intensieve zorgbehoefte van niet voorbijgaande aard heeft, en permanent toezicht, of 24-uurs zorg in de nabijheid ter voorkoming van ernstig nadeel nodig heeft. Mogelijkerwijs biedt de Wlz slechts voor een klein deel van de forensische zorg-

populatie een passend zorgkader. Ten tweede kan de wachttijd voor instroom in bepaalde vormen van (verblijfs)zorg op basis van de Wlz meer dan een jaar duren (Zorginstituut Nederland, 2026), waardoor het mogelijk is dat aansluiting niet heeft kunnen plaatsvinden omdat niet op tijd een passende plek is gevonden. Een andere verklaring is dat de wettelijke aansluiting tussen de Wfz en de Wlz minder sterk is. Zo is in de Wlz een bepaling opgenomen dat personen die in een penitentiaire inrichting of in een forensische zorginstelling verblijven geen recht hebben op zorg vanuit de Wlz (artikel 3.2.7). Daarnaast geldt voor patiënten die vanwege een psychiatrische aandoening een vorm van intramurale behandeling nodig hebben, dat zij pas recht hebben op zorg vanuit de Wlz als het intramurale traject na drie jaar in de Zvw nog niet is afgerond (Regeling langdurige zorg, Bijlage A Sector GGZ, B-groep).

De resultaten uit dit rapport laten zien dat bij continuïteit van zorg niet enkel gedacht moet worden aan de periode na afloop van forensische zorg. Er is sprake van een verwevenheid tussen stelsels op verschillende momenten - voorafgaand aan, tijdens en na afloop van forensische zorg. Die verwevenheid benadrukt de complexiteit van de praktijk van forensische en reguliere hulpverlening. Die complexiteit omvat onder meer het bewerkstelligen van aansluitende zorg waarbij rekening moet worden gehouden met zorgaanbieders uit verschillende stelsels. Dat vergt praktische coördinatie, het omgaan met verschillende zorgculturen, en kennis van verschillende systemen van financiering en verschillende juridische contexten. Daarnaast laat de verwevenheid ook het belang zien van een domein-overstijgende samenwerking, facilitering en afstemming bij de organisatie van de zorg. In verschillende onderzoeken is door de jaren heen aandacht besteed aan het in kaart brengen van uitdagingen maar ook *best practices* voor continuïteit van zorg (o.a. Candel & Wijga, 2017; RMO, 2007; RVS, 2012a, 2012b; Bangma, Esseboom, Van Es, Koek & Koster, 2017; Candel & Wijga, 2017; De Vogel, 2018; De Vogel, Schaftenaar & Clercx, 2019; Clercx, De Vogel & Schaftenaar, 2020; Van der Wolf, Reef & Wams, 2020; De Kogel, Van der Ree & Burger, 2021; Van Eil, Jongebreur & Zoutenbier, 2024; Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2026).

7.4 Voortzetten van de Monitor Continuïteit van zorg

In dit rapport worden de resultaten van het eerste onderzoek van de Monitor Continuïteit van zorg van het WODC gepresenteerd. Er is gekeken naar reguliere zorg voor aanvang van forensische zorg, tijdens forensisch zorg en na afloop van forensische zorg. Uit het onderhavige onderzoek blijkt dat het technisch en organisatorisch mogelijk is om gegevens uit reguliere zorgstelsels op individu-niveau te koppelen aan strafrechtelijke gegevens, om op die wijze de continuïteit van zorgtrajecten tussen stelsels te onderzoeken.

Er spelen nu en in de toekomst belangrijke kennisvragen op het raakvlak van forensische zorg, reguliere zorg en ondersteuning vanuit gemeenten. Er is uitstroom nodig uit de forensische zorg om capaciteitsproblemen daarbinnen te verlichten. Om die uitstroom verantwoord te laten plaatsvinden is goede aansluiting nodig met reguliere vervolgzorg en met de ondersteuning vanuit gemeenten. Het onderhavige onderzoek biedt een eerste kwantitatief inzicht in het aandeel van de forensische patiënten dat gebruikmaakt van verschillende typen reguliere zorg, voor, tijdens of na afloop van hun forensische zorgtraject. Het onderzoek laat ook zien hoe sterk reguliere en forensische zorg zijn verweven en maakt daarmee duidelijk hoe belangrijk een goede aansluiting tussen forensische en reguliere zorg is. Het gaat dan zowel om aansluiting in de tijd, als om inhoudelijke aansluiting bij de zorgbehoefte.

Er blijven na dit eerste rapport van de Monitor Continuïteit van zorg nog veel vragen over, en er komen ook nieuwe vragen bij. We benoemen er enkele. Hoe goed sluit reguliere vervolgzorg inhoudelijk aan op de eventuele zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak die na afloop van forensische zorg nog bestaan? Hoe verschilt de continuïteit van zorg bij verschillende strafrechtelijke titels? Hoe is de sociaal-maatschappelijke situatie van voormalige forensische patiënten (woonsituatie, werk/dagbesteding, opleiding, inkomen, schulden), en hoe hangt dit samen met de continuïteit van zorg? In hoeverre ontvangen forensische patiënten ondersteuning van gemeenten en wat zijn de ervaringen daarmee? Hoe hangen kenmerken van zorgtrajecten en maatschappelijke situatie samen met strafrechtelijke recidive? Welke aspecten kunnen aanknopingspunten bieden om de continuïteit tussen forensische en reguliere zorg en het sociaal domein te versterken?

Ten behoeve van kennisvragen op het raakvlak van forensische zorg, reguliere zorg en het sociaal domein heeft het WODC de ambitie om de Monitor Continuïteit van zorg in de toekomst voort te zetten. De Monitor brengt periodiek cijfermatige gegevens in beeld en richt zich onder meer op patiëntenstromen en -trajecten met periodes van forensische en reguliere zorgconsumptie, machtigingen voor gedwongen civiele zorg, maar ook op gegevens over de maatschappelijke situatie van (voormalige) forensische patiënten en op de strafrechtelijke voorgeschiedenis en recidivedelicten. Het is mogelijk daarbij in te zoomen op specifieke deelpopulaties, bijvoorbeeld op basis van diagnostiek/problematiek of strafrechtelijke titel.

In de toekomst richten we ons op een combinatie van periodieke monitoring en verdiepende studies. Verdiepende studies kunnen onder meer worden ingezet om in te zoomen op specifieke subgroepen, of om gerelateerde vragen te onderzoeken die een kwalitatieve aanpak vergen, bijvoorbeeld om inzicht te krijgen in ervaringen van patiënten. Om resultaten op basis van kwantitatieve gegevens uit de Monitor Continuïteit van zorg beter te kunnen duiden en meer inzicht te krijgen in knelpunten of juist *best practices* in het bewerkstelligen van continuïteit van zorg, zijn dergelijke studies van groot belang. De intentie van het WODC is om in de toekomst verschillende kwalitatieve onderzoeksprojecten uit te voeren die meer zicht moeten bieden op factoren die de continuïteit van zorg beïnvloeden.[6]

De mogelijkheden die de Monitor biedt om zicht te verschaffen op de continuïteit van zorg tussen zorgstelsels zijn sterk afhankelijk van de inhoud en kwaliteit van onderliggende registraties waaruit gegevens betrokken worden. Wat betreft forensische zorg gaat het daarbij in belangrijke mate om gegevens die worden geregistreerd door de DJI. De registratie op individueel niveau van de zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak aan het eind van het forensisch traject (wanneer de strafrechtelijke titel eindigt), ontbreekt nu nog. Wij bevelen aan om de registratie ervan mogelijk te maken, want die informatie is zowel voor de uitvoeringspraktijk, als voor beleid en voor beleidsgericht wetenschappelijk onderzoek van cruciaal belang om tot een beter inzicht in continuïteit van zorg te komen.

7.5 Conclusies

Dit rapport biedt de eerste cijfermatige beschrijving van de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg voorafgaand aan, tijdens en na afloop van forensische

[6] Een voorbeeld betreft het kwalitatieve onderzoek 'De juiste zorg na forensische zorg?' dat medio 2026 start, waarbij een aantal cases zal worden gevolgd in de transitie van forensische zorg naar vervolgzorg.

zorg. Wat betreft de reguliere zorg is bovendien een uitsplitsing gemaakt naar ggz op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw), ondersteuning door gemeenten op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en langdurige zorg op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz). Daarmee biedt dit onderzoek een unieke cijfermatige inkijk in het fenomeen continuïteit van zorg op landelijk niveau. Dit eerste rapport vanuit de Monitor Continuïteit van zorg van het WODC geeft een verkennend beeld op hoofdlijnen. Op basis van het onderzoek formuleren wij de onderstaande conclusies.

1 Gegevens laten verwevenheid tussen forensische en reguliere zorg zien.

Een derde van de patiënten heeft in het jaar voor instroom in de forensische zorg reguliere zorg ontvangen, een derde in het jaar na uitstroom uit de forensische zorg, en ruim een kwart tijdens de forensische zorg. Dit is het eerste onderzoek dat de mate van vervlechting over de tijd tussen verschillende zorgstelsels laat zien. De verwevenheid benadrukt het belang van domein-overstijgende samenwerking tussen forensische zorg, reguliere zorg en gemeenten (zie ook paragraaf 7.3.4). Want bij elke overgang tussen forensische en reguliere zorg moet de continuïteit van de zorg – tijdigheid en passendheid bij de zorgbehoefte en de eventuele beveiligingsnoodzaak – worden gewaarborgd. Tegelijk zien we ook dat het samenspel tussen forensische en reguliere zorg en gemeenten kwetsbaar is. Continuïteit van zorg kent genoeg uitdagingen zoals praktische coördinatie, het omgaan met verschillende zorgculturen, en kennis van verschillende systemen van financiering en verschillende juridische contexten (zie ook paragraaf 7.3.4). De gegevens uit het onderhavige onderzoek maken aannemelijk dat er voorafgaand aan forensische zorg in minder gevallen in het jaar daarvoor reguliere zorg wordt verleend dan nodig zou zijn (zie paragraaf 7.3.1). Daarbij speelt vermoedelijk ook een rol dat een deel van de personen die zorg nodig hebben en risicovol gedrag laten zien, zorg mijdt. Daarnaast is het gebrek aan inzicht in resterende zorgbehoefte en eventuele beveiligingsnoodzaak bij afloop van forensische zorg een kwetsbaarheid in het samenspel tussen reguliere en forensische zorg.

2 Reguliere zorg voorafgaand aan forensische zorg – kansen voor preventie.

Reguliere zorg in het jaar voorafgaand aan forensische zorg vindt in 36% van de trajecten plaats en varieert afhankelijk van de forensische zorg-instroomsetting tussen de 19% (ambulante forensische zorg in detentie) en de 53% (forensische zorg in een PPC). Hoewel aan een flink deel van de forensische zorgtrajecten reguliere zorg voorafgaat, is dat bij een eveneens substantieel deel niet het geval, terwijl het wel aannemelijk is dat een deel van de patiënten ernstige onbehandelde stoornissen had. Investering in inzet op domein-overstijgende preventie in de maatschappij met initiatieven als bemoeizorg en levensloopaanpak kan mogelijk helpen om latere materiële en immateriële kosten te besparen.

3 Reguliere zorg gelijktijdig met forensische zorg komt vooral voor in de start- of eindfase van forensische zorg.

De gegevens laten zien dat in 28% van de trajecten een patiënt op enig moment gelijktijdig met forensische zorg ook reguliere zorg ontvangt. In de meeste gevallen vindt deze gelijktijdige zorg plaats in de beginfase en/of de eindfase van de forensische zorg. Vermoedelijk gebeurt dit met het oog op overdracht van de zorg tussen de zorgaanbieders. We zien dit als positieve indicatie dat er in een noemenswaardig deel van de gevallen, ondanks bekende knelpunten zoals

bijvoorbeeld problemen met de gegevensuitwisseling tussen forensische en reguliere zorgaanbieders, aan een goede aansluiting tussen forensische en reguliere zorg gewerkt wordt. Zonder kennis van de behandelinhoud en specifieke situatie kunnen we dit echter niet met zekerheid stellen.

4 Vervolgzorg na forensische zorg is het vaakst specialistische ggz of ondersteuning door gemeenten.

Reguliere zorg in het jaar na afloop van forensische zorg vindt in 37% van de zorgtrajecten plaats. Wanneer aansluitend op de forensische zorg reguliere zorg plaatsvindt, gaat het in de meeste gevallen om specialistische ggz vanuit de Zvw of ondersteuning vanuit de Wmo. Het percentage trajecten met reguliere zorg na afloop van forensische zorg verschilt per uitstroomsetting. Het meest komt reguliere vervolgzorg voor in het jaar na uitstroom uit klinische forensische zorg, verblijfszorg of zorg in een PPC (respectievelijk 46%, 55% en 46%) en het minst na ambulante forensische zorg en ambulante zorg in een PI (respectievelijk 35% en 20%). Het is met de beschikbare gegevens echter niet te achterhalen, of de vervolgzorg ook aansluit bij de zorgbehoefte en eventuele beveiligingsnoodzaak van de patiënten.

5 Ketenbreed onderzoek naar aansluiting tussen forensische en reguliere zorg is mogelijk en moet worden voortgezet.

Het onderzoek laat zien dat het technisch en organisatorisch mogelijk is om gegevens over forensische en reguliere zorg op patiënt-niveau te koppelen en keten- en populatiebreed over de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg te rapporteren. Op hoofdlijnen geeft dit rapport een overzicht aansluiting tussen de forensische zorg en de reguliere zorg in Nederland. Door het ontwikkelen van de Monitor Continuïteit van zorg door het WODC, is het mogelijk om talloze verdiepende vragen in de toekomst verder te onderzoeken en daarmee bij te dragen aan het verbeteren van de continuïteit tussen forensische en reguliere zorg. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat de Monitor Continuïteit van zorg in de toekomst structureel verder kan worden ontwikkeld en benut.

6 Betrouwbare registratie zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak bij einde forensische zorg is van groot belang voor beleid, praktijk en wetenschappelijk onderzoek.

Een belangrijke beperking aan de mogelijkheid voor onderzoek naar continuïteit van zorg tussen forensische en reguliere zorg is dat niet op individuele basis betrouwbaar wordt geregistreerd of een patiënt na afloop van forensische zorg (bij het einde van de strafrechtelijke titel) nog een resterende zorgbehoefte en eventuele beveiligingsnoodzaak heeft. Daardoor is bijvoorbeeld op basis van de bestaande gegevens niet vast te stellen of het passend is dat een groot deel van de patiënten na afloop van forensische zorg geen aansluitende reguliere zorg ontvangt en of patiënten die vervolgzorg ontvangen zorg krijgen die past bij de zorgbehoefte en eventuele beveiligingsnoodzaak.

De Minister van Justitie en Veiligheid draagt de verantwoordelijkheid voor het forensische zorgstelsel. Om te kunnen voldoen aan deze verantwoordelijkheid en om zorg te kunnen dragen voor een doelmatige en doelgerichte inzet van forensische zorg, is het essentieel om de resterende zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak bij uitstroom uit forensische zorg (per patiënt) betrouwbaar te registreren. Ook voor

patiënten en voor het werk van beleidsmakers, zorgverleners in de forensische en reguliere zorg, gemeenten, het ministerie van VWS, en wetenschappelijke onderzoekers zijn deze gegevens belangrijk. Bijvoorbeeld om een inschatting te kunnen maken van de aard en omvang van benodigde vervolgzorg. We bevelen daarom aan om voor een betrouwbare registratie van de resterende zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak van patiënten te zorgen.

Summary

Continuity of Care Monitor

The alignment between forensic and regular care

Societal relevance

Forensic care encompasses mental health care, care for persons with intellectual disabilities, and addiction care for adults within a criminal justice framework. This involves care provided to persons under a criminal justice title, such as a sentence or a criminal justice measure. In this study regular care refers to the same types of care but then received outside a criminal justice framework: on a voluntary basis, or under a civil legal title (in the case of compulsory care). Continuity between forensic care and regular care has been a persistent focus point that has received much attention throughout the history of the Forensic Care Act (*Wet forensische zorg*). Improving the continuity between criminal justice and civil care is one of the main objectives of the Forensic Care Act. Attention is paid to regular follow-up care after forensic care. The underlying notion is that if a need for care persists after the completion of forensic care, regular follow-up care can not only contribute to further recovery but also to the prevention of criminal behaviour and recidivism. A good alignment with follow-up care is expected to contribute to the reintegration of forensic patients into society. In addition to care, security may also be required. In the care of forensic patients, security often forms an integrated part of the care, but there may also be a remaining need for security at the end of forensic care. To ensure a responsible discharge from forensic care, regular follow-up care from mental health services and/or support from municipalities is required in many cases.

In this report, continuity of care, i.e., a good alignment between forensic and regular care, is understood to mean: 1) uninterrupted care, in which forensic care and regular care are temporally aligned; 2) care that matches the care needs of the person concerned. For the present study, we have data on temporal alignment but not on alignment with care needs.

Although the importance of continuity between forensic and regular care is widely recognised, there is, despite various previous efforts, limited quantitative insight into the degree of alignment with regular care prior to, during and after forensic care. To gain more insight, the Research and Documentation Centre (*Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum*, WODC) is developing a Continuity of Care Monitor in which data on forensic care trajectories are linked to data on regular care. Various projects are being carried out within the framework of this Monitor. In this report, we provide an initial general overview.

Objective

The aim of this first study by the Continuity of Care Monitor is to provide an overview of the manner and frequency with which forensic care and regular care align over time.

The study demonstrates that it is technically and organizationally feasible to link data on forensic and regular care at a patient level and to report on the alignment between forensic and regular care. The study provides a broad overview of the alignment between forensic and regular care, thereby laying the foundation for future research that can address more specific subtopics and issues. Potential limitations also become apparent in the process. Ultimately, this research can contribute to improving the continuity of forensic and regular care for the group of individuals requiring it.

Methods

In this Continuity of Care Monitor, administrative data from the different care systems are combined at a person level. In addition to forensic care, the study includes data from three regular care systems: the Health Insurance Act (*Zorgverzekeringswet*, Zvw), the Long-term Care Act (*Wet langdurige zorg*, Wlz) and the Social Support Act (*Wet maatschappelijke ondersteuning*, Wmo). Because many forensic care trajectories also include episodes in detention, we also map those episodes in the study.

By linking data from the different care systems at a patient level, we can provide a picture of temporal alignment between these systems. The linked dataset contains, at the individual level, an overview of the various care or detention episodes experienced by forensic patients. Care trajectories are construed on the basis of these episodes. A trajectory consists of one or more episodes of care and/or detention that are temporally aligned. If the time interval between the end of one episode and the start of the next does not exceed 28 days, we consider this to be a continuous care or detention trajectory. By analyzing data from a large number of trajectories, we can provide a more general picture of the alignment between forensic and regular care prior to, during and after forensic care.

Specifically, an overview is provided of (forensic) care trajectories of persons who received forensic care at any time during the period 2015–2021. To map these trajectories, data sources, including (financial declaration) data, on forensic care and detention are combined with financial declaration data from the Zvw, Wmo and Wlz. The linkage and analysis of all data take place within the microdata environment of Statistics Netherlands (*Centraal Bureau voor de Statistiek*, CBS).

Results

Characteristics of forensic care trajectories

During the period 2015–2021, a total of 54,535 persons received forensic care at some point. For these 54,535 unique persons, 69,275 care trajectories with forensic care could be identified. Seventy-nine percent of the population experienced only a single care trajectory with forensic care. The largest group of these care trajectories consists solely of outpatient forensic care, with no other forensic or regular care provided and no detention occurring (44% of all trajectories). The remaining trajectories with forensic care take many different forms and may contain multiple transitions between outpatient forensic care, forensic residential care, clinical forensic care, detention with or without care, and various forms of regular care.

Regular care prior to forensic care

36% of the patients who initially enter forensic care, received regular care at some point in the year prior to that entry. 20% of the patients, received regular care in the month prior to entry into forensic care. This mainly concerns specialist mental health care and support from the municipality. The prevalence of regular care prior to entry into forensic care varies considerably by forensic entry setting. Patients entering clinical forensic care or forensic care in a Penitentiary Psychiatric Centre (*Penitentiair Psychiatrisch Centrum*, PPC) are more likely to have received regular care in the year preceding forensic care (40% and 53%, respectively). Patients entering forensic residential care, outpatient forensic care, or outpatient forensic care in a correctional institution (*Penitentiaire Inrichting*, PI) are less likely to have already been in care (34%, 35% and 19% of trajectories, respectively).

Regular care during forensic care

The study data show that regular care regularly takes place simultaneously with forensic care. In the two-year period after initial entry into forensic care, we observe that 28% of patients receive forensic care and regular care simultaneously at some point. Again, this mainly concerns specialist mental health care and support from the municipality. Simultaneous regular care occurs particularly during forensic care in a PPC, outpatient forensic care and forensic residential care (in 36%, 29% and 27% of trajectories with that care type, respectively), and less frequently with clinical forensic care and outpatient forensic care in a PI (19% and 11%, respectively).

Simultaneous regular care occurs particularly shortly after entry into and shortly before discharge from forensic care. When patients receive regular care upon entry into forensic care, this is in most cases probably a continuation of care that had already been initiated. Regular care started up shortly before discharge from forensic care is presumably initiated with a view to ensuring continuity of care after the end of the forensic framework. Outside these initial and final phases of forensic care, simultaneous use of forensic and regular care occurs on average in 7-10% of trajectories.

Regular care after forensic care

Within one year after discharge from forensic care, 35% of patients receive regular care at some point. In most cases, this concerns specialist mental health care under the Zvw (25% of patients) or support from the municipality under the Wmo (16% of patients). For people receiving regular care in the year after discharge, this regular care most often is initiated prior to discharge or in the week after discharge from forensic care (22% of the aforementioned 35%)—in the subsequent months, the remaining 13% (of the 35%) still find their way to regular care.

The percentage of patients receiving regular care in the year after discharge from forensic care varies considerably by discharge setting. For patients discharged from clinical forensic care, forensic residential care or forensic care in a PPC, this percentage is higher (46%, 55% and 46% within one year, respectively) than for patients discharged from outpatient forensic care or outpatient forensic care in detention (32% and 20%, respectively).

There is no reliable information on any remaining care needs of patients at the end of the forensic care. As a result, it is not possible to assess whether regular care (or lack thereof) after discharge from the forensic framework is appropriate and adequate in relation to the remaining care demand.

Discussion

This report from WODC's Continuity of Care Monitor provides the first quantitative description of the connection between forensic and regular care prior to, during, and after forensic care. Regarding regular care, a further breakdown has been made into mental health care under the Zvw, support by municipalities under the Wmo, and long-term care under the Wlz. This study thus offers a unique quantitative insight into the phenomenon of continuity of care at a national level. Based on the study we formulate the conclusions below.

1 Data show interconnectedness between forensic and regular care.

In approximately half of the care trajectories, there are episodes of (various types of) forensic and regular care occurring in different sequences. This interconnectedness emphasizes the importance of cross-domain collaboration between forensic care, regular care, and municipalities. After all, at every transition between forensic and regular care, the continuity of care – timeliness and appropriateness to care needs and security requirements – must be guaranteed. At the same time, we also observe that the interplay between forensic care and regular care and municipalities is vulnerable. Continuity of care presents numerous challenges, such as practical coordination, dealing with different care cultures, and knowledge of various funding systems and different legal contexts, as well as care avoidance among a proportion of individuals requiring care and exhibiting hazardous behaviour.

2 Regular care prior to forensic care – opportunities for prevention.

Although regular care precedes a substantial proportion of forensic care trajectories, this is not the case for another substantial proportion, even though it is plausible that at least some patients had severe untreated disorders. Investing in cross-domain prevention in society with initiatives such as assertive outreaching care or the Life-course approach (Levensloopaanpak) may help to prevent later material and immaterial costs.

3 Regular care simultaneous with forensic care occurs mainly in the initial or final phase of forensic care.

When a patient receives regular care simultaneously with forensic care this mainly occurs in the initial phase and/or the final phase of forensic care. Presumably this occurs with the aim of transfer between care providers. We see this as a positive indication that, despite known bottlenecks such as problems with data-exchange between forensics and regular care providers, in a significant proportion of cases work is being done to ensure good continuity of care between forensic and regular care settings.

4 Follow-up care after forensic care most often consists of specialist mental health care or support by municipalities.

When regular care takes place following forensic care, it most often concerns specialist mental healthcare under the Zvw or support under the Wmo. Regular follow-up care is most common in the year after discharge from clinical forensic care, residential care or care in a PPC and least common after outpatient forensic care and outpatient care in detention. With the current data it cannot be determined whether the various forms of follow-up care are also the types that best match the patients' care needs and possible security requirements.

5 Comprehensive research into the continuity of care between forensic and regular care is possible and must be continued.

This study shows that it is technically and organizationally possible to link data on forensic and regular care at the patient level and to report population-wide on the alignment between forensic and regular care. In broad outlines, this report provides an overview of the interconnections between forensic care and regular care in the Netherlands. By developing the Continuity of Care Monitor (Monitor Continuïteit van zorg), it is possible to further investigate numerous in-depth questions in the future and thereby contribute to improving the continuity of forensic and regular care. An important condition for this is that the Continuity of Care Monitor can continue to be structurally operated and further developed in the future.

6 Reliable recording of care needs and security requirements at the end of forensic care is of great importance for policy, practice and research.

An important limitation to the ability to investigate continuity of care between forensic and regular care is that there are no reliable records of patients' objectively remaining care needs and security requirements after forensic care (at the end of the criminal justice title). As a result, it is not possible, based on existing data, to determine whether it is appropriate for a large proportion of patients not to receive follow-up regular care after forensic care, or whether patients who do receive follow-up care, receive care that matches their care needs and any security requirements.

The Minister of Justice and Security is responsible for the forensic care system. To meet this responsibility to ensure the efficient and targeted deployment of forensic care, it is essential to reliably record the remaining care needs and security requirements at discharge from forensic care (on an individual patient basis). These facts are also important to patients, and to the work of policymakers, care providers in forensic and regular care, municipalities, the Ministry of Health, Welfare and Sport (*ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, VWS), and researchers. For example, to estimate the nature and scope of the follow-up care required. We therefore recommend ensuring the reliable recording of patients' remaining care needs and security requirements.

Literatuur

Adair, C. E., McDougall, G. M., Mitton, C. R., … Beckie, A. (2005). Continuity of Care and Health Outcomes Among Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatric services, 56,* 9.

Algemene Rekenkamer (2022). *In de zorg, uit het zicht.* Algemene Rekenkamer.

Bangma, S., Esseboom, N., Van Es, M., Koek, S., & Koster, T. (2017). *Continuïteit van zorg, wegwijzer naar een veilige zorgketen voor patiënt en naaste, organisatie en maatschappij.* Programma Continuïteit van Zorg.

Bachrach L. (1981). Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *American Journal of Psychiatry*, *138*(11), 1449–56.

Burger, A. M., & De Kogel, C. H. (2022). *Planevaluatie Wet forensische zorg, reconstructie en evaluatie van de beleidstheorie* (Cahier 2022-4). WODC.

Burger, A. M., Statsch, P., & De Kogel, C. H. (2024). *Procesevaluatie 'Patiënt op de juiste plek' in de forensische zorg* (Cahier 2024-18). WODC.

Candel, F., & Wijga, P. (2017). *Onderzoek naar de beletselen in de continuïteit van zorg voor mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen juridische titel meer hebben*. Andersson Elffers Felix.

Clercx, M., De Vogel, V., & Schaftenaar, P. (2020). *Wat wisseling van de wacht met je doet.* Nurse Academy GGZ (3).

De Kogel, C. H., Van der Ree, J. J., & Burger, A. M. (2021*). Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk: Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding* (Cahier 2021-29). WODC.

De Nederlandse ggz (2025). *Debat over de parlementaire verkenning verward/onbegrepen gedrag en veiligheid.* Geraadpleegd op 15 mei 2026, van www.ggzcommunity.nl/politiek/kamerbrieven/HandlerDownloadFiles.ashx?idnv=3059382

De Vogel, V. (2018). Continuïteit in de justitiële keten: over knellende kaders, koudwatervrees en witte raven. In J. Bosker, V. de Vogel, L. Bitter (Red.), *Professionele ankers (Liber amicorum voor Anneke Menger)*. Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht.

De Vogel, V., Schaftenaar, P., & Clercx, M. (2019). *Mind the gap. Continuïteit in de forensische zorgketen.* Expertisecentrum Forensiche Psychiatrie (EFP).

DJI (z.d.). *Juridisch kader.* Geraadpleegd op 29 juni 2026, van www.forensischezorg.nl/kader/juridisch-kader

DJI (2024). *Volle bak. Stand van de Uitvoering 2023.* Geraadpleegd op 10 mei 2026, van www.dji.nl/documenten/2024/05/21/stand-van-de-uitvoering-2023

DJI (2025). *Gids prestatie-indicatoren 2026.* Geraadpleegd op 9 april 2026, van www.forensischezorg.nl/documenten/2025/11/17/gids-prestatie-indicatoren-2026

Drieschner, K., & Tollenaar, N. (2021). *Recidive tijdens forensische zorgtrajecten 2013-2017* (Cahier 2021-18). WODC.

Drieschner, K., Hill, J., & Weijters, G. (2020). *Recidive na forensische zorgtrajecten met uitstroom 2013-2015* (Cahier 2020-8). WODC.

Legemaate, J., Nuijen, J., Voskes, Y., Ploem, M. C., Kroezen, M., Gerritsen, S., … Kroon, H. (2022). *Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang: Deel 2 – Doeltreffendheid en (neven)effecten*. ZonMw.

Ministerie van Justitie en Veiligheid (2019). *Handboek Forensische Zorg. Editie 5*.

Mol, T., & Van Es, M. (2017). *Inventarisatie en Advies structurele monitor forensische zorg.* Programma continuïteit van zorg.

Mol, T., Weber, J., Kuijpers, W., & Wisselink, J. (2017). *Rapportage in- en uitstroomgegevens forensische zorg (Herhaal uitvraag over 2015).* Programma Continuïteit van zorg.
Moos, R. H., & Moos, B. S. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction, 101, 2*12-222.
Nicaise, P., Giacco, D., Soltmann, B., Pfenning, A., Miglietta, E., Lasalvia, A., … Lorant, V. (2020). Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: A comparison of five European countries. *Health Policy*, *124*, 25-36.
NZa. (2015). *Marktscan Forensische Zorg 2015.* Nederlandse Zorgautoriteit.
NZa. (2017). *Monitor Continuïteit van forensische zorg*. Nederlandse Zorgautoriteit.
NZa. (2018). *Monitor Continuïteit van forensische zorg*. Nederlandse Zorgautoriteit.
Oliver, D., Davies, C., Crossland, G., Lim, S., Gifford, G., McGuire, P., & Fusar-Poli, P. (2018). Can We Reduce the Duration of Untreated Psychosis? A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Interventional Studies. *Schizophrenia bulletin*, *44*(6), 1362–1372.
Onderzoeksraad voor Veiligheid. (2026). *Kunnen doen wat nodig is. Passende zorg, ondersteuning en veiligheid voor ernstig psychisch kwetsbare personen en hun omgeving.* Onderzoeksraad voor Veiligheid.
Oosterhuis, V., Burger, A., De Kogel, C. H. (2022). *Toepassing van artikel 2.3 Wet forensische zorg. Verkennend jurisprudentieonderzoek januari 2020 tot juli 2021* (Cahier 2022-13)*.* WODC.
RMO. (2007). *Straf en stoornis een paar apart.* Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. K
RVS. (2012a). *Stoornis en Delict: Forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten*. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
RVS. (2012b). *Zorg aan delinquent, opsluiten van patiënt: Cultuurverschillen Justitie, forensische zorg en de reguliere GGZ*. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving .
Statsch, P., & De Kogel, C. H. (2024). *Artikel 2.3 Wet forensische zorg in cijfers 2020 tot en met 2022* (Factsheet 2024-1)*.* WODC.
Van Eil, L., Jongebreur, W., & Zoutenbier, M. (2024). *Samenwerking tussen forensische zorg en gemeenten.* Significant.
Wolf, M. J. F. Van der, Reef, J., & Wams, A. C. (2020). *Wie zijn geschiedenis niet kent…* Instituut voor Strafrecht en Criminologie, Universiteit Leiden.
Zorginstituut Nederland. (2026, 20 mei). *Wachtlijsten Wlz*. Zorgcijfersdatabank.nl. Geraadpleegd van www.zorgcijfersdatabank.nl/algemeen/wachtlijsten-wlz

Bijlage 1 Samenstelling Begeleidingscommissie

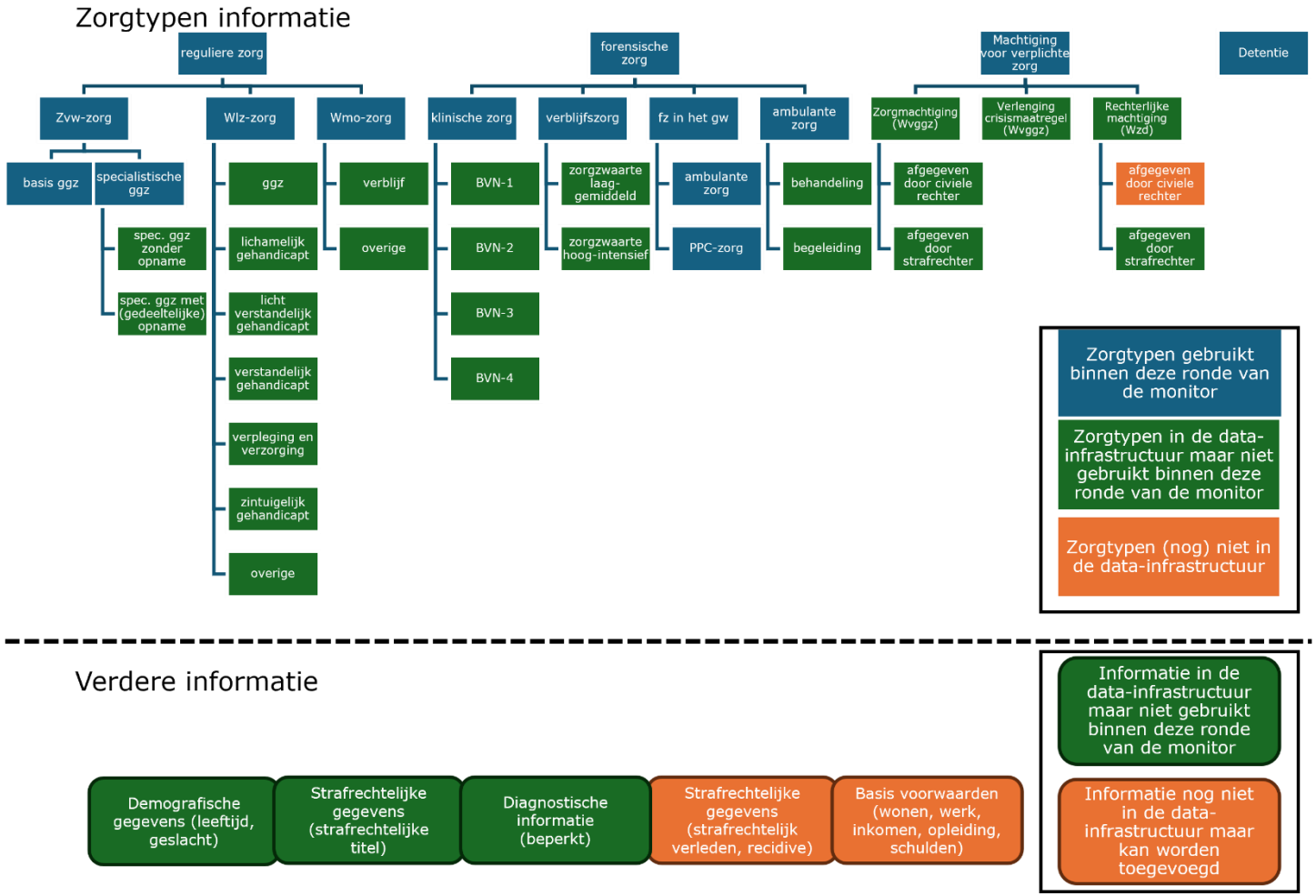
Voorzitter

Mevr. Prof. dr. Maaike Kempes	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, Universiteit Leiden

Leden

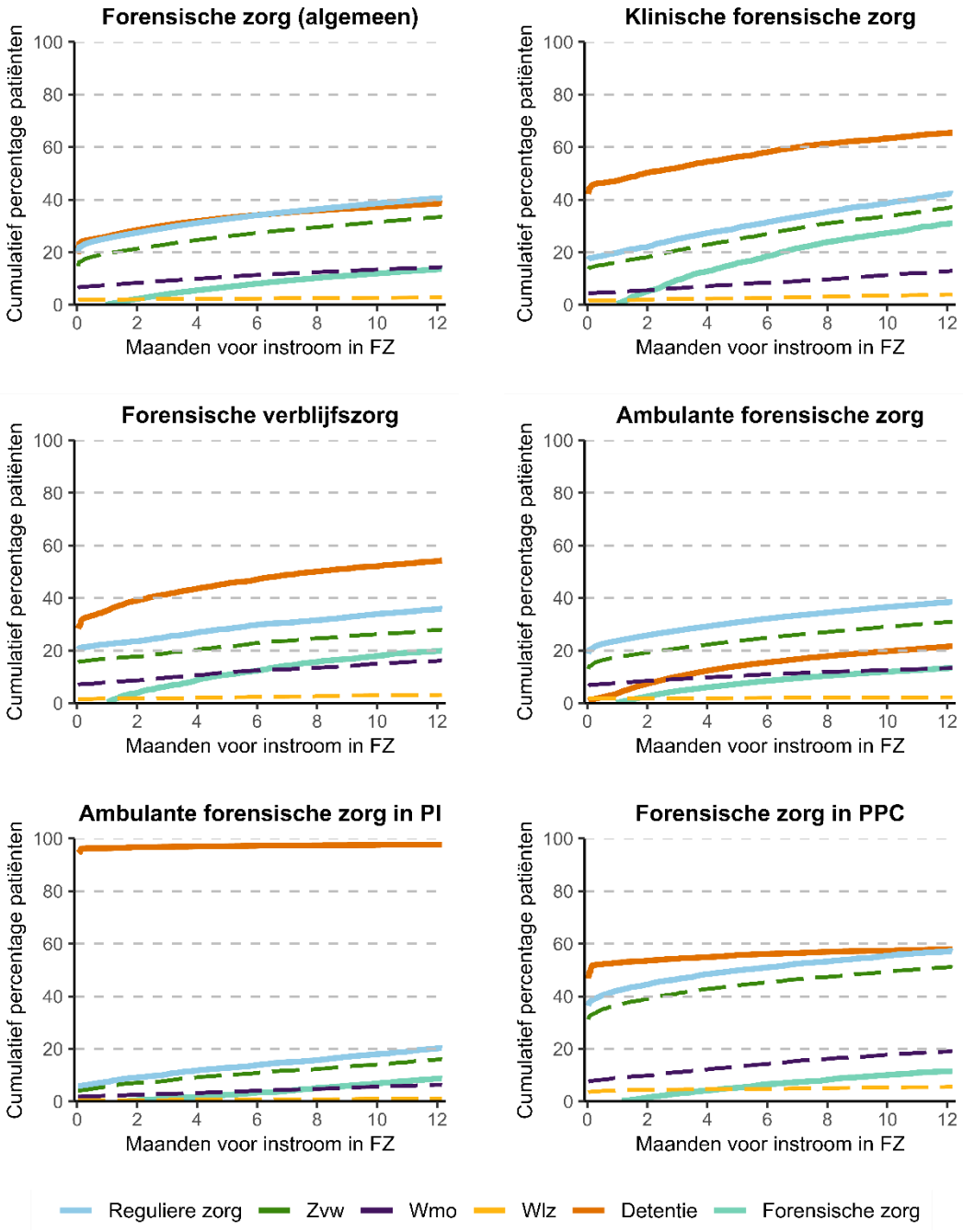
Mevr. mr. Pauline Meijerink – de Vries	Openbaar Ministerie
Dhr. Joris Letanche	Dienst Justitiële Inrichtingen
Dhr. dr. Jasper Nuijen	Trimbos-instituut
Dhr. drs. Guus Kramer	Ministerie van Justitie en Veiligheid, Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen
Mevr. mr. Pauline Woudenberg	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Bijlage 2 Overzicht van zorgtypen en verdere informatie binnen de monitor



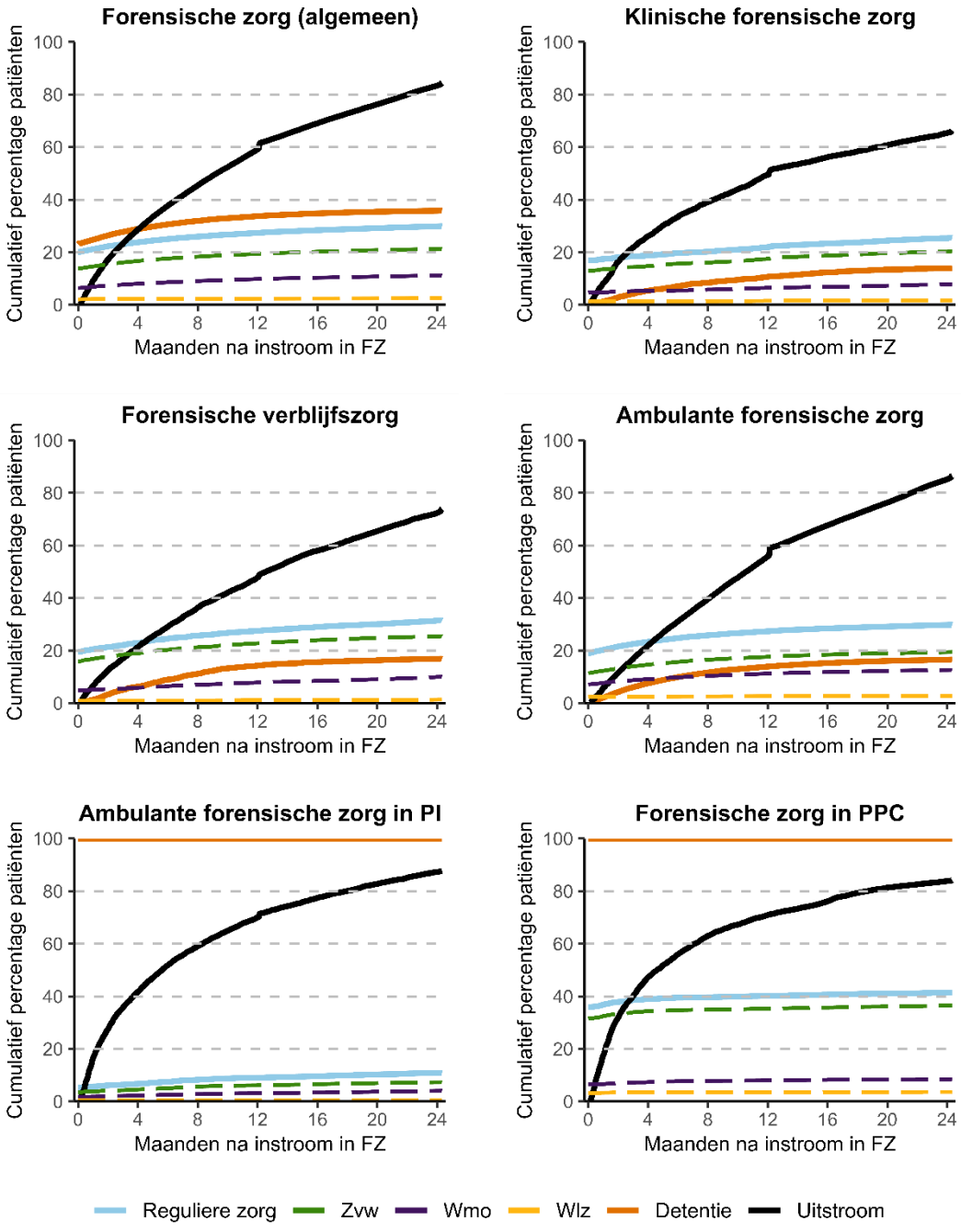
Bijlage 3 Figuren uit hoofdstuk 4

De volgende figuren bevatten het cumulatief percentage van de populatie dat in zorg of detentie is gedurende jaar voorafgaand aan instroom in forensische zorg, uitgesplitst op basis van de initiële instroomsetting. De waarden in deze figuren zijn gelijk aan de tabellen in hoofdstuk 4.

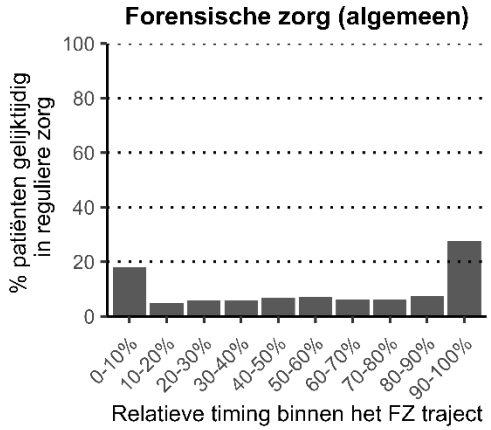


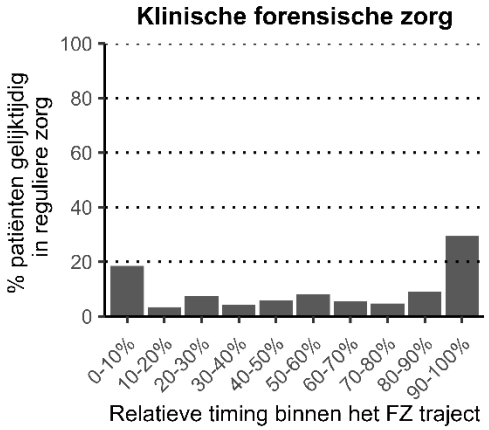
Bijlage 4 Figuren uit hoofdstuk 5

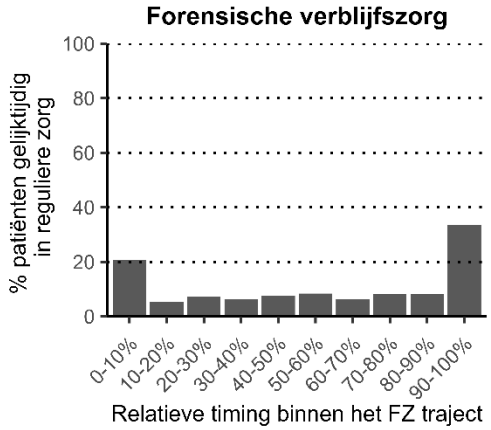
De volgende figuren bevatten het cumulatief percentage van populatie dat gelijktijdig met forensische zorg op enig moment reguliere zorg ontvangt en/of gedetineerd is, uitgesplitst op basis van de initiële instroomsetting. Waarden zijn gelijk aan de tabellen in hoofdstuk 5.

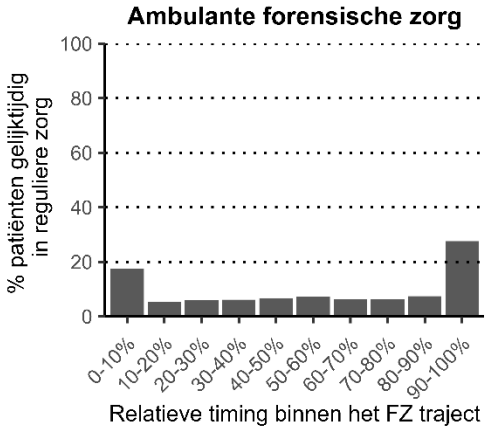


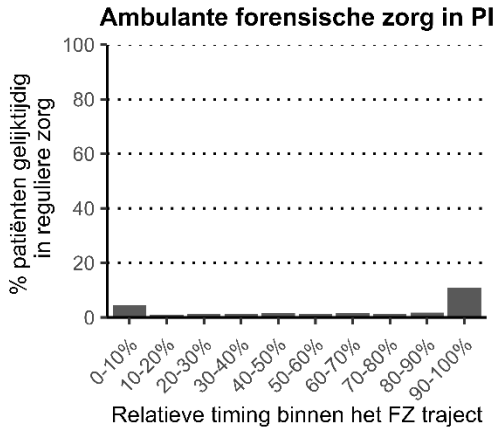
De volgende figuren illustreren het percentage van trajecten waarin de patiënt op een bepaald moment binnen het zorgtraject gelijktijdig forensische zorg en reguliere zorg ontvangt, uitgesplitst per initiële instroomsetting. Hier zijn enkel trajecten betrokken waar patiënten binnen 2 jaar uit forensische zorg zijn uitgestroomd. Korte trajecten van minder dan 90 dagen zijn niet meegenomen.

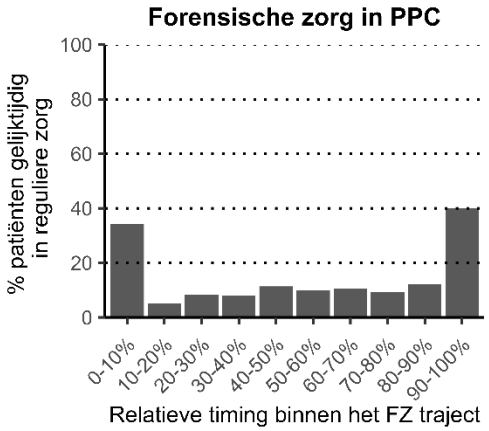




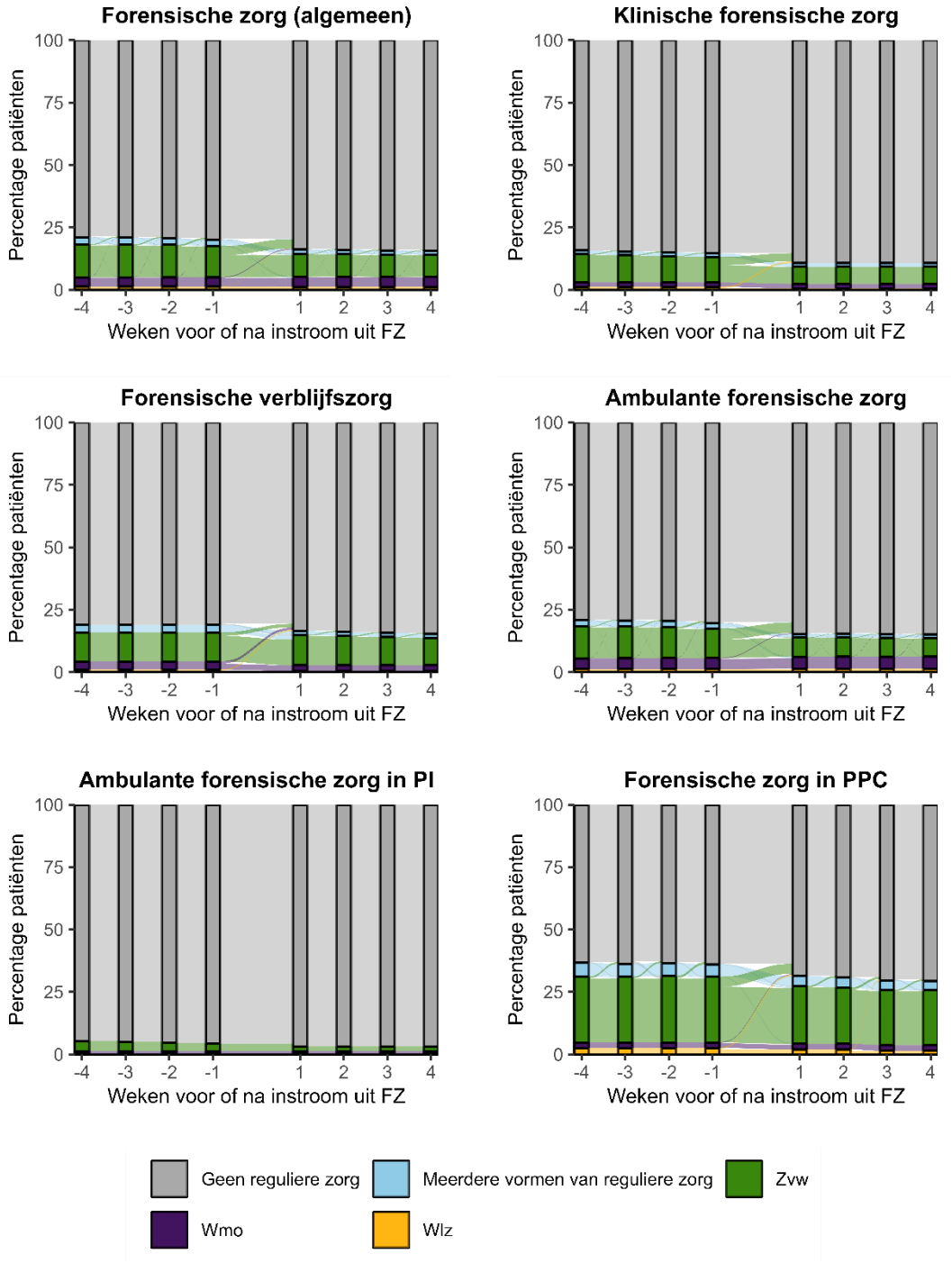






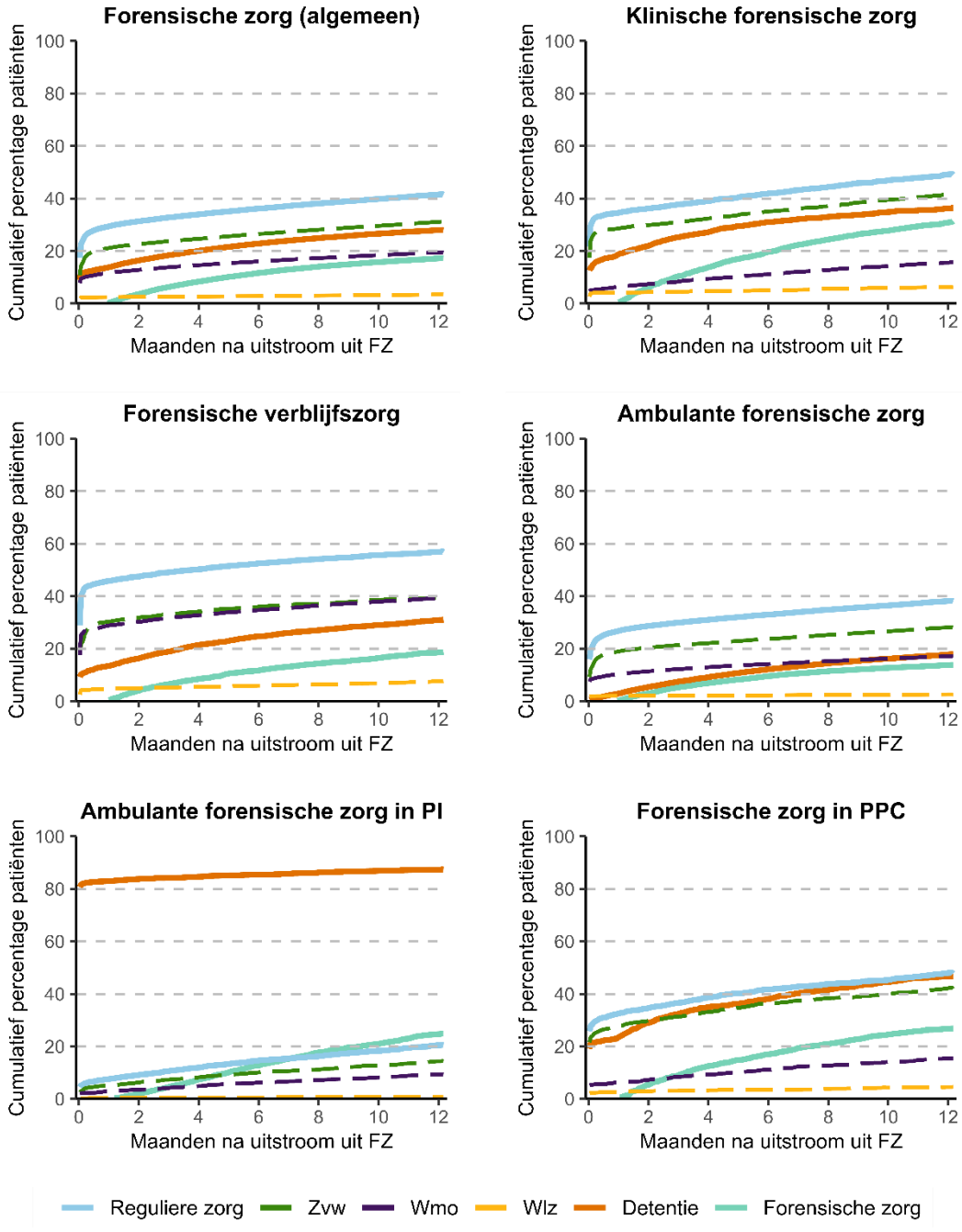


De volgende stroomdiagrammen geven weer hoe het gebruik van reguliere zorg zich ontwikkelt in de vier weken voor en de vier weken na instroom in forensische zorg (respectievelijk de vier linker en de vier rechter balken in de figuur), uitgesplitst op basis van de initiële instroomsetting.

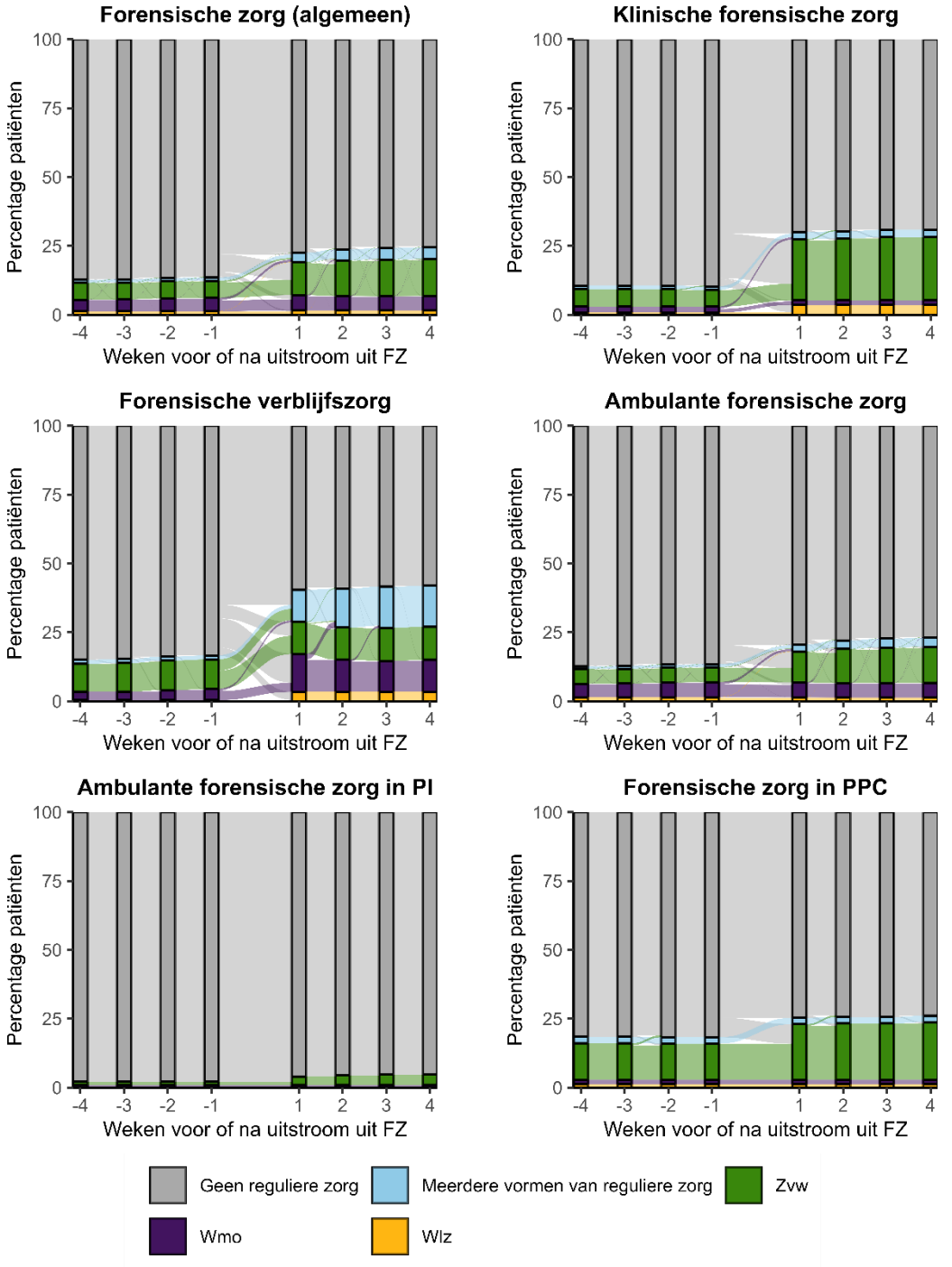


Bijlage 5 Figuren uit hoofdstuk 6

De volgende figuren bevatten het cumulatief percentage van de populatie dat in zorg of detentie is gedurende het jaar na uitstroom uit forensische zorg, uitgesplitst op basis van de uitstroomsetting. Waarden zijn gelijk aan de tabellen in hoofdstuk 6.



De volgende stroomdiagrammen geven weer hoe het gebruik van reguliere zorg zich ontwikkelt in de vier weken voor en de vier weken na uitstroom uit forensische zorg (respectievelijk de vier linker en de vier rechter balken in de figuur), uitgesplitst naar uitstroomsetting.



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