

SAMENWERKING TUSSEN FORENSISCHE ZORG EN GEMEENTEN

KLANT

**AUTEURS
DATUM
VERSIE**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in
samenwerking met het Bestuurlijk Overleg Forensische Zorg (BO FZ)
Laurien van Eil, Wouter Jongebreur en Maaïke Zoutenbier
15 augustus 2024
Definitief

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Aanleiding	3
1.2	Doelstelling	3
1.3	Scope van het onderzoek	3
1.4	Aanpak	4
1.5	Leeswijzer	6
2	Inzicht in aard en omvang van de doelgroep	7
2.1	Beschikbare cijfers	7
2.2	Overstijgende analyse	19
2.3	Knelpunten inzicht aard en omvang van de doelgroep	20
2.4	Oplossingsrichting met gepseudonimiseerde gegevens en een <i>trusted third party</i>	20
3	Beschrijving en analyse werkprocessen	22
3.1	Opleggen bijzondere voorwaarden	22
3.2	Fase 1: detentie	23
3.3	Fase 2a: forensische zorg	25
3.4	Fase 2b: zorgmachtiging	29
3.5	Fase 3: gemeentelijk domein	30
3.6	Bovenregionale plaatsing	32
3.7	Verbeterpunten ten aanzien van de samenwerking tussen forensische zorg en gemeenten	34
4	Aansluiting bij een bestuurlijk akkoord	37
4.1	Documentenstudie	37
4.2	Advies over aansluiting bij een bestaand Bestuurlijk Akkoord	38
5	Conclusies en aanbevelingen	41
5.1	Inzicht in de aard en omvang van de doelgroep is gefragmenteerd beschikbaar	41
5.2	Conclusies over de (boven-)regionale werkprocessen	42
5.3	Aanbevelingen met betrekking tot de (boven-)regionale werkprocessen	43
5.4	Aansluiting bij bestaand bestuurlijk akkoord	44
A.	Aanvullende cijfers per gemeente	46

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Op het moment dat een forensische titel en/of zorgmachtiging afloopt, is het van belang dat continuïteit geboden wordt op alle levensgebieden, om zo recidive te voorkomen. Hierbij dient zorg (indien noodzakelijk) gecontinueerd te worden vanuit het gemeentelijk domein. Gemeenten en forensische zorgaanbieders werken met elkaar samen om te garanderen dat mensen vanuit een forensische voorziening (forensische kliniek, forensisch beschermd wonen of een ambulante arrangement van de forensische zorgaanbieder) kunnen terugkeren naar een passende plek in de wijk en/of een door de gemeente gefinancierde instelling, zoals regulier beschermd wonen.

Bij het continueren van de zorg is het noodzakelijk dat er sprake is van een goed lopende samenwerking ten aanzien van zorg, wonen, inkomen, ziektekostenverzekering, werk en begeleiding bij de terugkeer in de maatschappij. Voor ketenpartners (zoals gemeenten, (forensische) zorgaanbieders en reclassering) is het van belang dat samenwerking in het kader van re-integratie ruim voor het aflopen van de forensische titel of zorgmachtiging start, hetgeen essentieel is voor een succesvolle re-integratie en het voorkomen van recidive. Op deze manier is er zoveel mogelijk sprake van het voorzien in basale levensbehoeften en continuering van noodzakelijke ondersteuning en zorg.

Omdat in de huidige situatie de continuïteit niet altijd wordt gerealiseerd, is het streven om procesafspraken te maken over de benodigde verbetering in de samenwerking tussen de forensische zorg en gemeenten. Een van de belemmeringen in het formuleren van procesafspraken is dat er geen zicht is op de aard en omvang van de doelgroep. Ten behoeve van de te maken afspraken, is de wens van betrokken partijen om meer zicht te krijgen op de doelgroep en de knelpunten die opgelost moeten worden.

1.2 Doelstelling

In opdracht van de Directie Maatschappelijke Ondersteuning (DMO) van VWS, in samenwerking met het Bestuurlijk Overleg Forensische Zorg (BO FZ) voert Significant Public het onderzoek 'Samenwerking Forensische Zorg en gemeenten' uit. Bij het onderzoek is een werkgroep betrokken met deelnemers uit de VNG, Valente, de Nederlandse ggz, Reclassering, DJI, Zorg- en Veiligheidshuizen, gemeente Rotterdam, Veiligheidsregio Noord-Holland Noord, VWS en JenV. De kernvraag van dit onderzoek is: *'Wat is nodig voor cliënten die een forensisch zorgtraject hebben afgerond om hen te (blijven) voorzien van basale levensbehoeften en (continuering van) noodzakelijke ondersteuning?'*

Het onderzoek kent drie doelstellingen, namelijk:

- a. Inzicht in de aard en omvang van de doelgroep: aantallen, leeftijd, de ondersteuningsvragen die zij hebben aan gemeenten (wonen, begeleiden, participatie, et cetera);
- b. Beschrijving en analyse van (boven-)regionale werkprocessen hoe gemeenten, reclassering, PI's en zorgorganisaties met elkaar samenwerken;
- c. Advies over aansluiting bij een bestaand Bestuurlijk akkoord, met een uitwerking welke aanvullingen en/of aanpassingen in dit akkoord gewenst/nodig zijn.

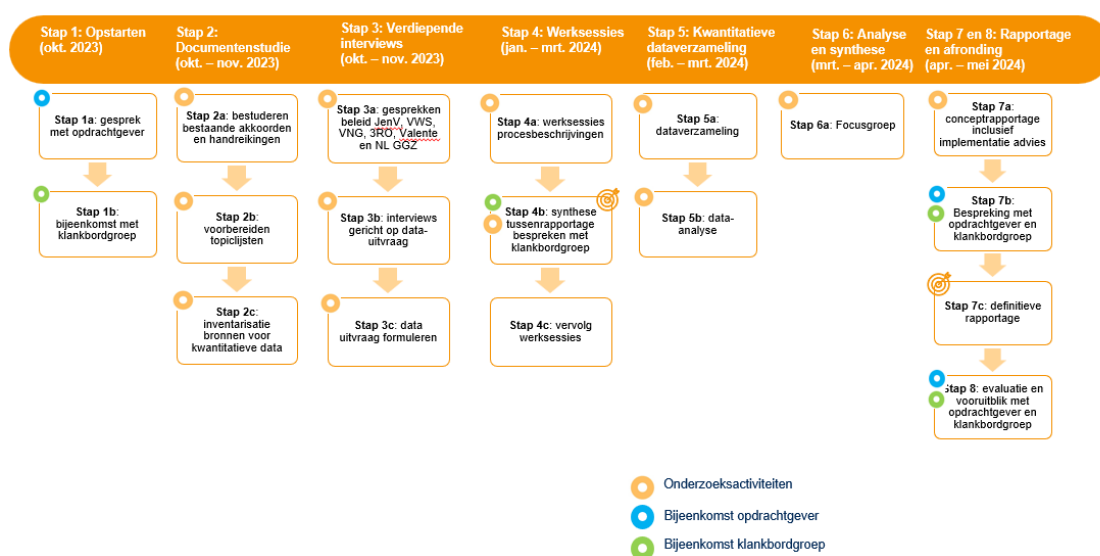
1.3 Scope van het onderzoek

Het onderzoek richt zich primair op de overgang van de forensische zorg naar de gemeente. Daarom vallen de volgende situaties niet binnen de scope van de opdracht: de uitstroom uit de forensische zorg naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz), en de uitstroom uit justitiële jeugdinstellingen en JeugdzorgPlus. Ook richt het onderzoek zich niet primair op de doorstroom binnen de forensische zorg. Daar waar

relevant voor de overgang van de forensische zorg naar de gemeenten, kijken we wel naar de doorstroom vanuit de forensische kliniek naar forensisch beschermd wonen en ambulante behandeling en de uitstroom uit detentie (de penitentiaire inrichting). De reden hiervoor is dat dit (mogelijk) relevant is voor de overgang van de forensische zorg naar de gemeente op een later moment.

1.4 Aanpak

Figuur 1 geeft het plan van aanpak dat wij hebben gehanteerd tijdens het onderzoek, visueel weer. We hebben het onderzoek opgedeeld in verschillende stappen, namelijk: opstarten, documentenstudie, verdiepende interviews, werksessies, kwantitatieve dataverzameling, analyse en synthese en rapportage en afronding.



Figuur 1. Visuele weergave plan van aanpak

Tijdens het onderzoek hebben wij een mix van methoden en bronnen gehanteerd om de resultaten tot stand te brengen. In het vervolg geven we een toelichting op de toegepaste onderzoeksmethoden en -activiteiten die wij gedurende het onderzoek hebben ingezet.

1.4.1 Documentenstudie

Ter voorbereiding op de interviews is een documentenstudie uitgevoerd. Tijdens de documentenstudie hebben we in ieder geval de onderstaande lijst aan documenten doorgenomen:

- Bestuurlijk akkoorden: bestuurlijk akkoord Nazorg Ex-gedetineerden, de woonzorgvisie, medisch noodzakelijk verblijf ggz et cetera;
 - Rapportages en beleidsdocumenten van gemeenten over de samenwerking met de forensische zorg, denk hierbij aan handreiking voor kansrijk samenwerken en het programma continuïteit van zorg bijvoorbeeld.
- De verzamelde inzichten uit de documentenstudie hebben we in een analysematrix bijgehouden.

1.4.2 Verdiepende interviews

In de eerste fase van het onderzoek (november 2023) hebben we verdiepende interviews gehouden met leden van de werkgroep en hun bestuurders. In eerste instantie lag de focus op het bespreken van de mogelijkheden, aandachtspunten en de voor- en nadelen voor aansluiting bij (een van) de bestuurlijke akkoorden. Op basis van deze gesprekken verkregen wij meer context over de totstandkoming van de diverse bestuurlijke akkoorden, het functioneren van de akkoorden en de aandachtspunten die er zijn bij eventuele aansluiting bij de betreffende akkoorden. We constateerden dat het beantwoorden van deze onderzoeksvraag pas later in het onderzoek goed mogelijk was.

Om deze reden hebben we bij de tweede helft van de interviews de focus gelegd op het krijgen van een (beter) beeld omtrent de samenwerking bij het continueren van de zorg en/of ondersteuning bij een aflopende forensische titel en/of zorgmachtiging.

Tijdens de verdiepende interviews hebben we daarnaast uitgevraagd welke (centrum)gemeenten en regio's goede voorbeelden zijn van de samenwerking tussen forensische zorg en gemeenten in de praktijk. Deze regio's en (centrum)gemeenten hebben wij vervolgens meegenomen in de volgende fase van het onderzoek, namelijk het uitwerken van de werkprocessen. Tot slot hebben we tijdens de interviews contactgegevens verzameld van data-analisten van de verschillende organisaties (zoals DJI, 3RO, et cetera) waarmee we contact konden opnemen omtrent de kwantitatieve data-uitvraag voor het inzichtelijk maken van de aard en omvang van de doelgroep.

1.4.3 Groepsbijeenkomsten

De groepsbijeenkomsten die we hebben georganiseerd, stonden in het teken van het beschrijven en analyseren van de werkprocessen die gehanteerd worden in het kader van de samenwerking tussen forensische zorg en gemeenten. Op basis van de documentenstudie en de verdiepende interviews hebben wij met behulp van *Engage Process Modeler*¹ een eerste schets gemaakt van het werkproces. Op basis van deze werkprocessen wordt inzichtelijk hoe vanuit de praktijk (op dit moment) invulling wordt gegeven aan de (boven)regionale samenwerking tussen de forensische zorg en gemeenten en welke knelpunten men hierbij ervaart. Het uiteindelijke doel van deze werkprocessen is het creëren van een basis voor nieuwe/aanvullende afspraken tussen de forensische zorg en gemeenten voor deze doelgroep.

In januari 2024 heeft de eerste groepsbijeenkomst plaatsgevonden waarin wij de werkprocessen en de samenwerkingsafspraken vanuit het gemeentelijk domein inzichtelijk hebben gemaakt. Er is gekozen voor een benadering vanuit het gemeentelijk domein omdat wij na de verdiepende interviews en de documentenstudie onvoldoende zicht hadden op de werkzaamheden van de gemeente over de samenwerking tussen de forensische zorg en gemeenten. De volgende gemeenten hebben deelgenomen aan de werksessie: Amsterdam, Rotterdam, Alkmaar, Utrecht en Tilburg.

In februari 2024 heeft de tweede groepsbijeenkomst plaatsgevonden met de ketenpartners die betrokken zijn tijdens de overgang van forensische zorg naar het gemeentelijk domein. Door middel van een interactieve werkvorm hebben wij de samenwerkingsafspraken, werkzame elementen en knelpunten in de samenwerking opgehaald. Daarnaast hebben wij een aantal kleinere gemeenten uitgenodigd om deel te nemen aan de groepsbijeenkomst, om ook het perspectief van een kleine gemeente voldoende te kunnen belichten. Wegens beperkte beschikbaarheid zijn alleen de gemeenten Nijmegen en Tilburg aangesloten tijdens deze werksessie. Daarnaast zijn ketenpartners zoals reclasseringswerkers en medewerkers van (forensisch) beschermd wonen locaties vanuit meerdere regio's of gemeenten aangesloten.

In april 2024 heeft de laatste groepsbijeenkomst plaatsgevonden, die meer gericht was op de toekomst en het karakter had van een ontwerpessie. Met deelnemers uit eerdere groepsbijeenkomsten en leden van de werkgroep hebben we gekeken naar de voorlopige resultaten en ons gericht op mogelijke oplossingen om de samenwerking tussen de forensische zorg en gemeenten te verbeteren.

1.4.4 Kwantitatieve dataverzameling

Om zicht te krijgen op de aard en omvang van de doelgroep hebben we kwantitatieve data verzameld. Hiervoor hebben we enkele interviews gehouden om de kwantitatieve data-uitvraag scherp te krijgen. We hebben onder andere gesproken met medewerkers van Statistische Informatievoorziening en Beleidsanalyse (SIBa) van de drie reclasseringsorganisaties (3RO), een medewerker van DJI die werkt met het Informatiesysteem Forensische Zorg

¹ *Engage Process Modeler* is een innovatieve en interactieve tool om processen te modelleren en biedt tevens als web-based applicatie de mogelijkheid om digitaal het proces te delen.

(Ifzo), een medewerker van de Justitiële Informatiedienst die werkt met het Informatieportaal Justitiabelen (Injus) en een medewerker van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) in het kader van het programma 'Een thuis voor iedereen'. Daarnaast hebben we het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) benaderd om kwantitatieve data te ontvangen.

1.5 Leeswijzer

We geven graag de volgende leeswijzer mee:

- a. In hoofdstuk 2 gaan we in op de kwantitatieve dataverzameling om inzicht te krijgen in de aard en omvang van de doelgroep. We lichten toe welke kwantitatieve data we hebben kunnen verzamelen. We gaan ook in op de knelpunten die we hebben ervaren om een volledig overzicht te kunnen geven van de doelgroep. Hoofdstuk 2 sluiten we af met aanbevelingen voor verder onderzoek gericht op het inzichtelijk maken van de doelgroep;
- b. In hoofdstuk 3 geven we een beschrijving en analyse van de (boven-)regionale werkprocessen waarin sprake is van de overgang van de forensische zorg naar gemeenten. De samenwerking tussen de forensische zorg en gemeenten hebben we opgedeeld in drie fasen, namelijk detentiefase, fase van forensische zorg en de fase waarbij de zorg en/of ondersteuning vanuit het gemeentelijk domein moet komen. We gaan per fase in op de werkzame elementen en de knelpunten en sluiten af met een advies om de samenwerking tussen forensische zorg en gemeenten te verbeteren;
- c. In hoofdstuk 4 formuleren we een advies over eventuele aansluiting bij een bestaand bestuurlijk akkoord. We beschrijven de bestuurlijke akkoorden die we hebben geanalyseerd en sluiten af met een advies over bij welk bestaand bestuurlijk akkoord naar ons idee het beste kan worden aangesloten;
- d. Het laatste hoofdstuk (5) omvat de belangrijkste conclusies en aanbevelingen, inclusief de beantwoording van de onderzoeksvragen.

2 Inzicht in aard en omvang van de doelgroep

Om inzicht te krijgen in de aard en omvang van de doelgroep verzamelden we kwantitatieve gegevens bij verschillende ketenpartners. Hieronder bespreken we per ketenpartner welke gegevens zij hebben kunnen aanleveren omtrent de doelgroep. De doelgroep bestaat uit mensen waarvoor de forensische titel en/of zorgmachtiging afloopt en de zorg gecontinueerd moet worden vanuit het gemeentelijk domein. Tot slot benoemen wij knelpunten voor het verkrijgen van inzicht in de doelgroep en formuleren we aanbevelingen op dit onderdeel.

2.1 Beschikbare cijfers

2.1.1 Informatieportaal Justitiabelen (Injus)

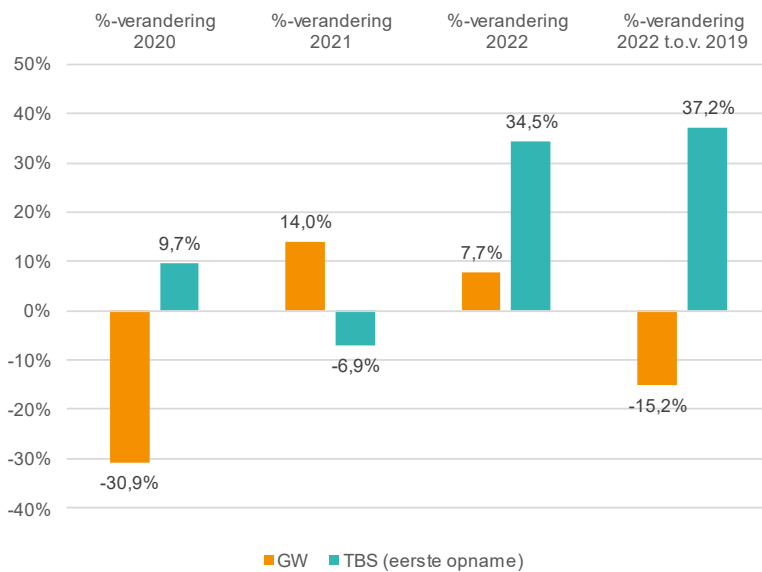
Het Informatieportaal Justitiabelen (Injus) beschikt over actuele en historische informatie van volwassenen en jeugdigen in detentie, PIJ'ers en tbs-gestelden. Injus stelt deze detentie-informatie beschikbaar. Helaas waren de in- en uitstroomcijfers voor 2023 ten tijde van de oplevering van de rapportage nog in bewerking, waardoor wij deze niet mee konden nemen in de analyse. De cijfers met betrekking tot instroom in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) hebben we buiten beschouwing gelaten, omdat dit niet tot de scope van het onderzoek behoort. Het aantal ingestroomde gedetineerden per jaar is weergegeven in tabel 1.

	2019	2020	2021	2022
Gevangeniswezen	31.456	21.735	24.775	26.690
Tbs (eerste opnames)	145	159	148	199

Tabel 1. Instroom per sector in de periode 2019 tot en met 2022

In bovenstaande tabel is te zien dat de instroom in het gevangeniswezen in 2020 (21.735) relatief sterk afnam (30,9%) ten opzichte van 2019 (31.456) (zie Figuur 2). In 2021 en 2022 nam de instroom binnen het gevangeniswezen (GW) weer gestaag toe ten opzichte van 2020, maar de totale instroom bleef ook in deze jaren ruim onder het totaal in 2019. Zo was de instroom in 2022 15,2% lager dan in 2019. De daling van de totale instroom in het gevangeniswezen is hoogstwaarschijnlijk het gevolg van de COVID-19 pandemie. Gedurende deze periode nam het ministerie van JenV en DJI diverse maatregelen om verspreiding van het coronavirus te beperken, waarbij de prioriteit lag op het inperken van de gevangenispopulatie.² Tot slot nam de instroom in de tbs in 2020 iets toe met 14 tbs-gestelden (9,7%) ten opzichte van 2019 en in 2021 nam deze weer licht af met 6,9%. In 2022 is daarentegen een toename te zien van 34,5%. Als we de instroom in 2022 vergelijken met de instroom van 2019, zien we een toename van 37,2% in 2022 ten opzichte van 2019.

² O. Nederland & A. Vanhouche, 'De tweede golf van het coronavirus: Een overzicht van nieuwe maatregelen voor gedetineerden en gevangeniswezen', FATIK 2021, nummer 169, p. 23-28.



Figuur 2. Procentuele toe- of afname aantal ingestroomde gedetineerden 2019 - 2022

Daarnaast vroegen we uit hoeveel gedetineerden uitstroomden in de periode 2019 tot en met 2022 (exclusief JJI's). Voor tbs ontvingen wij cijfers over het aantal gestarte machtigingen transmuraal verlof³, proefverloven⁴ en voorwaardelijke beëindigingen⁵. Deze cijfers kunnen niet bij elkaar worden opgeteld vanwege het feit dat de cijfers geen unieke personen betreffen en bij optelling dubbelingen ontstaan. Daarnaast ontvingen we de cijfers van voorwaardelijke beëindiging en geen cijfers van afsluiting tbs, omdat in deze laatste groep ook cijfers zitten van overlijdensgevallen en uitzettingen naar land van herkomst. Hierbij is geen sprake van doorstroom binnen of uitstroom uit de forensische zorg. De cijfers van het aantal uitgestroomde gedetineerden zijn weergegeven in tabel 2.

	2019	2020	2021	2022
Gevangeniswezen	30.402	21.664	24.521	26.781
Tbs - Gestarte machtigingen transmuraal verlof	135	166	166	183
Tbs - Gestarte proefverloven	45	49	61	39
Tbs - Gestarte voorwaardelijke beëindigingen	75	55	56	77

Tabel 2. Aantal uitgestroomde gedetineerden in de periode 2019 tot en met 2022

Net als bij de aantallen van de instroom in het gevangeniswezen, zien we bij bovenstaande aantallen met betrekking tot de uitstroom een soortgelijke beweging. Er was sprake van een relatief sterke daling in de totale uitstroom in 2020 ten opzichte van 2019 (28,7%). Vervolgens stijgt de totale uitstroom weer iets in 2021 (13,2%) en 2022 (9,2%). In algemene zin kan gesteld worden dat de totale uitstroom van het aantal gedetineerden in 2022 met 11,9% is afgenomen ten opzichte van 2019. Als we tot slot de totale instroom en de totale uitstroom per jaar met elkaar vergelijken, is te zien dat de totale instroom ieder jaar over het algemeen redelijk overeenkomt de totale uitstroom in datzelfde jaar.

Een van de taken van Injus is het informeren van gemeenten als de detentie van een gedetineerde begint en eindigt of als de gedetineerde met verlof gaat. Injus verstrekt deze meldingen aan gemeenten. Op het moment dat iemand in

³ Bij transmuraal verlof verblijft de patiënt langere tijd buiten de beveiligde zone van de kliniek. Bijvoorbeeld in een zelfstandige woning, een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW) of een forensisch psychiatrische afdeling van een psychiatrische instelling (FPA). De patiënt valt dan nog wel onder de verantwoordelijkheid van het FPC en moet zich aan bepaalde afspraken houden ([Verlof voor tbs-gestelden | Justitiabelen | dji.nl](#)).

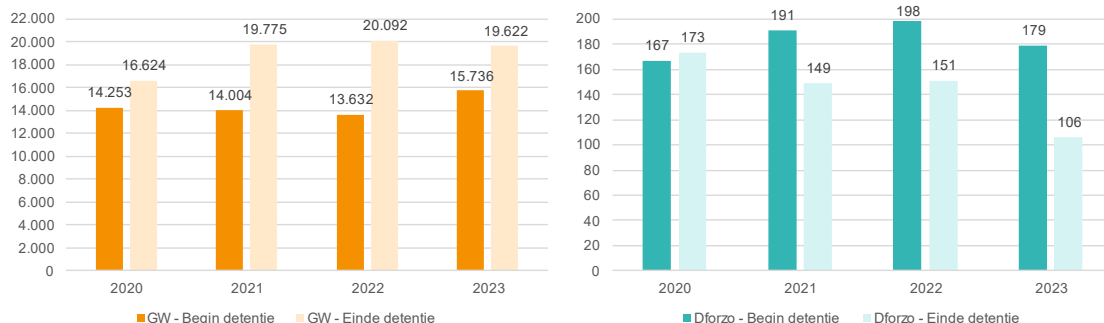
⁴ Met proefverlof keert de patiënt daadwerkelijk terug in de samenleving. In deze laatste fase woont de patiënt zelfstandig of in een voorziening met begeleiding en/of beveiliging, maar valt nog onder de verantwoordelijkheid van het FPC. De reclassering houdt toezicht en begeleidt de patiënt ([Verlof voor tbs-gestelden | Justitiabelen | dji.nl](#)).

⁵ Tbs met dwangverpleging eindigt altijd voorwaardelijk. Dat betekent dat de dader zich ook na de maatregel moet houden aan afspraken met de reclassering ([Soorten tbs | Tbs en overige forensische zorg | Rijksoverheid.nl](#)).

detentie belandt, ontvangt de gemeente waar deze persoon staat ingeschreven in de BRP een melding 'begin detentie' vanuit Injus. Daarnaast ontvangt de gemeente op basis van het uitschrijfbericht detentie dat Injus ontvangt van DJI ook een melding 'einde van de detentie'. Van Injus ontvingen wij aanvullend op de cijfers van het totaal aantal ingestroomde gedetineerden het aantal meldingen 'begin detentie' en 'einde detentie' gedurende de periode 2019 - 2024. We ontvingen de cijfers per sector: GW, Sectordirectie Forensische Zorg (DForZo) en JJI. Net zoals bij de cijfers over de in- en uitstroom, laten we de cijfers voor JJI buiten beschouwing omdat dit buiten de scope van het onderzoek valt. De cijfers van DForZo hebben betrekking op tbs-gestelden. In dit rapport geven we de cijfers voor 2020 - 2023 weer, omdat de gegevens voor de jaren 2019 en 2023 niet het gehele jaar betreffen.

Figuur 3 geeft het totaal aantal Injus-meldingen 'begin detentie' en 'einde detentie' weer voor GW en ForZo (tbs). Te zien is dat het aantal meldingen 'einde detentie' voor GW in 2021 met 19% toeneemt naar een totaal van 19.775 meldingen ten opzichte van 2020. In 2022 en 2023 blijft dit aantal meldingen redelijk gelijk. Ook het aantal meldingen 'begin detentie' blijft over de jaren heen redelijk stabiel. In 2023 is wel sprake van een iets sterkere stijging ten opzichte van 2022 (15,4%). In algemene zin kan gesteld worden dat het aantal meldingen gedurende de periode 2020 - 2023 voor zowel 'begin detentie' (10,4%) als voor 'einde detentie' (17,4%) toenam in 2023 ten opzichte van 2020. Daarnaast is te zien dat het aantal meldingen 'einde detentie' ieder jaar hoger is dan het aantal meldingen 'begin detentie'.

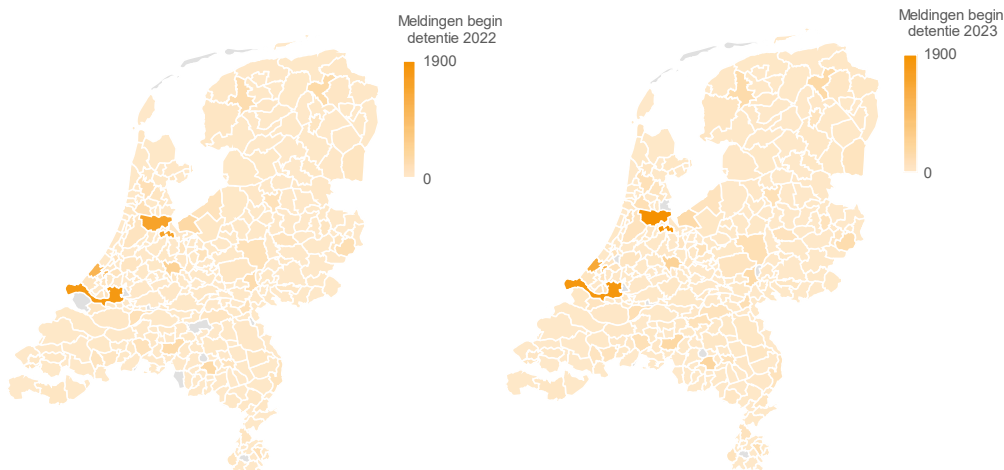
Bij Injus-meldingen voor de sector ForZo gaat het om kleinere aantallen. Het aantal meldingen 'begin detentie' neemt in 2021 met 14,4% toe ten opzichte van 2020, terwijl het aantal meldingen 'einde detentie' in datzelfde jaar juist daalt met 13,9% ten opzichte van 2020. In 2022 blijven de aantallen van beide typen meldingen min of meer gelijk. De aantallen voor 2023 laten daarentegen weer een daling zien van 9,6% voor 'begin detentie' en 29,8% voor 'einde detentie'. Over het algemeen is het aantal meldingen 'begin detentie' hoger dan het aantal meldingen 'einde detentie', met uitzondering van het jaar 2020. Hier ligt het aantal meldingen 'einde detentie' iets boven het aantal meldingen 'begin detentie'.



Figuur 3. Totaal aantal Injus-meldingen 'begin detentie' en 'einde detentie' voor de sector GW (links) en DForZo (rechts)

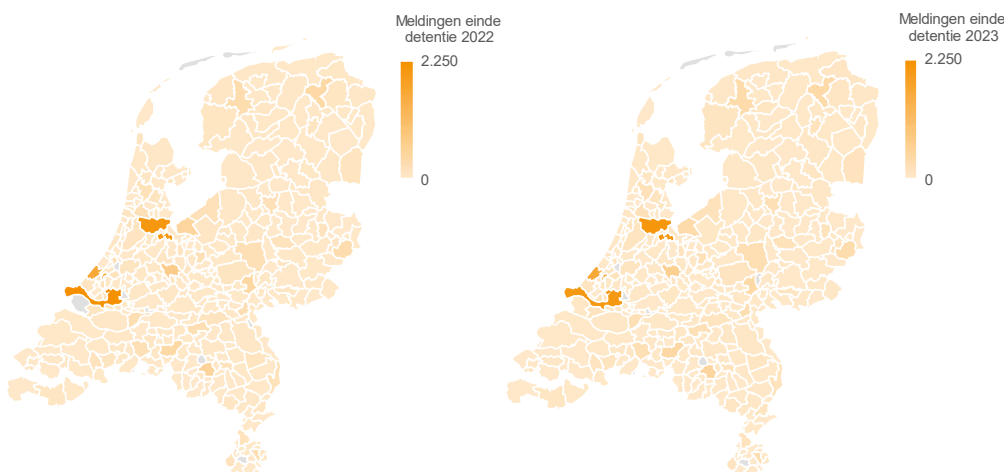
Figuur 4 weergeeft de landelijke spreiding voor het aantal Injus-melding 'begin detentie' voor 2022 en 2023.⁶ In 2022 werden in totaal 15.337 meldingen 'begin detentie' gedaan. De gemeente Rotterdam (1.723 meldingen), Amsterdam (1.500) en 's-Gravenhage (1.136) ontvingen de meeste meldingen. In 2023 steeg het totaal aantal meldingen met 13,4% naar 17.386 meldingen. Dit jaar ontving de gemeente Amsterdam iets meer meldingen (1.886) dan Rotterdam (1.763). De gemeente Den Haag had na Rotterdam de meeste meldingen (1.376).

⁶ In Bijlage A aan het einde van dit document staan de aantallen per gemeenten per type melding weergegeven.



Figuur 4. Landelijke spreiding aantal Injus-melding 'begin detentie' voor 2022 (links) en 2023 (rechts)

Onderstaande figuur weergeeft de landelijke spreiding voor de Injus-meldingen 'einde detentie' voor 2022 en 2023. In 2022 werden in totaal 21.707 meldingen 'einde detentie' gedaan. Rotterdam ontving de meeste meldingen (2.233), gevolgd door Amsterdam (2.077) en Den Haag (1.643). In 2023 nam dit aantal heel licht af met 2,2% naar 21.236 meldingen. In dit jaar ontving Amsterdam de meeste meldingen 'einde detentie' (2.111), gevolgd door Rotterdam (2.041) en Den Haag (1.629).



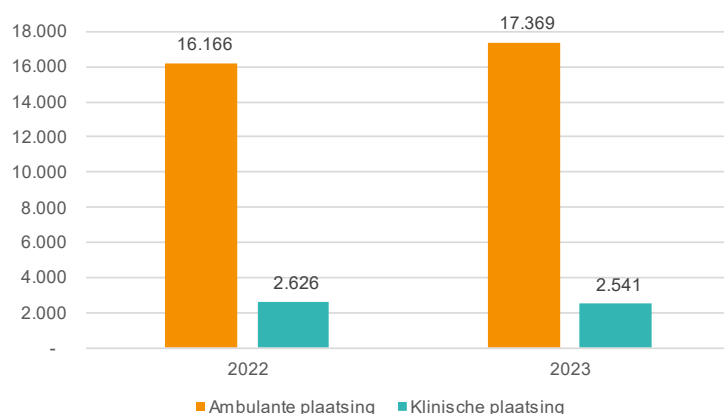
Figuur 5. Landelijke spreiding aantal Injus-meldingen 'einde detentie' voor 2022 (links) en 2023 (rechts)

2.1.2 3RO

Bij de afdeling Statistische Informatievoorziening en Beleidsanalyse (SIBa) van de Reclassering hebben we cijfers opgevraagd over de jaren 2022 en 2023 over indicatiestellingen en plaatsingen forensische zorg. Er is hierbij onderscheid gemaakt tussen ambulante plaatsing en klinische plaatsing. Onder ambulante plaatsingen valt zowel ambulante zorg als verblijfszorg (beschermd en begeleid wonen), maar in IRIS (het registratiesysteem van 3RO) wordt hierin geen onderscheid gemaakt. Begeleid wonen valt niet onder verblijfszorg aangezien de cliënt zelf huur betaalt en 3RO alleen de begeleiding indiceert. Daarnaast kan beschermd wonen zowel onder ambulante zorg (als 3RO zelf indiceert) als onder klinische zorg (als FBW volgt op klinische opname en NIFP indiceert) vallen.

SIBa heeft het aantal uitgevoerde plaatsingsverzoeken forensische zorg door 3RO aangeleverd, waarbij onderscheid is gemaakt tussen ambulante en klinische plaatsing (zie figuur 6). 3RO kan voor één persoon meerdere plaatsingsverzoeken uitzetten voor dezelfde geïndiceerde zorg, om zo de kans op daadwerkelijke plaatsing te vergroten. Echter is het voor 3RO niet mogelijk om uit de systemen te halen of een plaatsing ook daadwerkelijk

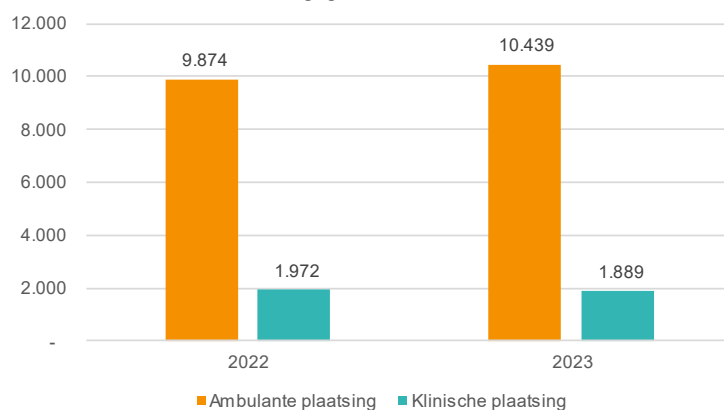
gerealiseerd is en de betreffende persoon ook echt in de forensische voorziening is geplaatst. Daarnaast is onderscheid gemaakt in het aantal plaatsingsverzoeken voor mannen en vrouwen.



Figuur 6. Aantal plaatsingsverzoeken forensische zorg door 3RO in 2022 en 2023

In 2022 werden in totaal 18.792 plaatsingsverzoeken forensische zorg door 3RO gedaan, waarvan 16.166 ambulante plaatsingen (86%) en 2.626 klinische plaatsingen (14%). In 2023 steeg dit totale aantal plaatsingsverzoeken forensische zorg met 5,9% naar 19.910 plaatsingen. Daarvan ging in 87,2% van de verzoeken om een ambulante plaatsing (17.369 plaatsingsverzoeken) en in 12,8% van de verzoeken om een klinische plaatsingen (2.541 plaatsingsverzoeken). Als we alleen kijken naar het aantal ambulante plaatsingsverzoeken, is voor het jaar 2023 een stijging van 7,4% te zien ten opzichte van 2022. Voor het aantal klinische plaatsingsverzoeken is in 2023 daarentegen een lichte afname van 3,2% te zien ten opzichte van 2022. Zowel bij ambulante als klinische plaatsingen heeft het grootste aandeel van de plaatsingen betrekking op mannen (91,3% van de plaatsingen (ambulante en klinisch) in 2022 en 91,6% in 2023).

Daarnaast vroegen we het aantal unieke personen waarvoor 3RO een plaatsingsverzoek heeft gedaan (zowel in de toezichts- als adviesfase) uit, met onderscheid in ambulante zorg en klinische zorg (zie figuur 7). Ook hierbij is het aantal mannen en vrouwen weergegeven.



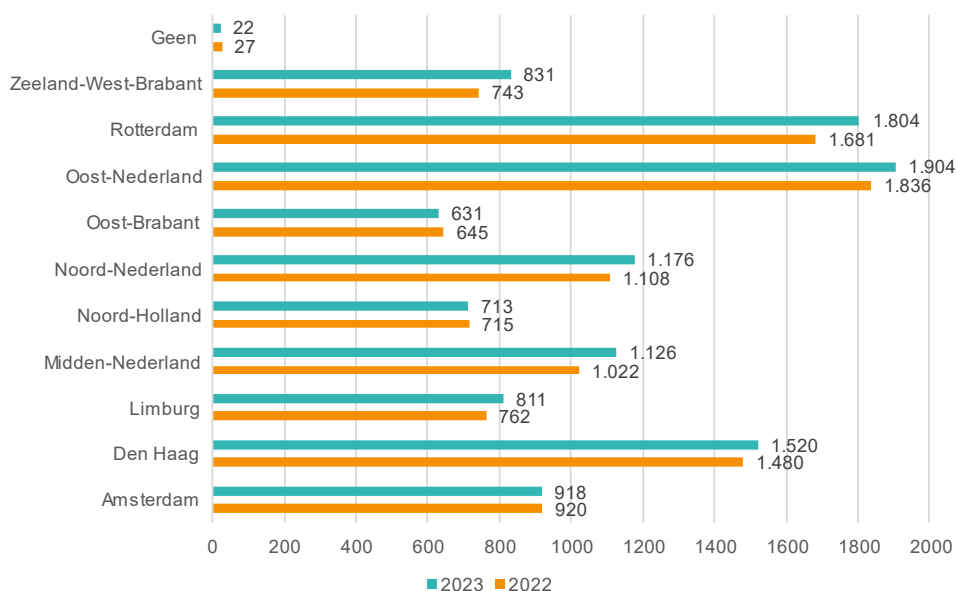
Figuur 7. Aantal unieke personen waarvoor 3RO in 2022 en 2023 een plaatsingsverzoek forensische zorg deed

In 2022 werd in totaal voor 10.939 unieke personen een plaatsingsverzoek forensische zorg gedaan. In dit totaal aantal zijn dubbelingen van unieke personen waarvoor zowel een ambulant als een klinisch plaatsingsverzoek is gedaan eruit gehaald. Om deze reden komt de som van het totaal aantal ambulante en klinische plaatsingsverzoeken niet overeen met dit aantal. Voor 9.874 personen werd een plaatsingsverzoek voor forensische ambulante zorg gedaan en voor 1.972 personen een plaatsingsverzoek voor forensisch klinische zorg. In 2023 nam het aantal unieke personen waarvoor een plaatsingsverzoek is gedaan toe met 4,7% naar een totaal van 11.456 unieke personen. Ook hier zijn dubbelingen van unieke personen eruit gehaald. Het aantal unieke personen waarvoor een ambulant plaatsingsverzoek is gedaan steeg met 5,7% naar een totaal van 10.439 unieke personen en het aantal unieke personen waarvoor een

klinisch plaatsingsverzoek is gedaan nam daarentegen af met 4,2% naar een totaal van 1.889 unieke personen. Tot slot is net als bij het totaal aantal unieke plaatsingsverzoeken het aandeel mannen aanzienlijk hoger dan het aandeel vrouwen. In 2022 was het aandeel mannen van het totaal aantal unieke personen 90,6% en in 2023 91%.

Daarnaast vroegen we naar de minimum-, maximum- en gemiddelde leeftijd van de personen waarvoor 3RO plaatsingsverzoek deed. De leeftijden lagen in 2022 tussen de 18 jaar (zowel voor een ambulante plaatsing als klinische plaatsing) en 85 jaar voor een ambulante plaatsing en 83 jaar voor een klinische plaatsing. De gemiddelde leeftijd waarvoor een plaatsingsverzoek forensische zorg is gedaan was in 2022 voor een ambulante plaatsing 36 jaar en voor een klinische plaatsing 37 jaar.

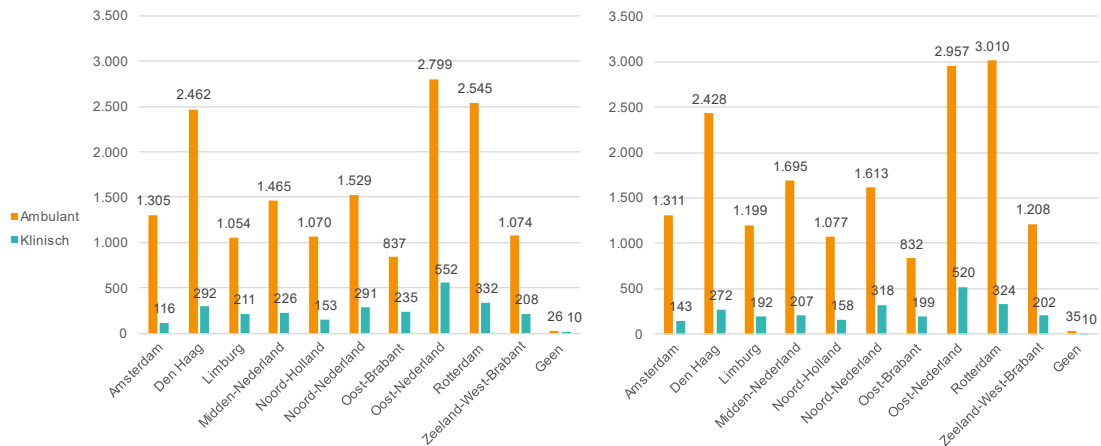
Om inzicht te krijgen in de spreiding van de plaatsingsverzoeken over Nederland vroegen we of de plaatsingsverzoeken uitgesplitst konden worden naar gemeenten. 3RO registreert alleen per arrondissement en zo zijn deze cijfers dan ook weergegeven. We ontvingen data over het aantal unieke personen waarvoor 3RO een plaatsingsverzoek forensische zorg deed, uitgesplitst naar arrondissement. Figuur 8 geeft de cijfers per arrondissement weer.



Figuur 8. Aantal unieke personen waarvoor een plaatsingsverzoek is gedaan in 2022 en 2023 per arrondissement

Te zien is dat de arrondissementen Oost-Nederland (16,8% in 2022 en 16,6% in 2023) en Rotterdam (15,4% in 2022 en 15,7% in 2023) zowel in 2022 als in 2023 het hoogste aandeel unieke personen heeft waarvoor een plaatsingsverzoek is gedaan. Opvallend is dat Rotterdam als stadsregio meer plaatsingsverzoeken heeft dan de meeste andere regio's. De verhouding van het aantal plaatsingsverzoeken ten opzichte van het aantal ex-gedetineerden is in Rotterdam veel hoger dan in Amsterdam. Een directe verklaring hiervoor is niet voorhanden. De arrondissementen Oost-Brabant (5,9% in 2022 en 5,5% in 2023) en Noord-Nederland (6,5% in 2022 en 6,2% in 2023) kennen in beide jaren het kleinste aandeel unieke personen waarvoor een plaatsingsverzoek is gedaan. Als we de totalen van 2022 en 2023 met elkaar vergelijken, is te zien dat het aantal unieke personen in het arrondissement Zeeland-West-Brabant in 2023 het sterkst is toegenomen ten opzichte van 2022 (11,8%), gevolgd door het arrondissement Midden-Nederland (10,2%).

Daarnaast is het aantal plaatsingsverzoeken forensische zorg per arrondissement uitgesplitst naar ambulante plaatsing en klinische plaatsing (zie figuur 9). Zoals eerder toegelicht zit forensisch beschermd wonen deels in de ambulante plaatsingsverzoeken (daar waar 3RO indiceert) en deels in de klinische plaatsingsverzoeken.



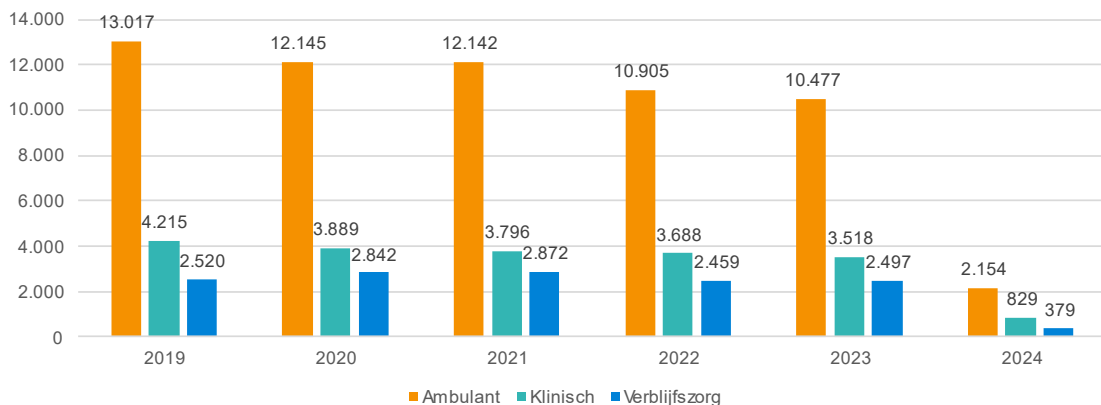
Figuur 9. Aantal plaatsingsverzoeken forensische zorg in 2022 (links) en 2023 (rechts) per arrondissement

Figuur 9 laat zien dat ook hier de arrondissementen Oost-Nederland (17,8% in 2022 en 17,5% in 2023) en Rotterdam (15,3% in 2022 en 16,7% in 2023) het grootste aandeel in het totaal aantal plaatsingsverzoeken heeft. Verder valt op dat in het arrondissement Oost-Nederland veruit de meeste plaatsingsverzoeken voor klinische forensische zorg worden gedaan (21% in 2022 en 20,4% in 2023). Als we de aantallen van 2022 vergelijken met de aantallen van 2023, is te zien dat het aantal plaatsingsverzoeken in het arrondissement Rotterdam het sterkst toeneemt met 15,9% ten opzichte van 2022. Deze sterke stijging zit in de toename van het aantal ambulante plaatsingsverzoeken van 2.545 in 2022 naar 3.010 in 2023. Ook in de arrondissementen Midden-Nederland (12,5%), Limburg (10%) en Zeeland-West-Brabant (10%) neemt het aantal plaatsingsverzoeken iets sterker toe dan gemiddeld (5,9%).

2.1.3 Informatiesysteem Forensische Zorg (Ifzo)

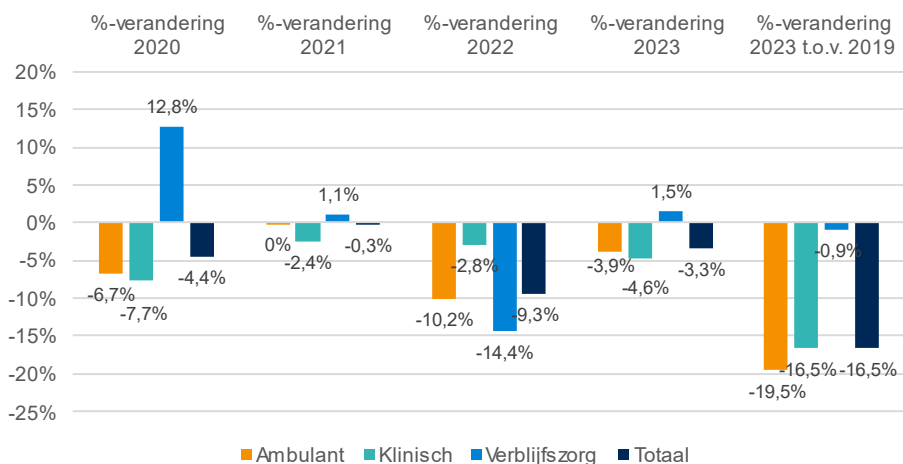
Het forensische zorgaanbod is opgenomen in het Informatiesysteem forensische zorg (Ifzo). In Ifzo wordt aan de hand van een indicatiestelling de match gemaakt met een geschikte zorgaanbieder. Dit levert een selectie van zorgaanbieders op, passend bij de zorgvraag. Overigens wordt er in de praktijk vaak gelijk al bij aanvraag van een indicatiestelling een plaatsingsbrief aangemaakt. Dat kan voor vertekening zorgen in de Ifzo cijfers.

Bij Ifzo vroegen we het aantal unieke plaatsingen in een forensische voorziening uit en ook het aantal unieke personen waarvoor een plaatsing in een forensische voorziening is aangevraagd voor de periode 2019 tot 15 april 2024. Zoals eerder aangegeven, kunnen voor één persoon meerdere plaatsingsverzoeken worden aangevraagd, om zo de kans op daadwerkelijke plaatsing te vergroten. Met unieke plaatsing bedoelen we plaatsing die daadwerkelijk gerealiseerd is. Figuur 10 geeft het aantal unieke plaatsingsverzoeken in een forensische voorziening weer in de periode 2019 - 15 april 2024, met onderscheid in ambulante, klinische en verblijfszorg.



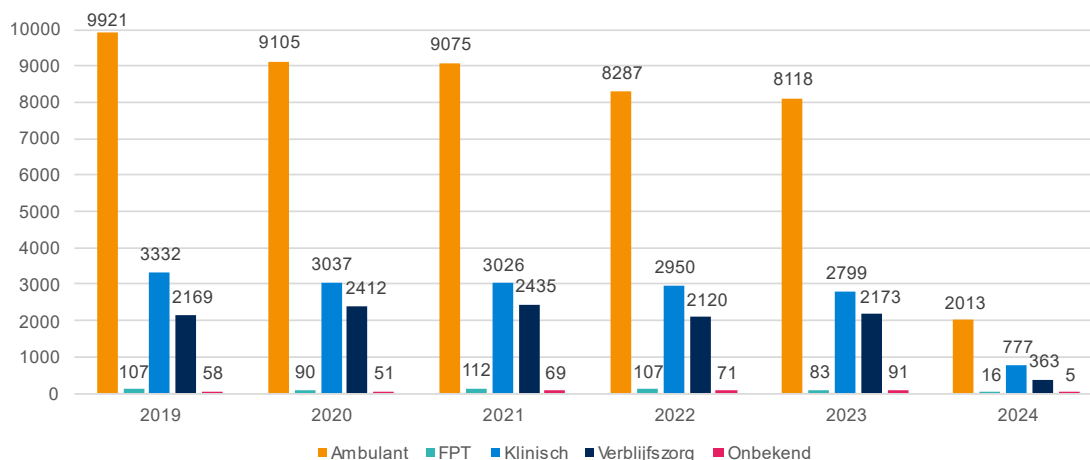
Figuur 10. Aantal unieke plaatsingen in een forensische zorgvoorziening voor de periode 2019 - 15 april 2024

Te zien is dat het bij het overgrote deel van de plaatsingen gaat om ambulante plaatsingen. Over de periode 2019 - 2023 is gemiddeld bij 64,5% van de plaatsingen sprake van een ambulante plaatsing, bij 21% van een klinische plaatsing en bij 14,5% van verblijfszorg. Verder valt op dat het aantal plaatsingen ieder jaar afneemt ten opzichte van het jaar ervoor, met uitzondering van verblijfszorg (zie figuur 11). In de periode 2019 - 2023 daalde het totaal aantal plaatsingen met 16,5% van 19.752 in 2019 naar 16.492 in 2023. De daling voor ambulante zorg was het sterkst (19,5%), gevolgd door klinische zorg met 16,5%.



Figuur 11. Procentuele toe- of afname van het aantal plaatsingen per type forensische zorg

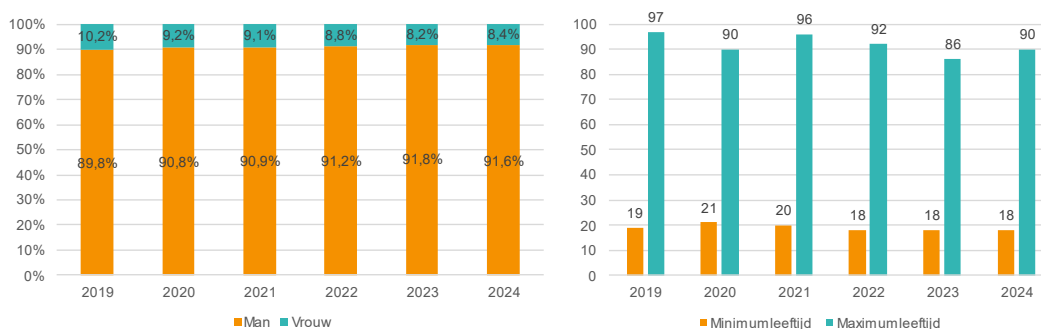
Het is mogelijk dat één persoon gedurende een jaar meerdere keren geplaatst wordt in de forensische zorg, bijvoorbeeld als opgeschaald moet worden van verblijfszorg naar klinische zorg. In zo'n geval heeft één persoon meerdere unieke plaatsingen in de forensische zorg. Om inzicht te krijgen in het aantal personen die gedurende een jaar geplaatst worden in de forensische zorg, ontvingen wij van Ifzo ook het aantal unieke personen die gedurende de periode 2019 - 15 april 2024 zijn geplaatst. Figuur 12 laat deze aantallen zien. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen ambulante zorg, forensisch psychiatrisch toezicht (FPT), klinische zorg en verblijfszorg. Voor het overgrote deel van de unieke personen gaat het om een plaatsing in de ambulante zorg (gemiddeld bij 61,9% gedurende de periode 2019 - 2023) gevolgd door klinische zorg (21,1%) en verblijfszorg (15,8%). Voor een relatief klein deel van het totaal aantal unieke personen wordt een plaatsing voor FPT gedaan. Tot slot is het voor een aantal personen onbekend in welk type voorziening een plaatsing is gedaan, gemiddeld bij 0,7% van de personen.



Figuur 12. Aantal unieke personen waarvoor een plaatsing in de forensische zorg is gedaan in de periode 2019 - 15 april 2024

Net als bij het aantal unieke plaatsingen, daalt het aantal unieke personen die gedurende de periode 2019 - 2023 in de forensische zorg geplaatst zijn. In totaal daalde het aantal plaatsingen voor alle type voorzieningen met 14,9% in 2023 ten opzichte van 2019. Met name voor ambulante zorg is een sterke daling te zien van 9.921 unieke personen in 2019 naar 8.118 unieke personen in 2023 (22,4%).

Figuur 13 geeft de man/vrouw-verhouding en de minimum- en maximumleeftijd weer voor het aantal unieke plaatsingen. Het overgrote deel van de plaatsingen heeft betrekking op een man, gemiddeld over de gehele periode in 91% van de plaatsingen. De gemiddelde maximumleeftijd is 91,8 jaar en de minimumleeftijd 19 jaar.



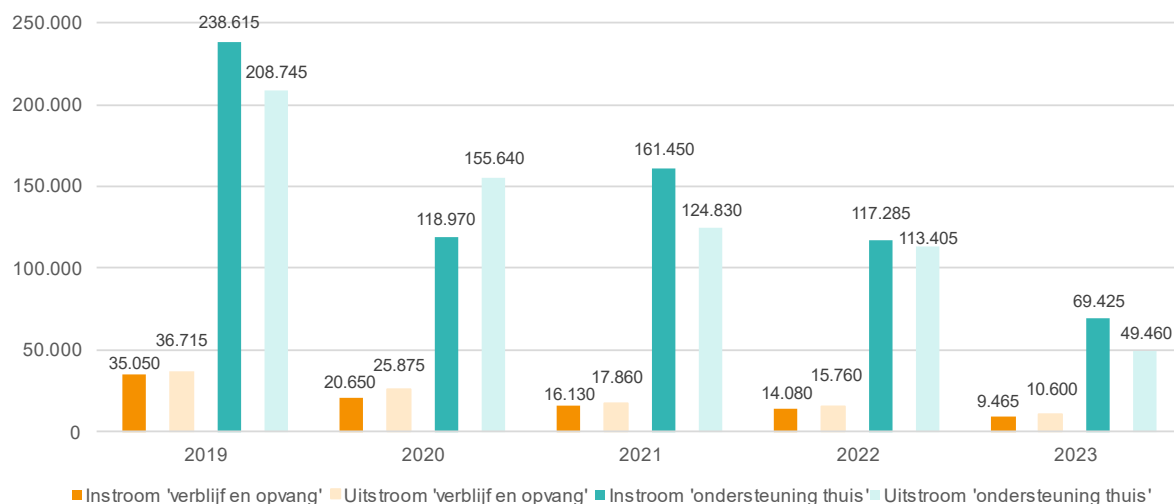
Figuur 13. Man/vrouw verhouding voor aantal unieke plaatsingen (links) en minimum- en maximumleeftijd voor aantal unieke plaatsingen (rechts)

In Ifzo wordt niet geregistreerd of er sprake is geweest van detentie voorafgaand aan de forensische zorg. Ifzo beschikt wel over informatie over de duur van een zorgtraject, maar deze data wordt momenteel als onvoldoende betrouwbaar geacht om te kunnen delen. Tot slot vroegen wij naar trendanalyses van het aantal cliënten met een forensische titel in de afgelopen vijf jaar waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de instroom en uitstroom van cliënten. Momenteel wordt door Ifzo gewerkt aan een dashboard om dit inzichtelijk te maken, maar tot op heden kunnen geen trendanalyses gedeeld worden.

2.1.4 Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)

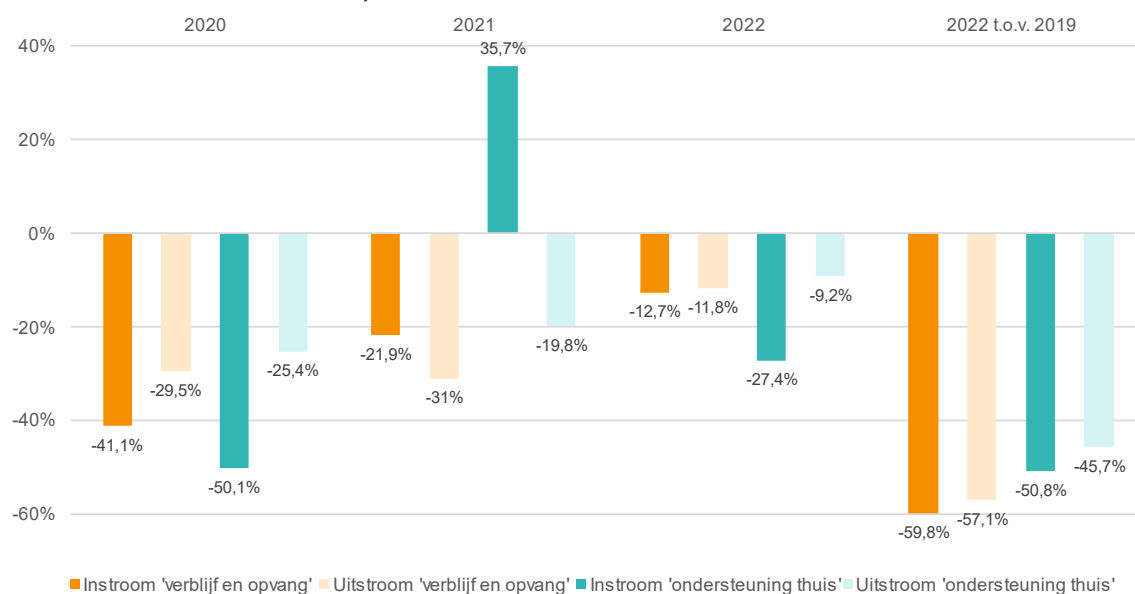
Op basis van gegevens die gemeenten aan het CBS leveren in het kader van de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD), hebben we de instroom- en uitstroomcijfers in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) uitgedraaid. Hierbij dient de kanttekening gemaakt te worden dat 38 gemeenten nooit gegevens hebben aangeleverd en dus niet zijn meegenomen in de weergegeven cijfers. Bij het CBS zijn alleen cijfers bekend tot en met de eerste helft van 2023. Daarnaast maakt CBS onderscheid in enkele typen maatwerkvoorzieningen. Gericht op de scope van het onderzoek hebben we de instroom- en uitstroomcijfers van twee typen maatwerkvoorzieningen opgevraagd, namelijk 'ondersteuning thuis' en 'verblijf en opvang'. Een kanttekening hierbij is dat de maatwerkvoorzieningen meer producten omvatten dan binnen de scope van het onderzoek vallen.

'Ondersteuning thuis' bevat de volgende productcategorieën uit de Wmo-standaarden: begeleiding, persoonlijke verzorging, kortdurend verblijf, overige ondersteuning gericht op het individu of huishouden/gezin, dagbesteding en overige groepsgerichte ondersteuning. 'Verblijf en opvang' bevat de volgende productcategorieën uit de Wmo-standaarden: beschermd wonen, opvang, spoedopvang en overige beschermd wonen en opvang. De cijfers van het CBS worden alleen weergegeven per maatwerkvoorziening en kunnen niet uitgesplitst worden naar productcategorie. De in- en uitstroomcijfers over de periode 2019 tot en met de eerste helft van 2023 zijn weergegeven in figuur 14.



Figuur 14. In- en uitstroomcijfers per type maatwerkvoorziening voor de periode 2019 - 2023 (eerste helft)

Bovenstaande cijfers laten zien dat gedurende de periode 2019 - eerste helft 2023 over het algemeen sprake is van een daling van de in- en uitstroom voor beide maatwerkvoorzieningen. Figuur 15 geeft de procentuele toe- of afname weer in de in- en uitstroomcijfers per maatwerkvoorziening voor 2019 - 2022. De percentages geven de procentuele verandering weer ten opzichte van het voorgaande jaar én de procentuele verandering van 2022 ten opzichte van 2019. 2023 is hier buiten beschouwing gelaten, omdat de cijfers slechts betrekking hebben op de eerste helft van dat jaar. Te zien is dat in ieder jaar zowel de in- als de uitstroom afneemt ten opzichte van het jaar ervoor, met uitzondering van de instroom voor de maatwerkvoorziening 'ondersteuning thuis' in het jaar 2021 ten opzichte van 2020. In deze periode neemt de totale instroom voor deze maatwerkvoorziening toe met 35,7%. In 2022 zijn zowel instroomcijfers als de uitstroomcijfers voor beide maatwerkvoorzieningen sterk gedaald ten opzichte van 2019, waarbij de instroomcijfers nog iets sterker daalden dan de uitstroomcijfers.

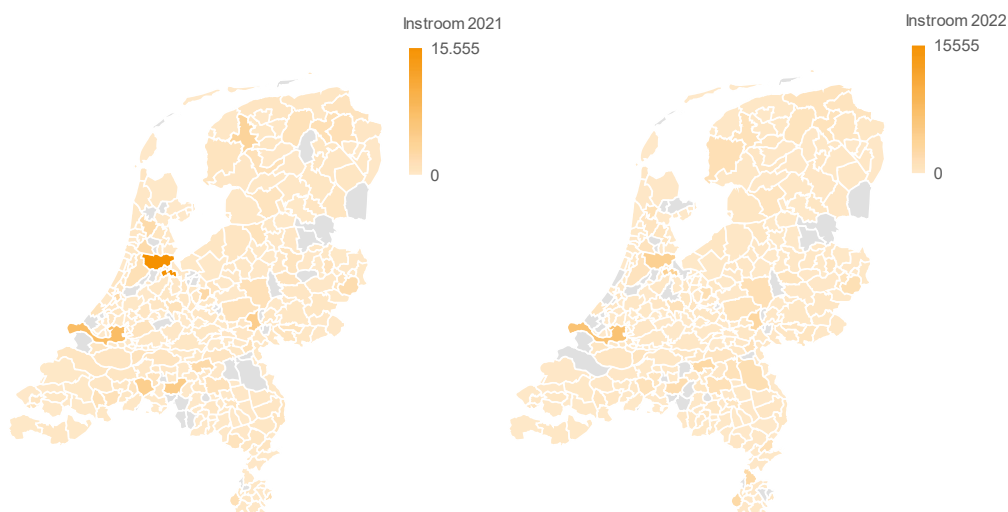


Figuur 15. Procentuele toe- of afname in de in- en uitstroom voor de maatwerkvoorzieningen 'verblijf en opvang' en 'ondersteuning thuis' gedurende de periode 2019 - 2022

Figuren 16 tot en met 19 geven de landelijke spreiding weer van de in- en uitstroom van de maatwerkvoorzieningen 'verblijf en opvang' en 'ondersteuning thuis' voor 2021 en 2022.⁷ In 2021 was de instroom voor de maatwerkvoorziening 'ondersteuning thuis' het hoogste in Amsterdam (15.555), gevolgd door Rotterdam (7.775) en Tilburg (5.070).

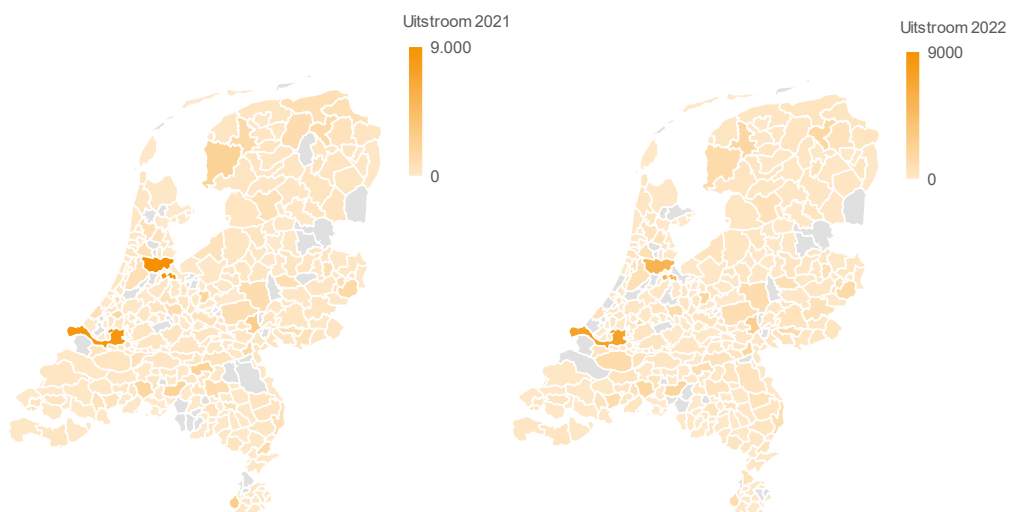
⁷ In Bijlage A aan het einde van dit document staan de aantallen per gemeente per maatwerkvoorziening weergegeven.

In tegenstelling tot 2021, had de gemeente Rotterdam in 2022 de hoogste instroom (6.615), gevolgd door Amsterdam (4.230) en Arnhem (3.110). Opvallend is de sterke daling van de instroom in Amsterdam met 268%.



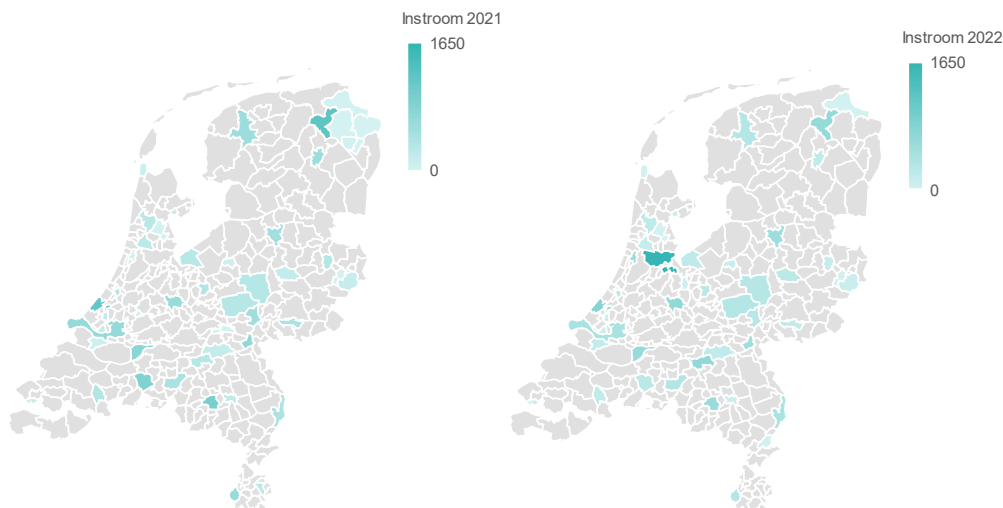
Figuur 16. Instroom 'ondersteuning aan huis' 2021 (links) en 2022 (rechts)

In 2021 was de uitstroom in de gemeente Amsterdam het hoogst (8.965), gevolgd door Rotterdam (8.430) en Arnhem (2.705). Opvallend is het grote verschil tussen de totale in- en uitstroom voor Amsterdam, er stroomden 6.590 meer mensen in dan dat er uitstroonden. In 2022 kende de gemeente Rotterdam de hoogste uitstroom (7.205), gevolgd door Amsterdam (5.340) en Arnhem (2.670).



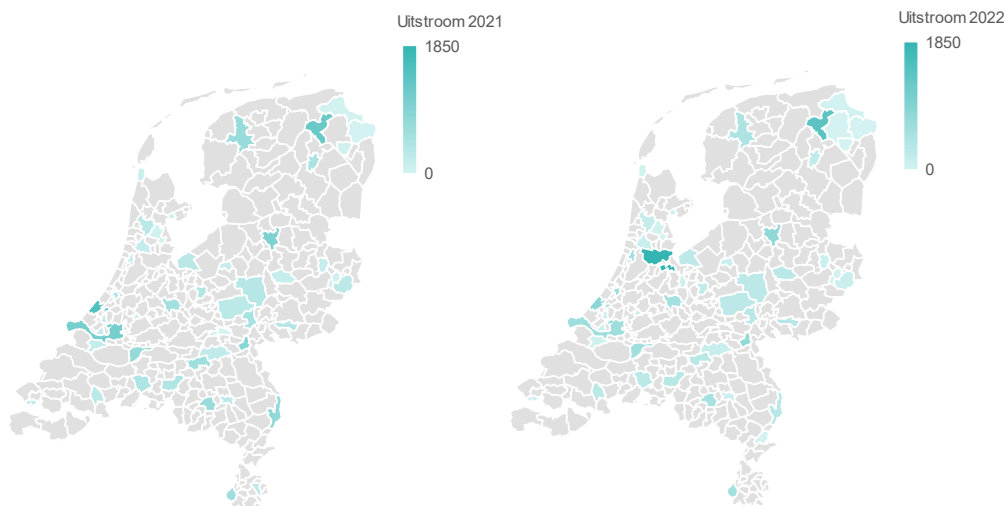
Figuur 17. Uitstroom 'ondersteuning aan huis' 2021 (links) en 2022 (rechts)

De gemeente Groningen kende in 2021 de hoogste instroom voor de voorziening 'verblijf en opvang' (1.205), gevolgd door de gemeente Den Haag (1.155) en Eindhoven (940). In 2022 had de gemeente Amsterdam de hoogste instroom (1.625). Voor deze gemeente waren in 2021 echter geen gegevens beschikbaar, waardoor geen vergelijking met het voorgaande jaar gemaakt kan worden. Na Amsterdam volgde Den Haag (815) en Utrecht (690). Alhoewel de gemeente Groningen in 2021 nog de hoogste instroom kende, daalde hier de totale instroom met 45,6% naar 655.



Figuur 18. Instroom 'Verblijf en opvang' 2021 (links) en 2022 (rechts)

De gemeente Den Haag kende in 2021 de hoogste uitstroom (1.495), gevolgd door Groningen (1.240) en Rotterdam (1.060). In 2022 had de gemeente Groningen de hoogste uitstroom (1.390). De totale uitstroom in Den Haag daalde met 44,8% naar 825. Hiermee was deze gemeente nog wel de gemeente met de op een na hoogste uitstroom, gevolgd door Zwolle (780).



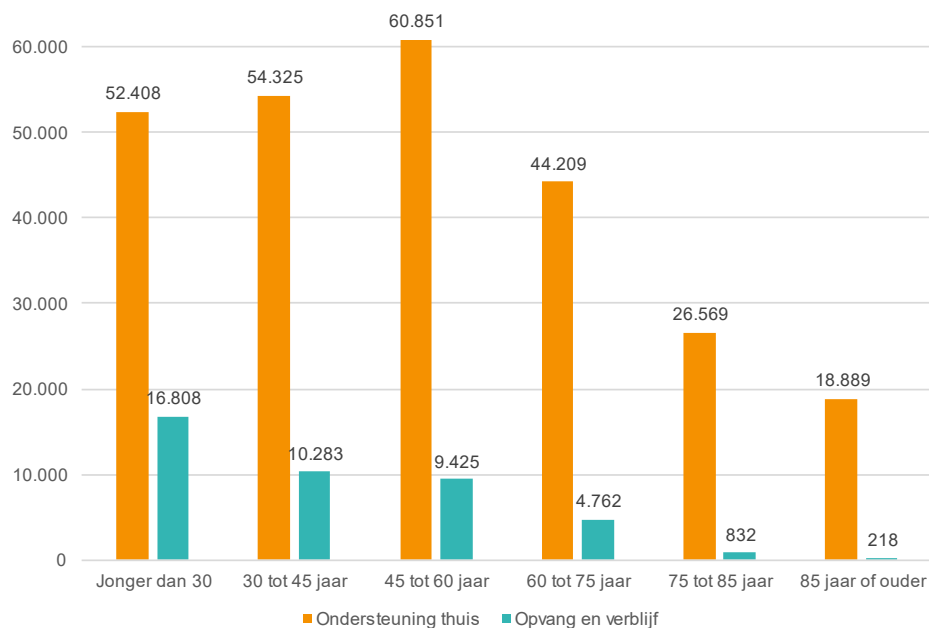
Figuur 19. Uitstroom 'Verblijf en opvang' 2021 (links) en 2022 (rechts)

Figuur 20 geeft het gemiddeld aantal cliënten per leeftijdscategorie voor de maatwerkvoorzieningen 'ondersteuning thuis' en 'verblijf en opvang'. Per leeftijdscategorie keken we naar het gemiddeld aantal cliënten voor de periode 2019 - 2022, omdat voor deze jaren cijfers voor het volledige jaar beschikbaar waren. Voor de maatwerkvoorziening 'verblijf en opvang' waren helaas geen cijfers over de leeftijd beschikbaar voor het jaar 2021. Daarom hebben we voor deze maatwerkvoorziening het gemiddelde genomen van de jaren 2019, 2020 en 2022.

Voor de maatwerkvoorziening 'ondersteuning thuis' geldt dat het grootste deel van de cliënten tot de leeftijdscategorie '45 tot 60 jaar' behoort (23,7%). Daarnaast is 21,1% tussen de 30 en 45 jaar en 20,4% jonger dan 30 jaar. Gemiddeld behoren 44.209 cliënten tot de categorie '60 tot 75 jaar' (17,2%) en 26.569 cliënten zijn tussen 75 en 85 jaar (10,3%). Tot slot behoort het kleinste deel van cliënten tot de leeftijdscategorie '85 jaar of ouder' (7,3%).

In tegenstelling tot de maatwerkvoorziening 'ondersteuning thuis', geldt voor de maatwerkvoorziening 'opvang en verblijf' dat het grootste deel van de cliënten jonger dan dertig is (39,7%). Gemiddeld zijn 10.283 cliënten tussen 30 en 45 jaar (24,3%) en 9.425 cliënten tussen de 45 en 60 jaar (22,3%). Daarnaast behoort 11,2% van de cliënten tot de

leeftijdscategorie '60 tot 75 jaar'. Slechts een klein deel van de cliënten is tussen de 75 en 85 jaar (2%) of ouder dan 85 (0,5%).



Figuur 20. Gemiddeld aantal cliënten per leeftijdscategorie voor de maatwerkvoorziening 'ondersteuning thuis' en 'opvang en verblijf' voor de periode 2019 - 2022

2.2 Overstijgende analyse

Perioden waarover we data ontvingen vanuit de verschillende ketenpartners, kwamen helaas niet volledig overeen. Om trends vanuit de verschillende databronnen enigszins naast elkaar te kunnen houden, kijken we naar de procentuele verandering in de periode 2022 - 2023, met uitzondering van de gegevens over de in- en uitstroom van het aantal gedetineerden van Injus en de gegevens vanuit CBS over de maatwerkvoorzieningen 'ondersteuning thuis' en 'opvang en verblijf'. Hier kijken we naar de periode 2021 - 2022, omdat voor het jaar 2023 (deels) geen gegevens beschikbaar waren.

De totale instroom van het aantal gedetineerden neemt in de periode 2021 - 2022 toe met 6,4%. Ook de uitstroom van het aantal gedetineerden neemt toe met 6,9%. Als we kijken naar het aantal Injus-meldingen 'begin detentie', zien we dat het aantal meldingen in 2023 met 15,1% steeg ten opzichte van 2022. Het aantal Injus-meldingen 'einde detentie' daalde daarentegen licht met 2,5%. Bij 3RO steeg zowel het totale aantal plaatsingsverzoeken voor forensische zorg (5,9%) als het totale aantal unieke personen (4,7%) waarvoor een plaatsingsverzoek werd aangevraagd in 2023 ten opzichte van 2022. In fzo nam het aantal unieke plaatsingen in de forensische zorg (3,3%) en het aantal unieke personen waarvoor een plaatsingsverzoek werd gedaan (2%) echter af in 2023 ten opzichte van 2022. Dit verschil ten opzichte van de lichte stijging van het aantal plaatsingsverzoeken en het aantal unieke personen bij 3RO kan mogelijk verklaard worden vanuit het feit dat we vanuit 3RO het totaal aantal plaatsingsverzoeken ontvingen en vanuit Ifzo het aantal unieke plaatsingen. Tot slot zien we bij de cijfers vanuit CBS voor de maatwerkvoorzieningen 'ondersteuning thuis' en 'opvang en verblijf' een afname in de instroom van 27,4% respectievelijk 12,7% in 2022 ten opzichte van 2021. Ook in de uitstroom van beide maatwerkvoorzieningen is een daling te zien van 9,2% ('ondersteuning thuis') en 11,8% ('opvang en verblijf').

De cijfers van Injus tonen aan dat het overgrote deel van de personen die uitstromen vanuit DJI in het gevangeniswezen (GW) verbleven. De cijfers van de Injus-meldingen 'begin- en einde detentie' tonen dit eveneens aan, aangezien gemiddeld 98,7% van de meldingen 'begin detentie' gedurende de periode 2020 - 2023 betrekking heeft op gedetineerden in het GW. Voor de meldingen 'einde detentie' is dit percentage gemiddeld 99,2% voor dezelfde periode.

Het grootste aandeel van de plaatsingsverzoeken voor forensische zorg vanuit 3RO heeft betrekking op ambulante forensische zorg. Dit geldt eveneens voor het aantal unieke personen waarvoor 3RO een plaatsingsverzoek heeft uitgezet. Deze bevinding sluit aan bij de cijfers vanuit Ifzo. Ook hier gaat het bij het merendeel van de unieke plaatsingen én unieke personen waarvoor plaatsingsverzoek forensische zorg is aangevraagd om ambulante forensische zorg. Tot slot heeft het overgrote deel van de totale in- en uitstroom voor de twee maatwerkvoorzieningen in de Wmo betrekking op de maatwerkvoorziening 'ondersteuning thuis', waar ambulante zorg- en/of ondersteuning onder valt.

In 2022 en 2023 ontvingen de gemeenten Rotterdam, Amsterdam en Den Haag de meeste Injus-meldingen 'begin- én einddetentie'. Aannemelijk is dan ook dat vanuit deze gemeenten de meesten gedetineerden uitstromen. Helaas is geen zicht op welk deel van deze gedetineerden na afloop van detentie ook een forensische titel had. In 2022 en 2023 deed 3RO de meeste plaatsingsverzoeken forensische zorg voor inwoners uit de arrondissementen Oost-Nederland en Rotterdam. Maar ook voor cliënten uit het arrondissement Den Haag deed 3RO in deze periode relatief veel plaatsingsverzoeken forensische zorg. Als we tot slot kijken naar de in- en uitstroomcijfers voor de maatwerkvoorzieningen 'ondersteuning thuis' en 'opvang en verblijf', kennen de gemeenten Amsterdam, Rotterdam, Tilburg en Arnhem de hoogste in- en uitstroom voor de maatwerkvoorziening 'ondersteuning thuis'. De gemeenten Den Haag, Groningen, Amsterdam en Eindhoven hebben de hoogste instroom voor de maatwerkvoorziening 'opvang en verblijf' en de uitstroom voor deze maatwerkvoorziening is het hoogst in de gemeenten Den Haag, Groningen, Amsterdam en Zwolle.

2.3 Knelpunten inzicht aard en omvang van de doelgroep

Inzicht in de aard en omvang van de doelgroep is afhankelijk van verschillende partijen die gegevens registreren over mensen met een aflopende forensische titel en/of zorgmachtiging, die aansluitend ook zorg nodig hebben vanuit het gemeentelijk domein. Daar waar Injus beschikt over de in- en uitstroom van gedetineerden, beschikken de reclassering (SIBa) en DJI (Ifzo) over cijfers van cliënten met een forensische titel en het CBS over cijfers over de zorg en/of ondersteuning in het kader van de Wmo. Dat betekent dat er voor het verkrijgen van het benodigde inzicht persoonsgegevens van verschillende organisaties gekoppeld moeten worden. Dat is niet zomaar te realiseren, maar wel mogelijk, in ieder geval deels.

Op basis van de Wfz is het toegestaan dat DJI, OM, reclassering, indicatiestellers en forensische zorgaanbieders gegevens met elkaar uitwisselen over cliënten. In de Wmo is het uitgangspunt echter dat de eigen verantwoordelijkheid van burgers voorop staat. Daarbij hoort dat de burger zelf regie kan voeren over zijn eigen gegevens⁸. Dit uitgangspunt geeft meteen het knelpunt weer bij het inzichtelijk maken van de aard en omvang van de doelgroep, omdat de grondslag voor het koppelen van gegevens op persoonsniveau niet zo makkelijk gerealiseerd kan worden. Om een compleet beeld te krijgen van de doelgroep is deze koppeling van de kwantitatieve data noodzakelijk.

Ook wordt een knelpunt ervaren in de overgang van de Wfz naar de Wmo. Op basis van gegevens van Ifzo blijkt niet of de cliënt uitstroomt naar de Wmo. Daarnaast blijkt uit CBS-gegevens niet of een cliënt voorafgaand aan de aanvraag van een Wmo-indicatiestelling al forensische zorg heeft ontvangen. Er is dus sprake van een gat in de beschikbare gegevens omtrent de doelgroep van dit onderzoek.

2.4 Oplossingsrichting met gepseudonimiseerde gegevens en een *trusted third party*

Een mogelijke **oplossingsrichting** ziet er als volgt uit. Om de gehele doelgroep in kaart te brengen is het mogelijk om door middel van pseudonimisering de kwantitatieve gegevens door een derde partij (*trusted third party*) te laten koppelen.⁹ Met pseudonimiseren worden persoonsgegevens getransformeerd in een dataset die niet meer direct

⁸ [Gegevensuitwisseling bij samenwerking rond casuïstiek in het Zorg- en Veiligheidsdomein \(2020\)](#).

⁹ Dit geeft meer inzicht in de samenhang tussen de gegevens van verschillende organisaties, maar is geen oplossing voor eventuele onbetrouwbaarheden in de (overall) cijfers.

herleidbaar is tot een persoon. Om dit te doen worden de direct identificeerbare elementen van een persoonsgegeven weggehaald, zoals de naam, of de dataset wordt gehercodeerd tot een nummer (pseudoniem)¹⁰. Door middel van domeinconversie kunnen cliëntgegevens tussen verschillende gepseudonimiseerde databestanden wel aan elkaar gekoppeld worden¹¹. Dit is een route die uitvoerbaar is en in het vervolg verder verkend kan worden.

Uiteindelijk moet inzicht in de aard en omvang van de doelgroep bijdragen aan het opstellen van grondslagen voor (samenwerkings)afspraken. Het is belangrijk dat de regionale opgave ten aanzien van de woonbehoefte van de totale doelgroep helder wordt. Vervolgens helpt het ook bij de concretisering van werkprocessen en het opnemen van de opgave in de regionale woonzorgvisies. De vraag is echter of het per se nodig is om pseudonimisering van gegevens te realiseren. Uit dit onderzoek blijkt namelijk dat ketenpartners zeker de urgentie voelen om samen te werken voor de doelgroep met een aflopende forensische titel en/of zorgmachtiging. En als de opgave per regio dan ongeveer in kaart is of gebracht kan worden, weegt pseudonimisering voor een meer precieze inschatting wellicht niet op tegen de moeite die (tijd en financiële middelen) die nodig is om dit te realiseren. Mogelijk volstaat de urgentie tot het concretiseren en verbeteren van de samenwerking tussen de forensische zorg en gemeente. Afspraken hiertoe moeten gemaakt worden in het bestaande bestuurlijke akkoord. Het is wel wenselijk dat hierin ook een grondslag wordt gecreëerd voor noodzakelijke gegevensuitwisseling.

¹⁰ [Wat is het verschil tussen pseudonimiseren en anonimiseren van persoonsgegevens en wat zijn de gevolgen? | Privacy Company Blog.](#)

¹¹ [Pseudonimisatie | ZorgTTP.](#)

3 Beschrijving en analyse werkprocessen

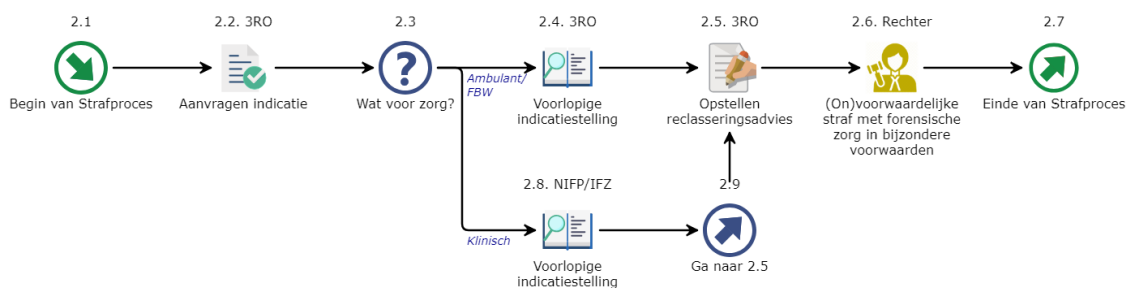
Op basis van de documentenstudie, de verdiepende interviews en de groepsbijeenkomsten hebben wij met behulp van *Engage Process Modeler*¹² de werkprocessen in kaart gebracht. Deze ketenprocessen beschrijven het proces van samenwerking tussen betrokken ketenpartners gedurende de periode dat er sprake is van forensische zorg en de overgang naar het gemeentelijk domein. Deze werkprocessen geven weer hoe in de praktijk (op dit moment) invulling wordt gegeven aan de (boven-)regionale samenwerking tussen de forensische zorg en gemeenten en welke knelpunten men hierbij ervaart.

In de werkprocessen is zowel aandacht voor plaatsing in de gemeente (of regio) van herkomst als voor plaatsing in een andere gemeente (of regio). Om een overzichtelijke weergave te kunnen geven van de werkprocessen hebben wij het werkproces opgedeeld in drie fasen, namelijk:

- a. Fase 1: detentie;
- b. Fase 2a: zorgmachtiging;
- c. Fase 2b: forensische zorg;
- d. Fase 3: gemeentelijk domein.

3.1 Opleggen bijzondere voorwaarden

Op verzoek van de officier van justitie (OvJ) brengt de reclassering een reclasseringsadvies uit over de verdachte. Als uit het onderzoek blijkt dat de justitiabele zorg nodig heeft, wordt een indicatie opgesteld. Het NIFP stelt deze indicatie op in het geval sprake is van klinische zorg of beschermd wonen na klinisch verblijf. De reclassering stelt de indicatie op voor ambulante zorg en beschermd wonen. Het advies uit de indicatiestelling is een belangrijk onderdeel van het reclasseringsadvies, waarmee de reclassering het OM en de Rechtspraak adviseert over de aard en duur van de benodigde zorg voor de justitiabele. Tijdens de zitting wordt het advies van de reclassering besproken. Op basis van dit advies kan de rechter beslissen forensische zorg in de bijzondere voorwaarden op te nemen. Als alleen sprake is van een voorwaardelijke straf met forensische zorg in de bijzondere voorwaarden, dan volgt de forensische zorg zo snel mogelijk en indien beschikbaar na oplegging van de straf. Indien er een gevangenisstraf is opgelegd, dan gaat of blijft iemand eerst naar/in detentie waarna de forensische zorg aansluitend van start gaat.



Figuur 21. Procesbeschrijving ‘opleggen bijzondere voorwaarden’

¹² *Engage Process Modeler* is een innovatieve en interactieve tool om processen te modelleren en biedt tevens als web-based applicatie de mogelijkheid om digitaal het proces te delen.

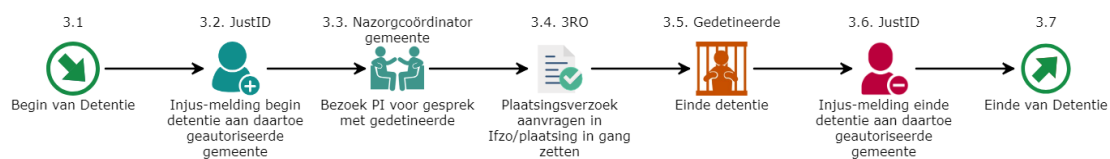
3.2 Fase 1: detentie

3.2.1 Werkproces

Op het moment dat iemand in detentie komt, ontvangt de gemeente via het systeem Injus de melding 'begin detentie' en het informatieblad. Dit informatieblad bevat een beperkt aantal toegespitste gegevens over de vijf basisvoorwaarden en stelt de gemeente in staat om met haar gedetineerde burgers in contact te treden en ondersteuning te bieden. Na ontvangst kan de gemeente contact opnemen met de gedetineerde en/of DJI en de reclassering om de hulpvraag te bespreken. Hoe de gemeente hier invulling aan geeft, verschilt per gemeente. Zo kan de nazorgcoördinator langsgaan in de PI en in gesprek gaan met de gedetineerde, om zo de zorgvraag in kaart te brengen. Maar dit is niet voor iedere gemeente haalbaar en niet voor alle gedetineerden, ondanks dat dit wel wenselijk is.¹³

Als er sprake is van forensische zorg na detentie, dan is de reclassering daar als toezichthouder bij betrokken. Idealiter zorgt de toezichthouder van de reclassering dat de benodigde zorg aansluitend aan detentie start om het risico op recidive te beperken en de slagingskans van het re-integratietraject te verhogen. Het is onwenselijk dat een gedetineerde in afwachting van zorg op straat komt te staan. In deze periode vindt mogelijk ook al een eventuele kennismaking plaats met de zorgaanbieder, volgt er eventueel een afwijzing bij een zorgaanbieder en moet de gedetineerde opnieuw aangemeld worden bij een nieuwe zorgaanbieder. Om de zorg aansluitend na detentie te laten starten, is het van belang dat de toezichthouder tijdig en dus tijdens detentie een plaatsingsverzoek doet in Ifzo.

Aan het einde van de detentie ontvangt de gemeente waar de gedetineerde ingeschreven staat c.q. ingeschreven moet worden een Injus-melding, zodat zij hiervan op de hoogte is.



Figuur 22. Procesbeschrijving fase 'detentie'

3.2.2 Bevindingen: wat goed gaat, knelpunten en verbeter suggesties

Gemeenten krijgen een Injus-melding, waardoor ze de mogelijkheid krijgen om in contact te komen met gedetineerden in de desbetreffende PI. Bij de meeste responderende gemeenten bezoekt de nazorgcoördinator de gedetineerden. Tijdens het gesprek vraagt de nazorgcoördinator de verschillende leefgebieden en zorgbehoeften uit. Daarnaast zijn in de meeste PI's de laatste jaren medewerkers van gemeenten werkzaam. Dit maakt het bezoeken van de gedetineerden makkelijker. Het bezoeken van de gedetineerden is echter geen wettelijke taak van de gemeente. In de Penitentiaire beginselenwet artikel 18a is opgenomen dat DJI contact dient te leggen met de geautoriseerde gemeente. Het Bestuurlijk Akkoord Nazorg Ex-gedetineerden stelt echter wel een taak voor de gemeente om betrokken te zijn bij het re-integratietraject, maar het is geen verplichting.

Toch ervaart men in deze fase **enkele knelpunten**, namelijk:

- a. Grotere gemeenten beschikken over de capaciteit om gedetineerden door de nazorgcoördinator te laten bezoeken in de PI, maar kleinere gemeenten lukt het niet om elke gedetineerde te bezoeken. Dit heeft tot gevolg dat kleinere gemeenten niet of onvoldoende betrokken zijn in de detentiefase van het werkproces. Daarnaast is (nog) niet elke gemeente werkzaam in de PI;
- b. Vrijwel alle in het onderzoek betrokken gemeenten zijn van mening dat ze tijdens de detentiefase tot op heden te weinig betrokken worden bij het re-integratieproces van de gedetineerde;

¹³ Gedetineerden worden zoveel mogelijk regionaal geplaatst, maar dit lukt niet altijd.

-
- c. Wanneer gedetineerden in preventieve hechtenis zitten, is het onduidelijk of iemand een forensische titel gaat krijgen. De reclassering is in deze fase nog niet altijd betrokken, omdat zij pas in beeld komen op het moment dat iemand een forensische titel heeft. Desalniettemin kan de reclassering wel betrokken zijn in deze fase voor het opstellen van een reclasseringsadvies. Ook kan het zijn dat de reclassering in de PI zorgt voor screening van de gedetineerde, waarna er (indien noodzakelijk) reclasseringsactiviteiten uitgevoerd kunnen worden. Hiervan is echter niet bij elke gedetineerde sprake;
 - d. Injus-meldingen worden in enkele gevallen naar de verkeerde gemeente gestuurd, omdat de gedetineerde voorafgaand aan detentie al in een zorgvoorziening verbleef maar nog ingeschreven staat bij bijvoorbeeld zijn/haar ouders. De geautoriseerde gemeente wordt in dit geval betrokken bij het re-integratieproces, maar dit is niet de gemeente waar de (ex-)gedetineerde verblijft. Daarnaast is het niet altijd duidelijk naar welke gemeente de ex-gedeteneerde terugkeert omdat het mogelijk niet wenselijk is dat de gedetineerde terugkeert naar de gemeente waar hij verbleef voorafgaand aan detentie.

“**Hoe eerder in beeld, hoe beter**” is het motto dat geldt voor de medewerkers van de gemeente. Gemeenten zijn van mening dat ze zo vroeg mogelijk betrokken moeten worden in het re-integratieproces om zo voldoende tijd te hebben om (voorbereidingen te treffen om) acties te kunnen ondernemen op de leefgebieden van de gedetineerde waarvoor dat nodig is en zorgbehoeften boven tafel te krijgen. Dit motto geldt voor alle gemeenten, maar hierbij dient de kanttekening gemaakt te worden dat kleinere gemeenten niet altijd beschikken over de capaciteit om vroegtijdig betrokken te worden in het re-integratietraject ondanks dat dit wel wenselijk is. Voor betrokkenheid van de gemeente is de randvoorwaarde dat de gedetineerde open staat voor hulp. Indien dit niet het geval is, belemmert dit de werkzaamheden van de gemeente en heeft dit mogelijk gevolgen voor de mate van stabiliteit van de gedetineerde bij uitstroom uit detentie. Door middel van motiverende gespreksvoering kunnen gemeenten gedetineerden alsnog bewegen richting ondersteuning. Tijdens een van de werksessies wordt bijvoorbeeld genoemd dat de doelgroep bestaat uit onder andere zorgmijders. “*Bij zorgmijders heb je tijd nodig om hen te motiveren voor zorg en/of ondersteuning*”, aldus een van de nazorgcoördinatoren.

Het **werkproces ‘Samen starten’** is opgesteld om de samenwerking tussen DJI en de reclassering te intensiveren. Gemeenten maken tot op heden nog geen onderdeel uit van dit werkproces, maar vervullen, zoals vastgelegd in het Bestuurlijk Akkoord Nazorg Ex-gedeteneerden, wel een rol in het re-integratieproces. Gemeenten ervaren dat casemanagers de samenwerking met hen opzoeken, maar dat de samenwerking met de reclassering uitblijft. Dit is volgens het huidige werkproces juist, aangezien de verantwoordelijkheid bij DJI ligt om contact op te nemen met gemeenten. Desondanks wordt aansluiting bij het werkproces ‘Samen starten’ als mogelijkheid genoemd om de samenwerking tussen DJI, de reclassering en de gemeente te optimaliseren en op deze manier de gemeente in een vroeg stadium te betrekken bij het re-integratieproces. Hierbij dient in het werkproces ‘Samen starten’ verduidelijkt te worden wie initiatief neemt om de gemeente actief te betrekken bij het werkproces ‘Samen starten’, omdat het niet wenselijk is dat meerdere ketenpartners contact zoeken met de gemeente over één cliënt. Daarnaast dient ook de rol van de gemeente geformuleerd te worden in het werkproces ‘Samen starten’.

Ondanks betrokkenheid van de nazorgcoördinator tijdens detentie, houdt deze bemoeienis op als een ex-gedeteneerde na detentie nog een strafrechtelijke titel heeft en forensische zorg ontvangt. De regie wordt in deze fase namelijk overgenomen door de reclassering. Zodra de **bemoeienis van de nazorgcoördinator** stopt, is de gemeente niet tot nauwelijks meer betrokken bij het re-integratieproces. Momenteel ontvangen gemeenten hier namelijk ook geen financiering voor. Gemeenten ervaren het als een gemiste kans dat het gemeentelijk domein tijdens de fase van forensische zorg naar de achtergrond verdwijnt. De reclassering merkt echter op dat er ook een mogelijkheid bestaat dat een cliënt door middel van het inzetten van forensische zorg, zijn of haar leven weer op de rit heeft gekregen voordat de forensische titel afloopt. In dat geval is het volgens de reclassering niet noodzakelijk dat gemeenten actief betrokken worden tijdens de forensische zorg.

3.3 Fase 2a: forensische zorg

3.3.1 Werkproces

Indien er na detentie forensische zorg volgt, verzorgt de divisie individuele zaken van DJI (DIZ) de plaatsing van de klinische forensische zorg en verblijfszorg na klinische opname. Bij de ambulante en verblijfszorg treedt de reclassering op als plaatsende instantie. Een plaatsingsbrief bekrachtigt iedere plaatsing. Deze brief is de toegang van de ex-gedeteneerde/cliënt tot forensische zorg. Officieel stelt degene die plaatst de plaatsingsbrief beschikbaar wanneer de zorgaanbieder akkoord is het met leveren van zorg. In de praktijk wordt er vaak gelijk bij aanvraag van een indicatiestelling een plaatsingsbrief beschikbaar gesteld. De plaatsingsbrief samen met een afgeronde plaatsing in lfzo (status 'geplaatst') zijn noodzakelijk voor de zorgaanbieder om de zorg te kunnen declareren.

Nadat een passende plek is gevonden en de zorgaanbieder de cliënt geaccepteerd heeft, wordt overgegaan op daadwerkelijke plaatsing (ingeval van klinisch verblijf of beschermd wonen). Mogelijk sluit de forensische zorg niet direct aan op de detentieperiode. Ex-gedeteneerden overbruggen dan veelal bij vrienden, familie, in de nachtopvang of op straat voordat zij geplaatst worden bij de forensische zorgaanbieder.

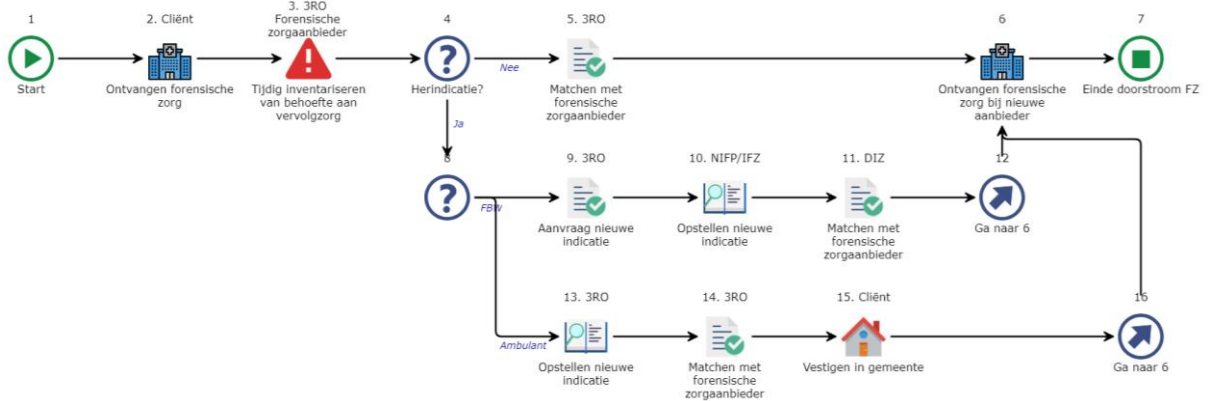
Op het moment dat de bijzondere voorwaarden ambulante begeleiding omvat, vestigt de persoon zich eerst in de gemeente van herkomst. Hier ontvangt hij/zij vervolgens de ambulante begeleiding. Het uitgangspunt bij klinische zorg is dat een cliënt zo dicht mogelijk bij zijn/haar woonplaats, of plaats waarmee hij de meeste binding heeft wordt geplaatst. Tenzij sprake is van een contra-indicatie. Een uitzondering hierop is klinische zorg waarbij sprake is van een landelijke functie, zoals de instellingen met een hoog beveiligingsniveau (3 of 4). Bij ambulante zorg en verblijfszorg is het uitgangspunt om cliënten zoveel mogelijk te plaatsen in de regio waar de cliënt zal re-integreren.¹⁴ Dit sluit ook aan bij het uitgangspunt van landelijke toegankelijkheid zoals geformuleerd in de Wmo.

Tijdens het verblijf in een forensisch beschermd wonen-instelling kan sprake zijn van stapelzorg. Dan wordt naast het verblijf in de instelling aanvullende ambulante behandeling, ambulante begeleiding of dagbesteding geboden.

De zorgaanbieder en de reclassering zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het verloop van het zorgtraject gedurende het lopende toezicht (strafrechtelijk kader). Onder deze verantwoordelijkheid valt ook het inventariseren van de behoefte aan vervolgzorg. Het kan zijn dat de vervolgzorg nog binnen het strafrechtelijk kader valt; in dat geval is sprake van doorstroom binnen de forensische zorg. Op het moment dat vervolgzorg nodig is als de forensische titel afloopt, kan het zijn dat deze vervolgzorg bekostigd moet worden vanuit de Wmo. Hieronder wordt het werkproces van beide situaties beschreven:

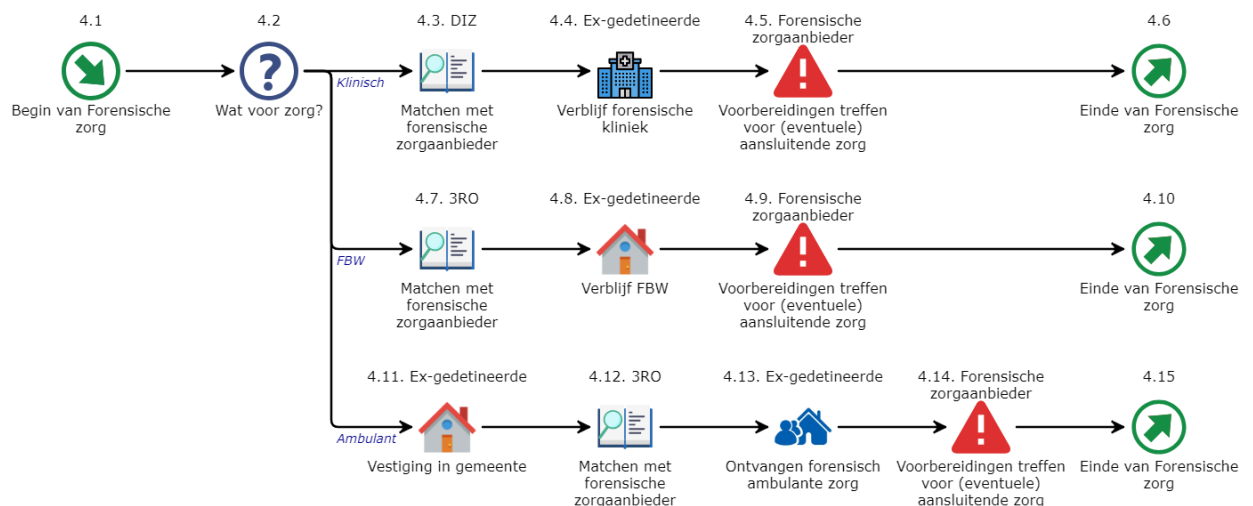
- a. Doorstroom binnen de forensische zorg. Het kan zijn dat gedurende het ontvangen van de forensische zorg, de zorgvraag en/of het beveiligingsniveau niet meer passend is. Iemand die verblijft in een kliniek is bijvoorbeeld toe aan een volgende stap naar forensisch beschermd wonen. Bij overgang naar een andere zorgaanbieder is vaak een herindicatie nodig. Dit is aan de orde als in dezelfde casus sprake is van afschaling van klinische zorg naar verblijfszorg of van verblijfszorg naar ambulante zorg. Wanneer de zorgaanbieder en toezichthouder samen akkoord zijn dat de behandeling bij de zorgaanbieder moet stoppen én een vervolgtraject noodzakelijk is, dan wordt door de reclassering een nieuwe indicatie aangevraagd bij het NIFP (indien er sprake is van klinische zorg). Bij afschaling van verblijfszorg naar ambulante zorg maakt de reclassering zelf een nieuwe indicatie aan. De indicerende instantie geeft vervolgens een nieuwe indicatie af, waarna de plaatsende instantie een plaatsing organiseert. Er is geen nieuwe indicatie nodig indien de cliënt ondanks afschaling bij dezelfde zorgaanbieder blijft. Bij overgang van klinische zorg naar verblijfszorg blijft de justitiabele bij de huidige zorgaanbieder totdat een nieuwe plaatsing is georganiseerd.

¹⁴ [Handboek forensische zorg \(oktober 2021\) | Publicatie | Forensische zorg.](#)



Figuur 23. Procesbeschrijving fase 2a 'forensische zorg - doorstroom binnen forensische zorg'

- b. Uitstroom naar de Wmo. De forensische zorg eindigt als de strafrechtelijke titel is geëindigd. Als de zorgaanbieder en/of forensische cliënt na afloop van de strafrechtelijke titel (het strafrechtelijke kader) vinden dat voortzetting van de zorg nodig is, moet de zorgaanbieder op tijd de Wmo-indicatie aanvragen. De reclassering, zorgaanbieder en gemeenten stemmen tijdig af over de vervolgzorg en vervolfinanciering.



Figuur 24. Procesbeschrijving fase 2b 'forensische zorg - uitstroom naar de Wmo'

3.3.2 Bevindingen: wat goed gaat, knelpunten en verbeteringsuggesties

Zoals in de beschrijving van het werkproces benoemd, neemt (de toezichthouder van) de reclassering de regie in het re-integratieproces vanaf de start van de forensische zorg. Als een cliënt voorafgaand niet in detentie heeft gezeten, start het re-integratieproces voor de betreffende persoon in deze fase. In het vonnis staat opgenomen aan welke bijzondere voorwaarden de cliënt zich moet houden.

Knelpunt: doorstroom binnen en uitstroom uit de forensische zorg

Als de zorgvraag en/of het beveiligingsniveau niet meer passend is, kan er sprake zijn van doorstroom binnen de forensische zorg. Managers van forensische klinieken geven aan dat zij de **uitstroom uit een forensische kliniek** als moeizaam beschouwen. In tegenstelling tot bij een forensisch beschermd wonen voorziening, hanteren behandelverantwoordelijken binnen een klinische setting de regel dat een cliënt pas uitstroomt als er vervolgzorg geregeld is. Als dit niet het geval is, bijvoorbeeld als er niet tijdig een passende plek gevonden kan worden, dan

stagneert de doorstroom van cliënten en blijven cliënten 'hangen' in de klinische setting. In dit geval ontvangt de cliënt wel zorg, maar is deze zorg niet passend. Volgens medewerkers van de kliniek vormt dit een risico, omdat cliënten in de 'wachstand' terug kunnen vallen en het risico op recidive na uitstroom toeneemt.

Verder wordt een knelpunt ervaren in het **aanbod forensisch beschermd wonen plekken**. Door te weinig plekken kan er geen vervolgzorg worden geregeld en stagneert de doorstroom. Daarnaast hebben klinieken moeite met de doorstroom van bepaalde doelgroepen zoals de cliënten met zedenproblematiek. *"Het is afhankelijk van het profiel van de cliënt of een zorgvoorziening of gemeente openstaat om iemand te ontvangen"*, aldus een van de managers. Klinieken hebben **'de keten verlengd'** om dit probleem op te lossen. Klinieken hebben zelf vervolgzorgvoorzieningen gecreëerd of zijn hierop een samenwerking aangegaan met een andere zorgaanbieder. Op deze manier kunnen ze open afschalen binnen de eigen organisatie, wat de doorstroom bevordert. Door het verlengen van de keten kunnen cliënten afgeschaald worden binnen de eigen voorzieningen van de zorgaanbieder, hetgeen bevorderlijk werkt voor uitstroom naar een andere zorgaanbieder. Klinieken kunnen op deze manier aantonen dat een cliënt goed functioneert waardoor een andere zorgaanbieder de cliënt sneller zal accepteren. Het ministerie van JenV geeft tegelijkertijd aan dat het aantal bezette plekken in forensisch beschermd wonen (in totaal) afneemt, maar dit is niet aangegeven door of besproken met respondenten tijdens het onderzoek. Daarnaast noemt DJI dat ze het knelpunt van te weinig forensisch beschermd wonen plekken niet herkennen. Zij benoemen dat er sprake kan zijn van regionale verschillen, waardoor wachtlijsten in bepaalde steden ontstaan dan wel een mismatch tussen zorgvraag van de cliënt en het zorgaanbod van forensisch beschermd wonen.

Ook kan de overgang van een klinische setting naar een beschermd wonen voorziening een grote stap zijn. Een **goed voorbeeld** om deze stap te verkleinen is de pilot binnen Ypendael¹⁵. Cliënten krijgen vier tot zes weken voor doorplaatsing de tijd om te wennen aan hun nieuwe woonplek en kennis te maken met medebewoners en begeleiding om de overgang van de PI of kliniek naar beschermd wonen als een zachte landing te laten verlopen.

Idealiter houdt de kliniek zich vanaf het moment van instroom bezig met een mogelijke uitstroomplek voor de cliënt. Voor doorstroom binnen de forensische zorg dient echter een woonprofiel opgemaakt te worden waarvan DIZ van mening is dat deze niet opgemaakt kan worden in het eerste halfjaar van de behandeling. Na deze periode wordt idealiter (en dat is vaak ook de praktijk) onmiddellijk gestart met het voorbereiden van vervolgzorg. Vaak is na uitstroom nog sprake van forensische zorg. Het gebeurt zelden dat een cliënt uitstroomt uit de kliniek naar een voorziening in de Wmo. Een goede **samenwerking met de reclassering** is van belang voor een soepele doorstroom binnen de forensische zorg. De samenwerking met de reclassering wordt door klinieken wisselend ervaren en lijkt te verschillen per reclasseringswerker. Een van de in dit onderzoek betrokken vertegenwoordigers van een kliniek werkt met een uitstroomteam dat zich bezighoudt met de aanmelding voor vervolgzorg. De reclassering neemt ook deel aan het uitstroomteam. Deze manier van werken zorgt voor korte lijnen en wordt als positief ervaren. Reclasseringswerkers die betrokken waren in dit onderzoek, geven desalniettemin aan de samenwerking met klinieken ook als wisselend te ervaren.

Zoals eerder benoemd worden **gemeenten** naar eigen zeggen **onvoldoende betrokken** in de fase van forensische zorg. Met name als er sprake is van klinische zorg, heeft de gemeente geen zicht op waar de inwoner zich bevindt en op welk moment de zorg en/of ondersteuning overgenomen moet worden vanuit het gemeentelijk domein. Bij de doorstroom binnen de forensische zorg wordt de gemeente niet betrokken. Gemeenten komen pas weer in beeld op het moment dat de forensische titel afloopt er een indicatie voor BW in het kader van de Wmo wordt aangevraagd. Dat is in veel gevallen te laat om de zorg en/of ondersteuning aansluitend (met voldoende continuïteit) voort te kunnen zetten in het kader van de Wmo. Complexe casussen met een hoog risico worden wel besproken in het Zorg- en Veiligheidshuis waarin de gemeenten de regierol hebben. In de Zorg- en Veiligheidshuizen werken justitie, zorg en bestuur samen bij de aanpak van complexe problematiek rond overlast, huiselijk geweld en criminaliteit¹⁶.

¹⁵ [Zachte landing bij Ypendael - KwaliteitskaderFZ](#).

¹⁶ [Zorg- en Veiligheidshuizen | VNG](#).

Uitstroom naar de Wmo

Zorgaanbieders, reclasseringswerkers en medewerkers van de gemeente geven aan dat het wenselijk is dat een cliënt geplaatst wordt bij een zorgaanbieder en in een **woonvoorziening waar zowel forensische zorg wordt geboden als zorg en/of ondersteuning in het kader van de Wmo**. Bij afloop van de forensische titel kunnen cliënten dan op dezelfde plek blijven wonen of zij stromen door binnen dezelfde organisatie, hetgeen bevorderlijk is voor de continuïteit in de zorg en/of ondersteuning. Voor zorgaanbieders is het dan naar eigen zeggen slechts een kwestie van 'de indicatiestelling overzetten'. Als een cliënt niet geplaatst kan worden bij een zorgaanbieder die zowel forensische zorg als zorg in het kader van de Wmo aanbiedt, dan is het wenselijk dat dit zo vroeg mogelijk in het traject bekend is bij de reclasseringswerker om tijdig actie te kunnen ondernemen.

Als de forensische titel afloopt dient er tijdig een Wmo-indicatie aangevraagd te worden. De Wet forensische zorg (Wfz) artikel 2.5 stelt een inspanningsplicht aan de zorgaanbieder om uiterlijk zes weken voorafgaand aan het beëindigen van de forensische titel voorbereidingen te treffen voor aansluitende zorg, indien de zorgverlener of de behandelaar van oordeel is dat na afloop van de strafrechtelijke titel verdere zorg nodig is als bedoeld in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) of de Wet zorg en dwang (Wzd) psychogeriatrische en verstandelijke gehandicapte cliënten. Een **dergelijke overgang naar de Wmo is niet geregeld in de Wfz**, terwijl dit wel wenselijk is. Het ontbreken van een gestelde termijn voor het aanvragen van en het treffen van voorbereidingen ten aanzien van zorg in het kader van Wmo zorgt voor problemen in het continueren van de zorg en/of ondersteuning. Overigens wordt de termijn van zes weken te kort geacht voor een soepele overgang van de zorg en/of ondersteuning van Wfz naar Wmo. Medewerkers van verschillende gemeenten benadrukken dat de termijn niet zo zeer te kort wordt geacht voor het aanvragen van de indicatiestelling, maar voornamelijk dat het realiseren van vervolgzorg een langere doorlooptijd vraagt. Een termijn van **minimaal een jaar vóór het aflopen van de forensische titel** wordt wenselijk geacht. De reden hiervoor is onder andere de lange wachtlijsten die er zijn bij zorgaanbieders vanuit de Wmo. Om een plek te krijgen op de wachtlijst moet men beschikken over een Wmo-indicatie. De kanttekening hierbij is dat dit in enkele gevallen betekent dat bij de start van het traject al vervolgzorg geregeld moet gaan worden. Dit wordt niet door iedereen wenselijk geacht, omdat het er dan op lijkt dat bij voorbaat al wordt uitgegaan van vervolgzorg, terwijl dit mogelijk niet nodig is. De lange wachtlijsten kunnen ook te maken met te weinig beschikbare voorzieningen.

De regie ligt in deze fase bij de reclasseringswerker, maar zorgaanbieders benadrukken dat zij belast zijn met het **tijdig aanvragen van een Wmo-indicatiestelling tijdens de lopende forensische titel**. De casemanager bij de zorgaanbieder heeft ervaring met het aanvragen van een Wmo-indicatiestelling, maar in het werkproces is niet volledig helder hoe de verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgaanbieder en reclassering er precies uitziet. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het verloop van het zorgtraject en het inventariseren van de behoefte aan vervolgzorg na het eindigen van de forensische titel¹⁷. Desondanks ervaren zorgaanbieders dat ze er alleen voor staan, wanneer er geen geschikte vervolgplek gevonden wordt bij de overgang van forensisch beschermd wonen naar zorg en/of ondersteuning vanuit het gemeentelijk domein. Cliënten blijven dan vaak bij hen 'hangen' waardoor ze nog wel zorg ontvangen maar deze zorg niet passend is. Daarnaast houden de werkzaamheden van de reclasseringswerker op wanneer de forensische titel van de cliënt afloopt. Als er niet tijdig vervolgzorg wordt georganiseerd, kan er geen (warme) overdracht plaatsvinden tussen de reclassering en de gemeente, waardoor essentiële informatie verloren kan gaan. Een in het onderzoek betrokken ervaringsdeskundige benoemde het aandachtspunt dat naar de **persoon als geheel moet worden gekeken**, en niet alleen naar de zorg- en ondersteuningsvraag. Hiervoor is de warme overdracht, betrokkenheid van de gemeente en goede informatie-uitwisseling van groot belang. De reclassering geeft aan dat het niet per se wenselijk en noodzakelijk is dat gemeenten alles weten over het forensische traject van cliënten; de vraag is wat de gemeente moet weten.

¹⁷ [Handboek forensische zorg \(oktober 2021\) | Publicatie | Forensische zorg.](#)

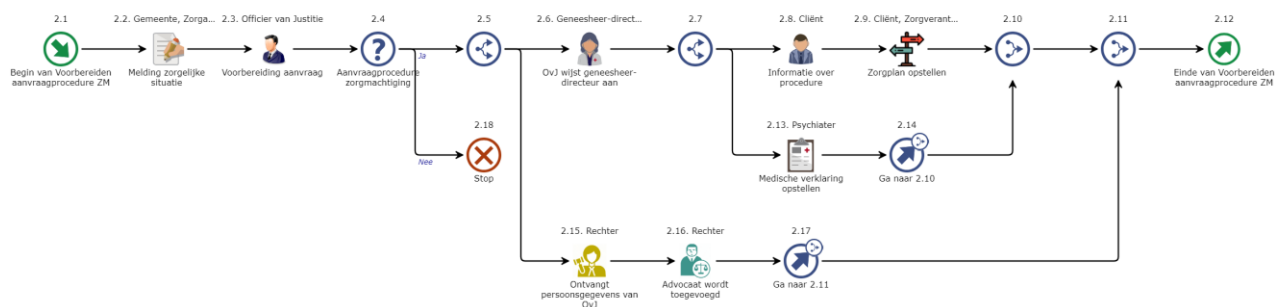
3.4 Fase 2b: zorgmachtiging

3.4.1 Werkproces

Op het moment dat vrijwillige zorg niet mogelijk is en verplichte zorg noodzakelijk wordt geacht, kan er door de rechter een zorgmachtiging verleend worden. Een zorgmachtiging is een machtiging waarbij wordt toegestaan dat gedurende een vastgestelde periode aan iemand met een psychische stoornis zorg mag worden verleend tegen zijn wil. Het doel van een zorgmachtiging is verplichte zorg te verlenen om ernstig nadeel af te wenden. Er zijn criteria voor het opleggen van een zorgmachtiging:

- Er zijn geen mogelijkheden meer voor zorg op basis van vrijwilligheid;
- Er zijn geen minder bezwarende alternatieven die hetzelfde effect zouden hebben gehad voor betrokkene;
- Het verlenen van verplichte zorg moet evenredig zijn gelet op het beoogde doel ervan;
- Het moet redelijkerwijs te verwachten zijn dat het verlenen van verplichte zorg effectief is.

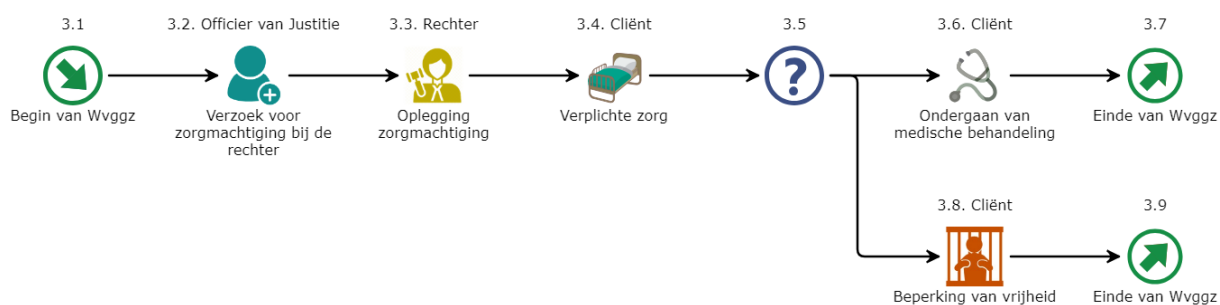
Iedereen die van mening is dat een ander verplichte zorg nodig heeft, kan hiervan een melding maken bij het meldpunt van de gemeente. De gemeente start vervolgens een verkennend onderzoek en beslist of er een aanvraag gedaan wordt bij de officier van justitie (OvJ) om de procedure te starten die moet leiden tot een zorgmachtiging. De OvJ wijst een geneesheer-directeur aan en voorziet deze van informatie over de patiënt, zoals bijvoorbeeld een zelfbindingsverklaring, eerdere machtigingen of politiegegevens. Daarnaast geeft hij de persoonsgegevens van de cliënt aan de rechter, zodat die een advocaat kan toevoegen. Parallel hieraan informeert de geneesheer-directeur de cliënt en verwijst hij de cliënt voor advies en bijstand naar de patiëntenvertrouwenspersoon. Ook is het mogelijk dat de cliënt een zelfbindingverklaring en een eigen plan van aanpak kan opstellen waarmee verplichte zorg mogelijk kan worden voorkomen. Tevens wordt een onafhankelijke psychiater aangewezen die een medische verklaring opstelt. Belangrijk hierbij is dat de psychiater minimaal één jaar geen zorg heeft verleend aan de cliënt. De cliënt stelt samen met de zorgverantwoordelijke een zorgplan op.



Figuur 25. Procesbeschrijving fase 2b 'zorgmachtiging - voorbereiden aanvraagprocedure zorgmachtiging'

Het volledige dossier wordt door de geneesheer-directeur opgestuurd naar de OvJ. Op basis van dit dossier besluit de OvJ of hij een verzoek voor een zorgmachtiging indient bij de rechter. De rechter besluit uiteindelijk of hij een zorgmachtiging verleent¹⁸.

¹⁸ [Brochure zorgmachtiging voor professionals.](#)



Figuur 26. Procesbeschrijving fase 2b 'zorgmachtiging - Wvggz'

3.4.2 Bevindingen: wat goed gaat, knelpunten en verbeteruggesties

Tijdens dit onderzoek hebben respondenten aangegeven dat bevindingen (in de meeste gevallen) bij een zorgmachtiging niet afwijken van de bevindingen met betrekking tot forensische zorg. Een van de verschillen is wel dat op het moment dat er vervolgzorg nodig is, de kliniek bij een zorgmachtiging zelf aan de slag moet. Indien er sprake is van een forensische titel en er is vervolgzorg nodig, dan wordt vervolgzorg door de reclassering georganiseerd.

Tijdens de fase van de zorgmachtiging worden **enkele knelpunten** ervaren, namelijk:

- a. De splitsing tussen Wet zorg en dwang (Wzd) en Wvggz voor onvrijwillige zorg. Het belangrijkste verschil tussen beide wetten is dat patiënten die onder de Wvggz vallen een zorgmachtiging voor gedwongen zorg nodig hebben die door de rechter is afgegeven. Hierbij is gedwongen opname één van de zorgvormen die kan worden opgelegd. Voor de Wzd geldt dat bij opname van onvrijwillige zorg volgens een rechterlijke machtiging in het zorgplan een multidisciplinaire besluitvormingsprocedure gevolgd moet worden¹⁹. De splitsing zorgt voor twee werkwijzen en een andere taak- en rolverdeling, hetgeen niet bijdraagt aan een nauwere samenwerking bij het continueren van de zorg vanuit het gemeentelijk domein. Daarnaast is het ook mogelijk dat de doelgroep zowel onder de Wzd als de Wvggz valt, hetgeen het werkproces bemoeilijkt en de continuïteit van zorg niet ten goede komt;
- b. De stok achter de deur wordt gemist. Klinieken geven aan dat cliënten tijdens een forensische titel een duidelijkere stok achter de deur hebben dan tijdens een zorgmachtiging. *'Indien een cliënt de mist ingaat of terugvalt in bepaald gedrag, dan volgen er minder snel consequenties'* aldus een medewerker van een kliniek.

3.5 Fase 3: gemeentelijk domein

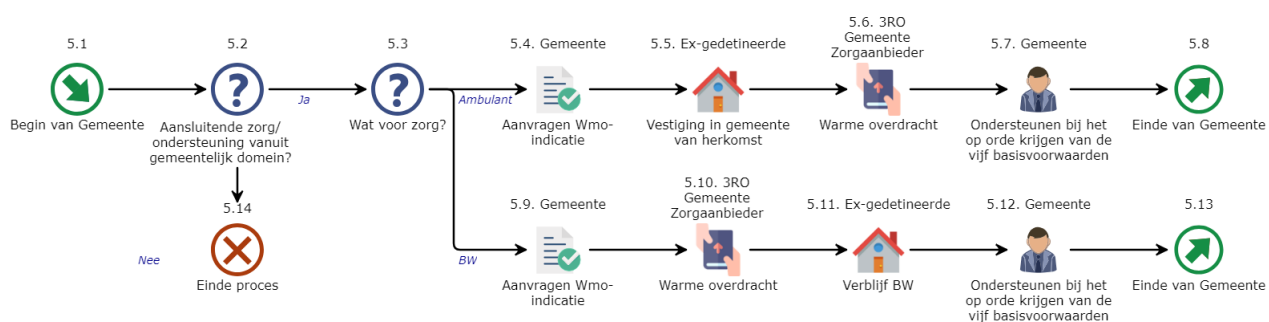
3.5.1 Werkproces

Op het moment dat de forensische cliënt na afloop van de strafrechtelijke titel uitstroomt naar de gemeente van herkomst en er is vervolgzorg nodig, dan draagt de betreffende gemeente zorg voor een Wmo-indicatie. Zoals aan het einde van de vorige fase benoemd, moeten de reclassering, de forensische zorgaanbieder en de gemeente van herkomst hierover tijdig afstemmen. Als er sprake is geweest van detentie voorafgaand aan de forensische titel, dan heeft de gemeente al beperkte informatie beschikbaar over de cliënt vanwege het feit dat in de meeste gevallen de nazorgcoördinator de gedetineerde bezocht heeft in de desbetreffende PI. Als er geen sprake is van voorafgaande detentie, dan is deze informatie (in de meeste gevallen) niet beschikbaar. Hierbij dient de kanttekening gemaakt te worden dat in veel gemeenten de nazorgcoördinator niet dezelfde persoon is als de Wmo-adviseur. Het kan dus voorkomen dat informatie over ex-gedetineerden bekend is bij de nazorgcoördinator maar niet bij de Wmo-adviseur, omdat deze informatie niet automatisch wordt doorgezet naar de Wmo-adviseur. Standaard informatie-uitwisseling

¹⁹ [Schema twee regimes in één instelling.](#)

tussen de verschillende afdelingen van de gemeenten is niet aan de orde en ook niet altijd mogelijk wegens wet- en regelgeving.

Voor cliënten waarbij na forensische zorg de ondersteuning vanuit de Wmo bestaat uit ambulante begeleiding, vestigt de cliënt zich eerst in de gemeente van herkomst waar hij vervolgens de geïndiceerde ambulante begeleiding kan ontvangen. Als deze begeleiding start, is er een warme overdracht tussen de oude en nieuwe zorgaanbieder, de reclassering en de gemeente. Op het moment dat er een Wmo-indicatie is voor verblijfszorg, vindt eerst een warme overdracht tussen de oude en nieuwe zorgaanbieder, de reclassering en de gemeente plaats, waarna de cliënt geplaatst wordt in de voorziening. Aanvullend op het ontvangen van zorg op basis van de Wmo-indicatie ondersteunt de gemeente de cliënt bij het op orde krijgen van de basisvoorwaarden op alle leefgebieden.



Figuur 27. Procesbeschrijving fase 3 'gemeentelijk domein'

3.5.2 Bevindingen: wat goed gaat, knelpunten en verbeter suggesties

Medewerkers van gemeenten geven aan dat cliënten die voorafgaand aan de forensische zorg niet in detentie hebben verbleven, pas in beeld komen bij de gemeente op het moment dat er een Wmo-indicatiestelling wordt aangevraagd. Volgens gemeentemedewerkers is dit te laat in het proces en zorgt dit voor knelpunten bij het continueren van de zorg en/of ondersteuning vanuit het gemeentelijk domein. Daarnaast vindt in de praktijk **niet of nauwelijks een (warme) overdracht plaats tussen de reclassering, de forensische zorgaanbieder en de gemeente**. Eveneens zijn de meningen verdeeld over de noodzaak van de aanwezigheid van de reclasseringswerker bij een dergelijke overdracht. Er wordt gesteld dat de forensische zorgaanbieder voldoende informatie heeft over de cliënt voor de overdracht, maar tegelijkertijd geeft men aan dat de forensische zorgaanbieder en de reclassering ieder vanuit een eigen perspectief bij de cliënt betrokken zijn. Waar de zorgaanbieder voornamelijk beschikt over behandelinhoudelijke informatie en informatie over het zorgtraject, richt de reclassering zich met name op het risico op recidive en de voortgang van het toezicht. Deze informatie vanuit de reclassering kan waardevolle aanvullende informatie opleveren voor de overdracht met de gemeente. Tevens is het voor alle partijen onduidelijk wie de regie moet nemen in het organiseren van een dergelijk overdrachtsmoment of afstemmingsoverleg.

Daarnaast geven professionals aan dat cliënten **de overgang van de Wfz naar de Wmo** als een **te grote overgang** ervaren door de sterke afname in intensiteit van de begeleiding en/of ondersteuning. Dit heeft mogelijk tot gevolg dat het risico op recidive toeneemt. Dit kan ook komen door een verschil in focus: de focus binnen de Wfz van begeleiding en/of ondersteuning is gericht op recidivevermindering en dat is niet het geval bij begeleiding en/of ondersteuning in het kader van de Wmo. Dit is niet de taak van gemeenten. Ook kan het aantal uur begeleiding dat iemand kan ontvangen in het kader van de Wfz vele malen hoger liggen dan het aantal uur begeleiding dat iemand kan ontvangen in het kader van de Wmo, aldus zorgaanbieders en professionals. Niet alleen cliënten ervaren de overgang als groot, maar ook medewerkers van zorgvoorzieningen ervaren de overgang van Wfz naar Wmo dit, mede omdat het gedwongen kader wegvalt bij het aflopen van de forensische titel. Een gedeelte van de doelgroep vervalt in oud gedrag of werkt niet meer mee aan zorg, omdat de stok achter de deur wegvalt. Ook zien zorgaanbieders, die zorg verlenen in het kader van de Wmo, dat een grote groep van hun cliënten wel **'forensisch gedrag'** vertoont, maar niet (meer) met justitie in aanraking komt. Hierbij wordt bedoeld op het feit dat deze groep cliënten dezelfde complexe problematiek/gedragingen vertonen

als de doelgroep met een forensische titel. Zij ervaren deze doelgroep als complex en medewerkers beschikken soms over te weinig forensische expertise die nodig is voor deze doelgroep. Dit knelpunt kan mogelijk opgelost worden door van zorgaanbieders te eisen dat zij zowel begeleiding en/of ondersteuning in het kader van de Wfz kunnen aanbieden als begeleiding en/of ondersteuning in het kader van de Wmo. Zorgaanbieders beschikken op deze manier over forensische expertise, die nodig is voor de omgang met de doelgroep die niet (meer) met justitie in aanraking komt.

Tevens geven zorgaanbieders aan dat er kritisch gekeken dient te worden naar de noodzakelijke zorg in het kader van de Wmo. Er wordt nog te vaak een Wmo-indicatie aangevraagd voor beschermd wonen, terwijl een cliënt in werkelijkheid al toe is aan een volgende stap en een eigen woning. Maar vanwege het huisvestingsprobleem is dit erg lastig. Om te voorkomen dat de cliënt dakloos wordt, vraagt men een Wmo-indicatie voor beschermd wonen aan. Omdat de cliënt in het kader van de forensische titel al in beschermd wonen verbleef, kan goed onderbouwd worden dat beschermd wonen op grond van de Wmo moet worden voortgezet. Het doel van het vinden van een eigen woning voor deze cliënten verdwijnt nu nog te veel naar de achtergrond. Een **eigen woning** zou meer als uitgangspunt genomen moeten worden dan een beschermd wonen plek. Deze cliënten houden nu namelijk plekken bezet voor cliënten die wel beschermd wonen nodig hebben, waardoor de doorstroom in beschermd wonen stagneert.

Tot slot is het **verschil in de wettelijke grondslag tussen de Wmo en de Participatiewet** een knelpunt. Dit heeft tot gevolg dat iemand in dezelfde gemeente wel recht kan hebben op een uitkering maar geen aanspraak kan maken op sociale voorzieningen. Gemeenten kunnen hierdoor maar op bepaalde levensgebieden ondersteuning bieden en er kan niet of **beperkt integraal gewerkt** worden. Daarnaast benoemen respondenten dat het risico's met zich meebrengt wanneer iemand wel financiële middelen kan ontvangen (in de vorm van een uitkering) maar geen zorg. Dit kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat men in een bepaalde regio blijft wonen, zonder dat de juiste zorg ontvangen kan worden.

Overigens is de wettelijke grondslag niet het enige knelpunt voor integraal werken. De oorzaak ligt ook in hoe gemeenten georganiseerd zijn. Ondersteuning op verschillende leefgebieden van de burger worden door verschillende afdelingen van de gemeente geboden, die vaak versnipperd werken. Dit zit integraal werken in de weg. Een **centrale contactpersoon bij de gemeente** voor het realiseren van continuïteit van zorg en ondersteuning bij afloop van de forensische titel, zou wenselijk zijn.

3.6 Bovenregionale plaatsing

Er wordt gesproken van bovenregionale plaatsing wanneer iemand na het ontvangen van forensische zorg uitstroomt naar een andere gemeente dan de gemeente van herkomst. Het werkproces wijkt hierin af van het werkproces bij een regionale plaatsing. Het werkproces van een bovenregionale plaatsing wordt in het vervolg weergegeven.

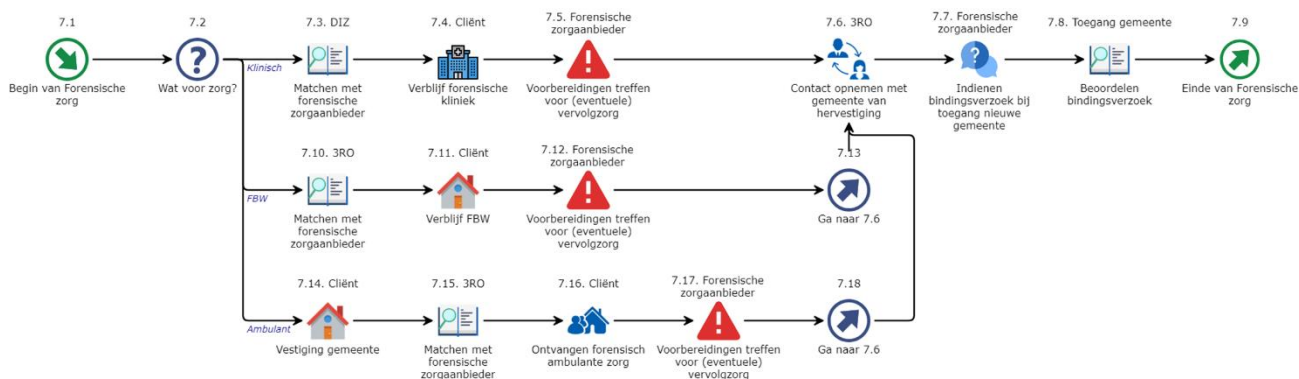
3.6.1 *Werkproces*

Het werkproces bij bovenregionale plaatsing wijkt op een aantal aspecten af van het werkproces in het geval van regionale plaatsing. Voor de fase van het strafproces en de fase in detentie zijn er geen (grote) verschillen; daarom worden deze werkprocessen hier ook niet weergegeven. Tijdens de fase van forensische zorg en de fase waar zorg en/of ondersteuning komt vanuit het gemeentelijk domein bestaan wel een aantal verschillen ten opzichte van de regionale plaatsingen.

Fase 2: forensische zorg

Het kan voorkomen dat het niet wenselijk is dat een cliënt terugkeert naar de gemeente waar hij voorafgaand aan detentie of de forensische titel verbleef, bijvoorbeeld vanwege een negatief (sociaal)netwerk in de gemeente van

herkomst. Op het moment dat iemand zich wil vestigen in een nieuwe gemeente, wordt een bindingsverzoek²⁰ ingediend bij de toegang van deze nieuwe gemeente. De cliënt dient (met hulp van de zorgaanbieder) het bindingsverzoek in. Als iemand aanspraak wil maken op MO/BW vanuit de Wmo, kan contact worden gezocht met de contactpersoon voor de landelijke toegankelijkheid van MO/BW. De VNG publiceert deze lijst op haar website.²¹ De toegang van de gemeente waar de cliënt zich wil vestigen, beoordeelt vervolgens het bindingsverzoek en besluit de cliënt al dan geen toegang te verstrekken. Hierbij kijkt men onder andere naar de kans op een succesvol traject het grootst is.²²

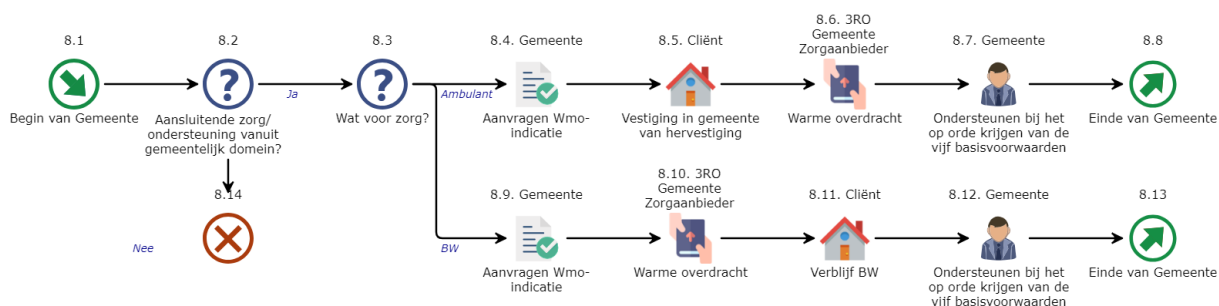


Figuur 28. Procesbeschrijving bovenregionale plaatsing fase 2 'forensische zorg'

Fase 3: gemeentelijk domein

Als de cliënt zich in de nieuwe gemeente kan vestigen, vraagt deze gemeente de Wmo-indicatie aan. Op het moment dat iemand ambulante begeleiding/behandeling ontvangt vanuit de Wmo, is het van belang dat iemand een (huur)woning heeft. Een urgentieverklaring kan ervoor zorgen dat de cliënt sneller beschikt over een sociale huurwoning.

Ook bij de bovenregionale plaatsing vindt er idealiter een warme overdracht plaats tussen de nieuwe en oude zorgaanbieder, de reclassering en de gemeente. Daarnaast ondersteunt de gemeente ook bij een bovenregionale plaatsing bij het op orde krijgen van de basisvoorwaarden.



Figuur 29. Procesbeschrijving bovenregionale plaatsing fase 3 'gemeentelijk domein'

²⁰ Responderende gemeenten hebben aangegeven te werken met een 'bindingsverzoek'. Wij maken de kanttekening dat niet elke gemeente bekend is met een dergelijk bindingsverzoek in hun huidige werkproces.

²¹ [Contactpersonen landelijke toegankelijkheid BW en MO | VNG.](#)

²² [Handreiking en beleidsregels Landelijke toegang beschermd wonen | VNG.](#)

3.6.2 Bevindingen: wat goed gaat, knelpunten en verbeter suggesties

Er bestaat een **verschil tussen de forensische zorg en de Wmo ten aanzien van plaatsing**. Regionaal plaatsen voor forensische zorg is het uitgangspunt, maar de mogelijkheid bestaat om op landelijk niveau te plaatsen. Dit gebeurt ook vaak in de praktijk, onder andere door lange wachtlijsten of bepaalde expertise waarover alleen zorgaanbieders buiten de regio beschikken. Dit in tegenstelling tot het plaatsen in het kader van de Wmo, die regio (of gemeente) gebonden is. Dit zorgt ervoor dat een cliënt in sommige gevallen **het re-integratieproces (tijdens forensische zorg) start buiten de regio, maar moet voortzetten in de gemeente van herkomst (bij overgang naar de Wmo)**. Vrijwel alle respondenten geven aan dat dit onwenselijk is, omdat het re-integratieproces als het ware opnieuw begint bij de overgang van forensische zorg naar zorg en/of ondersteuning in het kader van de Wmo.

Daarnaast worden bij een bovenregionale plaatsing nog **enkele knelpunten** ervaren, namelijk:

- a. Er is sprake van een stagnatie in de doorstroom van cliënten doordat urgentie voor een woning alleen wordt verstrekt aan mensen die uit de regio komen. Dit heeft enerzijds te maken met het huisvestingsprobleem in Nederland dat ondanks een urgentieverklaring mensen lang moeten wachten op een woning. Daarnaast is het zo dat de reclassering in de huidige situatie vaak cliënten aanmeldt voor een bovenregionale plaatsing, wat het voor de toegang van de desbetreffende gemeente lastig maakt. Mogelijk is er voor de reclassering geen andere optie dan bovenregionaal plaatsen wegens een gebrek aan geschikte plekken in de regio of benodigde expertise die enkel buiten de regio geboden wordt;
- b. Gemeenten waar veel klinieken of andere zorgaanbieders gevestigd zijn, hebben meer aanvragen voor het vestigen van uitstromende cliënten in hun gemeente dan andere gemeenten;
- c. Er is geen sprake van een eenduidig werkproces als het gaat om bovenregionale plaatsing. Dit heeft tot gevolg dat elke gemeente anders omgaat met het accepteren dan wel afwijzen van een bovenregionale plaatsing. Mogelijk bemoeilijkt dit ook in enkele gemeenten de samenwerking met gemeenten met de reclassering en/of de zorgaanbieder. Daarnaast bestaat er in enkele gevallen onduidelijkheid over met welke regio iemand binding heeft;
- d. Er wordt onduidelijkheid ervaren in wie met wie moet afstemmen om een bovenregionale plaatsing te kunnen realiseren. Idealiter vindt er overleg plaats tussen de bindingsfunctionarissen van de gemeente van herkomst en de gemeente van hervestiging. Echter beschikt niet elke gemeente over een bindingsfunctionaris, hetgeen het onduidelijk maakt met wie er contact opgenomen dient te worden op het moment dat er sprake is van een bovenregionale plaatsing.

Respondenten geven aan dat een bovenregionale plaatsing makkelijker te realiseren is op het moment dat er **vroegtijdig zicht is op de herkomstgemeente** van de cliënt. Dan is er voldoende tijd om contact op te nemen met de gemeente van hervestiging en de mogelijkheden te onderzoeken. In de praktijk wordt gezien dat zorgaanbieders dit contact vaak leggen, maar volgens het Bestuurlijk Akkoord Nazorg Ex-gedetineerden draagt de gemeente van herkomst de verantwoordelijkheid om dit contact te realiseren. Om vroegtijdig zicht te krijgen op de herkomstgemeente dient bijvoorbeeld een check gedaan te worden door de nazorgcoördinator tijdens de detentiefase. Als er geen sprake is van detentie voorafgaand aan de forensische zorg zou eventueel een landelijk loket ingericht kunnen worden waarbij de reclasseringswerker de gemeente van herkomst zou kunnen checken.

3.7 Verbeterpunten ten aanzien van de samenwerking tussen forensische zorg en gemeenten

Ondanks dat ketenpartners welwillend zijn om er samen voor te zorgen dat recidive wordt voorkomen en het re-integratietraject goed verloopt, zien wij **enkele aanknopingspunten** voor verbetering ten aanzien van de samenwerking tussen forensische zorg en gemeenten bij een aflopende forensische titel en/of zorgmachtiging waarbij de zorg gecontinueerd moet worden door het gemeentelijk domein.

Om gemeenten vroegtijdig te betrekken in het re-integratietraject adviseren wij gemeenten onderdeel uit te laten maken van het werkproces 'Samen starten'. Door middel van aansluiting bij dit werkproces kan **de samenwerking tussen DJI,**

de reclassering en gemeenten in detentie worden geoptimaliseerd. Respondenten van dit onderzoek onderschrijven deze mogelijkheid, maar benadrukken dat de samenwerking na detentie moet worden voortgezet om de continuïteit van zorg door middel van een intensieve samenwerking te waarborgen. Momenteel zijn gemeenten naar eigen zeggen te weinig betrokken in de fase van forensische zorg. Daarnaast geven kleine gemeenten aan niet altijd de capaciteit te hebben om vroegtijdig betrokken te worden bij het re-integratietraject.

De overgang van detentie naar beschermd wonen of vanuit een klinische setting naar beschermd wonen, kan door zowel de cliënt als door de medewerkers van de zorgaanbieder als groot ervaren worden. Om de overgang als een zachte landing te laten verlopen kan een voorbeeld genomen worden aan de pilot binnen Ypendael. Cliënten krijgen vier tot zes weken voor de plaatsing tijd om te wennen aan hun nieuwe woonplek, hetgeen bijdraagt aan een verhoogde kans op succesvolle re-integratie en verlaagde kans op terugval in oud gedrag. Daarnaast wordt het wenselijk geacht wanneer een zorgaanbieder zowel zorg aanbiedt in het kader van forensische zorg als in het kader van de Wmo. Op deze manier blijven cliënten na afloop van de forensische titel woonachtig op dezelfde plek of in ieder geval binnen dezelfde organisatie. Voor zorgaanbieders is het slechts een kwestie van het omklappen van de indicatiestelling. Wanneer een zorgaanbieder zowel forensische zorg als zorg in het kader van de Wmo aanbiedt, draagt dit bij aan het continueren van de zorg. Daarnaast ervaren medewerkers van zorgaanbieders vanuit de Wmo dat cliënten ondanks het feit dat ze niet beschikken over een forensische titel, hetzelfde gedrag vertonen als de forensische doelgroep hetgeen als complex ervaren wordt. Door een zorgaanbieder zowel forensische zorg als zorg in het kader van Wmo aan te laten bieden, bezit de zorgaanbieder al over **expertise** omtrent de omgang en begeleiding met deze complexe doelgroep die weliswaar tijdens deze fase niet (primair) gericht is op recidivevermindering.

Om (noodzakelijke) zorg te kunnen continueren bij het aflopen van de forensische titel en/of zorgmachtiging, is het van belang om zoveel mogelijk **dakpansgewijs** te werken, parallel aan heldere afspraken over de regie in iedere fase, zoals die van de reclassering in de fase van de forensische zorg. Daar waar de bemoeienis van een ketenpartner nu stopt omdat de financiering stopt, is het van belang dat er een **overbrugging** wordt gecreëerd waarbij zowel ketenpartners uit de forensische zorg als ketenpartners uit het gemeentelijk domein tijdelijk samen werkzaam zijn binnen dezelfde casus. Dit hoeft niet te betekenen dat de forensische titel en/of zorgmachtiging verlengd moet worden, maar binnen de huidige termijn dient het gemeentelijk domein op tijd betrokken te worden. In de huidige situatie komt de gemeente pas in beeld op het moment dat een Wmo-indicatiestelling wordt aangevraagd, wat als te laat in het proces wordt ervaren. Een mogelijke oplossing is het **koppelen van een termijn aan het aanvragen van de Wmo-indicatiestelling**, zodat de gemeente tijdig(er) betrokken wordt.

Tijdens de derde werksessie hebben we met enkele ketenpartners nagedacht over een uiterste termijn voor het aanvragen van een Wmo-indicatiestelling op basis van de duur van de te ontvangen forensische zorg (let op: niet de afloop van de forensische titel). Het hanteren van één bepaalde termijn is niet goed werkbaar. Het werkt beter om een aantal situaties te schetsen en daarvoor te bepalen of en zo ja welke afspraak ten aanzien van de termijn nodig is. Situaties zijn bijvoorbeeld:

- a. Cliënten die langer dan één jaar forensische zorg ontvangen - één jaar voorafgaand aan afloop van de forensische zorg dient er een Wmo-indicatiestelling aangevraagd te worden en dient tevens de gemeente betrokken te worden bij de casus;
- b. Cliënten die minder dan één jaar forensische zorg ontvangen terwijl de forensische titel nog doorloopt na afloop van de forensische zorg - deze cliënten hebben vaak geen zorg in het kader van de Wmo meer nodig na afloop van de forensische zorg, omdat het reclasseringstoezicht nog doorloopt na afloop van de forensische zorg.

In het werkproces van de overgang van forensische zorg naar het gemeentelijk domein wordt gesteld dat er een afstemmingsoverleg plaatsvindt tussen de zorgaanbieder, de gemeente en de reclassering. Respondenten geven aan dat dit afstemmingsoverleg in de praktijk echter niet of nauwelijks plaatsvindt. Een van de redenen hiervoor blijkt te zijn dat het onduidelijk is welke organisatie het afstemmingsoverleg op zich moet nemen en wie in deze fase de regie heeft. Wij adviseren hier **concrete afspraken** over te maken (en deze afspraken vast te leggen in het bestuurlijk akkoord).

Doordat plaatsing voor forensische zorg op landelijk niveau een mogelijkheid is, kan het zijn dat de cliënt het re-integratieproces is gestart buiten de gemeente van herkomst. Het re-integratieproces dient als het ware opnieuw te starten bij overgang naar de Wmo doordat de zorg en/of ondersteuning moet worden voortgezet in de gemeente van herkomst. Ook bij zorg en/of ondersteuning in het kader van de Wmo zou **landelijke toegankelijkheid** moeten worden aangehouden. Respondenten geven aan dat de keuze van de cliënt uitgangspunt moet zijn en zij bepalen waar ze zich willen vestigen. Cliënten zullen dan (naar verwachting van de respondenten) eerder uitstromen naar gemeenten waar plekken beschikbaar zijn. Dit kan echter ook een keerzijde hebben voor enkele gemeenten als cliënten veelal willen uitstromen in dezelfde gemeenten. Dit kan deze gemeenten opzadelen met zware zorgbehoeften binnen de populatie die ze moeten bedienen, en mogelijk meer aanvragen in het kader van de Wmo of Participatiewet.

Het re-integratietraject kan op meerdere punten stagneren als er geen doorstroommogelijkheden zijn door **te weinig beschikbare en passende plekken**. Respondenten benoemen dat cliënten plekken bezet houden in forensisch beschermd wonen omdat er geen plek is voor passende vervolgzorg in het kader van de Wmo of geen eigen woning beschikbaar is. Mogelijk verblijft een cliënt dan op kosten van de zorgaanbieder omdat de forensische titel afloopt en de zorgaanbieder geen financiering in het kader van de Wfz meer ontvangt. Wij adviseren dan ook dat er **afstemming** plaats moet vinden tussen de Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugd Inrichtingen (ForZo/JJI) en de inkoop van plekken voor beschermd wonen om het zorgaanbod op elkaar te laten aansluiten. Vanwege het feit dat de inkoop van forensische zorg en zorg in het kader van de Wmo anders georganiseerd is, dient er afstemming plaats te vinden per veiligheidsregio. Deze afstemming geldt zowel voor wat betreft expertise en wat kwalitatief nodig is voor deze cliënten als ook voor aantallen plekken (kwantitatief). Vooral het laatste punt is moeilijk in kaart te brengen gelet op de knelpunten die in dit onderzoek ervaren worden tijdens de kwantitatieve dataverzameling en de gevolgen voor het inzichtelijk maken van de aard en omvang van de doelgroep.

Tot slot is een gemeente een zelfstandig opererend overheidsorgaan. Iedere gemeente heeft de nodige beleidsruimte om zaken anders te regelen dan andere gemeenten. Dit zorgt ervoor dat iedere gemeente een eigen werkwijze heeft omtrent deze doelgroep, die in meer of mindere mate kan verschillen met de werkwijze van andere gemeenten. Een voorbeeld hiervan is de invulling voor de functie van de nazorgcoördinator. Gemeenten geven hier momenteel nog te veel hun eigen invulling aan, hetgeen de samenwerking met gemeenten voor de reclassering en zorgaanbieder kan bemoeilijken. Respondenten geven aan dat het helpend zou zijn om een duidelijkere functieomschrijving te creëren, zodat er meer uniformiteit in de werkzaamheden van de nazorgcoördinator tussen gemeenten ontstaat. Een goed voorbeeld is de veiligheidsregio Noord-Holland-Noord. Zij opereren op het niveau van een veiligheidsregio in plaats van op gemeentelijk niveau. Er is hierdoor sprake van een goede samenwerking en korte lijntjes tussen verschillende ketenpartners.

4 Aansluiting bij een bestuurlijk akkoord

In dit hoofdstuk geven we eerst een overzicht van bestaande 'bestuurlijke akkoorden of afspraken' die mogelijk in aanmerking komen om bij aan te sluiten voor de beoogde continuïteit bij afloop van de forensische titel. Vervolgens bespreken we welke mogelijkheden we logisch vinden.

4.1 Documentenstudie

4.1.1 *Handreiking Bestuurlijk Akkoord Nazorg Ex-gedetineerden*

De handreiking Bestuurlijk Akkoord Nazorg Ex-gedetineerden geeft handvatten aan medewerkers van DJI, de reclassering en gemeenten over re-integratie van ex-gedetineerden. Deze partijen spelen een sleutelrol in het re-integratieproces. De maatschappelijke opgave om er samen voor te zorgen dat recidive wordt voorkomen en ex-gedetineerden zo goed mogelijk worden voorbereid op terugkeer in de samenleving, is op 1 juli 2019 vastgelegd in het bestuurlijk akkoord 'Kansen bieden voor re-integratie'.

De kern van dit bestuurlijk akkoord is dat DJI, de gemeente, de gedetineerde en (indien nodig) de reclassering samenwerken aan het re-integratieproces vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Het bestuurlijk akkoord komt voort uit de kabinetsvisie op effectieve gevangenisstraffen 'Recht doen, kansen bieden'. De organisaties hebben de ambitie om gezamenlijk bij te dragen aan een veilige samenleving door (ex-)gedetineerden de mogelijkheid te bieden een maatschappelijk aanvaardbaar bestaan op te bouwen. Door middel van een samenwerking tussen de ketenpartners wordt gefocust op een aantal basisvoorwaarden zoals: een geldig identiteitsbewijs, onderdak, inkomen uit werk of een (tijdelijke) uitkering, inzicht in schulden en het vaststellen van zorgbehoeften. Het op orde hebben van deze vijf basisvoorwaarden vergroot de succeskans van re-integratie en verkleint de kans op recidive.

4.1.2 *Woonzorgvisie per gemeente*

Als gevolg van de vergrijzing is er sprake van een sterk groeiende behoefte aan zorg en ondersteuning in wijken en buurten, een toenemende vraag naar geschikte woningen en behoefte aan woonvormen die het midden houden tussen zelfstandig thuis wonen en wonen in een verpleeghuis of instelling. Daarnaast is er sprake van een afname van het aantal mantelzorgers per persoon, krapte op de arbeidsmarkt voor zorg- en welzijnspersoneel en toenemende druk op de woningmarkt. Om deze reden pleit de Taskforce Wonen en Zorg voor het aanscherpen en verdiepen van de bestaande woonvisies tot woonzorgvisies.

De woonzorgvisie biedt een belangrijke basis voor gemeenten om te werken aan concrete acties om de groeiende groep ouderen, maar ook mensen die uitstromen uit beschermd wonen en de maatschappelijke opvang, statushouders en dak- en thuislozen, voldoende te faciliteren in hun woon- en zorgbehoeften.²³ Het omvat afspraken tussen gemeenten, corporaties, huurdersorganisaties en zorginstellingen op het gebied van wonen, leefbaarheid, welzijn en zorg²⁴. Er is geen standaard woonzorgvisie ontwikkeld, maar het kan een afzonderlijk document zijn, een (integraal) onderdeel van de woonvisie of een strategische agenda. Door middel van vier bouwstenen wordt in de woonzorgvisie bijgedragen aan het borgen van een goede aanpak van de woonzorgopgave. De vier bouwstenen zijn:

- a. Inzicht in de woonzorgopgave;
- b. Visie op wonen, zorg en welzijn;

²³ [Handreiking voor een toekomst- bestendige woonzorgvisie.](#)

²⁴ [Woonzorgvisie: De waardevolle wijk | VNG.](#)

-
- c. Ambitie en doelen wonen, zorg en welzijn;
 - d. Samenwerking en inzet gemeente en ketenpartners en inwoners.

4.1.3 Overige documenten

Handreiking in het kader van medisch noodzakelijk verblijf

Door middel van de werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf geven de Nederlandse ggz, MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) invulling en uitvoering aan de aanbevelingen van het Zorginstituut. De werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf omvat heldere afspraken om te stimuleren dat mensen naar huis of een andere passende plek kunnen met de juiste zorg en ondersteuning als een klinische opname in een ggz-instelling niet langer medisch noodzakelijk is.²⁵

Levensloopaanpak

Deze handreiking gaat over de 'Ketenveldnorm voor de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg', beter bekend als de Levensloopaanpak²⁶. Om continuïteit van zorg en aansluiting tussen forensische zorg en reguliere zorg te verbeteren is de landelijke ketenveldnorm, met daarin uitgewerkt de Levensloopaanpak, ontwikkeld. Doel is om laagdrempelig en voor langere tijd passende zorg te bieden aan mensen (18+) die agressief en/of gevaarlijk gedrag (dreigen te) vertonen richting anderen, als gevolg van een psychische aandoening en/of een (licht) verstandelijke beperking (lvb) en/of niet-aangeboren hersenletsel. Er is sprake van langdurige, terugkerende problematiek die moeilijk beheersbaar is. De aanpak werkt toe naar een langdurige, stabiele leefsituatie waarbij voorwaarde is dat een passende woonvorm wordt gevonden. Doordat de cliënt zijn hele leven, of zo lang als mogelijk, gemonitord wordt, krijgt hij/zij de kans om mee te doen in de samenleving, en is er minder kans op escalatie. Dit draagt bij aan een veiligere omgeving, ook voor de persoon zelf. Deze Levensloopaanpak gaat over naar schatting 1.500 mensen die deze aanpak nodig hebben.

4.2 Advies over aansluiting bij een bestaand Bestuurlijk Akkoord

Om de (noodzakelijke) zorg en/of ondersteuning te continueren in het gemeentelijk domein bij een aflopende forensische titel en/of zorgmachtiging, adviseren wij aan te sluiten bij het bestuurlijk akkoord Nazorg Ex-gedetineerden. Wij zijn van mening dat in dit bestuurlijk akkoord de aanpak van het vraagstuk voor deze forensische doelgroep het beste tot zijn recht komt. Onze waarneming is dat deze inhoudelijk het beste aansluit, het beste bekend is bij de betrokken partijen en bovendien qua doelgroep deels overlapt. Er is namelijk voor een deel van de groep die forensische zorg ontvangt sprake van voorafgaande detentie.

Een groot voordeel van dit bestuurlijk akkoord is dat het al bij een groot aantal gemeenten bekend is. Sinds 1 juli 2019 werken DJI, de reclassering en de gemeenten samen aan de maatschappelijke opgave om te voorkomen dat (ex-)gedetineerden na detentie terugvallen in herhaling door hen zo goed mogelijk voor te bereiden op de terugkeer naar de samenleving. Hierbij is de kern van het bestuurlijk akkoord dat bij aanvang van detentie DJI, de gemeente, de gedetineerde en waar nodig de reclassering vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid samen werken aan het detentie- en re-integratietraject. Exact deze drie partijen spelen een belangrijke rol in het werkproces met betrekking tot de samenwerking tussen de forensische zorg en gemeenten bij een aflopende forensische titel en/of zorgmachtiging. Bovendien kunnen ook andere organisaties worden betrokken in het re-integratietraject, namelijk woningcoöperaties, zorginstellingen en maatschappelijke en vrijwilligersorganisaties.

²⁵ [Werkwijzer Medisch noodzakelijk verblijf ggz.](#)

²⁶ [Levensloopaanpak voor mensen met onbegrepen gedrag en een hoog veiligheidsrisico.](#)

De doelgroep die in dit onderzoek centraal staat valt vooralsnog niet onder dit bestuurlijk akkoord, omdat:

- a. Op het moment dat een ex-gedetineerde na afloop van detentie eerst met een strafrechtelijke titel in de forensische zorg belandt, de taak van de nazorgcoördinator vanuit de gemeente ophoudt. Het gevolg is dat de ex-gedetineerde uit het beeld van de gemeente verdwijnt en er als het ware een 'gat' ontstaat in de betrokkenheid van de gemeente bij het traject van de re-integratie van de ex-gedetineerde;
- b. Forensische cliënten zonder voorafgaande detentie pas in beeld komen bij de gemeente aan het einde van de strafrechtelijke titel, op het moment dat er vervolgzorg vanuit het gemeentelijk domein moet komen en dus een Wmo-indicatie wordt aangevraagd.

Ondanks het feit dat het bestuurlijk akkoord zich niet specifiek richt op de doelgroep van dit onderzoek, sluit datgene wat nodig is om continuïteit van zorg en ondersteuning te organiseren voor deze doelgroep wel aan bij de strekking van het bestuurlijk akkoord. Daarnaast valt een deel van de doelgroep van dit onderzoek, namelijk de groep ex-gedetineerden met forensische titel, op een aantal momenten wel al binnen het bestuurlijk akkoord. Het bestuurlijk akkoord onderschrijft het belang van het tijdig betrekken van DJI, de gemeente en de reclassering, om zo de kans op een succesvolle re-integratie te vergroten. Daarnaast heeft ook het op orde krijgen van de vijf basisvoorwaarden een centrale rol in het bestuurlijk akkoord. Dit vergroot de succeskans van de re-integratie en verkleint de kans op recidive. Voor de gehele doelgroep personen met een forensische titel is het van belang deze vijf basisvoorwaarden op orde te krijgen gedurende hun re-integratieproces.

We hebben verder gekeken dan enkel het bestuurlijk akkoord Nazorg Ex-gedetineerden. De overige bestuurlijk akkoorden (zoals de woonzorgvisie of de handreiking in het kader van medisch noodzakelijk verblijf) richten zich wat ons betreft te veel of alleen op huisvesting. De zorg en/of ondersteuning die gecontinueerd moet worden in het gemeentelijk domein omvat echter meer dan alleen huisvesting. Daarnaast ligt de focus in de woonzorgvisie op ouderen en 'kwetsbare inwoners'. Dit is best breed, waardoor de woonzorgvisies van gemeenten veel verschillende voorrangsgroepen kennen. De forensische doelgroep is één van deze voorrangsgroepen en zal in deze visies waarschijnlijk onvoldoende aandacht krijgen of in ieder geval moeten concurreren met andere groepen.

Daarnaast hebben we ook nog de levenslooppaanpak geanalyseerd. De doelgroep is echter zeer specifiek, namelijk: mensen (18+) die agressief en/of gevaarlijk gedrag (dreigen te) vertonen richting anderen, als gevolg van een psychische aandoening en/of een (licht) verstandelijke beperking (lvb) en/of niet-aangeboren hersenletsel. De doelgroep van dit onderzoek is echter veel breder dan de levensloopcliënten alleen. Niet in alle gevallen is sprake van agressief en/of gevaarlijk gedrag dan wel een psychische aandoening, lvb of niet-aangeboren hersenletsel. In onze ogen is de levenslooppaanpak een opschalingsmechanisme voor hen die meer nodig hebben dan dat het reguliere re-integratietraject inhoudt.

Om de samenwerking tussen forensische zorg en het gemeentelijk domein te borgen bij een aflopende forensische titel en/of zorgmachtiging, moet het bestuurlijk akkoord Nazorg Ex-gedetineerden aangepast worden. Wij adviseren de volgende wijzigingen:

- a. Doelgroep verbreden: het bestuurlijk akkoord dient zich te richten op een bredere doelgroep dan enkel (ex-)gedetineerden. Ook cliënten die voorafgaand aan de forensische titel niet in detentie hebben gezeten en cliënten die na detentie een forensische titel hebben (fase van forensische zorg), moeten onderdeel worden van het bestuurlijk akkoord. Het gevolg van het verbreden van de doelgroep is dat de naam van het bestuurlijk akkoord aangepast moet worden. We stellen voor dit ook in de titel tot uitdrukking te laten komen, bijvoorbeeld door de toevoeging: "... ex-gedetineerden en forensische cliënten";
- b. Indeling wijzigen: wij stellen voor om twee hoofdstukken op te stellen waarbij in elk hoofdstuk invulling wordt gegeven aan een werkproces. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen cliënten die voorafgaand aan de forensische titel in detentie hebben verbleven en cliënten waarbij het re-integratietraject start vanaf het moment dat zij een forensische titel opgelegd hebben gekregen;
- c. Werkproces toevoegen: uit ons onderzoek blijkt dat er onduidelijkheid bestaat over wie wanneer de regie heeft en wat de taken en verantwoordelijkheden per ketenpartner zijn in de verschillende fasen van het re-

integratietraject. Ondanks dat momenteel in het bestuurlijk akkoord wordt gesteld dat het niet mogelijk is om een uniform werkproces te beschrijven door de verschillende werkwijzen van gemeente, adviseren wij de werkprocessen uit hoofdstuk 3 toe te voegen aan de handreiking. De werkprocessen kunnen fungeren als handvat voor de ketenpartners. Aan de hand van deze werkprocessen kunnen ze de samenwerking tussen forensische zorg en gemeenten organiseren;

- d. Gegevensdeling mogelijk maken: daar waar gegevensdeling tussen DJI, de gemeente en de reclassering voor ex-gedetineerden mogelijk is, ontbreekt dit momenteel nog voor de doelgroep die voorafgaand aan forensische zorg niet in detentie heeft gezeten en cliënten die na detentie een forensische titel hebben. Hiervoor moet een wettelijke grondslag gecreëerd worden. Ook moeten de mogelijkheden voor gegevensdeling ook worden uitgebreid naar (forensische) zorgaanbieders.

Ondanks dat wij denken dat de forensische doelgroep het best belicht wordt in het bestuurlijk akkoord Nazorg Ex-gedetineerden, achten wij een verwijzing in de woonzorgvisie noodzakelijk. De woonzorgvisie wordt per gemeente opgesteld. Een verwijzing naar de forensische doelgroep in de woonzorgvisie heeft tot gevolg dat iedere gemeente de forensische doelgroep op het netvlies heeft als voorrangsgroep.

Om het draagvlak voor het bestuurlijk akkoord te vergroten, adviseren we daarnaast aan te sluiten bij een bestaand bestuurlijk overleg zoals bijvoorbeeld het Bestuurlijk Overleg Forensische Zorg. Binnen een bestuurlijk overleg werken ketenpartners uit dezelfde sector samen ten behoeve van ontwikkeling.

5 Conclusies en aanbevelingen

Bij een aflopende forensische titel en/of zorgmachtiging dient zorg en/of ondersteuning (indien noodzakelijk) gecontinueerd te worden vanuit het gemeentelijk domein. Gemeenten en forensische zorgaanbieders werken met elkaar samen om te garanderen dat mensen vanuit een forensische voorziening (forensische kliniek, forensisch beschermd wonen of een ambulante arrangement van de forensische zorgaanbieder) kunnen terugkeren naar een passende plek in de wijk en/of een door de gemeente gefinancierde instelling, zoals regulier beschermd wonen.

Omdat in de huidige situatie de continuïteit niet altijd wordt gerealiseerd, is het streven om procesafspraken te maken over de benodigde verbetering in de samenwerking tussen de forensische zorg en gemeenten. Ten behoeve van de te maken afspraken hebben we onderzoek gedaan om de doelgroep en de te ervaren knelpunten inzichtelijk te maken. De kernvraag van dit onderzoek is: *'Wat is nodig voor cliënten die een forensisch zorgtraject hebben afgerond om hen te (blijven) voorzien van basale levensbehoeften en (continuering van) noodzakelijke ondersteuning?'*

In dit hoofdstuk presenteren we onze conclusies en aanbevelingen op de drie meegegeven doelstellingen:

- a. Inzicht in de aard en omvang van de doelgroep: aantallen, leeftijd, de ondersteuningsvragen die zij hebben aan gemeenten (wonen, begeleiden, participatie, et cetera);
- b. Beschrijving en analyse van (boven-)regionale werkprocessen hoe gemeenten, reclassering, PI's en zorgorganisaties met elkaar samenwerken;
- c. Advies over aansluiting bij een bestaand Bestuurlijk akkoord, met een uitwerking welke aanvulling(en) en/of aanpassingen in dit akkoord gewenst/nodig zijn.

5.1 Inzicht in de aard en omvang van de doelgroep is gefragmenteerd beschikbaar

Inzicht in de aard en omvang van de doelgroep is afhankelijk van verschillende partijen die gegevens registreren over mensen met een aflopende forensische titel en/of zorgmachtiging die aansluitend zorg nodig hebben vanuit het gemeentelijk domein. De beschikbare data van diverse ketenpartners (Injus, 3RO, Ifzo en CBS) hebben we min of meer los van elkaar beschreven. Het is lastig om deze data met elkaar te vergelijken, omdat de ketenpartners cijfers op een andere wijze en op een ander niveau registreren en omdat de cijfers niet altijd betrekking hadden op een vergelijkbare periode. In dit onderzoek was het dan ook **niet goed mogelijk een compleet en samenhangend beeld van de doelgroep** te krijgen. We moeten het op dit moment doen met een beschrijving van (een deel van de) de doelgroep per ketenpartner (zie hoofdstuk 2).

Op basis van de Wfz kunnen ketenpartners binnen de forensische zorg gegevens met elkaar uitwisselen over cliënten. In de Wmo geldt echter het uitgangspunt dat de eigenverantwoordelijkheid van de burger vooropstaat en regie kan voeren over zijn eigen gegevens. Om een compleet beeld te krijgen van de doelgroep is koppeling van data van de verschillende partijen nodig. Dit is echter lastig te bewerkstelligen, omdat de grondslag voor het koppelen van gegevens op persoonsniveau niet zo gemakkelijk gerealiseerd kan worden. Daarbij komt het knelpunt dat het uit het systeem van Ifzo niet afgeleid kan worden of een cliënt uitstroomt naar de Wmo. Ook valt uit CBS-gegevens niet af te leiden of een Wmo-cliënt voorafgaand aan de Wmo-indicatiestelling forensische zorg heeft ontvangen. Er is dus sprake van **een gat in de beschikbare gegevens** met betrekking tot de doelgroep van dit onderzoek. Dit maakt het bijvoorbeeld voor gemeenten onmogelijk om zicht te krijgen op de vraag naar woningen, werk, zorg en ondersteuning voor de doelgroep waarbij een forensische titel en/of zorgmachtiging afloopt maar zorg gecontinueerd moet worden vanuit het gemeentelijk domein.

Wij **geven in overweging** om met behulp van een Trusted Third Party (TTP) de kwantitatieve gegevens van de verschillende betrokken partijen aan elkaar te koppelen door middel van pseudonimisering. Een TTP is een

onafhankelijke derde partij die ondersteunt bij de uitwisseling van privacygevoelige informatie tussen partijen. Met pseudonimisering worden leesbare persoonsgegevens (zoals BSN, naam, geboortedatum) middels een algoritme vervangen door een code (het 'pseudoniem'). Het algoritme doet zijn werk op basis van een unieke sleutel, ofwel een wachtwoord. Op deze manier zijn de identificerende gegevens in de dataset niet herleidbaar tot personen. Door middel van domeinconversie kunnen cliëntgegevens tussen verschillende gepseudonimiseerde databestanden aan elkaar gekoppeld worden. Dit is een route die uitvoerbaar is en in het vervolg verder verkend kan worden.

We willen in deze conclusies ook **wijzen op de korte beschouwing** die we aan het einde van hoofdstuk 2 (in paragraaf 2.4) hebben opgenomen. Deze herhalen we hier. Uiteindelijk moet inzicht in de aard en omvang van de doelgroep bijdragen aan het opstellen van grondslagen voor (samenwerkings)afspraken. Het is belangrijk dat de regionale opgave ten aanzien van de woonbehoefte van de totale doelgroep helder wordt. Vervolgens helpt het ook bij de concretisering van werkprocessen en het opnemen van de opgave in de regionale woonzorgvisies. De vraag is echter of het per se nodig is om pseudonimisering van gegevens te realiseren. Uit dit onderzoek blijkt namelijk dat ketenpartners zeker de urgentie voelen om samen te werken voor de doelgroep met een aflopende forensische titel en/of zorgmachtiging. En als de opgave per regio dan ongeveer in kaart is of gebracht kan worden, weegt pseudonimisering voor een meer precieze inschatting wellicht niet op tegen de moeite die (tijd en financiële middelen) die nodig is om dit te realiseren. Mogelijk volstaat de urgentie tot het concretiseren en verbeteren van de samenwerking tussen de forensische zorg en gemeente. Afspraken hiertoe moeten gemaakt worden in het bestaande bestuurlijke akkoord. Het is wel wenselijk dat hierin ook een grondslag wordt gecreëerd voor noodzakelijke gegevensuitwisseling.

5.2 Conclusies over de (boven-)regionale werkprocessen

5.2.1 Fase 1: detentie

Ondanks dat de gemeente niet beschikt over een wettelijke verplichting om gedetineerden te bezoeken in de desbetreffende PI, worden gedetineerden in de meeste responderende gemeenten bezocht door de nazorgcoördinator. Daarnaast zijn in de meeste PI's tegenwoordig medewerkers van gemeenten werkzaam. Desondanks is het niet voor elke gemeente haalbaar om gedetineerden te bezoeken in de PI. Dit komt mede door een gebrek aan capaciteit bij kleinere gemeenten.

Gemeenten zijn van mening dat ze **onvoldoende worden betrokken bij het re-integratieproces** van de gedetineerde **tijdens de detentiefase**. Zij hanteren het motto "hoe eerder in beeld, hoe beter" als het gaat om hun betrokkenheid bij het re-integratieproces. Op die manier hebben ze voldoende tijd om (voorbereidingen te treffen om) acties te kunnen ondernemen op de leefgebieden van de gedetineerde waarvoor dat nodig is en zorgbehoeften boven tafel te krijgen.

5.2.2 Fase 2: forensische zorg en/of zorgmachtiging

Er worden knelpunten ervaren met betrekking tot de doorstroom van cliënten binnen de forensische zorg. **Cliënten blijven 'hangen'** omdat er niet tijdig een passende vervolgplek gevonden wordt. Men ontvangt dan wel zorg, maar deze zorg sluit niet meer aan bij de zorgbehoefte van de cliënt. Hiervan is zowel sprake op het moment dat cliënten vanuit een klinische setting door moeten stromen naar forensisch beschermd wonen, als wanneer cliënten vanuit forensisch beschermd wonen moeten doorstromen naar zorg en/of ondersteuning in het kader van de Wmo. Daarnaast stagneert de doorstroom van bepaalde doelgroepen, zoals cliënten met zedenproblematiek.

Het niet tijdig vinden van een passende vervolgplek heeft bovendien tot **gevolg dat de (warme) overdracht** tussen de reclassering, de (forensische) zorgaanbieder en de gemeente **niet plaatsvindt**, doordat de forensische titel van de cliënt is afgelopen en de werkzaamheden van de reclasseringswerker daarmee stoppen. Hierdoor kan essentiële informatie verloren gaan. Dit werkt in het nadeel van cliënten in het re-integratieproces.

5.2.3 Fase 3: gemeentelijk domein

Indien er geen sprake is geweest van detentie voorafgaande aan de forensische zorg, komen cliënten pas in beeld bij gemeenten op het moment dat er een Wmo-indicatiestelling wordt aangevraagd. Dit is volgens medewerkers van gemeenten te laat in het re-integratieproces.

Zowel de overgang vanuit detentie of een kliniek naar forensisch beschermd wonen als de overgang vanuit forensische zorg naar beschermd wonen in het kader van de Wmo, ervaart men als een **(te) grote overgang**. De sterke afname in intensiteit van begeleiding en/of ondersteuning en het wegvallen van het gedwongen kader heeft (mogelijk) tot gevolg dat het risico op recidive toeneemt. Een gedeelte van de doelgroep vervalt in oud gedrag of werkt niet meer mee aan zorg. Ook de cliënten die niet (meer) met justitie in aanraking komen vertonen 'forensisch gedrag', waarmee bedoeld wordt dat cliënten dezelfde complexe problematiek/gedragingen vertonen als de doelgroep met forensische titel.

5.2.4 Bovenregionale plaatsing

Er bestaat een **verschil tussen de forensische zorg en de Wmo ten aanzien van plaatsing**. Ondanks het feit dat regionaal plaatsen het uitgangspunt vormt, is het bij forensische zorg mogelijk om cliënten op landelijk niveau te plaatsen. Het plaatsen in het kader van de Wmo is daarentegen regio- (of gemeente-)gebonden. In enkele gevallen betekent dit dat cliënten het re-integratieproces starten buiten de regio van herkomst, maar moeten voortzetten in de gemeente van herkomst. Dit wordt niet wenselijk geacht.

Daarnaast ervaart men knelpunten met betrekking tot bovenregionale plaatsing door de **urgentieverklaring** die enkel wordt verstrekt aan mensen uit de regio, het aantal uitstromende cliënten in gemeenten met veel klinieken of zorgaanbieders groter is dan in andere gemeenten, een eenduidig werkproces ontbreekt en er onduidelijkheid wordt ervaren in wie met wie moet afstemmen om een bovenregionale plaatsing te kunnen realiseren.

5.3 Aanbevelingen met betrekking tot de (boven-)regionale werkprocessen

- a. **Aansluiting van gemeenten bij het werkproces 'Samen starten'**: dit geeft gemeenten de mogelijkheid om in een vroeg stadium betrokken te worden bij het re-integratieproces en op die manier wordt de samenwerking tussen DJI, de reclassering en gemeenten geoptimaliseerd. Wij adviseren het ministerie van Justitie en Veiligheid om gemeenten mee te nemen in de opdrachtformulering met betrekking tot het werkproces 'Samen starten' en adviseren daarnaast DJI en de reclassering om gemeenten mee te nemen in de uitvoering van het werkproces 'Samen starten';
- b. **Afstemming tussen ForZo/JJI en de inkoop van beschermd wonen door gemeenten**: het zorgaanbod moet op elkaar aansluiten om stagnering in de doorstroom van cliënten te voorkomen. Dit moet gebeuren zowel op kwalitatief niveau, de benodigde expertise voor deze cliënten, als op kwantitatief niveau, het benodigde aantal plekken. Aangezien de inkoop van forensische zorg op een andere manier georganiseerd is dan de inkoop van zorg in het kader van de Wmo, dient er afstemming plaats te vinden per veiligheidsregio;
- c. **Zorgaanbieders moeten zowel begeleiding en/of ondersteuning in het kader van Wfz als in het kader van Wmo aanbieden**: op deze manier beschikken zorgaanbieders over forensische expertise, die nodig is voor de omgang met de doelgroep die niet (meer) met justitie in aanraking komt, maar wel forensisch gedrag vertoont. Daarnaast zorgt dit ervoor dat cliënten veelal op dezelfde locatie of binnen dezelfde zorgorganisatie kunnen verblijven tijdens de overgang van zorg en/of ondersteuning vanuit de Wfz naar de Wmo;
- d. **Dakpansgewijs werken**: er moet een overbrugging gecreëerd te worden waarbij zowel ketenpartners uit de forensische zorg als ketenpartners uit het gemeentelijk domein tijdelijk samen werkzaam zijn binnen dezelfde casus. Deze aanbeveling omvat extra inzet van gemeenten, omdat zij eerder betrokken moeten zijn in het re-integratieproces. Omdat gemeenten hier nu geen financiering voor ontvangen, moeten de financiële mogelijkheden om gemeenten eerder in het re-integratieproces te betrekken, worden verkend. Alleen als gemeenten voldoende capaciteit en financiële middelen hebben, kunnen zij deze taak oppakken. Om

dakpansgewijs te kunnen werken, kunnen ook lessen worden getrokken uit de levensloopaanpak. Ondanks dat de levensloopaanpak geldt voor een andere doelgroep dan de doelgroep van dit onderzoek, is het zeker zinvol om te kijken naar de samenwerkingsafspraken die er gemaakt zijn tussen netwerkpartners en hoe deze samenwerking verloopt in de praktijk. Binnen de levensloopaanpak werken netwerkpartners op landelijk en lokaal niveau nauw met elkaar samen voor mensen met onbegrepen gedrag en een hoog veiligheidsrisico. De geleerde lessen kunnen breder getrokken worden en mogelijk ook van toepassing zijn op de doelgroep met aflopende forensische titel en/of zorgmachtiging waarbij de zorg gecontinueerd dient te worden vanuit het gemeentelijk domein;

- e. **Duidelijkere functieomschrijving voor de rol van nazorgcoördinator en één centraal contactpersoon bij de gemeente:** Om tijdelijk samen werkzaam te zijn binnen dezelfde casus is een nauwe(re) samenwerking noodzakelijk. Gemeenten zijn een zelfstandig opererend overheidsorgaan en iedere gemeente heeft de nodige beleidsruimte om zaken anders te regelen dan andere gemeenten. Dit komt niet altijd ten goede van de samenwerking met de reclassering en zorgaanbieders, omdat zij geconfronteerd worden met verschillende werkwijzen tussen gemeenten wat voor onduidelijkheid in de samenwerking zorgt. Een duidelijker functieomschrijving voor de rol van de nazorgcoördinator zou helpend zijn om meer uniformiteit in de werkzaamheden van de functie te creëren. Daarnaast is één centraal contactpersoon bij gemeenten aan te bevelen. Ook dient gegevensuitwisseling met de gemeente mogelijk gemaakt te worden voor cliënten die niet in detentie te hebben gezeten;
- f. **Landelijke toegankelijkheid aanhouden in het kader van de Wmo:** op deze manier start het re-integratieproces tijdens de forensische zorg niet in een andere regio dan waar het moet worden voortgezet in het kader van de Wmo. Daarnaast zullen cliënten (naar verwachting) eerder uitstromen naar gemeenten waar (passende) plekken beschikbaar zijn. Hierbij is echter wel een mogelijke keerzijde voor enkele gemeenten als cliënten veelal willen uitstromen in dezelfde gemeenten. Deze gemeenten beschikken dan over een populatie met zwaardere zorgbehoeften of meer aanvragen in het kader van de Wmo of Participatiewet. Desalniettemin zullen de (meeste) knelpunten van bovenregionale plaatsing opgelost zijn op het moment dat er landelijke toegankelijkheid gehanteerd wordt in het kader van de Wmo.

De kanttekening dient gemaakt te worden dat in onderhavig onderzoek slechts een afvaardiging van de Nederlandse gemeenten is betrokken. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat er nog andere knelpunten aan het licht komen op het moment dat men aan de slag gaat met bovenstaande aanbevelingen.

5.4 Aansluiting bij bestaand bestuurlijk akkoord

Wij adviseren aan te sluiten bij het bestuurlijk akkoord Nazorg Ex-gedetineerden. De aanpak van dit vraagstuk sluit inhoudelijk het beste hierbij aan, het bestuurlijk akkoord is al bekend bij betrokken partijen en daarnaast omvat het bestuurlijk akkoord al een deel van de doelgroep waarbij zorg en/of ondersteuning gecontinueerd moet worden vanuit het gemeentelijk domein. Dit omdat zij voorafgaand in detentie hebben verbleven. Om de volgende reden zijn wij van mening dat aansluiten bij het bestuurlijk akkoord Nazorg Ex-gedetineerden het best passend is, namelijk:

- a. De strekking van het bestuurlijk akkoord sluit aan bij datgene wat nodig is om continuïteit van zorg en ondersteuning te organiseren voor deze doelgroep. Het bestuurlijk akkoord omschrijft de gezamenlijke opgave van DJI, de gemeente, de gedetineerde en waar nodig de reclassering om te voorkomen dat (ex-)gedetineerden na detentie terugvallen in herhaling door hen zo goed mogelijk voor te bereiden op de terugkeer naar de samenleving;
- b. Een deel van de doelgroep, namelijk de groep ex-gedetineerden met forensische titel, valt op een aantal momenten al binnen het bestuurlijk akkoord;
- c. Het bestuurlijk akkoord onderschrijft de centrale rol voor het op orde krijgen van de vijf basisvoorwaarden. Dit vergroot de succeskans op re-integratie en is een belangrijk onderdeel in de samenwerking tussen forensische zorg en gemeenten.

Om de samenwerking tussen forensische zorg en het gemeentelijk domein te borgen bij een aflopende forensische titel en/of zorgmachtiging, moeten de volgende wijzigingen worden doorgevoerd:

- a. Doelgroep verbreden: het bestuurlijk akkoord dient zich te richten op een bredere doelgroep dan enkel (ex-)gedetineerden. Ook cliënten die voorafgaand aan de forensische titel niet in detentie hebben gezeten en cliënten die na detentie een forensische titel hebben (fase van forensische zorg), moeten onderdeel worden van het bestuurlijk akkoord. Het gevolg van het verbreden van de doelgroep is dat de naam van het bestuurlijk akkoord aangepast moet worden. We stellen voor dit ook in de titel tot uitdrukking te laten komen, bijvoorbeeld door de toevoeging: "... ex-gedetineerden en forensische cliënten";
- b. Indeling wijzigen: wij stellen voor om twee hoofdstukken op te stellen waarbij in elk hoofdstuk invulling wordt gegeven aan een werkproces. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen cliënten die voorafgaand aan de forensische titel in detentie hebben verbleven en cliënten waarbij het re-integratietraject start vanaf het moment dat zij een forensische titel opgelegd hebben gekregen;
- c. Werkproces toevoegen: uit ons onderzoek blijkt dat er onduidelijkheid bestaat over wie wanneer de regie heeft en wat de taken en verantwoordelijkheden per ketenpartner zijn in de verschillende fasen van het re-integratietraject. Ondanks dat momenteel in het bestuurlijk akkoord wordt gesteld dat het niet mogelijk is om een uniform werkproces te beschrijven door de verschillende werkwijzen van gemeente, adviseren wij de werkprocessen uit hoofdstuk 3 toe te voegen aan de handreiking. De werkprocessen kunnen fungeren als handvat voor de ketenpartners. Aan de hand van deze werkprocessen kunnen ze de samenwerking tussen forensische zorg en gemeenten organiseren;
- d. Gegevensdeling mogelijk maken: daar waar gegevensdeling tussen DJI, de gemeente en de reclassering voor ex-gedetineerden mogelijk is, ontbreekt dit momenteel nog voor de doelgroep die voorafgaand aan forensische zorg niet in detentie heeft gezeten en cliënten die na detentie een forensische titel hebben. Hiervoor moet een wettelijke grondslag gecreëerd worden. Ook moeten de mogelijkheden voor gegevensdeling ook worden uitgebreid naar (forensische) zorgaanbieders.

Daarnaast achten wij een verwijzing in de woonzorgvisie noodzakelijk. De woonzorgvisie wordt per gemeente opgesteld en een verwijzing zorgt ervoor dat iedere gemeente de forensische doelgroep als voorrangsgroep op het netvlies heeft. Om het draagvlak voor het bestuurlijk akkoord te vergroten, adviseren we daarnaast aan te sluiten bij een bestaand bestuurlijk overleg zoals bijvoorbeeld het Bestuurlijk Overleg Forensische Zorg.

A. Aanvullende cijfers per gemeente

Aantal Injus-meldingen 'begin detentie' en 'einde detentie' per gemeente voor 2022 en 2023

Gemeente	2022		2023	
	Meldingen begin detentie	Meldingen einde detentie	Meldingen begin detentie	Meldingen einde detentie
Aa en Hunze	8	6	10	13
Aalsmeer	20	27	18	20
Aalten	2	5	7	6
Achtkarspelen	17	26	13	15
Alblasserdam	7	11	10	14
Albrandswaard	38	50	32	49
Alkmaar	176	178	169	192
Almelo	79	126	113	147
Almere	338	481	287	337
Alphen aan den Rijn	69	91	70	85
Alphen-Chaam	1	1	2	2
Altena	11	14	17	26
Amersfoort	129	214	143	183
Amstelveen	39	51	47	62
Amsterdam	1.500	2.077	1.886	2.111
Apeldoorn	145	211	190	250
Arnhem	242	427	300	408
Assen	79	97	99	134
Asten	7	9	7	9
Baarle-Nassau	12	11	4	6
Baarn	7	13	5	8
Barendrecht	24	32	22	29
Barneveld	14	16	19	24
Beek L	5	13	10	10
Beekdaelen	14	16	18	22
Beesel	4	3	5	11
Berg en Dal	17	24	18	23
Bergeijk	4	11	6	7
Bergen (L)	1	1	1	3
Bergen (NH)	10	6	7	12
Bergen op Zoom	96	132	88	113
Berkelland	8	24	18	21
Bernheze	5	8	13	12
Best	17	12	16	20
Beuningen	4	6	3	9
Beverwijk	39	47	40	45
Bladel	9	10	8	8
Blaricum		3	2	7
Bloemendaal	9	7	7	11
Bodegraven-Reeuwijk	18	23	17	25
Boekel	3	2	2	7
Borger-Odoorn	5	5	10	18
Borne	1	6	8	15
Borsele	11	10	9	11
Boxtel	5	20	25	26
Breda	135	226	165	210
Brielle	4	7		
Bronckhorst	2	2	6	8
Brummen	7	10	2	5
Brunssum	15	28	32	32

Bunnik	4	3	5	8
Bunschoten	4	13	6	9
Buren	10	14	9	9
Capelle ad IJssel	70	90	89	95
Castricum	14	16	15	15
Coevorden	23	29	20	18
Cranendonck	6	7	9	9
Culemborg	8	8	12	18
Dalfsen	8	5	9	10
Dantumadiel	6	14	5	9
De Bilt	28	35	19	27
De Fryske Marren	16	28	18	22
De Ronde Venen	14	15	10	15
De Wolden	2	2	3	3
Delft	115	165	112	127
Den Helder	68	86	89	97
Deurne	11	17	22	27
Deventer	92	137	112	168
Diemen	38	41	32	33
Dijk en Waard	42	58	55	61
Dinkelland	5	3	2	3
Doesburg	4	7	8	9
Doetinchem	50	69	62	82
Dongen	6	12	8	7
Dordrecht	167	246	182	206
Drechterland	6	7	14	11
Drimmelen	5	10	8	9
Dronten	21	30	8	15
Druten	4	11	8	11
Duiven	10	12	14	19
Echt-Susteren	15	16	18	23
Edam-Volendam	4	4	12	14
Ede	53	89	89	111
Eemnes	3	4	2	3
Eemsdelta	36	49	36	52
Eersel	5	11	4	7
Eijsden-Margraten	2	3	8	9
Eindhoven	318	521	389	486
Elburg	17	22	6	10
Emmen	81	122	100	131
Enkhuizen	10	13	14	13
Enschede	204	298	245	317
Epe	16	29	21	30
Ermelo	19	18	17	18
Etten-Leur	19	33	25	26
Geertruidenberg	7	11	4	4
Geldrop-Mierlo	14	23	18	21
Gemert-Bakel	7	13	12	16
Gennep	8	14	7	7
Gilze en Rijen	18	27	22	24
Goeree-Overflakkee	21	23	12	19
Goes	36	40	37	38
Goirle	8	14	14	12
Gooise Meren	23	43	32	40
Gorinchem	31	43	28	38
Gouda	91	114	83	117
Groningen	302	395	313	374
Gulpen-Wittem	2	7	7	7

Haaksbergen	5	10	10	10
Haarlem	148	194	181	202
Haarlemmermeer	92	109	109	112
Halderberge	15	34	27	26
Hardenberg	27	35	27	36
Harderwijk	34	41	35	39
Hardinxveld-Giessendam	10	8	4	8
Harlingen	7	7	8	13
Hatterij	4	2	3	7
Heemskerk	38	42	18	17
Heemstede	6	9	5	2
Heerde	8	16	7	6
Heerenveen	28	39	24	32
Heerlen	173	254	204	273
Heeze-Leende	5	11	10	9
Heiloo	5	11	9	9
Hellendoorn	1	4	2	4
Hellevoetsluis	30	32		
Helmond	114	167	138	177
Hendrik-Ido-Ambacht	6	12	11	16
Hengelo (O)	76	87	75	86
Het Hogeland	12	13	4	13
Heumen	4	5	6	10
Heusden	24	38	37	45
Hillegom	18	31	17	18
Hilvarenbeek	4	3	2	3
Hilversum	96	110	94	129
Hoeksche Waard	30	39	24	34
Hof van Twente	16	22	8	14
Hollands Kroon	12	28	18	24
Hoogeveen	40	48	42	52
Hoorn	83	98	80	99
Horst aan de Maas	11	17	9	15
Houten	11	18	16	21
Huizen	21	27	17	26
Hulst	16	19	10	14
IJsselstein	20	27	20	22
Kaag en Braassem	5	10	5	8
Kampen	25	30	27	34
Kapelle	6	5	4	2
Katwijk	26	42	39	31
Kerkrade	58	90	61	73
Koggenland	12	13	13	15
Krimpen a	16	19	14	17
Krimpenerwaard	23	28	25	37
Laarbeek	3	5	8	6
Land van Cuijk	28	40	39	43
Landgraaf	27	45	41	41
Landsmeer	11	14	12	16
Lansingerland	27	20	26	42
Laren	2	2	4	4
Leeuwarden	240	307	278	343
Leiden	131	205	153	168
Leiderdorp	7	16	14	15
Leidschendam-Voorburg	48	77	72	95
Lelystad	121	192	111	162
Leudal	30	37	16	26

Leusden	6	5	10	13
Lingewaard	4	12	8	16
Lisse	2	9	8	12
Lochem	9	19	10	10
Loon op Zand	10	15	6	6
Lopik	7	12	3	4
Losser	9	12	10	7
Maasdriel	19	19	24	33
Maasgouw	8	10	7	12
Maashorst	18	27	20	30
Maassluis	30	33	31	41
Maastricht	83	159	117	131
Medemblik	27	31	42	42
Meerssen	4	9	13	11
Meierijstad	19	34	31	42
Meppel	18	18	15	15
Middelburg	33	43	46	39
Midden-Delfland	6	6	3	3
Midden-Drenthe	12	24	32	35
Midden-Groningen	47	73	50	66
Moerdijk	15	22	28	24
Molenlanden	9	11	10	8
Montferland	5	24	14	17
Montfoort	3	4	5	8
Mook en Middelaar			1	3
Neder-Betuwe	8	10	5	12
Nederweert	7	12	8	15
Nieuwegein	59	77	47	65
Nieuwkoop	9	13	8	10
Nijkerk	11	15	12	18
Nijmegen	138	266	200	276
Nissewaard	63	95	88	101
Noardeast-Fryslân	24	38	20	30
Noord-Beveland	7	5	2	6
Noordenveld	8	14	7	12
Noordoostpolder	20	26	28	32
Noordwijk	23	26	20	30
Nuenen Ca	1	5	4	8
Nunspeet	17	22	13	15
Oegstgeest	8	9	6	9
Oirschot	3	7	12	11
Oisterwijk	6	12	11	15
Oldambt	24	38	41	43
Oldebroek	14	15	13	15
Oldenzaal	18	19	9	18
Olst-Wijhe	3	6	1	2
Ommen	3	2	7	9
Oost Gelre	14	13	16	17
Oosterhout NB	37	62	38	41
Ooststellingwerf	13	14	7	15
Oostzaan	2	5	3	8
Opmeer	2	3	3	4
Opsterland	11	13	5	11
Oss	74	125	114	116
Oude IJsselstreek	15	23	7	13
Ouder-Amstel	8	11	16	13
Oudewater	3	4	3	4
Overbetuwe	12	20	21	21

Papendrecht	15	21	16	26
Peel en Maas	16	19	23	34
Pekela	9	13	3	4
Pijnacker-Nootdorp	21	24	22	21
Purmerend	83	97	99	122
Putten	10	12	8	12
Raalte	4	10	1	4
Reimerswaal	15	20	9	11
Renkum	11	15	13	16
Renswoude	3	3	3	4
Reusel-De Mierden		1	8	7
Rheden	21	46	31	41
Rhenen	5	11	2	3
Ridderkerk	35	40	38	48
Rijssen-Holten	4	7	2	4
Rijswijk	31	52	41	42
Roerdalen	8	9	12	9
Roermond	56	74	77	92
Roosendaal	68	94	113	119
Rotterdam	1.723	2.233	1.763	2.041
Rozendaal	1	1		
Rucphen	19	27	20	18
Schagen	17	14	20	18
Scherpenzeel	1	1	4	4
Schiedam	138	177	128	156
Schiermonnikoog	1	1	1	1
Schouwen-Duiveland	11	17	8	13
s-Gravenhage	1.136	1.643	1.376	1.629
s-Hertogenbosch	143	252	148	221
Simpelveld	6	6	5	6
Sint Michielsgestel	7	10	13	17
Sittard-Geleen	68	143	108	143
Sliedrecht	11	11	15	16
Sluis	4	7	10	10
Smallingerland	47	66	52	67
Soest	20	36	23	30
Someren	6	11	8	10
Son en Breugel	5	6	1	5
Stadskanaal	21	22	25	27
Staphorst	2	2	2	5
Stede Broec	5	17	13	17
Steenbergen	19	21	15	17
Steenwijkerland	21	34	20	26
Stein	6	7	13	13
Stichtse Vecht	39	56	22	29
Súdwest-Fryslân	50	76	69	89
Terneuzen	61	73	49	67
Texel	3	1	1	3
Teylingen	10	13	10	14
Tholen	7	7	7	11
Tiel	30	39	47	71
Tilburg	284	401	339	414
Tubbergen	2	4	2	2
Twenterand	11	11	11	13
Tynaarlo	18	27	28	40
Tytsjerksteradiel	13	21	13	12
Uitgeest	7	9	9	9
Uithoorn	18	26	29	37

Urk	7	9	6	10
Utrecht	494	722	470	632
Utrechtse Heuvelrug	13	21	8	13
Vaals	4	2	3	8
Valkenburg a/d Geul	3	3	15	15
Valkenswaard	16	33	16	20
Veendam	12	18	14	19
Veenendaal	22	44	44	60
Veere	2	5	5	6
Veldhoven	14	22	20	15
Velsen	60	75	51	59
Venlo	104	178	117	151
Venray	64	116	58	70
Vijfheerenlanden	25	33	30	45
Vlaardingen	103	134	115	144
Mieland		1	76	2
Missingen	87	100	2	87
Voerendaal	3	4	42	4
Voorne aan Zee				51
Voorschoten	11	16	6	10
Voorst	8	11	4	7
Vught	17	23	21	31
Waadhoeke	37	61	29	41
Waalre	3	12	9	7
Waalwijk	33	44	38	42
Waddinxveen	9	20	21	24
Wageningen	13	16	11	12
Wassenaar	6	8	15	18
Waterland	3	3		4
Weert	37	64	49	63
West Betuwe	10	21	21	25
West Maas en Waal	8	14	4	6
Westerkwartier	21	30	14	25
Westerveld	3	2	5	8
Westervoort	1	6	13	8
Westerwolde	18	24	16	25
Westland	74	108	86	105
Weststellingwerf	5	9	4	10
Westvoorne	6	11		
Wierden	2	4	4	4
Wijchen	17	20	17	21
Wijdmeren	6	10	5	9
Wijk bij Duurstede	4	5	4	6
Winterswijk	18	17	20	32
Woensdrecht	15	21	10	14
Woerden	19	32	19	26
Wormerland	10	6	2	5
Woudenberg	4	6	3	3
Zaanstad	183	218	184	194
Zaltbommel	14	26	14	15
Zandvoort	13	15	22	18
Zeewolde	41	53	39	50
Zeist	73	104	73	93
Zevenaar	11	21	20	29
Zoetermeer	115	154	117	138
Zoeterwoude	1	1		25
Zuidplas	8	13	17	9

Zundert	5	12	9	61
Zutphen	52	80	40	9
Zwartewaterland	2	4	6	40
Zwijndrecht	20	30	31	229
Zwolle	139	190	166	229
Totaal	15.337	21.707	17.386	21.465

In- en uitstroomcijfers maatwerkvoorzieningen 'ondersteuning thuis' en 'opvang en verblijf' voor 2021 en 2022

Maatwerkvoorziening 'ondersteuning thuis'

Gemeente	2021		2022	
	Instroom	Uitstroom	Instroom	Uitstroom
Aa en Hunze	415	415	285	195
Aalsmeer				
Aalten	195	230	275	335
Achtkarspelen	295	290	325	275
Ablasserdam	130	90	90	95
Albrandswaard	80	230	235	85
Alkmaar	2.370	750	725	600
Almelo	1.070	990	830	850
Almere	160	115	125	120
Alphen aan den Rijn	170	150	250	205
Alphen-Chaam	95	40	40	30
Altena	735	245	270	245
Ameland	25	25	45	50
Amersfoort	2.685	1.895	1.735	1.910
Amstelveen				
Amsterdam	15.555	8.965	4.230	5.340
Apeldoorn	1.240	1.170	1.535	1.250
Appingedam				
Arnhem	4.605	2.860	3.110	2.670
Assen	635	615	605	620
Asten	110	85	105	90
Baarle-Nassau	110	50	40	40
Baarn	250	115	115	150
Barendrecht	150	450	480	155
Barneveld	15	20	15	15
Beek (L.)			300	120
Beekdaelen	265	220	195	205
Beemster	60	150		
Beesel	110	155	20	130
Berg en Dal	325	325	275	265
Bergeijk	10	10	170	30
Bergen (L.)	255	105	20	165
Bergen (NH.)	325	125	130	110
Bergen op Zoom	1.370	715	640	560
Berkelland	485	405	445	760
Bernheze	205	165	190	160
Best	175	135	180	185
Beuningen	225	200	180	205
Beverwijk	260	200	235	230
Bladel			290	50
Blaricum			30	15
Bloemendaal	50	45	55	115

Bodegraven-Reeuwijk	405	220	160	185
Boekel	50	50	45	45
Borger-Odoorn	465	345	295	215
Borne	215	225	185	180
Borsele	125	150	125	120
Boxmeer				
Boxtel	495	470	500	195
Breda	4.560	1.805	1.170	1.745
Brielle	165	75	65	155
Bronckhorst	345	290	350	550
Brummen	150	140	130	145
Brunssum	220	170	155	130
Bunnik	85	90	85	70
Bunschoten	185	100	95	110
Buren	350	330	115	95
Capelle aan den IJssel	1.000	410	465	435
Castricum	390	155	160	150
Coevorden	660	530	380	260
Cranendonck	140	110	105	125
Cuijk	220	595		
Culemborg	175	170	175	145
Dalfsen	385	180	145	155
Dantumadiel	225	130	95	130
De Bilt	305	325	350	320
De Fryske Marren	375	365	300	410
De Ronde Venen	265	240	245	260
De Wolden	170	140	135	130
Delft	65	55	40	50
Delfzijl				
Den Helder	585	365	370	375
Deurne	200	190	195	175
Deventer	905	985	850	925
Diemen	215	95	85	85
Dijk en Waard			1.405	350
Dinkelland	215	215	230	215
Doesburg	130	125	80	95
Doetinchem	1.015	1.020	610	1.490
Dongen				
Dordrecht	980	725	840	715
Drechterland	40	40	40	40
Drimmelen	245	85	95	90
Dronten	555	275	235	275
Druten	145	140	125	135
Duiven				
Echt-Susteren	210	170	185	205
Edam-Volendam	255	115	100	105
Ede	1.080	1.050	1.015	1.035
Eemnes			35	20
Eemsdelta	885	875	830	380
Eersel	10		215	50
Eijsden-Margraten	270	210	195	115
Eindhoven	430	545	315	495
Elburg	425	245	240	165
Emmen				
Enkhuizen	80	85	80	80
Enschede	1.960	1.585	1.570	1.490
Epe	180	220	145	160
Ermelo	220	240	220	165

Etten-Leur	795	290	265	770
Geertruidenberg	395	145	155	150
Geldrop-Mierlo	320	105	335	220
Gemert-Bakel	200	170	170	200
Gennep	180	150	30	295
Gilze en Rijen	20	30	25	20
Goeree-Overflakkee	620	200		
Goes	320	330	310	330
Goirle		10		
Gooise Meren	220	200		
Gorinchem	210	190	205	455
Gouda	605	565	625	1.950
Grave	65	200		
Groningen	1.510	1.485	1.010	1.710
Gulpen-Wittem	180	165	150	85
Haaksbergen	165	160	115	130
Haaren				
Haarlem	580	495	485	965
Haarlemmermeer	1.390	905	910	835
Halderberge	430	190	160	440
Hardenberg				
Harderwijk	365	365	420	355
Hardinxveld-Giessendam	115	75	115	65
Harlingen	135	125	160	145
Hattem	75	50	65	60
Heemskerk	210	160	185	165
Heemstede	45	45	90	160
Heerde	115	105	125	90
Heerenveen	1.245	415	460	460
Heerhugowaard	1.025	325		
Heerlen	65	85		
Heeze-Leende	95	95	90	90
Heiloo	320	110	145	115
Hellendoorn	230	210	235	205
Hellevoetsluis	540	300	260	595
Helmond	830	900	695	800
Hendrik-Ido-Ambacht	135	100	120	105
Hengelo (O.)	970	925	880	870
Het Hogeland	420	1.005	940	460
Heumen				
Heusden	10	10		10
Hillegom	420	160	110	125
Hilvarenbeek				
Hilversum	580	565	520	600
Hoeksche Waard	575	485	540	1.375
Hof van Twente	230	225	220	225
Hollands Kroon	135	125	180	110
Hoogeveen	580	515	485	455
Hoorn	110	115	90	90
Horst aan de Maas	450	420	400	480
Houten	10	15	70	15
Huizen			225	100
Hulst	160	150	175	125
IJsselstein			50	10
Kaag en Braassem				
Kampen	1.035	355	475	380
Kapelle	85	75	100	70
Katwijk	915	375	425	395

Kerkrade	1.685	665	625	640
Koggenland	20	20	20	15
Krimpen aan den IJssel	215	200	175	160
Krimpenerwaard	975	390	360	385
Laarbeek	55	70	75	80
Land van Cuijk			1.695	515
Landerd	105	220		
Landgraaf	40	130		
Landsmeer	95	45	30	30
Langedijk	375	95		
Lansingerland	155	195	145	140
Laren (NH.)			40	15
Leeuwarden	3.555	1.550	1.200	1.775
Leiden	2.680	840	920	835
Leiderdorp	270	115	110	95
Leidschendam-Voorburg	420	410	450	455
Lelystad	470	655	530	520
Leudal	465	190	200	220
Leusden	330	175	185	175
Lingewaard	270	270	250	250
Lisse	470	185	160	140
Lochem	435	175	205	175
Loon op Zand	140	110	125	135
Lopik			10	
Loppersum				
Losser	165	130	160	135
Maasdriel	170	385	435	135
Maasgouw	145	145	145	145
Maashorst			1.220	475
Maassluis	25	30	20	10
Maastricht	1.495	2.705	2.630	1.225
Medemblik	10	15		
Meerssen	290	210	250	145
Meierijstad	1.130	1.215	1.315	595
Meppel	275	220	275	300
Middelburg (Z.)	570	355	305	340
Midden-Delfland	20			10
Midden-Drenthe	480	480	380	215
Midden-Groningen	1.445	655	665	655
Mill en Sint Hubert	50	155		
Moerdijk	490	175	190	530
Molenlanden	275	260	250	345
Montferland	805	325	400	630
Montfoort	155	155	125	75
Mook en Middelaar	55	50	60	50
Neder-Betuwe	360	165	230	120
Nederweert	190	75	70	70
Nieuwegein	50	40	165	45
Nieuwkoop	30	30	55	45
Nijkerk	720	290	325	320
Nijmegen	1.225	1.545	1.250	1.915
Nissewaard	645	465	485	515
Noardeast-Fryslân	595	315	290	285
Noord-Beveland	40	45	45	45
Noordenveld			225	215
Noordoostpolder	235	465	485	295
Noordwijk	585	245		
Nuenen, Gerwen en Nederwetten	75	65	220	90

Nunspeet	255	285	300	210
Oegstgeest	335	170	210	175
Oirschot	10	10	105	25
Oisterwijk	50	40		
Oldambt	360	415	350	405
Oldebroek	150	180	180	125
Oldenzaal	250	220	230	215
Olst-Wijhe	355	145	145	145
Ommen				
Oost Gelre	200	180	170	310
Oosterhout	975	370	705	685
Ooststellingwerf	215	220	195	190
Oostzaan				
Opmeer				
Opsterland	225	205	210	200
Oss	725	685	755	660
Oude IJsselstreek	325	740	700	305
Ouder-Amstel	120	50	40	35
Oudewater	50	50	35	50
Overbetuwe	370	285	315	255
Papendrecht	210	160	155	145
Peel en Maas	310	260	65	425
Pekela	50	135	40	45
Pijnacker-Nootdorp	550	225	125	385
Purmerend	700	625	845	665
Putten	115	120	105	95
Raalte	830	325	295	325
Reimerswaal	90	75	85	95
Renkum	365	315	345	230
Renswoude			30	20
Reusel-De Mierden			195	45
Rheden	425	470	290	300
Rhenen	155	120	120	120
Ridderkerk	265	735	725	255
Rijssen-Holten			210	195
Rijswijk (ZH.)				
Roerdalen	110	120	125	110
Roermond	685	1.520	1.375	595
Roosendaal	1.285	495	430	1.275
Rotterdam	7.775	8.430	6.615	7.205
Rozendaal				
Rucphen	345	130	140	375
Schagen	265	210	225	250
Scherpenzeel				
Schiedam	85	130	85	90
Schiermonnikoog				
Schouwen-Duiveland	165	215	205	180
s-Gravenhage	1.020	845	795	765
's-Hertogenbosch	2.525	2.255	2.795	1.025
Simpelveld	70	70	70	60
Sint Anthonis				
Sint-Michielsgestel	385	370	420	165
Sittard-Geleen	20		2.575	670
Sliedrecht	220	145	165	175
Sluis	155	190	130	225
Smallerland	480	470	685	475
Soest	450	190	190	240
Someren	120	105	105	95

Son en Breugel	50	40	110	45
Stadskanaal	285	295	260	390
Staphorst	105	115	110	100
Stede Broec	55	50	40	45
Steenbergen	430	180	195	180
Steenwijkerland	810	830	795	800
Stein (L.)			365	120
Stichtse Vecht	345	680		
Súdwest-Fryslân	840	2.245	1.485	1.410
Terneuzen	415	355	345	330
Terschelling	30	40	35	35
Texel	75	55	45	75
Teylingen	655	295	280	230
Tholen	175	195	160	135
Tiel	370	275	325	315
Tilburg	5.070	2.095	1.960	2.015
Tubbergen	170	175	175	190
Twenterand	280	235	250	205
Tynaarlo	465	465	305	190
Tytsjerksteradiel	310	260	270	250
Uden	400	975		
Uitgeest	130	40	45	55
Uithoorn	355	130	160	115
Urk	130	165	190	130
Utrecht	1.225	1.255	1.205	1.235
Utrechtse Heuvelrug	425	615	480	500
Vaals	145	115	125	80
Valkenburg aan de Geul	110	210	195	75
Valkenswaard	275	310	295	275
Veendam	215	325	35	50
Veenendaal	705	640	570	630
Veere	25	20	125	120
Veldhoven	10	15	475	85
Velsen	475	360	325	520
Venlo	785	840	310	1.110
Venray	430	435	215	715
Vijfheerenlanden	225	365	40	15
Vaardingen	70	100	50	60
Vieland				
Missingen	870	540	540	805
Voerendaal	80	70	75	70
Voorne aan Zee				
Voorschoten	100	80		
Voorst				
Vught	180	335	430	145
Waadhoeke	250	275	290	330
Waalre	50	55	150	45
Waalwijk	360	290	290	280
Waddinxveen	400	140	160	170
Wageningen	265	265	260	235
Wassenaar	95	70		
Waterland	215	115	130	110
Weert	1.000	355	375	390
Weesp	90	80		
West Betuwe	310	255	300	310
West Maas en Waal	105	115	55	120
Westerkwartier	1.195	1.195	855	440
Westerveld	255	255	240	235

Westervoort				
Westerwolde	225	190	190	195
Westland		10		
Weststellingwerf	245	240	200	210
Westvoorne	140	80	45	115
Wierden	150	165	155	135
Wijchen	335	295	265	320
Wijdmeren	190	180	135	140
Wijk bij Duurstede	135	155	175	160
Winterswijk	215	230	250	455
Woensdrecht	325	135	125	130
Woerden	395	385	385	455
Wormerland				
Woudenberg	105	95	60	65
Zaanstad	2.305	890	915	865
Zaltbommel	155	420	490	160
Zandvoort	35	30	40	75
Zeewolde	100	120	135	125
Zeist	595	620	680	595
Zevenaar	395	375	385	365
Zoetermeer	520	1.755	195	405
Zoeterwoude	95	60	55	45
Zuidplas	205	190	120	215
Zundert	300	120	90	275
Zutphen	400	405	390	390
Zwartewaterland	140	135	115	130
Zwijndrecht	365	230	250	240
Zwolle	195	30	160	155
Totaal	161.450	124.830	117.285	113.405

Maatwerkvoorziening 'opvang en verblijf'

Gemeente	2021		2022	
	Instroom	Uitstroom	Instroom	Uitstroom
Alkmaar	270	300	220	185
Almelo	335	165	145	115
Almere	290	305	215	260
Amersfoort	340	405	280	235
Apeldoorn	310	335	305	270
Arnhem	535	495	305	300
Assen	580	455	200	235
Bergen op Zoom	340	290	190	295
Breda	850	430	255	285
Delft	215	160	120	130
Den Helder	95	115	50	55
Deventer	160	175	265	300
Doetinchem	400	360	195	340
Dordrecht	765	745	635	595
Ede	300	280	325	275
Eemsdelta	20	15	15	20
Eindhoven	940	660	600	505
Elburg	16.130	17.860		
Enschede			110	125
Epe	135	270		

Gouda			100	205
Grave	100	105		
Groningen			655	1.390
Gulpen-Wittem	1.205	1.240		
Haarlem			590	590
Haarlemmermeer	40	125		
Harderwijk			125	135
Hardinxveld-Giessendam	100	145		
Heeze-Leende	285	275		
Helmond			115	120
Hendrik-Ido-Ambacht	225	280		
Hengelo (O.)			35	35
Het Hogeland	15	35		
Hilversum			75	70
Hoorn			160	110
Horst aan de Maas	125	125		
Leeuwarden			325	440
Leiden	560	695	260	650
Leiderdorp	320	410		
Maastricht			325	565
Medemblik	620	605		
Midden-Groningen				10
Mill en Sint Hubert	10			
Nederweert	15	10		
Nijmegen			530	755
Nissewaard	710	870	175	60
Noardeast-Fryslân	70	195		
Oldambt				10
Oldebroek	10	10		
Oss			205	145
Oude IJsselstreek	160	225		
Pijnacker-Nootdorp	10			
Purmerend			20	30
Putten	20	35		
Roermond			35	15
Rotterdam			445	615
Rozendaal	660	1.060		
s-Gravenhage			815	825
's-Hertogenbosch	1.155	1.495	680	325
Simpelveld	305	620		
Tilburg			340	325
Tubbergen	435	405	14.080	15.760
Utrechtse Heuvelrug	610	570	690	550
Veenendaal	15	30		10
Venray	400	765	415	330
Vieland	160	170	95	95
Voerendaal	140	250	110	95
Zaltbommel	260	165	145	120
Zwolle	510	985	560	780
Totaal	32.260	35.720	26.535	29.690