



Ambulantisering en Regionalisering van MO en BW in de regio Flevoland

Onderzoek 2023 - 2028

Rapportage derde meting

Nikkie Buskermolen, MA
Annabelle van Zon, MA
Merel Otto, MSc
Dr. Nienke Boesveldt

Onderzoeksinstituut
Nienke Boesveldt i.s.m



Inleiding.....	3
Achtergrond onderzoek	3
Flevoland: Gezamenlijke ambitie 2020-2026.....	3
Uitgevoerde onderzoeksactiviteiten.....	4
Opbouw van dit rapport	4
Hoofdstuk 1 Woontrajecten	6
71 geïnterviewde cliëntparticipanten.....	6
Trajecten en verblijfplek.....	6
<i>Trajecttype 1: Instabiel traject/(herhaalde) dakloosheid</i>	<i>7</i>
<i>Trajecttype 2: (Richting) beschermd wonen</i>	<i>9</i>
<i>Trajecttype 3: Uitstromen naar woning</i>	<i>11</i>
Conclusies	13
Hoofdstuk 2 Frictie wonen/zorg bij door- en uitstroom	14
Zelfstandigheid verdienen	14
Onduidelijkheid	15
Spelen met de voorwaarden	16
Conclusies	17
Hoofdstuk 3 Samenwerking ketenzorg MO/BW en ggz.....	19
Flevolandse infrastructuur: financiering en aansturing.....	19
<i>De casussen</i>	<i>20</i>
De ‘onwelwillende cliënt’	21
Domein overstijgende samenwerking in de uitvoering.....	21
Samenwerking in schaarste	22
De moeizame overgang van FACT naar gebiedsteams.....	23
Geen thuis bij crisis (acute psychiatrie)	23
Conclusies	24
Hoofdstuk 4 Bestuurlijke knelpunten in de zorgketen	25
Knelpunten in de bestuurlijke organisatie MO/BW en ggz	25
<i>Flevoland, een atypische regio?.....</i>	<i>25</i>
<i>Grootstedelijke problematiek, kleine gemeentemodus</i>	<i>26</i>

<i>Primair werkgebied ggz-aanbieders elders</i>	26
Regionale Inrichting Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen	27
Praktijk van het gemeentelijk bijspringen	28
Conclusies	29
Hoofdstuk 5 Participatie	30
Participatiegraad per verblijf/woonsituatie	30
IPS-trajecten	30
Herstel	32
Tegenslag	33
Conclusies	33
Hoofdstuk 6 Conclusies en aanbevelingen	34
Belangrijkste punten uit hoofdstuk 1, Woontrajecten	34
Belangrijkste punten uit hoofdstuk 2, Frictie wonen/zorg	34
<i>Aanbevelingen m.b.t. Frictie wonen/zorg</i>	35
Belangrijkste punten hoofdstuk 3, Samenwerking ketenzorg MO/BW en ggz	35
<i>Aanbevelingen m.b.t. Samenwerking ketenzorg MO/BW en ggz</i>	35
<i>Aanbevelingen m.b.t. bestuurlijke knelpunten in de zorgketen</i>	37
Belangrijkste punten hoofdstuk 5, Participatie	37
Aanbevelingen m.b.t. participatie	38
Teamoverzicht	38

Inleiding

Dit is de rapportage van de derde onderzoeksmeting van het vijfjarig onderzoek naar ambulantisering en regionalisering van maatschappelijke opvang (MO) en beschermd wonen (BW) in de regio Flevoland. De vijf gemeenten die binnen deze regio hebben besloten mee te doen aan dit onderzoek zijn Almere, Lelystad, Noordoostpolder, Dronten en Urk.

Achtergrond onderzoek

Sinds 2015 zijn centrumgemeenten verantwoordelijk voor MO en BW, en alle gemeenten voor extramurale begeleiding (inclusief dagbesteding). Almere ontvangt sindsdien als centrumgemeente het Wmo-budget voor MO en BW voor de regio Flevoland. Op termijn zal BW een taak worden van alle gemeenten in de regio. Gezamenlijk geeft deze regio uitvoering aan de doordecentralisatie en aan de transitie “van opvang naar wonen”. De doelstelling van dit onderzoek is om gedurende vijf jaar, samen met (voormalig) cliënten, ervaringsdeskundig onderzoekers en andere relevante stakeholders de voorbereiding op de decentralisatie en het verbeteren van randvoorwaarden voor ambulantisering in deze gemeenten te volgen.

Door middel van de integratie van de verschillende perspectieven kan de relatie tussen beleid, management, structuur, output en uitkomsten van ambulantisering en regionalisering duidelijk weergegeven worden. Wij baseren ons hierbij op het [*Integraal model voor onderzoek, beleid en praktijk*](#) van Boesveldt (2015) waar de relatie tussen bestuurlijke elementen en de uitkomsten van deze elementen centraal staat. Met andere woorden: hoe kunnen wij wat cliënten ons vertellen, verklaren vanuit het perspectief van professionals en de analyse van beleidsdocumenten?

Flevoland: Gezamenlijke ambitie 2020-2026

Middels het regionaal kader hebben verschillende Flevolandse partijen (waaronder professionals en ervaringsdeskundigen van MO en BW, woningcorporaties, vertegenwoordigers van de regiogemeenten, bestuurders en raadsleden) gezamenlijke ambities geformuleerd:

[*Het regionale zorglandschap Wmo Flevoland \(2020-2026\)*](#) richt zich op de zorg en ondersteuning van inwoners met een kwetsbaarheid en/of een ondersteuningsvraag door psychische problemen, verslaving, een lichte verstandelijke beperking en/of problemen door huiselijk geweld of kindermishandeling. Deze mensen helpen we om zo veel mogelijk naar een normale leefsituatie te komen. Daarbij blijven ze zo veel mogelijk in hun eigen woonomgeving. Hun behoeften en mogelijkheden staan centraal. Eigen regie, inzet op kansen en het aansluiten bij wat iemand wil en kan zijn namelijk belangrijke voorwaarden voor herstel. Doorverwijzing naar het beschermd wonen of de maatschappelijke opvang is alleen nog aan de orde als thuis wonen niet (meer) verantwoord of veilig is. Opvang of 24-uurszorg duurt in dat geval zo lang als nodig, maar zo kort als mogelijk. We zorgen voor continuïteit in de begeleiding en voor flexibiliteit in op- en afschalen (Regionaal kader zorglandschap Wmo, blz. 3).

Het is in deze bestuurlijke context en gezamenlijke ambitie, dat onze onderzoeksactiviteiten plaatsvinden.

Uitgevoerde onderzoeksactiviteiten

Voor de totstandkoming van deze derde rapportage hebben wij tussen juni en november 2025 in totaal 44 interviews afgenomen met (voormalig) cliënten van MO of BW. Interviews met cliëntparticipanten werden uitgevoerd door duo's van universitair onderzoekers en getrainde ervaringsdeskundige co-onderzoekers. Er is gebruik gemaakt van een semi-gestructureerde vragenlijst waar de volgende thema's aan bod komen: woon- en verblijfsituatie (huidig en verleden), begeleiding en behandeling, sociaal netwerk, daginvulling, middelengebruik en financiële situatie. In het derde interview is specifiek aandacht besteed aan de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg.

De bevindingen van onze interviews met cliëntparticipanten zijn in deze derde onderzoeksmeting besproken met (regio)gemeentelijke beleidsmakers Wmo/Sociaal Domein inclusief de GGD, Wonen en Werk & Inkomen, woningcorporaties, de MO/BW-aanbieders, aanbieders geestelijke gezondheidszorg, gemeentelijke bestuurders, en financierders op het gebied van de zorgkantoren en zorgverzekeraars. Een deel van de stakeholders heeft deelgenomen in een focusgroep, met het overige deel zijn afzonderlijke interviews afgenomen. In totaal waren er 41 professionals uit de regio betrokken: 25 gemeentelijke en 16 niet-gemeentelijke stakeholders. Een concept van deze rapportage is ter wederhoor voorgelegd aan de stakeholders. Er heeft geen hoor- en wederhoor plaatsgevonden met cliënten.

Ervaringen van cliëntparticipanten staan centraal in deze rapportage, waarbij de cliëntervaringen het startpunt van het onderzoek vormen. De uitkomsten van de cliëntinterviews worden geanalyseerd en daar waar de ervaringen van cliënten kruisen met institutionele structuren, gemeentelijke voorzieningen, beleid en regelgeving, vormen deze ervaringen de basis van de vraagstukken die worden voorgelegd aan de stakeholders. Stakeholders delen vervolgens hun belevingen, ervaringen en percepties op de aan hen voorgelegde vraagstukken.

Ervaringen zijn subjectief en kunnen fricties en spanningsvelden blootleggen en verklaren. Daarmee kunnen ze antwoord geven op *hoe* en *waarom* vragen. De uitkomsten van dit onderzoek zijn dus niet noodzakelijkerwijs representatief voor alle burgers die gebruik maken van MO en BW. Wel maken zij zichtbaar hoe ambulantisering, regionalisering en de daaronder liggende wet- en regelgeving, beleidsstructuren en uitvoeringspraktijken in het dagelijks leven van cliënten in de maatschappelijke zorg kunnen uitwerken.

Opbouw van dit rapport

Deze rapportage bespreekt thema's die naar voren kwamen in de interviews met cliëntparticipanten, welke vervolgens centraal stonden in focusgroepen en interviews met stakeholders:

- Woontrajecten, beschreven in hoofdstuk 1
- Door- en uitstroom en frictie wonen en zorg, beschreven in hoofdstuk 2
- Samenwerking ketenzorg MO/BW en ggz, beschreven in hoofdstuk 3
- Bestuurlijke knelpunten in de zorgketen, beschreven in hoofdstuk 4
- Participatie, beschreven in hoofdstuk 5

In elk hoofdstuk wordt doorgaans eerst het cliëntperspectief op het desbetreffende onderwerp uiteengezet, vaak aan de hand van een casus, waarna het stakeholderperspectief aan bod komt. Daarnaast wordt voor de duiding van resultaten gebruik gemaakt van relevante beleidsdocumenten uit

de regio. In het laatste hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies benoemd, soms gevolgd door een aanbeveling of discussiepunt.

Gepresenteerde resultaten op basis van de analyse in dit rapport worden in sommige gevallen ondersteund met illustratieve citaten. Tenzij anders vermeld, zijn de bevindingen altijd gebaseerd op meerdere interviews. Bij de citaten van stakeholders staat vermeld van welk type organisatie deze stakeholder afkomstig is. In het geval van cliënten wordt ieder jaar hetzelfde pseudoniem gebruikt.

Hoofdstuk 1 Woontrajecten

Dit hoofdstuk beschrijft de woontrajecten van 71 geïnterviewde cliëntparticipanten die tussen de eerste en derde meting gebruik maakten, of recent gebruik hadden gemaakt, van MO of BW. De verschillende trajecten zijn in de volgende categorieën en subcategorieën onderverdeeld:

1. *Instabiel traject/(herhaalde) dakloosheid* (n=33): Clientparticipanten wiens woon- en/of verblijfs traject instabiel is en wordt gekenmerkt door verblijf op verschillende plekken, waaronder netwerk, MO, BW, klinische setting, detentie en/of op straat.
2. *(Richting) beschermd wonen* (n=27):
 - a. Cliëntparticipanten die in BW verblijven als vervolg op verblijf in maatschappelijke opvang/dakloosheid: 13 participanten
 - b. Overige cliëntparticipanten die verblijven in BW: 14 participanten
3. *Uitstroom naar woning* (n=11): cliëntparticipanten die uitstromen naar een eigen woning. Deze categorie is onderverdeeld in de volgende subcategorieën:
 - a. Zelfstandige woning via gemeentelijke regelingen (inclusief Housing First en omklaptrajecten)
 - b. Zelfstandige woning gevonden op eigen initiatief

De verschillende categorieën worden verderop in het hoofdstuk uitgebreid toegelicht. Daarnaast worden de bevindingen vergeleken met woontrajecten in andere onderzochte Nederlandse regio's.

Voordat de verschillende woontrajecten worden besproken, geven we hieronder eerst een overzicht van de samenstelling van de onderzoeksgroep over de drie metingen.

71 geïnterviewde cliëntparticipanten

In totaal zijn er de afgelopen drie jaar 123 interviews afgenomen met 71 unieke cliëntparticipanten. Tijdens de eerste meting, op moment '0' (T0) in 2023, zijn er 33 cliëntparticipanten geïnterviewd. De tweede meting in 2024 (T1) namen 46 cliëntparticipanten deel. In deze derde meting (T2) hebben wij 44 cliëntparticipanten geïnterviewd, waarvan wij 19 participanten voor de derde keer interviewden en 13 voor de tweede keer.

Er hebben de afgelopen drie jaar 36 participanten één keer meegedaan, waarvan 12 cliëntparticipanten voor het eerst meededen in 2025. In de vierde meting (T3) zullen alle cliëntparticipanten die eenmalig meededen opnieuw benaderd worden voor een interview, tenzij zij hebben aangegeven dit niet meer te willen. Daarnaast namen 18 cliëntparticipanten aan twee van de drie metingen deel. In de tabellen hieronder is weergegeven aan welke metingen de cliëntparticipanten hebben deelgenomen.

Tabel 1.

Aantal geïnterviewde cliëntparticipanten per meting

Meting	T0	T1	T2	N
Aantal interviews	33	46	44	123

Trajecten en verblijfplek

De verblijfspoten van cliëntparticipanten voorafgaand aan het eerste interview en gedurende de verschillende metingen zijn per persoon in kaart gebracht.

Wanneer uitsluitend cliëntparticipanten in de analyse worden meegenomen die aan twee of drie interviewrondes hebben deelgenomen, ontstaat het beeld dat trajecten richting BW het meest voorkomen. In dit onderzoek heeft echter ruim de helft van de cliëntparticipanten (n=36) tot nu toe slechts één keer deelgenomen. Om ook hun woontraject beter te kunnen duiden, is aanvullende informatie over de periode voorafgaand aan het eerste interview betrokken bij de analyse. Deze informatie is afkomstig uit zowel de interviews als registratiedata van de gemeente Almere.

Door deze aanvullende analyse konden de woontrajecten voor alle 71 cliëntparticipanten beschreven worden. Dit biedt een vollediger beeld van de verschillende trajecten en maakt ook inzichtelijk welke situatie zich voordeed voorafgaand aan het eerste interview.

Trajecttype 1: Instabiel traject/(herhaalde) dakloosheid

Bij 33 cliëntparticipanten zien we gedurende het onderzoek onderbroken trajecten of herhaalde dakloosheid. Met instabiele trajecten wordt bedoelen we veelvuldige verhuizingen, schorsingen binnen voorzieningen en het ontbreken van uitstroomperspectief. Dit houdt in dat deze groep voorafgaand aan en/of tijdens de verschillende metingen een of meerdere ervaring(en) met dak- en thuisloosheid of een onderbroken traject heeft gehad (tabel 2 geeft een overzicht van deze trajecten). Van deze groep hebben 26 cliëntparticipanten deelgenomen aan één interviewronde (waarvan 9 in T2). De cliëntparticipanten die voor T2 éénmalig hebben deelgenomen zijn, ondanks inspanningen vanuit het onderzoeksteam, niet meer te traceren.

Uit tabel 2 komt naar voren dat de trajecten van deze cliëntparticipanten worden gekenmerkt door regelmatige verplaatsingen tussen verschillende verblijfsvormen en voorzieningen. De tabel toont aan waar iemand verblijft op het moment van dat het interview plaatsvindt. Wat niet uit de tabel af te lezen is maar wel blijkt uit de interviews is dat er ook in één jaar veel kan veranderen. Zo zijn er cliëntparticipanten die tussen twee interviewrondes op verschillende plekken verbleven.

Tabel 2.

Instabiel traject/(herhaalde) dakloosheid

Vóór eerste interview	T0 (verblijf in mnd. <T0)	T1	T2
Klinische opnames	ZW a + AB (48 mnd.)	Klinische opname (3 mnd.)	Klinische opname
Immigratie > instabiel gehuisvest > woning op naam	g.g.	MO (1 mnd.)	MO (12 mnd.)
AB	MO (6 mnd.)	g.g.	g.g.
Woning op naam > MO	MO (1 mnd.)	MO (12 mnd.)	MO (24 mnd.)
Woning op naam > instabiel gehuisvest	MO (1 mnd.)	MO (12 mnd.)	MO (24 mnd.)
Woning op naam > instabiel gehuisvest	g.g.	g.g.	MO (3 mnd.)
Woning op naam	g.g.	g.g.	MO (9 mnd.)
Instabiel gehuisvest > remigratie > instabiel gehuisvest > straat	g.g.	g.g.	MO (onduidelijk hoe lang)
Woning op naam > netwerk > instabiel gehuisvest	g.g.	g.g.	MO (1 mnd.)
Instabiel gehuisvest	g.g.	g.g.	MO (2 mnd.)

Instabiel gehuisvest	MO (5 mnd.)	g.g.	g.g.
Instabiele huisvesting	MO (3 mnd.)	Instabiele huisvesting (6 mnd.)	Instabiele huisvesting
Ouderlijk huis > MO > woning op naam > MO	MO I	MO II (6 mnd.)	MO III (6 mnd.)
Netwerk	MO (4 mnd.)	g.g.	g.g.
Netwerk > straat	g.g.	MO (1,5 mnd.)	g.g.
Netwerk > MO	MO (5 mnd.)	g.g.	g.g.
Netwerk > MO	g.g.	MO (1 mnd.)	g.g.
Straat/netwerk	MO (5 mnd.)	g.g.	g.g.
Straat/netwerk > MO	g.g.	BW I (onduidelijk hoe lang)	ZW a > BW II
Straat > MO > woning op naam	MO (6 mnd.)	g.g.	g.g.
Woning op naam	MO (20 mnd.)	g.g.	g.g.
Woning op naam	g.g.	MO (3 mnd.)	g.g.
Woning op naam	MO (12 mnd.)	MO (sleutel woning op naam aanwezig)	g.g.
Komt van andere regio > MO	g.g.	MO (onduidelijk hoe lang)	g.g.
Remigratie	MO (5 mnd.)	MO (1,5 jaar)	g.g.
Remigratie > instabiele huisvesting > netwerk > MO	g.g.	MO (3 mnd.)	g.g.
Remigratie > MO	MO (18 mnd.)	MO (30 mnd.)	MO
Immigratie	g.g.	g.g.	MO (3 dagen)
Onduidelijk	g.g.	MO (onduidelijk hoe lang)	g.g.
Onduidelijk	g.g.	MO (6 mnd.)	g.g.
Onduidelijk	g.g.	MO (onduidelijk hoe lang)	g.g.
Onduidelijk	Straat (1 mnd.)	Straat (12 mnd.)	Straat (24 mnd.)
Onbekend	g.g.	BW (1,5 mnd.)	Instabiel gehuisvest

- ZW a= zelfstandige woning via regio Flevoland;
- AB = ambulante begeleiding. Hieronder valt alle begeleiding die in regio Flevoland wordt geboden en niet gekoppeld is aan huisvesting;
- Instabiele huisvesting omvat tijdelijke of onduidelijke woonvormen, zoals verblijf op een boot, camping of in onveilige onderhuur;
- g.g. = geen gegevens;
- Grijs lettertype verwijst naar een situatie waarin een deelnemer tijdens de betreffende onderzoeksfase niet is geïnterviewd, de beschreven situatie is gebaseerd op beschikbare informatie.

Uit eerder onderzoek komt naar voren dat risico's voor herhaalde dakloosheid onder andere ontstaan tijdens de voorbereiding op uitstroom, bijvoorbeeld door het ontbreken van een passende vervolgplek. Voorbeelden van beschermende factoren die in eerder onderzoek naar voren komen zijn een stabiele vertrouwensrelatie met hulpverleners en de bereidheid om zich aan een hulpverleningstraject te verbinden.

Trajecttype 2: (Richting) beschermd wonen

Binnen het trajecttype (richting) beschermd wonen vallen 27 cliëntparticipanten die tijdens hun meest recente interview in BW verbleven. Hoewel zij op het moment van interviewen dezelfde woonvorm delen, verschillen de trajecten die hieraan voorafgingen. Daarom maken wij onderscheid tussen cliëntparticipanten die vanuit dakloosheid of MO zijn doorgestroomd naar BW en cliëntparticipanten voor wie BW een onderdeel is van een langer zorg- en woontraject.

Tabel 3 beschrijft de woontrajecten van 13 cliëntparticipanten die vanuit dakloosheid of MO zijn doorgestroomd naar B. Voor deze groep vormt BW een vervolgstap na een periode van wooninstabiliteit, dakloosheid of verblijf in de MO.

Tabel 3.

Beschermd wonen als vervolg op verblijf in maatschappelijke opvang/dakloosheid

Vóór eerste interview	T0 (verblijf in mnd. <T0)	T1	T2
Straat > noodopvang	BW (6 mnd.)	BW	BW
Straat/netwerk	BW (36 mnd.)	BW	BW
Straat/netwerk + AB	BW (12 mnd.)	BW (24 mnd.)	BW
Woning op naam > MO I	MO II (12 mnd.)	BW (12 mnd.)	BW
MO	BW (12 mnd.)	BW	Overleden
Ouderlijk huis > MO (andere regio) > MO	g.g.	BW (6 mnd.)	BW
Buitenland > MO + reclassering	g.g.	MO (3 mnd.)	BW (2 mnd.)
Woning op naam > straat	MO (12 mnd.)	MO (24 mnd.)	BW (3 mnd.)
Instabiele huisvesting > netwerk > klinische opname > straat	MO I (4 mnd.)	MO II (5 mnd.)	BW (6 mnd.)
Netwerk + AB	BW I (24 mnd.)	g.g.	BW II (12 mnd.)
Woning op naam > netwerk	BW (1 mnd.)	BW (12 mnd.)	BW (24 mnd.)
Netwerk > MO	BW I (12 mnd.)	BW I (24 mnd.) > BW II (0,5 mnd.)	g.g.
ZW a > Klinische opname > MO	BW (9 mnd.)	g.g.	g.g.

- AB = ambulante begeleiding. Hieronder valt alle begeleiding die in regio Flevoland wordt geboden en niet gekoppeld is aan huisvesting;
- Grijs lettertype verwijst naar een situatie waarin een deelnemer tijdens de betreffende onderzoeksfase niet is geïnterviewd, de beschreven situatie is gebaseerd op beschikbare informatie;
- g.g. = geen gegevens; Instabiele huisvesting omvat tijdelijke of onduidelijke woonvormen, zoals verblijf op een boot, camping of in onveilige onderhuur.

De woontrajecten van de 14 overige cliëntparticipanten die tijdens de onderzoeksperiode (langdurig) in BW verbleven staan beschreven in tabel 4. In tegenstelling tot de vorige groep werd hun verblijf in BW niet voorafgegaan door dakloosheid of MO, maar door andere woon- en zorgsituaties, zoals verblijf in het ouderlijk huis, een klinische setting of een jeugdzorginstelling.

Tabel 4.*Overige BW-trajecten*

Vóór eerste interview	T0 (verblijf in mnd. <T0)	T1	T2
Ouderlijk huis	BW I (1 mnd.)	BW II (2 mnd.)	BW II
Ouderlijk huis	BW I (1 mnd.)	BW I (12 mnd.)	BW II (11 mnd.)
Ouderlijk huis	BW (12 mnd.)	BW	BW
Ouderlijk huis + AB	BW (1 mnd.)	BW (12 mnd.)	BW
Ouderlijk huis	BW (1 mnd.)	BW (12 mnd.)	BW (24 mnd.)
Ouderlijk huis	g.g.	BW (3 mnd.)	g.g.
Ouderlijk huis	BW (60 mnd.)	BW (72 mnd.)	g.g.
Ouderlijk huis	BW (1 mnd.)	BW (12 mnd.)	g.g.
BW I (jeugd)	BW II (12 mnd.)	BW II	BW II
BW I *	BW II (2 mnd.)	BW II	BW II
BW I	BW II (6 mnd.)	BW II	BW II
BW I	g.g.	BW II (10 mnd.)	BW II (24 mnd.)
Klinische opnamen	g.g.	g.g.	BW (3 mnd.)
Klinische opnamen	BW (12 mnd.)	BW (24 mnd.)	BW (36 mnd.)

- Grijs lettertype verwijst naar een situatie waarin een deelnemer tijdens de betreffende onderzoeksfase niet is geïnterviewd, de beschreven situatie is gebaseerd op beschikbare informatie;
- AB = ambulante begeleiding. Hieronder valt alle begeleiding die in regio Flevoland wordt geboden en niet gekoppeld is aan huisvesting;
- g.g. = geen gegevens;
- * = Deelnemer is op eigen verzoek verhuisd binnen de BW-keten

Om de woontrajecten van cliëntparticipanten die langdurig in BW verblijven beter te kunnen duiden, plaatsen we deze bevindingen in de context van eerder onderzoek dat door het onderzoeksteam is uitgevoerd in andere Nederlandse regio's. In dit onderzoek zijn 462 cliëntparticipanten uit de MO en BW gevraagd naar hun mening over en ervaringen met het landelijke beleid over uitstroom naar zelfstandig wonen (Boesveldt & Bouhamou, forthcoming).

Uit dit onderzoek komt naar voren dat het merendeel (51%) van de cliëntparticipanten het beleid op zelfstandig wonen ondersteunt en uiteindelijk in een permanente zelfstandige woning zou willen wonen. Daarbij worden echter wel voorwaarden genoemd, waaronder de beschikbaarheid van passende ondersteuning, voldoende bestaanszekerheid en betaalbare huisvesting.

Tabel 5 (volgende pagina) geeft een overzicht van de sociaalpsychologische factoren die in eerder onderzoek samenhangen met steun voor, of weerstand tegen, uitstroom uit beschermd wonen.

Tabel 5.*Sociaal psychologische drijfveren en belemmeringen*

Drijfveren	
Tijd/leeftijd	"Vier jaar is gewoon te lang om hier te leven."
Ontsnappen	"Deze jongens, hoe sterk je ook bent, als je hier drie weken woont, raak je gefrustreerd. Je woont hier met meerdere mensen, met verschillende culturen op één plek. Je kunt er niet aan ontsnappen; het is net een gevangenis."
Eens met beleid	"Er zijn genoeg mensen die, als je hen voldoende stimuleert, zelfstandig zouden kunnen wonen, met of zonder ondersteuning. ... Ik zie niet in waarom iemand zijn hele leven in een woonvoorziening met begeleiding zou moeten wonen."
Belemmeringen	
Tijd/leeftijd	"Misschien voor jonge mensen. Maar op mijn leeftijd, negenenzeestig, gaan we daar niet meer aan beginnen."
Angst voor eenzaamheid	"Dan zou ik de hele dag alleen zijn, dat zou ik niet aankunnen. Dan zou ik zelfmoord plegen."
Behoeft aan stabiliteit	"Ik heb genoten van die vier jaar.... Andere mensen hebben ook problemen, dus je hoeft niets uit te leggen."
Gebrek aan zelfvertrouwen	"Dus ik probeerde te kijken of [zelfstandig wonen] werkte, maar het werkte niet. Ik had het gevoel dat ik steeds meer hulp nodig had, en op een gegeven moment zeiden ze ook: 'Wij kunnen geen dag- en nachtondersteuning bieden.' Ik kon 's nachts wel bellen, maar dat was niet genoeg."
Herhaalde negatieve ervaringen	"Op een gegeven moment werd ik betrapt met alcohol, ja, en toen moest ik een nacht wegblijven. Toen besloot ik: ik stop ermee [de behandeling] Daarna was ik een maand of twee van de radar [van hulpverleners]."
Verkeerde beleidsprikkels	"Omdat de overheid je soms te snel zelfstandig wil laten wonen, omdat dit hen natuurlijk geld kost."

De bevindingen uit eerder onderzoek laten zien dat opvattingen over uitstroom naar zelfstandig wonen samenhangen met persoonlijke ervaringen en omstandigheden van de cliëntparticipanten. Waar voorstanders van uitstroom vooral wijzen op de wens naar meer autonomie, zelfstandigheid en afstand tot een belemmerende woonomgeving, benadrukken tegenstanders juist het belang van stabiliteit, nabijheid van ondersteuning en bescherming tegen eenzaamheid of terugval.

Deze bevindingen bieden een relevant interpretatiekader voor de cliëntparticipanten in trajecttype 2. Op basis van eerder onderzoek, lijkt het aannemelijk dat het merendeel van deze participanten zelfstandig zou willen wonen, mits zij hierbij ook passende ondersteuning kunnen ontvangen.

Trajecttype 3: Uitstromen naar woning

Cliëntparticipanten die tussen twee interviewrondes zijn uitgestroomd naar een eigen woning of na het verlies van een woning een woning hebben toegewezen gekregen (zoals in het geval van Housing First) vallen in dit type traject. Van de 71 cliëntparticipanten zijn er in totaal 11 cliëntparticipanten die in dit trajecttype vallen. Hiervan zijn vier cliëntparticipanten op eigen initiatief uitgestroomd en hebben zeven cliëntparticipanten een woning gekregen via een gemeentelijke uitstroomroute. Dit traject is zichtbaar in tabel 6 (volgende pagina).

Tabel 6.*Traject uitstroom naar woning*

Vóór eerste interview	T0 (verblijf in mnd. <T0)	T1	T2
Instabiele huisvesting	MO (14 mnd.)	ZW a	g.g.
Instabiele huisvesting > ZW a + AB	ZW a (6 mnd.) + AB	ZW	ZW
MO > ZW b + AB	ZW b (12 mnd.)	ZW	ZW
Woning op naam > straat > MO	ZW a (1 mnd.)	ZW a (12 mnd.)	ZW a (24 mnd.)
BW I > Klinische opname > ZW a I > BW II	ZW a II (6 mnd.) + AB	ZW a II + AB	ZW a II + AB
Buitenland > woning op naam > MO I	MO II (24 mnd.)	MO II	ZW a (6mnd.) + AB
Straat/netwerk > MO	ZW a (12 mnd.)	g.g.	g.g.
Instabiele huisvesting > BW > ZW a I	ZW a II (14 mnd.)	g.g.	g.g.
Noodopvang > instabiele huisvesting > netwerk	BW (6 mnd.)	BW	ZW b (buiten regio)
Woning op naam > MO	BW (6 mnd.)	ZW b (6 mnd.) (buiten regio)	ZW
Straat/netwerk	ZW b + AB	ZW	g.g.

- Instabiele huisvesting omvat tijdelijke of onduidelijke woonvormen, zoals verblijf op een boot, camping of in onveilige onderhuur;
- g.g. = geen gegevens;
- ZW a = zelfstandige woning via regio Flevoland;
- AB = ambulante begeleiding. Hieronder valt alle begeleiding die in regio Flevoland wordt geboden en niet gekoppeld is aan huisvesting;
- ZW b: Alle tijdelijke en onduidelijke vormen van huisvesting (boot, onveilige onderhuur, camping etc.);
- Grijs lettertype verwijst naar een situatie waarin een deelnemer tijdens de betreffende onderzoeksfase niet is geïnterviewd, de beschreven situatie is gebaseerd op beschikbare informatie.

Wij bespreken nu op basis van de metingen in Flevoland en onderzoek in andere onderzochte Nederlandse regio's de beschermende en risicofactoren bij de voorbereiding op uitstroom, het uitstroombestand en acute risicofactoren die kunnen ontstaan wanneer personen al langere tijd weer zelfstandig wonen.

Risico- en beschermende factoren bij uitstroom

Clientparticipanten noemden passende begeleiding en behandeling als belangrijke voorwaarden voor succesvolle uitstroom naar een zelfstandige woning. Verschillende participanten gaven aan dat zij graag zelfstandig wilden wonen, maar tegelijkertijd weinig zicht hadden op de ondersteuningsvragen die na uitstroom konden ontstaan. Risicofactoren in de voorbereidingsfase waren onder meer onvoldoende voorbereiding, bureaucratische vertragingen en onduidelijkheid over vervolgebegleiding.

Rond het uitstroombestand zelf vormden veranderingen in begeleiding, nieuwe verantwoordelijkheden en een tijdelijke terugval in psychisch functioneren belangrijke risico's. Beschermende factoren waren een tijdige voorbereiding op zelfstandigheid, stabilisatie van schulden, duidelijkheid over begeleiding en de beschikbaarheid van een preventie-actieplan. Daarnaast konden life events, zoals relatiebreuken, ziekte of terugval in middelengebruik, de woonsituatie onder druk zetten. Participanten zochten in dergelijke situaties vaak pas laat hulp, mede door schaamte en een sterk gevoel van eigen verantwoordelijkheid.

Conclusies

- Van de 71 cliëntparticipanten bevindt bijna de helft zich in een instabiel traject of heeft ervaring met herhaalde dakloosheid (n=33), waarmee dit het meest voorkomende trajecttype is.
- Instabiele trajecten worden gekenmerkt door verplaatsingen tussen verschillende woon- en verblijfsvormen, zoals MO, BW, klinische settingen, detentie, verblijf bij het netwerk en verblijf op straat.
- BW vervult verschillende functies binnen woontrajecten: voor een deel van de cliëntparticipanten vormt het een vervolgstap na dakloosheid of MO (n=13), terwijl anderen in BW verblijven als onderdeel van een langer zorg- en woontraject (n=14).
- Eerder onderzoek laat zien dat veel cliëntparticipanten in een BW traject uiteindelijk zelfstandig willen wonen, mits passende ondersteuning, voldoende bestaanszekerheid en betaalbare huisvesting beschikbaar zijn.
- Elf cliëntparticipanten zijn gedurende de onderzoeksperiode uitgestroomd naar een zelfstandige woning, zowel via gemeentelijke uitstroomroutes als op eigen initiatief.
- Woonstabiliteit kan ook na uitstroom onder druk komen te staan door ingrijpende levensgebeurtenissen, terugval in verslaving, opeenstapeling van problemen en het laat inschakelen van hulp.

Hoofdstuk 2 Frictie wonen/zorg bij door- en uitstroom

Uit de laatste ronde interviews met cliëntparticipanten spreken cliënten over de frictie die ontstaat tussen wonen en zorg op het moment dat door- en uitstroom in zicht komt. In dit hoofdstuk bespreken wij hoe cliënten zelfstandigheid lijken te moeten verdienen, terwijl de voorwaarden die hiervoor gelden niet altijd duidelijk zijn en er ruimte is voor cliënten om te spelen met deze voorwaarden.

Zelfstandigheid verdienen

De interviews werpen een licht op de betekenis van zelfstandigheid in een context waarin wonen en zorg met elkaar verbonden zijn. Cliëntparticipanten reflecteren op hun ervaring met (huis)regels van de zorgaanbieder. In dit geval gaat het om BW-locaties. Het gaat om regels/afspraken die invloed hebben op het wel of niet krijgen van meer zelfstandigheid. Zo vertelt een cliëntparticipant dat er op de locatie waar hij verblijft wordt gewerkt met een avondklok. Iedereen dient voor 23:00 uur binnen te zijn. Hierover zegt de cliëntparticipant:

[...] Het is hier net een gevangenis. Je moet op een bepaalde tijd thuis zijn. Als je te laat thuiskomt, doen ze de deuren niet open. Dan moet je ergens op straat ronddwalen of bij iemand slapen. Ik ben een stap verder. Ik wil iets meer vrijheid hebben. Het is af en toe lastig met verjaardagen. Ik kan niet elke verjaardag die kant opgaan, omdat ik weet dat we dat niet redden met thuiskomen. Dat is voor mij heel vervelend, maar ook voor familieleden en vrienden.

Het bovenstaande citaat omschrijft de ervaring van de cliëntparticipant met de avondklok. Deze regel heeft invloed op zowel het contact met zijn sociale netwerk als zijn gevoel van vrijheid.

Dezelfde cliëntparticipant vertelt dat de begeleiding hem heeft laten weten dat hij gevarieerder moet koken. Volgens de cliënt is dit ook een voorwaarde om door te stromen naar een studio. Door zijn drukke schema lukt hem dit niet altijd. Hij zegt hierover het volgende:

Het lukt soms wel [om mij aan de afspraken te houden], maar op andere momenten is het lastig. Gisteren had ik het heel druk. Ik begon om 8.00u met werken. Ik heb een jobcoach en daarmee heb ik nog een gesprek gehad. Daarna ben ik gaan sporten met één van de medewerkers hier. Toen kwamen we thuis en had ik hier nog de cliëntenraad. Toen keek ik op mijn telefoon en was het 21.00u. Ik dacht: shit, ik moet nog koken. Toen had ik geen zin. Ik was helemaal doodop. Ik vroeg of ik een gebakken ei mocht maken en dat was goed. Het kan dus wel, maar het moet niet al te vaak zo zijn.

Deze cliënt vertelde ook dat hij eerder voor drie dagen vooruit kookte (pasta met groente en saus) maar dat de begeleiding daar niet mee akkoord ging omdat zij wilde dat hij elke dag zou koken. Regels rondom koken is een thema dat in verschillende interviews met cliëntparticipanten terugkomt. Op verschillende BW-locaties wordt koken vaak trapsgewijs ingericht. Zo kunnen cliënten mee-eten met de groep, samen koken of zelfstandig koken. Ruben reflecteert hieronder op een situatie waarbij hij van zelfstandig koken werd 'terug' geplaatst naar mee-eten met de groep.

[Mijn boodschappengeld] is 50 euro in de week. En in principe is het zo dat we de afspraak hadden dat je dat elke week gestort krijgt als je de bonnetjes aanlevert. Ik heb gezegd: dat is

onhandig. Ze kunnen zien dat ik alleen normale boodschappen doe en sowieso geen middelen gebruik. En vanwege het feit dat we daar een klein beetje een uit de hand lopende discussie van hebben gemaakt, heeft mijn begeleider toen gezegd van: in plaats van zelfstandig koken, krijg je geen leefgeld meer en moet je mee-eten met de groep. En dat heeft mij wel geraakt. Ik ben daar nog steeds van slag van, als het gaat om zelfstandig koken. Vind ik jammer. Ik kan dat, maar om dat weer op te bouwen, dat duurt wel even. Dat vind ik jammer, dat hij dat had besloten.

De beschreven situaties laten zien dat zelfstandigheid binnen BW geen vaststaand gegeven is, maar iets dat voortdurend wordt beoordeeld, gereguleerd en opnieuw wordt toegekend (of niet). Regels die wellicht bedoeld zijn om zelfstandigheid te ondersteunen, kunnen tegelijkertijd leiden tot een beperking van de autonomie en kunnen invloed hebben op andere leefgebieden. Zo heeft een avondklok invloed op het sociale netwerk en gevarieerd moeten koken heeft invloed op het werkritme. Daarmee illustreren de ervaringen van cliëntparticipanten de spanning tussen begeleiding, controle en eigen regie. Uit het voorgaande komt al naar voren dat voorwaarden onduidelijk kunnen zijn, dit zal hieronder verder toegelicht worden.

Onduidelijkheid

De GGD beschrijft in de *Signaleringsrapportage Maatschappelijke Zorg Flevoland* (2024) dat de uitstroom van een intramurale setting naar een zelfstandige woonvorm gepaard gaat met uiteenlopende voorwaarden waaraan cliënten moeten voldoen.¹ Er worden door sommige de woningcorporaties aan cliënten meer eisen gesteld dan aan de reguliere huurders.² Thomas, een van de cliëntparticipanten die ook terugkomt in hoofdstuk vier, geeft aan dat hij heeft gevraagd welke voorwaarden gelden om te kunnen doorstromen naar een zelfstandige woning. Hij vertelt hierover het volgende:

Ik had gevraagd, van: hé, ik wil uitstromen, ik wil m'n eigen huis. Toen is er dus benoemd, van: zolang jij goed voor jezelf kan zorgen en een vast inkomen hebt, dan kan dit. [...] Dat betekent een opgeruimd huis, opgeruimd hoofd, dat soort dingen. Goed voor jezelf zorgen. Goed eten, gezond, gezond blijven, conditie opbouwen, dat soort dingen.

De genoemde voorwaarden lijken breed en interpretatiegevoelig geformuleerd, waardoor onduidelijkheid kan ontstaan over de wijze waarop deze worden beoordeeld. Zo roept dit vragen op over welke normen er gehanteerd worden wanneer er gesproken wordt over 'goed voor jezelf zorgen' of 'gezond leven', en in hoeverre dergelijke criteria ook aan reguliere huurders worden gesteld.³

¹ In het wederhoor geeft de GGD aan dat zij herkennen dat voorwaarden voor uitstroom vaak onduidelijk en interpretatiegevoelig zijn en dat verschillen bestaan tussen instellingen en externe partijen. Volgens de GGD kan meer gemeentelijke regie, bijvoorbeeld via regionaal beleid of regionale urgentieafspraken, kan deze verschillen verkleinen. Daarnaast lopen definities van 'zelfstandigheid' uiteen tussen partijen, wat kan leiden tot vertraging en spanning in besluitvorming. Zo doen zich situaties voor waarin bijvoorbeeld een zorgaanbieder of de GGD inschat dat uitstroom of Housing First passend is, terwijl woningcorporaties cliënten afwijzen omdat zij als 'te ingewikkeld' of juist 'te zelfstandig' worden beschouwd.

² Signaleringsrapportage Maatschappelijke Zorg Flevoland, 2024, GGD Flevoland.

³ De onderzoekers zien ook in andere regio's hoe voorwaarden waar niet altijd duidelijk is hoe deze worden beoordeeld, gelden voor cliënten en het verblijf in een corporatiewoning met een intermediair huurcontact ('omklapwoning'). Deze zijn door Merel Otto en Nienke Boesveldt op een rijtje gezet:

Daarnaast komt uit de interviews met cliëntparticipanten naar voren dat het beschikken over een stabiel inkomen, doorgaans verkregen via werk, eveneens als belangrijke voorwaarde wordt beschouwd. Cliëntparticipand Bas geeft echter aan dat hij wordt belemmerd om gericht werk te zoeken door de aanwezige onduidelijkheid over de gemeente waarbinnen hij zal uitstromen. Hierdoor ontstaat er spanning tussen de verwachtingen van de BW-locatie en de uitstroomtafel enerzijds, en de behoefte van Bas aan duidelijkheid en stabiliteit anderzijds. Hij beschrijft dit als volgt:

Ik krijg geen zekerheid over waar ik ga wonen. Hoe moet ik een baan zoeken? Het was eerst de urgentie. Zou het wel of niet doorgaan? Straks heb ik hier een baan en word ik naar [een andere gemeente] gestuurd. Dan kan ik 's nachts niet met het openbaar vervoer naar huis. Ik heb gezegd: daar kan ik niet aan beginnen. Ze willen me nu via de gemeente aan het werk zetten. Ze vinden dat ik weer aan het werk kan. Daar wordt weer beslist over een situatie waar ze niets van af weten.

Net zoals de BW-locatie voorwaarden verbindt aan uitstromen, verbindt Bas voorwaarden aan zijn bereidheid om werk te zoeken. Zijn terughoudendheid lijkt voort te komen uit de onzekerheid rondom zijn toekomstige woonplaats. Zolang onduidelijk blijft naar welke gemeente hij zal uitstromen, ervaart hij het zoeken naar werk als weinig zinvol. Hierdoor ontstaat een wederzijdse afhankelijkheid: de BW-locatie verwacht arbeidsdeelname voorafgaand aan uitstroom, terwijl Bas eerst zekerheid wil over zijn toekomstige woonplaats.

Het hebben van een zinvolle dag invulling wordt niet alleen als voorwaarde gesteld voor uitstroom. Cliëntparticipanten ervaren dit ook als voorwaarde om binnen de MO of BW te kunnen verblijven. Op de vraag of dagbesteding noodzakelijk is om op zijn huidige woonplek te mogen blijven, antwoordt een cliëntparticipand: *‘Ja, ik denk het wel. Of werken of dagbesteding. Net als in de MO.’* Hoewel de cliëntparticipand niet met zekerheid kan aangeven of dit formeel een vereiste is, ervaart hij wel degelijk dat deelname aan werk of dagbesteding verwacht wordt.

Spelen met de voorwaarden

Zoals hierboven beschreven staat, zijn de voorwaarden die gesteld worden om van MO/BW door te stromen naar een zelfstandige woning niet altijd duidelijk. Toch is er een cliëntparticipand, Amine, die hier een eigen draai aan geeft. Hij heeft contact gezocht met bewoners die succesvol zijn doorgestroomd en hen gevraagd wat er nodig is om hiervoor in aanmerking te komen. Zij deelde hierover met hem:

-
- Niet mogen samenwonen/niet elke dag bezoek mogen ontvangen;
 - Het moeten aangeven/aanmelden van logées bij de begeleiding wanneer deze komen;
 - Geen huisdier mogen houden;
 - Schoonhouden van de woning;
 - Net houden van gemeenschappelijke ruimtes;
 - Het zijn van een ‘goede buur’.
 - Ex-partner niet mogen ontvangen in de woning of niet opnieuw een relatie mogen aangaan met ex-partner (in het geval van verleden met huiselijk geweld)
 - Geen drugs en alcohol mogen gebruiken in de woning
 - Een minimum inkomen zodat er voldoende inkomsten zijn om de huur te kunnen betalen
 - Geen nieuwe schulden maken

Ik ben ook gewoon begonnen op een groepswoning. Dat was natuurlijk helemaal ruk, dat vindt niemand leuk. Althans, dat lijkt me sterk. Je raakt wel met mensen in gesprek, ook met mensen die al in EPA's [eenpersoonsappartementen] zitten. Zij vertellen je: fiks dit, ga naar ze toe, ga gewoon zeuren, dan gaan ze ermee aan de slag. Doe het dan even goed, daarna boeit het allemaal niet meer. Dat is het advies dat je dan van sommigen krijgt. Dat is ongeveer wat ik kreeg. Wat ik jammer vind, is: zij hebben een set regels waar je aan moet voldoen en dan kun je naar een studio. Jij kunt dat wel doen, maar als het niet opvalt, gebeurt er ook niks.

Amine is zich ervan bewust dat het niet voldoende is om bepaalde vaardigheden te beheersen. Hij dient actief aan de begeleiding te laten zien 'zelfstandig genoeg' te zijn voor een volgende stap. Hij zegt hierover: *"Ja, je moet echt tegen ze zeggen: ik heb nu net even de afwas gedaan. Zie je dat?"* Uit zijn verhaal blijkt dat hij zijn gedrag strategisch afstemt op het beoordelingssysteem van de instelling, in de hoop erkenning te krijgen voor zijn inspanningen en zo in aanmerking te komen voor meer zelfstandigheid. Daaropvolgend is Amine doorgestroomd naar een studio. In deze casus lijkt zelfstandigheid niet alleen afhankelijk te zijn van concrete vaardigheden, maar ook van de mate waarin de cliënt deze vaardigheden weet te presenteren. Momenteel staat Amine op de uitstroomlijst en is hij bezig met het regelen van urgentie. Tijdens zijn eerste gesprek aan de uitstroomtafel heeft hij gevraagd naar de voorwaarden om te mogen uitstromen, zodat hij hier doelgericht mee aan de slag kon gaan. In het interview vertelt hij het volgende:

Geef me een lijst van waar ik aan moet voldoen, ik zorg ervoor dat het geregeld is. Dan kan niemand ergens over zeuren. Ik heb de lijst gekregen. Ik dacht: dit is allemaal echt ontiegelijk makkelijk. Je moet natuurlijk financieel niet extreem krap zitten, want het kost geld. Werk, woonachtig in de stad waar je in wil uitstromen. Zorg je een beetje fatsoenlijk voor jezelf, qua hygiëne, maar ook qua koken, et cetera? Het zijn hele simpele dingen, waarvan je zou zeggen: je wilt iemand naar een eigen huis sturen, welke debiel zet je erin die dit niet kan? Echt hele basic dingen. Als je zoon of dochter van 25 een appartement gaat huren, moet die dit ook kunnen. Hoe zet je de droger aan? Dat leg je een keer uit en dan gebeurt het ook wel. Echt dat soort dingen, heel makkelijk. Ik dacht: als dit het is, prima, regel het maar. Het gaat echt helemaal nergens over. Als je het mij vraagt, is het heel kinderlijk.

Amine geeft aan de gestelde voorwaarden als relatief 'kinderlijk' en vanzelfsprekend te ervaren. Tegelijkertijd wil hij actief grip krijgen op een systeem waarin voorwaarden voor zelfstandigheid niet altijd transparant zijn. In zekere zin kan dit worden gezien als een vorm van extrinsieke motivatie, waarbij gedrag gestuurd wordt door externe voorwaarden die de mogelijkheid bieden om door te stromen naar een zelfstandige woonvorm.

Conclusies

De belangrijkste conclusies van dit hoofdstuk zijn:

- Zelfstandigheid is geen vast gegeven, maar een toegewezen status die wordt opgebouwd, beoordeeld en (opnieuw) kan worden ingetrokken.
- De voorwaarden voor uitstroom en zelfstandigheid zijn vaak onduidelijk, breed geformuleerd en interpretatiegevoelig (bijv. "goed voor jezelf zorgen", "gezond leven").
- Er ontstaat een spanning tussen ondersteuning en controle: regels zijn bedoeld om zelfstandigheid te bevorderen, maar kunnen autonomie juist beperken.

- Stabiel inkomen en arbeidsparticipatie worden sterk gekoppeld aan uitstroom, maar zijn niet altijd praktisch haalbaar voor de cliënt door onzekerheid in het systeem.
- Zelfstandigheid kan een performatieve component worden: niet alleen kunnen, maar ook laten zien dat je het kunt.

Hoofdstuk 3 Samenwerking ketenzorg MO/BW en ggz

Dit jaar focust de rapportage ook op de toegang tot de ggz voor cliënten verblijvend in de MO/BW, en de samenwerking tussen MO/BW-aanbieders en de ggz. In interviews voorgaande jaren is dit thema meermaals ter sprake gekomen, zowel in cliëntinterviews als tijdens de focusgroepen met de stakeholders. Hieruit volgde het verzoek om binnen deze onderzoeksronde dit thema specifiek uit te vragen bij alle participanten. Ook in andere regio's zien we hoe het afstemmen, onderhouden en uitvoeren van de ketenzorg MO/BW en ggz complex kan zijn. Uit de landelijke berichtgeving kunnen we opmaken dat in de toegang tot de ggz, naast de wachtlijsten die algemeen van toepassing zijn, bepaalde doelgroepen met ernstige problematiek tussen wal en schip vallen.⁴

Hoofdstuk 2 bespreekt de samenwerking in de ketenzorg MO/BW en ggz in de regio Flevoland op het niveau van directe uitvoering aan de hand van clientverhalen. We presenteren de benoemde knelpunten in de zorgketen, waaronder samenwerking in schaarste, de overgang van FACT naar gebiedsteams en over de crisiszorg (acute psychiatrie). We besluiten dit hoofdstuk met de belangrijkste punten.

Flevolandse infrastructuur: financiering en aansturing

In de samenwerking tussen MO/BW en ggz komen verschillende regelingen samen; de wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de wet langdurige zorg (Wlz), de zorgverzekeringswet (Zvw) en (minder vaak) de wet forensische zorg. De Wmo geeft burgers recht op ondersteuning en toegang tot de MO en BW onder bepaalde voorwaarden. Gemeenten zijn hiervoor verantwoordelijk en zorgen voor de financiering. De BW kan ook worden gefinancierd vanuit de (Wlz); de indicatie en financiering loopt dan via de zorgkantoren.

De coördinerend zorgverzekeraar voor het zorgkantoor in de regio Flevoland is het Zilveren Kruis. Behandeling van psychiatrische aandoeningen en verslavingszorg wordt aangestuurd, uitgevoerd en gefinancierd door de zorgverzekeraar en is vastgelegd in de Zvw. Tenzij het gaat om cliënten die niet willen. Dan kan deze zorg vanuit bemoeizorg zijn gefinancierd en dat valt (meestal) onder de Wmo. Deze zorg is dan gericht op zorgtoeleiding en 'harm reduction'.

De ggz omvat een breder palet aan behandeltype en structuren, waarin wij in deze rapportage de volgende onderscheiden:

- Praktijk ondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg (poh-ggz),
- Openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz) ook wel bemoeizorg genoemd
- Generalistische basis geestelijke gezondheidszorg (bggz),
- Specialistische geestelijke gezondheidszorg (sggz), klinische instelling en crisisdienst.

De toeleiding naar zorg vanuit bemoeizorg (oggz) wordt gefinancierd vanuit de Wmo en geleverd door verschillende partijen: ggz-aanbieders (zowel voor psychiatrie als voor verslaving), Kwintess, TriadeVitree, Leger des Heils, ForFact en de GGD als coördinerende partij. In dit hoofdstuk bespreken wij de OGGZ geleverd door ggz-partijen, zowel voor verslaving als psychiatrie. De andere aanbieders

⁴ <https://www.trouw.nl/gezondheid/staat-aansprakelijk-gesteld-voor-wachtlijsten-in-de-ggz~bb9182c0/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.rtl.nl%2F> en <https://www.trouw.nl/zorg/wachtlijsten-blijven-groot-probleem-in-de-ggz-maar-rigoreus-ingrijpen-blijft-ook-onder-jetten-uit~b5a25389/> geraadpleegd op 29 april 2026.

van OGGZ laten wij buiten beschouwing. Ggz-behandelaars (psychologen, gedragsdeskundige en psychiaters ed.) werken vanuit de gebiedsteams en ggz instellingen. In Flevoland is GGZ Centraal de grootste ggz-aanbieder, ook wel systeem aanbieder genoemd. Dit betekent dat zij door zorgverzekeraar Zilveren Kruis zijn aangewezen voor het leveren van geestelijke gezondheidszorg in de regio Flevoland. GGZ Centraal levert onder meer de crisiszorg en High Intensive Care (HIC). Andere aanbieders kunnen ook zorg leveren. Een andere belangrijke aanbieder is Amethyst voor verslavingszorg, hetgeen een samenwerkingsverband betreft van GGZ centraal en Tactus.

De casussen

Tijdens de focusgroepen met stakeholders hebben we een aantal cliëntcasussen uit deze onderzoeksrunde besproken. Deze casussen betroffen cliënten die ontregeling ervaren en behoefte hebben aan ggz-behandeling, maar deze behandeling niet of onvoldoende ontvangen. De casussen hebben wij besproken stakeholders uit de volgende sectoren:

- Aanbieders MO/BW, Veldtafel en Regionaal Expert Team (ret)
- Aanbieders ggz
- Gemeente, incl. ggd
- Bestuurders
- Verschillende financierende partijen

We hebben de casussen van de volgende personen voorgelegd:

- Jason verblijft in de MO en is herhaaldelijke dakloos. Tijdens het interview noemt hij dat hij zich bespied voelt, waarvoor hij, ten tijde van het interview, geen hulp van een psycholoog of psychiater ontving. Jason zei wel naar een psycholoog te willen gaan.
- Wouter verblijft meer dan twee jaar in BW en noemt tijdens het interview dat hij autistisch is en dat hij lijdt aan depressies. Ten tijde van het interview heeft hij veel last van zijn depressie en geeft hij aan dat het helemaal niet goed met hem gaat. Sinds hij in BW verblijft heeft hij wel een groepstraining gevolgd om te leren omgaan met zijn autisme, maar individueel ontvangt hij geen behandeling voor zijn huidige depressie.
- Tommy vertelde dat hij heel graag wil beginnen met traumatherapie. Eerder kon dat niet, omdat hij nog in de MO verbleef en dat was volgens de psychiater te onrustig. Echter, nu hij is uitgestroomd naar BW vindt de psychiater dat de huisvestingssituatie nog steeds niet stabiel genoeg is om de therapie te starten. Tommy gaf tijdens het interview aan dat hij zich ook steeds instabieler voelt worden, omdat de therapie niet kan beginnen terwijl hij zelf niks aan de woonsituatie kan veranderen.
- Sid verblijft in BW en heeft tien behandelsessie voor zijn trauma ontvangen. Hij geeft aan het heel jammer te vinden dat zijn traumatherapie geen vervolg kan krijgen, want hij had veel baat bij de behandeling. Eigenlijk heeft hij, naar eigen zeggen, intensiever en vooral langer hulp nodig. De afwijzing ervoer Sid als pijnlijk en daarom wil hij nu even helemaal niks meer.

Bij Jason, verblijvend in MO en Wouter, verblijvend in BW, is het onduidelijk of en waarvoor zij precies een ggz-diagnose hebben, en is er geen behandelaar in beeld. Bij Sid en Tommy, beide verblijvend in BW is er wel een behandelaar in beeld en is er sprake van een ggz-diagnose. Bij twee van bovengenoemde cliënten lijkt sprake van een patstelling met de begeleiding en de behandeling, waarin deze cliënten benoemden dat ze wel hulp wilden bij hun psychische nood, maar geen contact met hun begeleider meer hadden of wilden.

De 'onwelwillende cliënt'

In de gepresenteerde casussen hierboven wordt een beeld geschetst van cliënten die wel hulp willen. Dit beeld wordt echter niet herkend door een aantal stakeholders die direct contact hebben met cliënten.

Mijn beeldvorming zal eerder zijn dat de cliënt het soms zelf niet wil, dat het wel voorgedragen wordt. Wat ik hier [in de focusgroep] hoor, dat bijvoorbeeld een cliënt wel ggz-ondersteuning wil, maar niet op de wachtlijst komt. Dat roept bij mij niet zoveel op. (Stakeholder gemeentelijk perspectief)⁵

Deze stakeholders, waarvan dit citaat een illustratief voorbeeld vormt, benoemen het tegenovergestelde, namelijk het beeld van cliënten die helemaal niks meer willen; trajecten waarin er sprake is van een soort patstelling is in het kunnen komen tot een behandeling.

Wij zien als onderzoekers een aantal redenen die dit verschil mogelijk kunnen verklaren vanuit onderzoek. Zo kan dit in de eerste plaats het gevolg zijn van een methodologische keuze om enkel casussen te presenteren waarin cliënten zelf zeiden dat ze wel willen. Daarbij baseren wij ons in deze casussen op wat mensen zeggen en is er soms een verschil tussen wat mensen zeggen en wat mensen doen. En tot slot, en waarschijnlijk de belangrijkste verklaring, is dat de context van een interview en de relatie tussen de onderzoeker en geïnterviewde wezenlijk verschillend van een begeleidingsrelatie. Het volgende onderwerp bespreekt domein overstijgende samenwerkingsrelaties.

Domein overstijgende samenwerking in de uitvoering

Deze casussen vormden ook de aanleiding voor de stakeholders om te reflecteren op de onderlinge, organisatie-overschrijdende samenwerkingsverbanden in de ketenzorg. In de interviews en focusgroepen verhouden de stakeholders zich op verschillende manieren tot de dagelijkse praktijk waar de cliënten zich in bevinden. Sommige stakeholders staan dicht bij de dagelijkse praktijk (bijvoorbeeld door fysiek op MO/BW locaties aanwezig te zijn), andere stakeholders hebben een rol waarin ze wat meer op afstand staan. Een stakeholder MO/BW beschrijft de zowel de noodzaak van samenwerking met de ggz en ook de complexiteit als volgt:

Over het algemeen, vind ik, dat ggz op afstand is gekomen van BW. Natuurlijk is dat ook op individueel en casusniveau ook wel verschillend, maar in het algemeen vind ik wel een trend ingezet dat gewoon niet meer de zorg wordt ontvangen die eigenlijk nodig is. En dat werkt door, ook op de werkvloer, op allerlei manieren. Waardoor je ook in BW niet verder komt met mensen, want je hebt het nodig om begeleiding en behandelingen ook te kunnen toetsen aan elkaar. Hoe gaat iemand in de dagelijkse praktijk verder met zijn kwetsbaarheid? Ik praat hier vanuit het perspectief van de cliënt, het werkvloer perspectief. En natuurlijk is het geen verwijt. Ik denk

⁵ In het wederhoor benadrukt de GGD dat dit twee verschillende situaties zijn die beide om extra inzet vragen. De GGD benadrukt dat voor cliënten die behandeling willen maar deze niet kunnen krijgen, het noodzakelijk is om te onderzoeken hoe behandeling alsnog gerealiseerd kan worden, mogelijk door expliciete samenwerkingsafspraken tussen gemeente, GGZ en BW. Voor cliënten die (nog) geen hulp willen, is juist begeleiding gericht op motivatieontwikkeling essentieel, wat kan vragen om meer gespecialiseerde begeleiding binnen woonvoorzieningen. Daarnaast ziet de GGD in de praktijk ook situaties waarin GGZ-zorg niet kan worden opgestart vanwege instabiele huisvesting, terwijl duurzame huisvesting niet gerealiseerd kan worden vanwege GGZ-problematiek. Dit is niet altijd een kwestie van motivatie van de cliënt.

dat alle collega's keihard werken, maar dat dit een conclusie is dat er gewoon een afname is van goede ondersteuning.

Een andere stakeholder MO/BW is positief over de samenwerking tussen de MO en de oggz: “Met de oggz is de samenwerking heel goed. Zowel voor verslaving als voor psychiatrie werken we daar prima mee samen.” De stakeholder benadrukt dat de samenwerking op persoonlijk vlak goed is en ervaart de samenwerking met OGGZ verder als laagdrempelig, frequent en behulpzaam. De stakeholder geeft hooguit aan meer capaciteit te willen. De samenwerking met de sggz vanuit de gebiedsteams wordt door dezelfde stakeholder echter als wisselend ervaren.⁶ Zoals in de quote hierboven van een andere stakeholder ook al wordt aangegeven, kan dit per persoon verschillen.⁷ Volgens een stakeholder MO/BW, maar ook genoemd door een ggz-stakeholder, komt dit doordat sommige behandelaars niet altijd goed genoeg begrijpen wat de situatie is waar de cliënt in verkeert in MO of BW en wat de situatie is waarin MO/BW begeleiders met de gebiedsteams samen moeten werken.

Samenwerking in schaarste

De huidige schaarste (in het tekort aan woningen, beperkte financiële middelen in de zorg, en het personeelstekort) wordt door de stakeholders breed benoemd als knelpunt.⁸ Niet alleen de individuele aanbieders van zorg en ondersteuning hebben last van de schaarste, maar de gehele ketenzorg staat onder druk. Een stakeholder MO/BW legt de kettingreactie die deze schaarste veroorzaakt hieronder uit. Hier speelt de schaarste in op een langer bestaand probleem van domein overstijgend samenwerken tussen ggz en verslavingszorg en inkoop op beddenbezetting:

Wij [MO/BW aanbieders] zitten dus krap in de financiering als aanbieders. De ggz zit wat krap in financiering, en hebben vaak veel vacatures. Verslavingszorg hetzelfde. Dus je ziet een terugtrekking op de eigen kerntaak. Daar ontstaan wel uitsluitingsmechanismen, van: dat is niet van ons. En dan krijg je gepingpong, van: wij [MO/BW-aanbieders] zien een psychose. De psychiater zegt: daar ga ik over of het een psychose is. Dit is gedrag en dat is verslavingsgedrag. En de verslavingszorg zegt: er is geen stabiele situatie, want meneer zit in de MO/BW. Verslavingszorg zegt: we kunnen verslavingsbehandeling starten als jullie [MO/BW aanbieders] een terugkeergarantie geven. Dus dat als de behandeling is afgelopen, dat jullie weer een bed bieden. Dat is heel, heel ingewikkeld voor ons, omdat je daar dan een bed leeg hebt staan. Soms gebeurt het wel, dat mensen drie maanden in behandeling zijn. Je mag in BW ook een bed drie maanden beschikbaar houden voor een cliënt, maar als het die drie maanden overschrijdt, dan moet je dat melden. Dus stel dat een behandeling een half jaar duurt, dan wordt die cliënt uitgeschreven en dan heb je geen terugkeergarantie. Dat is vanuit verslavingszorg een mission impossible.

⁶ In wederhoor vult de GGD hierop aan: “Wanneer contact snel wordt afgeschaald, leidt dit er in de praktijk toe dat cliënten op termijn opnieuw via de OGGZ in beeld komen. Het opnieuw toe leiden naar zorg moet dan weer worden opgestart en soms is zelfs inzet van verplichte zorg (Wvggz) nodig. Dit komt de behandelrelatie en het vertrouwen in de hulpverlening niet ten goede en heeft negatieve effecten op de samenwerking tussen organisaties.”

⁷ De GGD geeft in wederhoor aan niet te herkennen dat de samenwerking hangt op persoonlijke relaties in de context van de MO.

⁸ In wederhoor vult de GGD hierop aan: Landelijke ontwikkelingen richting meer ambulante, kortdurende en minder intramurale behandeling zijn onvoldoende vertaald naar aangepast aanbod binnen BW, zowel in capaciteit als in geboden begeleiding. Dit vergroot de kloof tussen behandeling en wonen en vergroot ook het risico dat mensen in de MO terechtkomen. Dit vraagt om gemeentelijk beleid en aanpassing van het aanbod.”

Een ggz-stakeholder geeft aan dat er door schaarste en wachtlijsten ook wachttijd ontstaat in de keten. Dit betekent dat als verslavingszorg gaat behandelen en er ook behandeling in de ggz plaats zal vinden, er een soort transferwachttijd ontstaat. De situatie die dan ontstaat is dat de verslaving is behandeld, maar de ggz vanwege de wachtlijsten daarop niet aansluitend kan starten. Daardoor willen de behandelaren in de verslavingszorg beschikbaar blijven voor de cliënt waardoor ook daar een wachttijd ontstaat voor nieuwe cliënten. Hoewel verslavingszorg en de ggz hierover met elkaar in gesprek zijn, blijft deze afstemming een ingewikkeld punt. Het wordt in het onderzoek niet duidelijk of er ook gesprekken zijn over het maken van structurele afspraken, om bijvoorbeeld cliënten die dit type ketenzorg nodig hebben, te prioriteren.

De moeizame overgang van FACT naar gebiedsteams

Naar aanleiding van Jasons casus, wordt door geïnterviewde stakeholders genoemd hoe de sggz is in Flevoland, anders dan in de andere regio's waar GGZ Centraal de systeem-aanbieder is, georganiseerd is via ggz-gebiedsteams.⁹ Een ggz-stakeholder beschrijft hoe de afgelopen jaren, met de overgang van de FACT naar de gebiedsteams, de FACT-werkwijze is 'verdamppt'. Binnen de FACT-werkwijze werd er meer out-reachend gewerkt door de teams, en ook meer vanuit bemoeizorg. De FACT-werkwijze sloot beter aan bij de doelgroep MO/BW omdat het bijvoorbeeld het aanmelden bij de sggz laagdrempeliger maakte; een behandelaar was bereid om op locatie langs te komen voor een intake of zorgmachtiging. Nu moet een cliënt zoals Jason naar de gebiedsteams toe voor een afspraak en dat gaat geregeld mis en het kost veel tijd en moeite om dat te bewerkstelligen.

Ook wordt aangegeven dat de waakvlamfunctie (een vinger aan de pols houden), gedeeltelijk is wegbezuinigd, en gedeeltelijk is overgeheveld naar de eerstelijnszorg. De ggz-stakeholder geeft aan dat er vanuit de eerstelijnszorg wel wat gedaan kan worden maar dat zij ook niet altijd op pad kunnen gaan. Een ggz-stakeholder beschrijft dat hiermee de mogelijkheid tot snel opschalen beperkt is en daardoor situaties escaleren tot 'crisis' situaties. Zo hebben MO/BW-aanbieders meermaals interviews aangegeven dat een cliënt in crisis zwaar drukt op de andere cliënten en het personeel. Hieronder gaan we daar verder op in.

Geen thuis bij crisis (acute psychiatrie)

De afgelopen jaren hebben MO/BW-aanbieders verscheidene keren verteld over situaties waarin de MO/BW medewerkers zien dat een cliënt ernstig ontregelt en dat zij vanuit de ggz-crisisdienst niet tot nauwelijks ondersteuning ontvangen. Deze kwestie, van cliënten die in een intramurale setting ontregelen en het uitblijven van ondersteuning vanuit de crisisdienst, hebben wij voorgelegd aan de verschillende ggz-stakeholders. Dit geschetste beeld wordt herkend, en vanuit de ggz-stakeholders worden hier ook een tweetal verklaringen voor gegeven.

⁹ Gebiedsteam ggz: een multidisciplinair team van behandelaars van GGZ Centraal dat inwoners in de eigen omgeving helpt bij het met verminderen van hun psychiatrische problemen. (Uit: Regionaal kader zorglandschap Wmo. Een visie op een inclusieve samenleving 2020-2026. Versie: 6 december 2019., p. 24) Op deze website van GGZ Centraal wordt het verschil tussen regio's waarin zij actief is, goed duidelijk. In Flevoland het gebiedsteam, in Gooi en de regio Amersfoort FACT: [Het werkgebied van GGZ Centraal - Werken bij GGZ Centraal](#)

Het is voor de onderzoekers onduidelijk of de ggz-gebiedsteams zijn ingegeven door de gemeentelijke inkoop, of dat dit is georganiseerd door GGZ Centraal.

In de eerste plaats gaf een ggz-stakeholder aan dat, vanuit het perspectief van de crisisdienst, medewerkers in MO/BW geen officiële verwijzers zijn zoals huisarts of behandelaar¹⁰ en daarom door de crisisdienst ook niet beschouwd worden als professionele gesprekspartners. Dit maakt dat de professionele inschatting op dezelfde waarde wordt geschat als die van een betrokken familielid, dat contact opneemt met de crisisdienst. Dit lijkt volgens de onderzoekers echter in strijd met de huidige ggz standaarden, waarin MO/BW medewerkers wel gerekend worden tot professionele gesprekspartners.¹¹

Daarbij wordt er in deze standaarden ook vermeld dat er in de triage vanuit de crisisdienst oog moet zijn voor de naasten (in dit geval andere cliënten) van de ontregelde cliënt. In de hier geschetste praktijk in Flevoland lijkt onvoldoende te worden meegewogen dat de ontregeling van één cliënt, ontregelend werkt voor de andere cliënten en het personeel op een locatie.

Een andere verklaring die wordt gegeven vanuit de ggz/stakeholders gaat over de verschillende visies op psychiatrie en wanneer je kunt beoordelen of er sprake is van psychiatrie. Op het moment dat er ook sprake is van middelengebruik, kan de beoordeling niet worden gedaan en is het in de ogen van de crisisdienst niet zinvol om iemand te zien. Dit verschil in discipline is ook onder het kopje 'schaarste' genoemd.

Conclusies

De belangrijkste punten in dit hoofdstuk over de samenwerking tussen MO/BW en ggz zijn:

- De samenwerking van de keten hangt zeer sterk op persoonlijke relaties in de uitvoering;¹²
- De huidige schaarste (het tekort aan woningen, beperkte financiële middelen in de zorg, en het personeelstekort) vermoeilijkt de samenwerking in de ketenzorg;
- Bij de overgang van de FACT-teams naar de ggz-gebiedsteams is de out-reachende werkwijze deels verloren gegaan;
- De waakvlamfunctie is gedeeltelijk wegbezuinigd en overgeheveld naar de eerstelijns zorg;
- In de samenwerking tussen MO/BW en de crisisdienst worden medewerkers van MO/BW niet gezien als professionele gesprekspartners;
- Verschillende visies op psychiatrie, en in combinatie met cliënten met middelen gebruik, vormen voor de crisisdienst een contra-indicatie op het beoordelen van een cliënt.

¹⁰ Officiële verwijzers voor de crisisdienst zijn de huisarts en de behandelaar (zie:

<https://www.ggzcentraal.nl/acute-psychiatrie/>, geraadpleegd op 29 april 2026). In geval van acuut gevaar kan ook de politie gebeld worden, bekend nadeel hiervan dat dit een traumatische uitwerking kan hebben op zowel de cliënt als de andere cliënten en andere betrokkenen als politie.

¹¹ <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/acute-psychiatrie/hulpverlening-aan-personen-in-een-crisissituatie/diagnostiek/stap-2-inschatting-crisis-door-eerste-hulpverlener>, geraadpleegd op 29 april 2026.

¹² In wederhoor heeft de GGD aangegeven dit punt niet te herkennen.

Hoofdstuk 4 Bestuurlijke knelpunten in de zorgketen

Het vorige hoofdstuk beschreef signalen van stakeholders over knelpunten in de uitvoering. Dit hoofdstuk verdiept zich in de bestuurlijke knelpunten die stakeholders tijdens de interviews en focusgroepen hebben benoemd. Verder gaat dit hoofdstuk in op een aantal culturele en bestuurlijke kenmerken van de regio. In deze regio worden Lelystad en Almere, twee sterk verstedelijkte gemeenten, omringd door een overwegend landelijk gebied en worden ggz-diensten geleverd door partijen wiens primaire werkgebied in andere regio's (o.a. Amersfoort) liggen.

Knelpunten in de bestuurlijke organisatie MO/BW en ggz

Stakeholders uit verschillende domeinen op bestuurlijk niveau hebben deelgenomen aan de interviews, waaronder gemeentelijke bestuurders, vertegenwoordigers van niet-gemeentelijke financiers en bestuurders uit de ggz. Onder deze participanten bestaat brede overeenstemming dat de bestuurlijke organisatie in Flevoland op dit gebied uitdagend is. In interviews en focusgroepen worden hiervoor drie verklaringen genoemd: het mogelijk atypische karakter van de regio, de informele 'kleine gemeentemodus' bij grootstedelijke problematiek, de lokale reactie op de complexe organisatie, waaronder het opvangen van knelpunten met lokale voorzieningen.

Flevoland, een atypische regio?

Een vertegenwoordiger van niet-gemeentelijke financiering geeft aan dat samenwerking in Flevoland complex is, omdat de regio als atypisch wordt beschouwd. Dit komt volgens deze respondent door grote verschillen in zowel de aard van de problematiek als in culturele kenmerken. De stakeholder verwoordt dit als volgt:

Een directeur van een ggz-aanbieder die gaat niet voor Almere een aparte afspraak maken, niet voor Lelystad, niet voor Dronten, niet voor Urk en niet voor Noordoostpolder. Die probeert het toch als één regio te benaderen, want anders is het niet uitvoerbaar voor een organisatie. Maar vervolgens zie je wel dat die gemeenten compleet verschillend zijn. Ik bedoel, er zou geen inwoner van Urk in Almere kunnen aarden en vice versa. Dus je ziet dat samenwerken in Flevoland, dat het een beetje noodgedwongen samenwerking is. En men probeert hem steeds meer te zoeken, alleen het is een spanningsveld waar je altijd mee te maken hebt.

(Stakeholder niet-gemeentelijke financier)

Een andere stakeholder uit het gemeentelijk bestuur geeft aan dat Almere en Lelystad te maken hebben met grootstedelijke problematiek, vergelijkbaar met Amsterdam, terwijl deze problematiek in kleinere gemeenten nauwelijks speelt. Hierdoor verschillen zowel de omvang als de ervaren urgentie van de problematiek. Vanuit ons onderzoek in andere Nederlandse regio's blijkt echter, dat dit niet anders is dan bijvoorbeeld in de regio Utrecht, waar de problematiek in Utrecht erg kan verschillen van problematiek in Wijk bij Duurstede of Lopik.

Ook wordt benoemd dat de knelpunten in de zorgverlening variëren. Zo vormt reistijd voor ambulante hulpverlening een belangrijk issue in bijvoorbeeld de Noordoostpolder, terwijl dit in Almere en Lelystad nauwelijks een rol speelt. Uit ons onderzoek blijkt dit ook een probleem is in andere regio's, zoals in de regio Den Bosch en opnieuw die van Utrecht. In vergelijking met andere regio's is deze problematiek dus niet uniek voor Flevoland. Zoals in het volgende onderdeel zal blijken, blijft de sterke groei van de steden in deze regio, in combinatie met de gelijktijdig toegenomen verantwoordelijkheden, niet zonder gevolgen.

Grootstedelijke problematiek, kleine gemeentemodus

Een stakeholder uit het gemeentelijke bestuur vraagt zich tijdens het interview hardop af of het complexe bestuurlijke vraagstuk van deze regio, misschien onderdeel van de ontstaansgeschiedenis is:

Eerst werden we door het Rijk aangestuurd en daarna doen [we] dat met elkaar op de achterkant van het bierviltje. Daar zijn we nu te groot voor. Dan moet je ook een sterk bestuur hebben die dat begrijpt en een sterke organisatie. Dus die ambtelijke organisatie heeft dezelfde kleine gemeentemodus. Dus je bent echt een grote stad met aan het stuur zo'n puber, met van die grote slungelige armen, die niet weet wat ie moet doen.

(Gemeentelijke Stakeholder)

Deze stakeholder schetst hoe de gemeente op meerder fronten moeite heeft om gelijke tred te houden met de snelle groei van Almere en de bijbehorende grootstedelijke problematiek. Volgens een vertegenwoordiger van het gemeentelijk bestuur geldt dat voor de hele organisatie, van ambtenaren tot raad en burgemeester, en dit blijft lastig ondanks goede intenties: 'het is allemaal iets te groot, het is allemaal net aan of net niet'.

De recente ontstaansgeschiedenis en snelle groei contrasteren met de historische ontwikkeling van gevestigde ggz-instellingen. Veel van deze partijen ontstonden al vóór de oprichting van Flevoland in 1986, vaak begin vorige eeuw en in andere regio's, zoals GGZ Centraal in Amersfoort (1931) en Tactus verslavingszorg dat sinds 1900 bestaat.

Primair werkgebied ggz-aanbieders elders

Opvallend in Flevoland is volgens een stakeholder van een niet-gemeentelijke financier de wijze waarop de ggz is georganiseerd. Vrijwel alle ggz-aanbieders in de regio hebben hun primaire werkgebied buiten Flevoland en bedienen de provincie er 'bij'.¹³

Ik merk in andere regio's, waarbij de ggz-aanbieders ook primair gevestigd zijn dat, dat je daar meer natuurlijke samenwerkingsverbanden hebt. In Flevoland, daar is echt wel serieuze opgave, maar je merkt dat het wel met die bedrijfsprofielen dan best wel puzzelen is, van: past die opgave die wij in Flevoland hebben? Moeten wij dan als ggz-partij onze hele structuur om gaan gooien alleen voor Flevoland? Of zeggen we: we blijven die andere regio's doen? En je merkt, men gaat door. Maar om iets fundamenteels neer te zetten, is in Flevoland gewoon een stuk lastiger. Dat je dan toch merkt dat voor de ggz-aanbieders dat die toch moeten kijken van: hoe past dit binnen het hele profiel wat wij willen hebben.

(Niet-gemeentelijke Financier)

De stakeholder benadrukt dat de moeizame samenwerking zich vooral op bestuurlijk niveau voordoet. In de uitvoering daarentegen is de bereidheid om samen te werken weldegelijk aanwezig: professionals en organisaties zoeken elkaar actief op. Juist op bestuurlijk niveau blijkt het echter lastig om tot een effectieve samenwerking te komen. Dit bemoeilijkt ook de uitvoering, zoals beschreven in hoofdstuk

¹³ Meerdere stakeholders benoemde dat daar waar er in het hele land veel onvervulde vacatures zijn, dit getal in Flevoland hoger ligt dan in andere regio's. De onderzoekers beschikken niet over de documenten die dit onderbouwen.

twee. De eerder geciteerde stakeholder wijst daarnaast op verschillen tussen regionale structuren. Dit komt in ons onderzoek onder meer naar voren in de uiteenlopende inrichting van BW.

Regionale Inrichting Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen

Het *Regionaal kader zorglandschap Wmo 2020-2026* deelde BW eerder in zeven clusters in, die sterk aansloten bij definities binnen de ggz (zoals psychiatrie met verslaving, met een licht verstandelijke beperking (lvb), moeder en kind, regulier, en daarnaast autisme, psychose en schizofrene stoornissen, en somatiek in combinatie met psychiatrie).

Deze indeling is recent voor BW op regionaal niveau losgelaten, en vervangen door de categorieën: Beschut Wonen, Beschermd Wonen midden en Beschermd Wonen hoog. Verschillende gemeentelijke stakeholders geven aan dat bij de indicatiestelling de specifieke ggz-hulpvraag van cliënt niet leidend is. Ook mensen zonder expliciete ggz-hulpvraag krijgen onder de noemer ‘psychosociaal’¹⁴ toegang tot BW. Via de regionale veldtafel, dat is overleg tussen BW-aanbieders in de regio en de plaatsingscoördinatoren van de gemeente Almere, worden cliënten vervolgens geplaatst bij een aanbieder van BW.

Voor toegang tot de MO geldt een andere route: personen zonder huisvesting melden zichzelf bij een MO-locatie. Als er plek is, krijgen zij toegang, waarna de Centrale Toegang van de GGD de opvang achteraf beoordeelt. Door de schaarste van beschikbare bedden in MO en BW wordt dit plaatsingsproces volgens geïnterviewde professionals in de praktijk voornamelijk gestuurd door beschikbaarheid (waar is er plek?), in plaats van door de inhoudelijke zorgvraag. Een aanbieder van MO/BW zegt hierover:

Kijkend naar de problematiek, je bent altijd bezig voor de mens. En op dat moment trek je soms ook dingen naar je toe aan de veldtafel waarvan je denkt: we gaan het doen, maar we weten eigenlijk dat het lastig gaat worden. En dat is altijd het menselijk belang wat ik vooropzet. Dat ik denk: lang in de MO is ook geen optie. Kan er dan een plek komen op [niet passende locatie]? Dan gaan we dat doen. Ik probeer daar ook transparant in te zijn, naar de centrumgemeente, van: joh, dit is wat we nu gaan inzetten, maar dat is misschien niet de meest passende plek. Dus ik denk dat dat de overwegingen zijn. We hebben te maken met een flinke toeloop aan dossiers, die ook niet altijd passend zijn voor onze organisatie¹⁵, maar waar ik toch wel wat mee moet.

De door deze stakeholder geschetste praktijk in het plaatsingsproces impliceert dat de hulpvraag en ondersteuningsbehoefte van de burger (evenals de mate waarin ggz betrokkenheid nodig is) niet altijd leidend zijn. Uit dit citaat blijkt ook dat de hulp/zorgvraag van een cliënt (in bovenstaand geval) beoordeeld lijkt te worden als ‘te zwaar’ voor BW, waardoor het traject van een cliënt en de betrokken begeleiders al vanaf het begin onder spanning kan komen te staan.

¹⁴ Psychosociale problematiek is ook opgenomen in de Wmo: ‘*Beschermd wonen*: wonen in een accommodatie van een instelling met daarbij behorende toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving’, zie <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2026-01-01>, geraadpleegd op 12 mei 2026.

¹⁵ Mogelijk wordt door deze aanbieder van maatschappelijke opvang en beschermd wonen bedoeld, dat een cliënt in bepaalde gevallen meer passende ondersteuning zou ontvangen in een ggz-kliniek.

Doordat plaatsing grotendeels wordt overgelaten aan aanbieders, de verdeling van cliënten weliswaar een zekere logica volgt (bijvoorbeeld doordat de ene aanbieder zich richt op lvb en een andere op jongeren) maar dat deze profilering niet is ingericht om formele samenwerking met de ggz te ondersteunen. Afspraken en samenwerking zijn daardoor beperkt uitgewerkt in overeenkomsten en werkprocessen en leunen sterk op onderlinge relaties.¹⁶

De onderzoekers constateren dat dergelijke profielen ten tijde van deze derde meting nog ontbreken. Als deze in de toekomst worden ontwikkeld, lijkt het tot de aanbeveling te strekken, om deze bestuurlijk te verankeren in duidelijke afspraken en samenwerkingskaders met de ggz. Hieronder wordt een voorbeeld uit de Amsterdamse uitvoeringspraktijk gepresenteerd, waarin voor een aantal van de in Flevoland gesignaleerde knelpunten oplossingen zijn gevonden, onder meer door het maken van regionale werkafspraken met de ggz crisisdienst, aangevuld met extra afspraken voor specifieke locaties.

Een voorbeeld uit Amsterdam

Om cliënten aan te melden die een hulpvraag hebben op het gebied van de ggz is in Amsterdam de voorwaarde dat de behandelaar die de diagnose heeft vastgesteld, betrokken blijft. In sommige gevallen ook na plaatsing in de voorziening. Dit is als volgt vastgelegd in het handboek:

12.5 Aanmeldformulier Een melding in Trajectus gaat via het aanmeldformulier. Dit formulier bestaat uit verschillende onderdelen; een identieke set basisvragen (personalia, contactgegevens) en zorginhoudelijke vragen. Voor een melding van een cliënt met GGZ-problematiek geldt in principe als voorwaarde dat er een verwijzer betrokken is die een diagnose heeft gesteld. In een aantal gevallen is het nodig dat de verwijzer betrokken blijft, ook na plaatsing binnen begeleid thuis met wooncomponent of beschermd verblijf. Het komt voor dat een cliënt nog geen behandelaar heeft, maar voor wie het wel geïndiceerd lijkt. Dan kan Zorgtoeleiding van Arkin worden ingeschakeld. (P.32)

Dit betekent dat er in de regio Amsterdam locaties zijn waar alle cliënten een behandelaar hebben en dat de begeleiding, in geval van ontregeling, met de behandelaar kan optrekken. Er zijn ook intramurale voorzieningen waar mensen verblijven met het label 'psychosociaal', er is iets aan de hand, maar het is onduidelijk wat (of door verslaving niet vast te stellen). Op dit type locatie werken begeleiders met minimaal een hbo-diploma, omdat het werk als zwaarder wordt beschouwd omdat mensen geen diagnose hebben en medewerkers worden geacht de taal van de ggz crisisdienst te spreken. Ook zijn er werkafspraken met de crisisdienst, bijvoorbeeld dat medewerkers tussen 12-18 kunnen bellen met de crisisdienst voor consultatie, de optie dat de crisisdienst kan komen observeren op locatie, en in geval van crisis beschikbaar zijn.

Praktijk van het gemeentelijk bijspringen

De afgelopen jaren heeft centrumgemeente Almere namens de regio geïnvesteerd in het versterken van het voorveld en in pilots om, waar mogelijk met eigen middelen, inwoners en MO/BW- aanbieders te ondersteunen. Voorbeelden hiervan zijn de Flevolandse Avond- en Nachtdienst (FAN), die individuele begeleiding buiten kantooruren biedt,¹⁷ en het Regionaal Expert Team 18+ (RET), dat is

¹⁶ Zie ook de signaleringsrapportage Maatschappelijke Zorg, GGD Flevoland, 2024.

¹⁷ <https://socialekaartflevoland.nl/ak-assistance/flevolandse-avond-en-nachtdienst-fan/> geraadpleegd op 30 april 2026.

opgezet om vastgelopen BW-trajecten en samenwerkingen vlot te trekken. Tegelijkertijd wordt door gemeentelijke stakeholders de vraag gesteld of dergelijke initiatieven wel tot de verantwoordelijkheid van de gemeente behoren, of dat dit primair een taak is van de ggz. Over het RET wordt bijvoorbeeld opgemerkt dat dit feitelijk een vorm van ‘stutten en steunen’ is vanuit de gemeente, bedoeld om inzicht te krijgen in knelpunten in de samenwerking en uitvoering, maar niet structureel belegd is waar het hoort. De stakeholder vertelt:

Nu hebben wij het RET-team, het Regionaal Expert Team, maar dat wordt nu dus vanuit de gemeente betaald en dat is niet helemaal de bedoeling. Want dat RET is natuurlijk ook weer stut en steun vanuit de gemeente. Ook om te kijken, van: wat gebeurt er nu echt in die BW-voorzieningen als het gaat om die samenwerking met de ggz? Wat gaat er nu fout? Dus het is een stukje zorginhoudelijk, een soort, een stukje intervisie, maar ook boven water krijgen, van: wat gaat er fout in het proces? En dat gaan we nu anderhalf jaar doen, om dit soort dingen boven water te krijgen. (Gemeentelijke Stakeholder)

Daarnaast geeft een gemeentelijke bestuurder aan dat de ervaren urgentie, zowel intern als bij landelijke partners, beperkt is. Dit leidt ertoe dat er relatief veel inzet nodig is in het voorveld, terwijl dit moet worden uitgevoerd met dezelfde beschikbare capaciteit:

Dat hebben we eigenlijk ook onvoldoende op orde. En dan worden er allerlei pilots gedaan, maar die pilots, die moet je met dezelfde hoeveelheid schaarse mensen doen en met dezelfde hoeveelheid schaarse middelen. (Bestuurlijke Stakeholder)

Verder noemt een gemeentelijke stakeholder dat er momenteel geen structureel overleg plaatsvindt tussen de centrumgemeente, het zorgkantoor en zorgverzekeraars en dat het laatste convenant tussen gemeente, aanbieders en de ggz dateert uit 2016 en zou moeten worden herzien. Het geschetste beeld is dat de centrumgemeente vooral inzet op interventies in de uitvoering (door betrokkenen omschreven als ‘brandjes blussen’) terwijl bestuurlijke vraagstukken vooruit worden geschoven. Hoewel er bij gemeentelijke bestuurders de wens bestaat om op strategisch niveau met financierende partijen in gesprek te gaan, komt dit in de praktijk onvoldoende van de grond. De keuze om te ‘stutten’ is op korte termijn begrijpelijk en vaak ingegeven door noodzaak, draagt niet bij aan een duurzame oplossing van onderliggende bestuurlijke knelpunten en zou ook een onevenredig groot beslag op gemeentelijke middelen leggen.

Conclusies

De belangrijkste punten over bestuurlijke knelpunten in de samenwerking tussen MO/BW en ggz zijn:

- Flevoland wordt door stakeholders omschreven als een atypische regio, zowel in culturele verschillen als in de diversiteit in problematiek; sterk verstedelijk gebied en landelijk gebied. Flevoland verschilt hierin echter niet van andere Nederlandse regio's
- De mismatch in de bestuurlijke organisatie wordt omschreven als ‘grootstedelijke problematiek, kleine gemeentemodus’
- Het (historisch) primaire werkgebied van ggz-aanbieders ligt buiten de regio
- MO/BW is niet verankerd in duidelijke afspraken en samenwerkingskaders met de ggz¹⁸
- De gaten die ontstaan door de afwezigheid van de ggz worden gedicht door het gemeentelijk bijspringen

¹⁸ In wederhoor geeft de GGD aan dat deze afspraken er wel zijn tussen de ggz en de MO. Andere stakeholders die betrokken zijn bij de MO hebben deze afspraken niet genoemd.

Hoofdstuk 5 Participatie

Evenals in de vorige rapportages, bespreekt dit hoofdstuk het thema participatie, waarin nu ook dieper wordt ingaan op IPS-trajecten. Dit hoofdstuk bespreekt ook de participatiegraad onder geïnterviewden, deelname aan een hersteltraining, het krijgen van een traject met sportabonnement en ontslag uit werk. Hiermee bespreekt dit hoofdstuk de cliëntervaringen met participatie, die ook van invloed zijn op hun maatschappelijke positie.

Participatiegraad per verblijf/woonsituatie

Tabel 7 toont de participatiegraad in 2024 en in 2025. In de meting van 2024 participeert 67% van de 46 participanten in betaald werk, vrijwilligerswerk, dagbesteding, opleiding of cursus. In 2025 zijn voor een deel andere cliëntparticipanten geïnterviewd, en participeren 44 cliënten, wat neerkomt op 57%. Dit is 10 % lager dan het jaar ervoor, maar dit kan mogelijk ook andere verklaringen hebben (zie onder).

Tabel 7.

Participatiegraad in 2024 en in 2025¹⁹

	2024 (N46) % (n)	2025 (N44) % (n)
Betaald werk	22 (10)	16 (7)
Vrijwilligerswerk	14 (7)	7 (3)
Dagbesteding	22 (10)	25 (11)
Opleiding/cursus	9 (4)	9 (4)
<i>Totaal participatie²⁰</i>	<i>67%</i>	<i>57%</i>
Geen	24 (11)	43 (19)
Onbekend	9 (4)	-
Totaal	100 (46)	100 (44)

Tabel 8 (volgende pagina) toont de participatie van alle cliëntparticipanten - uitgesplitst naar verblijf. In BW heeft in deze meting 65% een vorm van participatie, terwijl dit in 2024 71% van de participanten betrof. In de MO participeert 36% (vorig jaar 86%). Dit aantal is minder dan vorig jaar en kan deels verklaard worden doordat er dit jaar minder interviews afgenomen zijn binnen de MO en door het kleine aantal cliëntrespondenten kan dit op toeval berusten. Van de zelfstandig wonende participanten geeft 50% aan dat zij een vorm van participatie hebben, dit is gelijk met vorig jaar. Onderdeel van de participatiegraad is de deelname aan een traject met individuele plaatsing en ondersteuning door een jobcoach, het zogenaamde (Individuele Plaatsing en Steun) IPS- traject.

IPS-trajecten

IPS is een methode om mensen met ernstige psychische problemen te helpen met het verkrijgen en behouden van betaald werk.²¹ IPS-trajectbegeleiders zijn meestal verbonden aan ggz-instellingen of

¹⁹ Eén cliëntparticipant, die momenteel in een ggz-instelling verblijft, en één cliëntparticipant die op straat verblijft, zijn enkel opgenomen in het totaal. Zijn hebben allebei dagbesteding.

²⁰ Omdat dit geen trajecten betreft, kan aan deze afname geen directe conclusie worden getrokken, en kan dit mogelijk ook worden verklaard doordat deels andere participanten zijn geïnterviewd.

²¹ Zie voor meer informatie: <https://kenniscentrumphrenos.nl/kennisproduct/individuele-plaatsing-en-steun-ips/>, geraadpleegd op 13 mei 2026.

gespecialiseerde re-integratiebureaus. Hieronder presenteren we de ervaringen van Thomas en Rutger over hun IPS-traject.

Tabel 8.

Participatiegraad uitgesplitst naar verblijf in 2024 en 2025

	BW % (n)		MO % (n)		ZW % (n)	
	2024 (N21)	2025 (N23)	2024 (N16)	2025 (N11)	2024 (N8)	2025 (N8)
Betaald werk	29 (6)	26 (6)	21 (3)	-	12,5 (1)	12,5 (1)
Vrijwilligerswerk	9 (2)	8,5 (2)	29 (4)	-	12,5 (1)	12,5 (1)
Dagbesteding	19 (4)	22 (5)	36 (5)	36 (4)	12,5 (1)	-
Opleiding/cursus	14 (3)	8,5 (2)	-	-	12,5 (1)	25 (2)
<i>Participatie</i>	<i>71%</i>	<i>65%</i>	<i>86%</i>	<i>36%</i>	<i>50%</i>	<i>50%</i>
Geen	29 (6)	35 (8)	14 (2)	64 (7)	50 (4)	50 (4)
Onbekend	-	-	-	-	-	-
Totaal	100 (21)	100 (23)	100 (14)	100 (11)	100 (8)	100 (8)

Thomas, verblijvend in BW, hoopt binnenkort te gaan uitstromen. Als voorwaarde om uit te stromen is door de begeleiding aangegeven dat hij eerst beter voor zichzelf moet zorgen en een vast inkomen nodig heeft. Dit betekent voor Thomas, het hebben van een betaalde baan.²² Hij vertelde tijdens het interview dat hij sinds kort een IPS-traject volgt, nadat hij een aantal maanden zelf heeft geprobeerd een baan te vinden, maar dit niet lukte. Hij zei hierover:

Ik had [aan de BW-begeleiding] gevraagd, van: hé, ik wil uitstromen, ik wil m'n eigen plek. Toen is er dus benoemd, van: zolang jij goed voor jezelf kan zorgen en een vast inkomen hebt, dan kan dit. Dus ik ben eerst begonnen met het goed voor mezelf zorgen gedeelte. Dat lukt nu heel goed. Dus nu was het echt tijd voor het werk zoeken. Toen heb ik gevraagd: is er een mogelijkheid dat jullie me hierin ondersteunen, want ik heb zelf heel erg moeite met werk zoeken? Want ik zei het daarvoor echt al vier maanden lang, dat ik het zou doen, maar ik heb het nog steeds niet gedaan. Dus ik had ze heel eerlijk gezegd, van: ik heb hier moeite mee, kan je me helpen? En toen hebben ze dus dit traject aangezet voor mij en dat werkt heel goed.

Thomas spreekt positief over de organisatie waar hij zijn IPS-traject volgt. Hij geeft aan dat hij zich heel erg gehoord voelt en dat de praktische hulp die hem geboden wordt goed aansluit bij wat hij nodig heeft. Deze cliënt vertelde dat hij ook zijn middelengebruik met de jobcoach gaat bespreken, om te kijken hoe hij hiermee om kan gaan, zodat het niet in de weg zal staan binnen zijn toekomstige baan.

Rutger is dit jaar voor de derde keer geïnterviewd en de afgelopen jaren was participatie ook een vast onderdeel van zijn interview. Rutger volgt al een aantal jaar een IPS-traject en dit ervaart hij als ondersteunend. Hoewel de trajectbegeleider een aantal keer is veranderd, weet hij zijn coach goed te vinden en spreekt positief over de begeleiding die hij ontvangt. De afgelopen jaren zat zijn begeleider op twee ingewikkelde momenten letterlijk naast hem. Het eerste moment waar Rutger uitgebreid over heeft verteld, was toen hij wilde stoppen met zijn dagbesteding, omdat hij fulltime wilde gaan werken.

²² Het is in het interview niet duidelijk geworden, waarom hij een betaalde baan een voorwaarde was voor uitstroom en er niet is gesproken over het aanvragen van een uitkering.

Hij vond het moeilijk om ontslag te nemen bij zijn oude werkgever en om meer uren te vragen bij zijn nieuwe werkgever. Zijn IPS-coach bood aan om dit samen te doen, en zo hebben Rutger en zijn coach dit gesprek samen gevoerd met beide werkgevers.

De tweede keer dat zijn IPS-coach een waardevolle ondersteuning bleek, was na een voorval op zijn BW-locatie. Het voorval had een grote impact op hem en hij gaf aan dat hij niet meer kon eten of drinken van de stress. Rutger vertelde dat hij veel steun ervaarde van zijn IPS-coach en zijn werkgever. Zijn coach en werkgever hebben aangeboden om samen met hem het gesprek aan te gaan met de begeleiding van zijn BW-locatie.

Wat opvalt in de interviews met cliëntparticipanten die in een IPS-traject zitten, is dat het uitgangspunt van 'wat kun je' en 'wat wil je' inspirerend werkt voor cliënten. En dat de ondersteuning ook daadwerkelijk leidt tot persoonlijk succes, zoals bij Thomas, waarbij het na maanden uitstellen toch lukt om sollicitatiebrieven te versturen en Rutger die weer verder kan op zijn werk met meer uren en zijn woonplek doordat hier samen met zijn IPS-begeleider en werkgever zaken bespreekbaar heeft kunnen maken. Daarnaast wordt werk door het IPS-traject losgekoppeld van wonen en zorg. De IPS-coach brengt een perspectief van 'buiten' in welke de afhankelijkheid van de BW-begeleiding wat verkleind. Op deze manier maakt een IPS-traject ook onderdeel uit van het herstel.

Herstel

Deze interviewronde hebben we ook meerdere cliëntparticipanten gesproken die enthousiast vertelden over de activiteiten die zij hebben ondernomen, specifiek gericht op herstel. Cliëntparticipanten hebben deelgenomen aan hersteltrainingen, onlinecursussen tot ervaringsdeskundige en re-integratietrajecten met een sportelement erin. Susanne vertelde tijdens het interview ²³²⁴ voor haar deed:

We hadden het over innerlijke demonen. Zo noem ik ze altijd. Vroeger vocht ik daartegen en nu niet meer. Mijn angst en agressie zijn dingen die mij door de jaren heen hebben gered. Moet ik daartegen vechten? Het is niet juist om agressief te reageren, uit welke emotie ook. Maar het is ook fijn om te weten dat die agressie daar zit, en dat als je hem nodig hebt, je daar aan kan kloppen. Je hoeft hem alleen niet te pas en te onpas te gebruiken.

Tijdens het interview gaf Suzanne aan dat het heel goed met haar gaat en dat ze na de cursus het gevoel had meer controle te hebben over hoe zij haar emoties uit. Ook cliëntparticipante Amy vertelde tijdens het interview over de onlinecursus tot ervaringsdeskundige ²⁵ die zij volgde:

Na het interview vorig jaar heb ik nog met Thijs [ervaringsdeskundige peer-interviewer] lopen sparren omdat het me interessant leek om te doen. En hij heeft mij ook al wat tips gegeven van hoe ik dat het best kon aanpakken. (...) Deze studie, het duurt een jaar, maar je hebt een tot drie jaar. Ik heb, op mijn eerste module heb ik meteen een tien gehaald.

Amy vertelde dat zij trots en blij was dat deze cursus voor haar een stabiele factor was in een roerige tijd. Zij stroomde uiteindelijk zelfstandig uit naar een andere regio. De klantmanagers van de gemeente

²⁴ Voor meer informatie: <https://www.clipggz.nl/> en <https://www.fped.nl/>, geraadpleegd op 13 mei 2025.

²⁵ Voor meer informatie over onlinecursussen zie bijvoorbeeld de Laudius thuisstudie ervaringsdeskundigheid.

van herkomst en de huidige gemeente waren heel behulpzaam in hun ondersteuning, zo kon Amy bijvoorbeeld haar laptop behouden en daardoor haar cursus voortzetten. Tenslotte vertelt cliëntparticipant Rick over een traject bij de gemeente, waar ook een sportonderdeel in zit en waar hij aan deelneemt:

Je gaat samen sporten, met die groep. Dat is hartstikke top. Ik heb nog een abonnement gekregen voor, van de gemeente, mensen die het moeilijk hebben, een minimuminkomen hebben. Ik heb voor die hele jaar een abonnement gekregen voor Sport City. Naast mijn traject, dat traject duurt vier maanden. Ze kunnen jou helpen, met je plan, sollicitaties, bepaalde certificaten die bij mij verlopen zijn. Die kan ik ook via de gemeente halen. Dat is de beste optie.

Rick vond het niet alleen heel fijn dat hij door dit abonnement kon sporten, hij vond het ook fijn om onderdeel te zijn van een groep waarbij hij ook in contact kwam met mensen van buiten de MO. Zoals beschreven aan het begin van dit hoofdstuk, is er dit jaar een afname van de participatiegraad. Dit gaat ook over cliëntrespondenten die de vorige meting nog betaald werk hadden, en die dit afgelopen jaar verloren.

Tegenslag

Een aantal cliëntparticipanten is tussen het interview vorig jaar en het interview dit jaar hun dag-invulling verloren. Cliëntparticipant Koen, verblijvend in Beschut Wonen, vertelde over het verlies van zijn baan:

Ik heb had recent nog werk, dat is recent gestopt. Ik ben ontslagen. Ze zeiden dat ze geen werk meer voor me hadden. God mag weten wat dat betekent. Nu ga ik weer verder zoeken en het merendeel van de tijd ben ik nu bezig met werk zoeken, het huis onderhouden, spullen die er staan onderhouden. Dat ontslag was niet leuk. Ik had net een stabiel inkomen en goeie uren. Dan komt het weer als een klap binnen. Dat is een beetje vervelend, want ik had in principe door gekund. Dat is hun keuze.

Anders dan Thomas en Rutger, ontvangt Koen geen ondersteuning vanuit een traject gericht op zijn participatie. Tijdens het interview vertelt hij dat hij het jammer vindt dat hij geen hulp krijgt en dat hij het bij gebrek aan hulp zelf doet.

Conclusies

- Dit hoofdstuk bespreekt de participatiegraad in deze regio, die een afname laat zien
- Onduidelijk is nog of dit gedeeltelijk ook te verklaren is uit de gebruikte methode en het tijdstip van de nieuwe afgenomen interviews, of ook te verklaren is vanuit veranderd beleid
- IPS-trajecten worden breed ingezet en door cliënten langere tijd als positief ervaren. Het scheiden van werk van zorg en huisvesting, draagt bij aan het herstel en participatie
- Andere herstelgerichte trajecten, welke ook gericht kunnen zijn op het versterken van ervaringsdeskundige competenties en sport, dragen ook bij aan herstel en participatie
- Niet bij alle cliënten maakt ondersteuning op het participatie traject een integraal onderdeel van het traject, terwijl dit wel een goed idee lijkt, ook ter voorkoming van terugval in dakloosheid

Hoofdstuk 6

Conclusies en aanbevelingen

Deze rapportage zet de belangrijkste bevindingen van deze derde onderzoeksmeting uiteen. De inleiding start met een overzicht van het aantal geïnterviewde cliëntparticipanten en stakeholders. In het eerste hoofdstuk is een overzicht vormgegeven van alle individuele trajecten. Het tweede hoofdstuk beschrijft vervolgens de ervaringen van cliëntparticipanten met ‘zelfstandigheid’, in een context waarin wonen en zorg frictie opleveren. Het derde hoofdstuk gaat daarna in op de samenwerking tussen MO/BW en de geestelijke gezondheidszorg. Vervolgens bespreekt het vierde hoofdstuk hetzelfde thema maar dan vanuit bestuurlijk perspectief, en tot slot behandelt hoofdstuk vijf het thema van participatie met onder meer de ervaringen van cliëntparticipanten met IPS-trajecten. Dit laatste concluderende hoofdstuk vat de belangrijkste punten per hoofdstuk samen, eventueel aangevuld met discussiepunten en mogelijke aanbevelingen voor beleid.

Belangrijkste punten uit hoofdstuk 1, Woontrajecten

Uit het hoofdstuk woontrajecten zijn onderstaande punten het meest opvallend:

- Van de 71 cliëntparticipanten bevindt bijna de helft zich in een instabiel traject of heeft ervaring met herhaalde dakloosheid (n=33), waarmee dit het meest voorkomende trajecttype is.
- Instabiele trajecten worden gekenmerkt door verplaatsingen tussen verschillende woon- en verblijfsvormen, zoals MO, BW, klinische settings, detentie, verblijf bij het netwerk en verblijf op straat.
- BW vervult verschillende functies binnen woontrajecten: voor een deel van de cliëntparticipanten vormt het een vervolgstap na dakloosheid of MO (n=13), terwijl anderen in BW verblijven als onderdeel van een langer zorg- en woontraject (n=14).
- Eerder onderzoek laat zien dat veel cliëntparticipanten in een BW-traject uiteindelijk zelfstandig willen wonen, mits passende ondersteuning, voldoende bestaanszekerheid en betaalbare huisvesting beschikbaar zijn.
- Elf cliëntparticipanten zijn gedurende de onderzoeksperiode uitgestroomd naar een zelfstandige woning, zowel via gemeentelijke uitstroomroutes als op eigen initiatief.
- Woonstabiliteit kan ook na uitstroom onder druk komen te staan door ingrijpende levensgebeurtenissen, terugval in verslaving, opeenstapeling van problemen en het laat inschakelen van hulp.

Belangrijkste punten uit hoofdstuk 2, Frictie wonen/zorg

De belangrijkste conclusies van dit hoofdstuk zijn:

- Zelfstandigheid is geen vast gegeven, maar een toegewezen status die wordt opgebouwd, beoordeeld en (opnieuw) kan worden ingetrokken.
- De voorwaarden voor uitstroom en zelfstandigheid zijn vaak onduidelijk, breed geformuleerd en interpretatiegevoelig (bijv. “goed voor jezelf zorgen”, “gezond leven”).
- Er ontstaat een spanning tussen ondersteuning en controle: regels zijn bedoeld om zelfstandigheid te bevorderen, maar kunnen autonomie juist beperken.
- Stabiel inkomen en arbeidsparticipatie worden sterk gekoppeld aan uitstroom, maar zijn niet altijd praktisch haalbaar voor de cliënt door onzekerheid in het systeem.
- Zelfstandigheid kan een performatieve component worden: niet alleen kunnen, maar ook laten zien dat je het kunt.

Aanbevelingen m.b.t. Frictie wonen/zorg

- De nieuwe wet regie volkshuisvesting is van kracht. Hierin wordt scheiden wonen zorg wettelijk uitgewerkt. Meer informatie hierover is ook te vinden op: [Wet Versterking regie volkshuisvesting | Home | Volkshuisvesting Nederland](#)
- Deze wet betekent dat er regionale afspraken nodig zijn over de verdeling van de huisvestingsopgave, de bijbehorende zorg en ondersteuning en de toewijzing en urgentie. Gemeentes dienen hiertoe vijf wetten op te stellen, aan te passen:
 - (1) Omgevingsvisie (Omgevingswet)
 - (2) Volkshuisvestingsprogramma (Omgevingswet/BkJ)
 - (3) Huisvestingsverordening/ urgentieregeling (Huisvestingswet)
 - (4) Wmo-plan (en afstemming Wmo/WIz)
 - (5) Prestatieafspraken met woningcorporaties (woningwet)

Zie ook: [Een thuis voor iedereen - Platform31 | Kennis en netwerk voor stad en regio](#)

- Ook verzorgde Platform 31 i.s.m. Nienke Boesveldt voor de VNG een Webinar hieromtrent, dat nog kan worden teruggekeken via [Webinar Huurcontracten en begeleiding 3 november 2025 | Nienke Boesveldt](#)
- Aangezien de voorwaarden voor uitstroom vaak onduidelijk en interpretatiegevoelig zijn en er verschillen bestaan tussen instellingen en externe partijen geeft de GGD aan dat meer gemeentelijke regie, bijvoorbeeld via regionaal beleid of regionale urgentieafspraken, deze verschillen mogelijk kan verkleinen.

Belangrijkste punten hoofdstuk 3, Samenwerking ketenzorg MO/BW en ggz

De belangrijkste punten in dit hoofdstuk over de samenwerking tussen MO/BW en ggz zijn:

- De samenwerking van de keten hangt zeer sterk op persoonlijke relaties in de uitvoering;²⁶
- De huidige schaarste (het tekort aan woningen, beperkte financiële middelen in de zorg, en het personeelstekort) vermoeilijkt de samenwerking in de ketenzorg;
- Bij de overgang van de FACT-teams naar de ggz-gebiedsteams is de out-reachende werkwijze deels verloren gegaan;
- De waakvlamfunctie is gedeeltelijk wegbezuinigd en overgeheveld naar de eerstelijns zorg;
- In de samenwerking tussen MO/BW en de crisisdienst worden medewerkers van MO/BW niet gezien als professionele gesprekspartners;
- Verschillende visies op psychiatrie, en in combinatie met cliënten met middelen gebruik, vormen voor de crisisdienst een contra-indicatie op het beoordelen van een cliënt.

Aanbevelingen m.b.t. Samenwerking ketenzorg MO/BW en ggz

- Het is voor de onderzoekers onduidelijk of de ggz-gebiedsteams zijn ingegeven door de gemeentelijke inkoop, of dat dit is georganiseerd door GGZ Centraal. Het lijkt goed dit te verhelderen en te bespreken of een evaluatie hiervan op zijn plaats is.
- Het strekt tot de aanbeveling, helderheid te krijgen over of er sprake is van 'het terugtrekken op de eigen opdracht' door de ggz en hoe de ggz en Flevolandse GGD samenwerken in bemoeizorg, zorgtoeleiding en 'harm reduction'.

²⁶ In wederhoor heeft de GGD aangegeven dit punt niet te herkennen.

- Ten aanzien van crisiszorg wordt in de rapportage opgemerkt dat de crisisdienst niet altijd komt bij acute ernstige ontregeling, omdat MO/BW geen formele verwijzers zijn. Dit knelpunt moet oplosbaar zijn door het maken van samenwerkingsafspraken tussen gemeenten, GGZ en MO/BW-instellingen. Dit verdient prioriteit, aangezien snelle en adequate inzet van de crisisdienst essentieel is voor een veilig woonklimaat.
- De GGD acht het interessant om te onderzoeken of de afstand tussen GGZ en BW mogelijk groter is dan die tussen GGZ en MO. Binnen de MO worden cliënten besproken in het Expertteam (onder voorzitterschap van de GGD), waar meerdere disciplines deelnemen waaronder GGZ en verslavingszorg en ook consultatie op locatie mogelijk is. Bij BW lijkt een vergelijkbare constructie belegd bij het RET. Het is de vraag hoe ondersteunend deze consultstructuur is en in welke mate hiervan gebruik wordt gemaakt.
- Het voorbeeld van Amsterdam wordt door de GGD als waardevol gezien. Tegelijkertijd constateren wij dat Flevolandse gemeenten hebben aangegeven dat gedragsdeskundigheid geen onderdeel is van de BW-tarieven, terwijl deze expertise juist van grote meerwaarde is op specifieke locaties.

Aantal en aandeel besproken cliënten in het expertteam van de totale groep cliënten die zich bij de Maatschappelijke Opvangvoorziening heeft aangemeld²⁷

	2020	2021	2022	2023
Aantal	222	183	195	161
Percentage	75%	70%	66%	71%

Bron: Bijlage 2 - Beleidsinformatie, trends en ontwikkelingen, Tabel 6, pagina 4

De meest genoemde reden waarom een cliënt niet werd besproken is, is vanwege voortijdig vertrek uit de opvang.

Belangrijkste punten hoofdstuk 4, Bestuurlijke knelpunten in de zorgketen

Dit hoofdstuk is ingegaan op de bestuurlijke knelpunten in de samenwerking tussen MO/BW en de ggz weergegeven. De belangrijkste punten zijn:

- Flevoland wordt door stakeholders omschreven als een atypische regio, zowel in culturele verschillen als in de diversiteit in problematiek; sterk verstedelijkt gebied en landelijk gebied. Flevoland verschilt hierin echter niet van andere Nederlandse regio's
- De mismatch in de bestuurlijke organisatie wordt omschreven als 'grootstedelijke problematiek, kleine gemeentemodus'
- Het (historisch) primaire werkgebied van ggz-aanbieders ligt buiten de regio
- MO/BW is niet verankerd in duidelijke afspraken en samenwerkingskaders met de ggz²⁸
- De gaten die ontstaan door de afwezigheid van de ggz worden gedicht door het gemeentelijk bijspringen

²⁷ Een dossier wordt alleen in het expertteam besproken indien er een volledig plan van aanpak is ingevuld.

²⁸ In wederhoor geeft de GGD aan dat deze afspraken er wel zijn tussen de ggz en de MO. Andere stakeholders die betrokken zijn bij de MO hebben deze afspraken niet genoemd.

Aanbevelingen m.b.t. bestuurlijke knelpunten in de zorgketen

- Heb oog voor verschillen, maar zeker ook de overeenkomsten met andere Nederlandse regio's. Flevoland is minder atypisch dan professioneel kan worden ervaren;
- Het lijkt goed MO/BW en GGD te betrekken bij het opnieuw maken van bestuurlijke afspraken en samenwerkingskaders voor de ggz. Het strekt ook tot de aanbeveling voor de regio en het Zilveren Kruis om hier gezamenlijk in op te trekken;
- De route voor toegang tot de MO meer inrichten als die voor BW biedt meer mogelijkheden om bij te sturen en lichtere vormen als onder de panne, hospitaoverhuur en kamers met aandacht in te zetten;
- De nieuwe wet regie volkshuisvesting vraagt ook om een meer formele positionering van de toegang tot MO, gezien de hieraan gekoppelde urgentierecht op een corporatiewoning.²⁹
- De problematiek vraagt om sluitende samenwerkingsafspraken tussen GGZ, gemeente, GGD en MO/BW-aanbieders.
- In dit hoofdstuk lezen we o.a. het knelpunt zoals beschreven in hoofdstuk 3 terug (de belangrijkste knelpunten in de zorgketen). Het probleem lijkt volgens de GGD eenzijdig bij de GGZ te worden belegd, terwijl oplossingen juist liggen in structurele borging van expertise binnen BW en MO, passend bij de vangnetfunctie van de Wmo. Projectmatige initiatieven kunnen ondersteunend zijn, maar structurele inrichting verdient de voorkeur.
- De GGZ stelt dat de samenwerking op bestuurlijk niveau vraagt om intensivering vanuit gemeentelijke bestuurders. Daarbij is het belangrijk om verantwoordelijkheden niet tegenover elkaar te plaatsen (GGZ versus gemeente), maar deze in samenhang te bezien en gezamenlijk te werken aan duidelijke samenwerkingsafspraken. De Wmo heeft hierin een vangnetfunctie. Dat betekent niet dat verantwoordelijkheden eenzijdig bij gemeenten komen te liggen, maar wel dat gemeenten een regisserende rol hebben om te zorgen dat binnen BW en MO de benodigde expertise structureel en gezamenlijk wordt geborgd.

Belangrijkste punten hoofdstuk 5, Participatie

- Dit hoofdstuk bespreekt de participatiegraad in deze regio, die een afname laat zien
- Onduidelijk is nog of dit gedeeltelijk ook te verklaren is uit de gebruikte methode en het tijdstip van de nieuwe afgenomen interviews, of ook te verklaren is vanuit veranderd beleid
- IPS-trajecten worden breed ingezet en door cliënten langere tijd als positief ervaren. Het scheiden van werk van zorg en huisvesting, draagt bij aan het herstel en participatie
- Andere herstelgerichte trajecten, welke ook gericht kunnen zijn op het versterken van ervaringsdeskundige competenties en sport, dragen ook bij aan herstel en participatie
- Niet bij alle cliënten maakt ondersteuning op het participatie traject een integraal onderdeel van het traject, terwijl dit wel een goed idee lijkt, ook ter voorkoming van terugval in dakloosheid

²⁹ In wederhoor geeft de GGD het volgende aan: "Een formele positionering van de toegang tot de MO betekent niet automatisch dat daarmee ook urgentierecht op een corporatiewoning is geborgd. Daarvoor is medewerking van woningcorporaties nodig, en die is in de praktijk niet altijd vanzelfsprekend."

Aanbevelingen m.b.t. participatie

- Dit hoofdstuk toont duidelijk het belang van passende ondersteuning op het gebied van participatie
- Continuïteit van deze ondersteuning, los van de woonplek en ook na uitstroom is van belang voor het succes van herstel uit dakloosheid.

Onderzoeksteam derde meting Flevoland



Dr. Nienke Boesveldt is hoofdonderzoeker. Zij is werkzaam bij de Tilburg University, en Directeur van haar eigen Onderzoeksinstituut



Michiel Klaver (MSc) is als interviewer betrokken bij het project. Daarnaast is hij als clientondersteuner bij Clientbelang Amsterdam werkzaam.



Thijs Kuiling is een energieke bevoegen ervaringsdeskundige uit Arnhem. Hij heeft o.a. ervaringen met trauma's en verwarrend gedrag. Tijdens zijn ervaringen met de GGZ miste hij de verbinding van mens tot mens, los van de diagnoses. Luisteren naar iemands verhaal en beleving en iemand instaat stellen zelf keuzes te maken vindt hij heel belangrijk.



Merel Otto (MSc) werkte tot september 2025 als onderzoeker bij het project en droeg bij aan de interviews in deze derde ronde. Haar interesse in het project wordt gedreven door haar passie voor het thema psychische gezondheid en haar doel om kennis en theorie in te zetten voor het praktisch aanpakken van maatschappelijke problemen. Zij werkt nu bij Clientbelang Amsterdam.



Peggy Demilt is een gedreven ervaringsdeskundige vol nieuwsgierigheid en interesse in haar medemens. Vanuit grote leergierigheid. Ze is werkzaam bij een FACT-team binnen het GGzE. Daarnaast is ze werkzaam als duo-onderzoeker bij de UvA. "Ik vind dat ik het getroffen heb om op deze leuke manier overkoepelend mee te mogen werken aan het signaleren van problemen/ obstakels en bevestigingen van wat wel al heel goed gaat.

Arnold Noordzij is sinds kort ook als ervaringsdeskundig interviewer betrokken bij dit onderzoek.



Nikkie Buskermolen (MA) is als antropoloog en kwalitatief onderzoeker geïnteresseerd in bureaucratie, beleid en praktijk, ideeën over (eigen) verantwoordelijkheid en staats-burger verhouding. De veelomvattendheid van het vraagstuk maatschappelijke opvang en beschermd wonen, is één van de zaken die Nikkie in het bijzonder aanspreekt in het onderzoek. Hiernaast is zij promovenda aan de Universiteit Leiden.



Annabelle van Zon is als socioloog met een achtergrond in de hulpverlening met name geïnteresseerd in sociale vraagstukken rondom onderwijs en sociale mobiliteit. Haar doel is bij te dragen aan een samenleving waarin iedereen zicht thuis voelt en gelijke kansen heeft. Met een analytische en creatieve visie bijt zij zich vast in complexe sociologische problemen. Haar weloverwogen, empathische en sociale karakter stellen haar in staat om effectief te communiceren met verschillende belanghebbende. Zij is trots op haar vermogen om zelfs in uitdagende situaties positief en doelgericht te blijven