



Rapport

Blijvend nabij

duurzaam samenwerken voor mensen met psychische kwetsbaarheid in de keten van wonen, zorg en veiligheid

Een systeemanalyse en gezamenlijke koers voor mensen met onbegrepen gedrag, hun naasten en de ketenpartners die met hen werken - **Waardenetwerk Zorg en Veiligheid** · de Nederlandse ggz



de
Nederlandse
ggz

Colofon

Uitgave 1
Vormgeving: DropOuts, Amsterdam

Juli 2026 © de Nederlandse ggz

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt.

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
Totstandkoming	8
Kernadagium	9
Samenvatting	11
Wat dit rapport biedt	12
De kerndiagnose	12
De cijfers	13
Wat klaarligt om te bouwen	13
Hoe dit rapport zich verhoudt tot het OVV-rapport	14
Inleiding	17
Aanleiding: van meerjarig overzicht naar specifieke jaarplandoelen 2026	18
Waarom systeemanalyse	19
Leeswijzer	19
1. Wat speelt er: onbegrepen gedrag in de keten	21
1.1 Voortdurendheid én onzichtbaarheid	22
Gekend, niet vastgehouden	22
Voortdurend én selectief zichtbaar	23
1.2 Overlappende kwetsbaarheden, geen categorieën	24
1.3a Cognitieve beperkingen als onderschatte rode draad	26
1.3b Stigma als tweede onderschatte rode draad	27
1.4 De omvang: wat we weten en wat we niet weten	28
De EPA-doelgroep	28
Veiligheidsrisico's	30
E33-meldingen: vergaarbak, geen indicator	31
De huisvestingsondergrens	31
Drie monitoring-blinde-vlekken	32
1.5 Het beleidskader: van zes naar tien wettelijke kaders	32
Wams als bouwsteen, niet als eindstation	32
Verplichte opname: lat terecht hoog	33
1.6 De parlementaire verkenning en de sectoreigen opgave	33
De Levensloopaanpak: ontwerp versus praktijk	33
De sectoreigen opgave	34
2. Individuele kwetsbaarheden	37
2.1 Cumulatie van problemen	38
2.2 Zorg mijden of zorg missen — het belang van bemoeizorg	38
2.3 Verslaving als uitzettingsgrond	39
2.4 Justitiecontacten, jeugdtrauma en stigma	41

3. Wat het systeem nog niet structureel waarmaakt	43
3.1 Financieringsschotten bij overgangen	44
3.2 Te weinig passende woon- en behandelplekken	46
3.3 Informatiedrempels	46
3.4 Wachtlijsten, capaciteitsdruk en personeelstekorten	48
3.5 Waarom we hier vastlopen: van symptomen naar systeemlogica	48
4. Uitstroom naar dakloosheid: drie settings, één patroon	51
Waarom dakloosheid hier centraal staat	52
4.1 Uitstroom vanuit detentie	52
4.2 Uitstroom vanuit forensische zorg	53
4.3 Uitstroom vanuit de specialistische ggz	55
4.4 Het gemeenschappelijke patroon	55
5. Het systeemmodel: hoe het systeem werkt	57
5.1 Tien posities: een foto van het systeem	58
5.2 Sleutelflows: hoeveel mensen bewegen jaarlijks?	59
5.3 Vier vicieuze cirkels	61
R1 en R4 als gekoppeld dominant duo	61
5.4 Twee stabilisatoren, met onderscheid FACT en ForFACT	62
De kerndiagnose	62
6. Synthese: vier mechanismen en vijf hefboomen	65
6.1 Vier mechanismen die dakloosheid in stand houden	66
6.2 Vijf hefboomen om het systeem te kantelen	67
7. Bouwstenen en scenario's	71
7.1 Van hefboomen naar bouwstenen	72
Kritieke bouwstenen (vijf): directe hefboomwerking	73
Noodzakelijke bouwstenen (vier): randvoorwaardelijk	73
Versterkende bouwstenen (negen)	73
7.2 Zes scenario's: A2 als noodzakelijke eerste fase, A1 als streefmodel	74
Fasering: A2 nu, A1 als perspectief	74
Scenario B3: het risico van half beleid	75
7.3 Financiële onderbouwing	75
8. Aanbevelingen en vervolgtraject	77
8.1 Vijf aanbevelingen	78
8.2 Verbinding met het jaarplan	78
8.3 Wat nu nodig is	78

Vier monitoring-prioriteiten voor het vervolgtraject	78
Aansluiting op landelijke aanpak	79
Slot	81

Bijlagen	83
Bijlage A — Verantwoording opbouw Causal Loop Diagram	84
A.1 Methodologische uitgangspunten	84
A.2 Opbouw van de tien stocks	84
A.3 Opbouw van de tweeëntwintig flows	86
A.4 Identificatie van feedback loops	86
Bijlage B — Calculatieverantwoording	88
B.1 Verantwoording reductiepercentages	88
B.2 Drie besparingscomponenten (scenario A1)	88
B.3 Lumpsumberekening per cliënt per jaar	89
Bijlage C — Hefbomen: werking, weging en keuze sterkste effect	91
C.1 Vijf hefboomen en hun werking	91
C.2 Verantwoording van de weging	91
C.3 Impactmatrix: feedback loops × scenario's × bouwstenen	92
C.4 Waarom A2 als noodzakelijke eerste fase en A1 als streefmodel	92
Bijlage D — Financiële scenario's: gedetailleerde calculaties	94
D.1 Scenario A1 — geïntegreerd team met drie geldstromen	94
D.2 Scenario A2 — geïntegreerd team met twee geldstromen (noodzakelijke eerste fase)	95
D.3 Scenario A3 — geïntegreerd team, alleen Wmo	95
D.4 Scenario B3 — waarom 'half beleid' contraproductief is	95
D.5 Vergelijkend overzicht alle scenario's	96
Bijlage E — Kritieke bouwstenen: systeemeffect en financiële impact	97
E.1 Vijf kritieke bouwstenen met directe hefboomwerking	97
E.2 Vier noodzakelijke bouwstenen (randvoorwaardelijk)	98
E.3 Negen versterkende bouwstenen	98

Bronnenlijst	100
Primaire bronnen	100
Wettelijk en beleidskader	100
Posities Nederlandse ggz	101
MKBA en kosten-baten	101
Wetenschappelijke literatuur	102
Empirische bronnen aanvullend	105

Colofon	107
----------------	------------

Voorwoord

In het kort:

Dit rapport laat zien hoe ondersteuning voor mensen met psychische kwetsbaarheid duurzaam beschikbaar kan worden in de keten van wonen, zorg en veiligheid.

Het berust op drie onafhankelijke bronnen die samen één verhaal vormen: een systeemanalyse, het OVV-rapport en de Companen-publicatie.

De kernboodschap: geen enkele partij kan dit alleen, en geen enkele partij is hier alleen verantwoordelijk.

Kernbegrippen in dit hoofdstuk

Keten wonen, zorg en veiligheid	De samenwerkende partijen rond mensen met psychische kwetsbaarheid: ggz, gemeente, politie, justitie, woningcorporaties en sociaal domein.
Blijvend nabij	Ondersteuning die niet wegvalt bij een overgang, maar meereist — continuïteit van mensen en relaties.
Validatoren	De eenentwintig deskundigen uit de keten die de analyse hebben getoetst en aangescherpt.



Dit rapport beschrijft hoe ondersteuning voor mensen met psychische kwetsbaarheid binnen de keten van wonen, zorg en veiligheid duurzaam beschikbaar kan worden gemaakt. Het richt zich op bestuurders, beleidsmakers, zorgprofessionals, ervaringsdeskundigen en ketenpartners die werken aan deze opgave.

De gekozen titel — Blijvend nabij: duurzaam samenwerken voor mensen met psychische kwetsbaarheid in de keten van wonen, zorg en veiligheid — verwoordt waar dit rapport voor staat. Mensen met psychische kwetsbaarheid hebben recht op ondersteuning die niet wegvalt zodra een levensfase verandert, een huurcontract verloopt of een strafbeschikking eindigt. Wat zij vragen — en wat ervaringsdeskundigen telkens opnieuw onder de aandacht brengen — is iemand die naast hen blijft staan, ook wanneer het ingewikkeld wordt. Niet wisselende loketten, niet eindeloze overdrachten, maar continuïteit van mensen en relaties. Blijvend nabij.

Die nabijheid is alleen mogelijk wanneer de partijen in de keten duurzaam samenwerken. Geen enkele partij — niet de ggz, niet de gemeente, niet de politie, niet de woningcorporatie, niet justitie, niet de cliënt zelf — kan dit alleen organiseren. Wat dit rapport laat zien, is dat de bouwstenen voorhanden zijn, dat de partijen elkaar kennen, en dat de empirische analyse een gedeelde grond biedt. Wat nu nog vraagt om gezamenlijke beslissing is de stap van praktijk-per-praktijk naar verankerde structuur. Wij zijn samen aan zet.

Totstandkoming

Dit rapport berust op drie bronnen. Ze kwamen in de eerste helft van 2026 onafhankelijk van elkaar tot stand en versterken elkaar op cruciale punten. De eerste bron is een systeemanalyse volgens de methode system dynamics. Die brengt in beeld hoe problemen elkaar in een keten versterken. De auteur stelde de analyse op

en legde haar in maart 2026 als validatieversie voor aan eenentwintig validatoren en tegenlezers uit de keten van wonen, zorg en veiligheid. Zij gaven hun ervaring, kennis en kritische blik, schriftelijk en in gesprekken. Op enkele cruciale punten brachten zij correcties of nuanceringen in die de analyse hebben aangescherpt. Dit rapport laat zich daarom niet meer lezen als één auteursstem, maar als een gezamenlijk verhaal dat door velen is geschreven.

De tweede bron is het rapport Kunnen doen wat nodig is van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV), verschenen op 21 april 2026. De OVV kiest bewust voor een hoopvol praktijkperspectief. Het rapport brengt elf vernieuwende initiatieven in kaart die binnen het huidige stelsel ruimte creëren. De OVV vat dit samen in acht oplossingsrichtingen, verbonden door het begrip ‘vrije ruimte’. Die richtingen sluiten nauw aan op de hefbomen uit de systeemanalyse — de plekken waar één ingreep meerdere problemen tegelijk kan verlichten.

De derde bron is de publicatie van onderzoeksbureau Companen van mei 2026, in opdracht van de Nederlandse ggz en in samenwerking met Valente. Deze levert de eerste landelijke kwantificering van de huisvestingsopgave voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Companen plaatst haar cijfers nadrukkelijk als ondergrens en als startpunt voor regionale verdieping. Op meerdere punten levert Companen de cijfermatige onderbouwing onder de kwalitatieve analyse — van de dynamiek tussen de vicieuze cirkels tot de onderbouwing van de scenario’s.

Drie onafhankelijke onderzoekslijnen, één samenhangend verhaal. Dat samenhangend verhaal is wat in de volgende hoofdstukken wordt verteld.

Kernadagium

Het adagium dat dit rapport draagt: geen enkele partij kan dit alleen, en geen enkele partij is hier alleen verantwoordelijk. Maar wat ieder afzonderlijk niet lukt, kunnen we samen wél: door los te komen van de kaders die ons elk gelijk geven maar samen doen stilstaan, maken we de weg vrij naar werkelijke oplossingen.

De kern in het kort:

De kern van dit rapport is uiteindelijk niet ingewikkeld: de keten van wonen, zorg en veiligheid schiet op meerdere plekken tegelijk tekort, en de oplossing ligt niet bij één partij of één maatregel, maar in een samenhangend pakket van hefbomen dat als keten wordt gerealiseerd. De samenvatting hierna werkt dit uit.

Samenvatting

In het kort:

Mensen met EPA hebben recht op ondersteuning die meebeweegt met wat zij nodig hebben; die is er voor velen wel, maar te vaak niet duurzaam.

Vier vicieuze cirkels houden het probleem in stand; twee stabilisatoren werken, maar hebben te weinig bereik.

Scenario A2 (één geïntegreerd team, Wmo+Zvw) is de haalbare eerste stap; scenario A1 (inclusief Wlz) is het streefmodel.

Volledige integratie levert indicatief €223 tot €290 miljoen besparing per jaar op. Alle bedragen in dit rapport zijn indicatieve modelschattingen, geen vastgestelde uitkomsten. Regionale pilots met een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) zijn nodig om de werkelijke kosten en baten te berekenen, en om te bepalen waar verevening tussen partijen noodzakelijk is. Onder dat voorbehoud wijst het beeld erop dat de opgave ook financieel houdbaar is.

Kernbegrippen in dit hoofdstuk

EPA	Ernstige psychiatrische aandoening; een ernst-aanduiding, geen aparte ziekte. In Nederland ~250.000 volwassenen.
Vicieuze cirkel	Een keten waarin het ene probleem het volgende voedt, zodat het zichzelf in stand houdt.
Stabilisator	Een mechanisme dat een vicieuze cirkel afremt: outreachende zorg via (For)FACT, en Housing First.
Scenario A1 / A2	Twee faseringen van functionele integratie rond de cliënt — gedeeld budget, gezamenlijk werken rond dezelfde persoon; A2 met Wmo+Zvw, A1 aanvullend met de langdurige zorg (Wlz). Geen opgelegde teamvorm.

Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) hebben recht op ondersteuning die meebeweegt met wat zij op een bepaald moment in hun leven nodig hebben. Op dit moment is die ondersteuning er voor velen wel, maar te vaak niet duurzaam. Dit rapport analyseert wat nodig is om die ondersteuning verankerd, op- en afschaalbaar en gezamenlijk gedragen in de keten beschikbaar te krijgen — en welke bouwstenen daarvoor klaarliggen.

De kern van dit rapport is uiteindelijk niet ingewikkeld. De systeemanalyse laat zien dat de keten van wonen, zorg en veiligheid op meerdere plekken tegelijk tekortschiet: te weinig passende woon-, verblijfs- en behandelcapaciteit, financieringsschotten bij overgangen, informatiedrempels en wachtlijsten. Geen van deze tekorten staat op zichzelf; samen drukken ze de keten in vicieuze cirkels, waardoor onvoldoende herstel op gang komt. De oplossing ligt dan ook niet bij één partij of één maatregel, maar in een samenhangend pakket van hefbomen dat als keten wordt gerealiseerd — outreachende zorg, een woning als basis, doorlopende begeleiding bij overgangen, een werkende meldfunctie en een veiligheidsaanpak die elkaar versterken. Onze gezamenlijke verantwoordelijkheid — en zeker ook die van de financier — reikt verder dan herstel op korte termijn: het gaat om duurzaam herstel, om harm reduction en tertiaire preventie, om blijvend nabij zijn. Ambulante methodieken als (For)FACT, bemoeizorg en de Levensloopaanpak werken goed, maar blijven gemankeerd zolang de keten als geheel niet op orde is. De oplossingsrichtingen die hieruit volgen, sluiten aan bij de bevindingen van de Onderzoeksraad voor Veiligheid en worden onderschreven door het manifest van het Leger des Heils en ketenpartners.

Wat dit rapport biedt

Een systeemanalyse die de patronen van vicieuze cirkels en versterkende mechanismen in de keten zichtbaar maakt. Drie elkaar aanvullende bronnen voeden haar: de validatierespons van eenentwintig validatoren en tegenlezers, het OVV-rapport Kunnen doen wat nodig is (april 2026), en de Companen-publicatie over de huisvestingsopgave (mei 2026). Drie onafhankelijke onderzoekslijnen komen samen tot één samenhangend

verhaal. De analyse laat zien waar in de keten de bouwstenen liggen om ondersteuning duurzaam beschikbaar te maken.

De kerndiagnose

In de keten werken vier vicieuze cirkels die het probleem in stand houden en versterken: de draaideur in de acute zorg, de justitiële carrousel, de wachtlijstspiraal en de bottleneck in beschermd wonen. Een vicieuze cirkel is een keten waarin het ene probleem het volgende voedt, dat weer terugwerkt op het begin. Daartegenover staan twee mechanismen die het systeem juist afremmen en die aantoonbaar werken: outreachende zorg via (For)FACT en Housing First. Wat ontbreekt, is voldoende capaciteit en bereik om deze stabilisatoren de vicieuze cirkels te laten dempen. Dat is een systeemvraag die alleen gezamenlijk kan worden beantwoord. Companen-cijfers laten zien dat de draaideur en de bottleneck in beschermd wonen elkaar voeden. Bij een gemiddelde verblijfsduur van twee jaar zouden jaarlijks 3.980 corporatiewoningen nodig zijn voor uitstroom uit beschermd wonen (Wmo). In werkelijkheid waren dat er in 2023 maar 1.320. Het gat tussen 1.320 en 3.980 woningen is een groot deel van de concrete huisvestingsopgave.

Op alle vier de vicieuze cirkels werken bovendien twee versterkers parallel mee. Aan de kant van de persoon zijn dat cognitieve beperkingen: moeite met plannen, overzicht houden en informatie verwerken. Aan de kant van de omgeving is dat stigma: negatieve beeldvorming die de toegang tot wonen, werk en zorg vernauwt. Beide werken bij elke aandoening (transdiagnostisch) en stapelen zich op bij iedere overgang tussen wonen, zorg en veiligheid. Daarom staat duurzame nabijheid centraal in het oplossingsdeel van dit rapport: een zorgrelatie die overgangen overbrugt in plaats van bij elke fase opnieuw te beginnen. Die nabijheid is het werkzame bestanddeel van tertiaire preventie — het voorkomen dat een bestaande, blijvende ziekte erger wordt.

Onder dit systeemverhaal ligt een zorgkundige opgave die in het EPA-debat onderbelicht blijft: tertiaire preventie. Dat is het voorkomen van gevolgen en complicaties

van een bestaande, chronische aandoening, en het is een kerntaak van de gezondheidszorg. Die taak is juist hier zwaar, omdat de psychiatrische aandoening zelf de zelfzorg in de weg staat. Zorg en ondersteuning moeten daarom kunnen meebewegen met iemands actuele toestand en zelfredzaamheid. Een duurzame zorgrelatie die niet loslaat — ook als het moeilijk wordt — draagt dat. De 14 à 20 jaar kortere levensverwachting bij EPA is hiervan de meetbare uitkomst (zie §1.4).

De cijfers

Nederland telt ongeveer 250.000 volwassenen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA; OVV, 2026). Ongeveer een kwart van hen — naar schatting 62.500 mensen — ontvangt geen zorg en is buiten beeld van de ggz. Volgens de OVV vormen ongeveer 1.500 mensen

met EPA een veiligheidsrisico voor anderen; 24.000 tot 60.000 vormen een risico voor zichzelf. EPA gaat zelden alleen om psychiatrie. Van deze groep heeft 40% een lichtverstandelijke beperking, 20 tot 50% een verslaving en 80% geen betaalde baan. De levensverwachting ligt gemiddeld 14 à 20 jaar lager dan in de algemene bevolking, afhankelijk van de diagnose en bijkomende lichamelijke ziekten. Het CBS telde op 1 januari 2024 ongeveer 33.000 mensen tussen 18 en 65 jaar zonder vaste woon- of verblijfplaats.

Wat klaarligt om te bouwen

Het rapport benoemt achttien bouwstenen, in drie groepen: vijf kritieke (met directe hefboomwerking), vier noodzakelijke (randvoorwaardelijk) en negen versterkende. Vijf concrete aanbevelingen leiden de



uitvoering. De eerste haalbare stap is scenario A2: één geïntegreerd team voor outreachende zorg en bemoeizorg, gezamenlijk betaald uit Wmo en Zvw. Dat is op te leveren binnen twee tot drie jaar. Scenario A1 — volledige integratie inclusief de langdurige zorg (Wlz) — is het streefmodel binnen vijf jaar. De financiële cijfers in dit rapport zijn nadrukkelijk indicatief. Scenario A1 levert naar schatting €223 tot €290 miljoen besparing per jaar op, bij meerkosten van €200 tot €300 miljoen, ten opzichte van de huidige praktijk. Dit zijn modelschattingen op basis van expertinschattingen en bandbreedtes, geen vastgestelde uitkomsten. Pas regionale pilots met een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) kunnen de werkelijke kosten en baten berekenen — en zichtbaar maken waar verevening tussen partijen nodig is.

Hoe dit rapport zich verhoudt tot het OVV-rapport

Op 21 april 2026 verscheen “Kunnen doen wat nodig is” van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV, 2026). Dat rapport en dit rapport beschrijven dezelfde doelgroep. Ze wijzen ook op verwante principes: continuïteit, netwerkzorg, vertrouwen en ruimte voor maatwerk. Maar ze doen dat vanuit twee verschillende posities, die elkaar aanvullen.

De OVV werkt van onderop en kwalitatief. Vier persoonlijke verhalen (Werner, Freek, Jolanda en Casus 4) en elf vernieuwende initiatieven laten zien waar professionals binnen het huidige stelsel ruimte vinden om te doen wat nodig is. De vraag van de OVV is: hoe lukt het sommige initiatieven wél? Het antwoord — de acht oplossingsrichtingen rond het begrip ‘vrije ruimte’ — richt zich vooral op de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en op de partijen die verantwoordelijk zijn voor het stelsel.

Dit rapport werkt van bovenaf en kwantitatief, vanuit system dynamics. De vraag is een andere: waarom is die ruimte structureel zo schaars, na twintig jaar beleidsinspanning? Het antwoord ligt in vier vicieuze cirkels (R1–R4) die elkaar versterken, en in twee stabilisatoren (B1–B2) die te weinig bereik hebben. Twee daarvan — de draaideur in de acute zorg en de bottleneck in beschermd

wonen — vormen samen een dominant duo dat de Companen-cijfers van mei 2026 voor het eerst in cijfers blootleggen. De geadresseerde is hier de sector zelf. Vijf aanbevelingen richten zich op wat de Nederlandse ggz en haar ketenpartners samen kunnen verankeren. Scenario A2 is daarbij de haalbare eerste fase binnen twee tot drie jaar; volledige integratie (scenario A1) levert €223 tot €290 miljoen besparing per jaar op.

Beide rapporten zijn nodig, elk op hun eigen manier. De OVV laat zien dát ruimte gevonden kan worden. Dit rapport laat zien hóé die ruimte van losse praktijk naar verankerde structuur kan groeien — en welke cijfermatige onderbouwing daarvoor klaarligt. De OVV stelt het kabinet aan zet; dit rapport stelt de sector aan zet. Beide bewegingen zijn nodig om voor 250.000 mensen met EPA blijvend nabij te zijn.

Inleiding

In het kort:

Het rapport heeft drie doelen: meerjarig inzicht bieden, een gedeeld verhaal onderbouwen, en twee jaarplandoelen van de Nederlandse ggz beantwoorden.

Er is voor een systeemanalyse gekozen omdat jaren beleidsinspanning het probleem niet hebben opgelost.

Een analyse van de keten als geheel laat zien waar de problemen werkelijk zitten en welke oplossingen duurzaam kunnen werken.

Kernbegrippen in dit hoofdstuk

System dynamics	Een methode om zichtbaar te maken hoe problemen elkaar in een keten versterken.
Hefboom	Een plek in het systeem waar één ingreep meerdere problemen tegelijk kan verlichten.
Tertiaire preventie	Het voorkomen van gevolgen en complicaties van een bestaande, blijvende ziekte.

Aanleiding: van meerjarig overzicht naar specifieke jaarplandoelen 2026

Dit rapport heeft drie samenhangende doelen, die zich verhouden als een trap waarop elke trede de volgende draagt.

Op de eerste trede biedt het rapport meerjarig overzicht en inzicht in hoe de keten van wonen, zorg en veiligheid werkelijk werkt. Beleid dat reageert op losse incidenten of jaarpieken mist de patronen die zich over jaren opbouwen: de versterkende cirkels, de gekoppelde knelpunten, en de stille uitstroom naar dakloosheid en detentie. De systeem-analyse maakt deze patronen zichtbaar. Ze wordt gevoed door bronnen die elk een momentopname leveren, maar samen een meerjarig beeld vormen.

Op de tweede trede legt dit rapport een beter fundament onder een gedeeld verhaal over de mensen om wie het werkelijk gaat. In de huidige debatten botst dat verhaal vaak met de leefwereld van mensen met EPA. Cijfers over meldingen, overlast en veiligheidsrisico's domineren. De onderliggende patronen — gemiste herkansingen, niet-toegekende zorg, vastgelopen doorstroom — verdwijnen daarbij uit

beeld. Een gedeeld verhaal vraagt om gedeelde feiten en gedeelde duiding. Dit rapport biedt beide, in de hoop dat ketenpartners er een gezamenlijke taal aan ontlelen.

Op de derde trede beantwoordt dit rapport twee doelstellingen uit het jaarplan 2026 van de Nederlandse ggz die direct deze keten raken. De eerste: de oorzaken in kaart brengen van uitstroom naar dakloosheid na detentie, forensische zorg en ggz. De tweede: bouwstenen benoemen voor brede bemoeizorg. Beide worden in dit rapport beantwoord — niet als losse opdrachten, maar als uitwerkingen van het bredere systeemverhaal.

De rode draad door deze drie treden is een overtuiging over de keten. Wij zijn samen verantwoordelijk voor gelijke kansen op een waardig leven voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Geen enkele partij kan dit alleen oplossen — niet de ggz, niet de gemeente, niet de politie, niet de woningcorporatie. Systemische oorzaken vragen om een systemisch antwoord: samen de schotten doorbreken, samen investeren, en samen verantwoordelijkheid nemen voor de mensen die nu tussen wal en schip vallen.



De ambitie van dit rapport is gelijke kansen op een waardig leven voor mensen met psychische kwetsbaarheid: kansen op toegang tot zorg die past, een dak boven het hoofd, een sociaal netwerk dat draagt — en de erkenning dat herstel én duurzame stabilisatie beide legitieme en waardevolle uitkomsten zijn. Voor velen is volledig herstel niet de werkelijkheid waaraan zij hun leven richten; wat wij gelijk willen verdelen zijn de kansen op een leven waarin een mens zichzelf kan zijn.

Waarom systeemanalyse

Waarom in dit rapport voor een systeemanalyse is gekozen, vraagt om een korte toelichting. Al jaren worden er forse beleidsinspanningen gedaan rond mensen met psychische kwetsbaarheid in de keten van wonen, zorg en veiligheid: nieuwe wetten, actieprogramma's, extra voorzieningen en herhaalde afspraken tussen partijen. Toch wordt het probleem overduidelijk niet opgelost. De cijfers over dakloosheid, draaideur-opnames en politiemeldingen lopen op in plaats van terug. Dat patroon is een signaal: blijkbaar grijpen de losse maatregelen niet aan op datgene wat het probleem werkelijk in stand houdt.

Daarom bleek een analyse van de keten als geheel een eerste, noodzakelijke stap. Niet om opnieuw een afzonderlijk knelpunt te benoemen, maar om te zien hoe de onderdelen op elkaar inwerken — en waar de problemen dus werkelijk zitten. Pas met dat inzicht is het mogelijk om oplossingen te identificeren die niet alleen op papier kloppen, maar die ook duurzaam kunnen werken omdat zij ingrijpen op de onderliggende dynamiek. De systeemanalyse in dit rapport is met dat doel opgesteld.

Onbegrepen gedrag bij mensen met psychische kwetsbaarheid is geen rechtoe-rechtaan probleem met een rechtoe-rechtaan oplossing. Er spelen veel factoren tegelijk. Het systeemprobleem is niet dat het gedrag bestaat, maar dat mensen er steeds verder in vastlopen. De gevolgen van beleidskeuzes werken terug op de oorzaken. Een voorbeeld: door capaciteitsdruk en vastgelopen doorstroom in de acute ggz worden opnames korter. In die korte tijd herstelt de bredere context waarin

iemand ontregeld raakte onvoldoende. Het gevolg is terugval, heropname, en dus nóg meer druk op dezelfde bedden. Dat is een vicieuze cirkel — en er zijn er meer.

Beleid dat één onderdeel aanpakt zonder de samenhang te zien, kan het probleem verergeren. Het interdepartementaal beleidsonderzoek Uit balans (IBO, 3 oktober 2025) constateert precies dit: de vraag naar ggz-zorg overstijgt structureel het aanbod, de samenwerking tussen de zorgniveaus is onvoldoende, en de financiering schiet tekort voor de meest kwetsbare groepen.

System dynamics is een wetenschappelijke methode om dit soort complexe, zichzelf versterkende patronen zichtbaar te maken (Sterman, 2000). Het model in deze analyse brengt in kaart welke terugkoppelingen verklaren waarom draaideureffecten, chronische dakloosheid en recidive blijven bestaan ondanks herhaalde ingrepen. Het laat ook zien waar de hefboomen liggen om die patronen te doorbreken.

Wat deze analyse wel en niet is. Het gaat om een kwalitatief systeemmodel, bedoeld voor inzicht en prioritering — niet voor exacte voorspelling. Waar cijfers worden gebruikt, zijn bandbreedtes aangehouden en bronnen vermeld. Waar een expertschatting nodig was, staat dat er expliciet bij. De analyse richt zich op mensen met EPA en andere psychische kwetsbaarheid die onbegrepen gedrag vertonen.

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 beschrijft het probleem: wie het betreft, hoe groot het is, en welke beleidskaders relevant zijn. Hoofdstuk 2 analyseert de individuele kwetsbaarheden die het risico op dakloosheid vergroten. Hoofdstuk 3 identificeert wat het systeem nog niet structureel waarmaakt. Hoofdstuk 4 verdiept de uitstroom naar dakloosheid vanuit drie settings. Hoofdstuk 5 presenteert het systeemmodel. Hoofdstuk 6 brengt alles samen in vier mechanismen en vijf hefboomen. Hoofdstuk 7 vertaalt dit naar achttien bouwstenen en zes scenario's. Hoofdstuk 8 formuleert de aanbevelingen en het vervolgtraject. Vijf bijlagen bieden de technische verantwoording.

1. Wat speelt er: onbegrepen gedrag in de keten

In het kort:

Dit hoofdstuk beschrijft om wie het gaat, hoe groot de groep is en welke wetten meespelen. De kerngroep is niet onzichtbaar: het systeem kent deze mensen, maar houdt ze niet vast.

Twee rode draden lopen door alles heen: cognitieve beperkingen bij de persoon en stigma in de omgeving. Tien wetten raken deze keten; de versnippering daartussen is een groot deel van het probleem.

Kernbegrippen in dit hoofdstuk

E33-melding	Politiecode voor meldingen over personen met onbegrepen gedrag; een vergaarbak, geen zuivere maat voor zorgbehoefte.
Cognitieve beperkingen	Moeite met plannen, overzicht en informatieverwerking; vaak gemist, juist als iemand zich goed uitdrukt.
Stigma	Negatieve beeldvorming die de toegang tot wonen, werk en zorg vernauwt.
LVB / NAH	Lichtverstandelijke beperking en niet-aangeboren hersenletsel; kwetsbaarheden die vaak met EPA samengaan.
Tertiaire preventie	Het voorkomen van verergering, complicaties en vroegtijdig overlijden bij een chronische aandoening.

1.1 Voortdurendheid én onzichtbaarheid

In 2025 registreerde de politie 168.960 meldingen onder de E33-code voor mensen met onbegrepen gedrag — een stijging van ruim 12% ten opzichte van 2024 (149.827), en ruim verdrievoudigd ten opzichte van 2012, toen het er 44.571 waren (Koekkoek, 2024 in Tijdschrift voor Psychiatrie; politie.nl, 13 januari 2026). Het is verleidelijk om deze cijfers te lezen als één coherent fenomeen, maar dat zijn ze niet. De E33-registratie is een vergaarbak: een groot deel betreft mensen die ergens in de keten bekend zijn, een ander deel betreft mensen die eenmalig in beeld komen door dronkenschap, uitgaanspubliek, een acuut nare gebeurtenis of ouderen met dementie die de weg kwijt zijn. Wat de cijfers wel onmiskenbaar laten zien, is dat de druk op politie en publieke ruimte gestaag toeneemt — en dat die druk een gedeeld vraagstuk is van zorg, veiligheid en wonen samen.

Gekend, niet vastgehouden

Voor een aanmerkelijk deel van de mensen om wie het in dit rapport gaat — mensen met psychische kwetsbaarheid die in de keten van wonen, zorg en veiligheid in moeilijkheden komen — is het kenmerkende patroon niet dat zij buiten beeld blijven, maar dat het systeem hen kent zonder hen vast te houden. Politie,

ggz, maatschappelijke opvang en gemeenten weten van hun bestaan. Toch beweegt het systeem hen voort: van crisis naar korte stabilisatie naar nieuwe crisis. Vanuit de politiepraktijk in Rotterdam wordt het scherp verwoord aan de hand van de casus Fouad L.: ‘Veelal niet volledig uit beeld, maar niemand had een compleet beeld, en veel partijen waren actief met hem bezig zonder het van elkaar te weten.’ De vraag is dan niet waarom mensen buiten bereik vallen. De vraag is waarom herhaald contact niet uitmondt in duurzame ondersteuning.

Tegelijkertijd is het te beperkt om alleen over voortdurendheid te spreken. Naast het luide leed dat in de E33-registratie zichtbaar wordt, bestaat er stil leed dat structureel buiten het systeem blijft. Vanuit het straatdokters-netwerk wordt gewezen op mensen die wegwijnen in de opvang, achter een gesloten voordeur slapen, en pas worden gevonden als de burens over stank klagen of als iemand al maanden dood is. Het aantal meldingen van ernstige woningvervuiling stijgt al jaren — in aantal én in complexiteit. Een ervaringsdeskundige spreekt over stille escalatie: mensen die ogenschijnlijk meewerken aan hun behandeling, maar grotere problemen hebben dan zichtbaar is. Ook mensen op het platteland kunnen zich gemakkelijk isoleren. Een aanbieder in laag-SES-gebieden wijst op arbeidsmigranten en mensen met weinig

gezondheidsvaardigheden, taalbarrières of uitsluitingscriteria; zij zijn nauwelijks in beeld bij gemeenten of zorginstellingen en melden zich pas als het al is geëscaleerd. Een ggz-instelling in Oost-Nederland wijst op mensen met een ernstige psychiatrische aandoening die zichzelf veel leed aandoen zonder overlast te veroorzaken — en daardoor niet opvallen. En vanuit de politiepraktijk in Noord-Nederland komt het beeld van mensen met een tbs-verleden die jaren niet meer in zorg zijn geweest en acuut psychotisch op straat kunnen verschijnen.

Voortdurend én selectief zichtbaar

Onzichtbaarheid en voortdurendheid sluiten elkaar dus niet uit. Een ggz-aanbieder met focus op EPA verwoordt het zo: onbegrepen gedrag is tegelijk voortdurend én selectief zichtbaar. Zichtbaar op de momenten dat het op zijn ergst is; onzichtbaar in de tussenliggende perioden, waarin iets wordt opgebouwd, verloedert of verergert. Beide patronen vragen om dezelfde gerichte aandacht: continuïteit van mensen en relaties, signalering die niet op een crisis wacht, en ondersteuning die meebeweegt met wat iemand nodig heeft. Wat het tot een systeemprobleem maakt, is niet het gedrag zelf. Gedrag ontstaat in de wisselwerking tussen persoonlijke kwetsbaarheid, levensgebeurtenissen, beschikbare ondersteuning en maatschappelijke context (vanuit de forensische ggz-praktijk). Het systeemprobleem zit hierin: mensen lopen er steeds verder in vast, en de keten haalt hen er onvoldoende uit.

Het Companen-onderzoek (2026) onderbouwt deze voortdurendheid met cijfers over het aantal plekken in intramurale zorg (wonen op een locatie met zorg). Tussen 2025 en 2040 blijft de behoefte aan plekken voor beschermd wonen (Wmo en Wlz samen) stabiel rond de 45.000 — gecorrigeerd voor de vergrijzing zelfs licht stijgend. De OVV (2026) bevestigt dit beeld door EPA te beschrijven als episodisch en terugkerend: niet als een toestand, maar als een verloop. Een expert uit de langdurige ggz voegt daar een belangrijke dimensie aan toe. Onbegrepen gedrag ligt niet alleen bij de persoon die het vertoont, maar ook bij de samenleving die het waarneemt. ‘Wij’ begrijpen mensen niet altijd goed. Die lezing kantelt het vraagstuk: van het reguleren van afwijkend gedrag naar het organiseren van gedeelde verantwoordelijkheid voor mensen die telkens tussen wal en schip vallen.

CASUS

Sanne, 24 jaar Eerste psychose tijdens studie · vrijwillige zorg · 18-/18+ overgang

Sanne studeert psychologie en woont op kamers, 300 kilometer van haar ouders. Bij de huisarts meldt zij slaapproblemen en concentratieverlies; een POH-GGZ-traject van vijf sessies brengt onvoldoende effect. De verwijzing naar de SGGZ loopt tegen een wachttijd van veertien weken aan — buiten de Treeknorm. Vóór de intake breekt een eerste psychose door. De crisisdienst regelt een vrijwillige opname op een HIC; aansluitend volgt drie jaar VIP-team voor vroege psychose-interventie, met CGT-p en medicatie. De studie wordt niet stopgezet maar via dispensatie aangepast in tempo en cognitieve belasting. Ouders en broer worden van begin af aan betrokken via een resourcegroep; de moeder ontvangt eigen ondersteuning via MIND Familieperspectief. Eind 2026 woont Sanne in een eigen appartement in een studentenstad, met afschaling naar huisarts en een WRAP-plan.

Het traject van Sanne raakt aan de vroege fase van ernstige psychische problematiek. Juist daar is de verbinding met goede vroege-psychosezorg (VIP-teams) en met het kader Cruciale GGZ van belang: tijdige, gespecialiseerde interventie in deze fase kan voorkomen dat iemand later in de hier beschreven vicieuze cirkels terechtkomt. Een sterke eerste-psychosezorg is daarmee niet alleen klinisch waardevol, maar ook een vorm van vroege preventie binnen de keten.

Wat dit illustreert.

Vroege herkenning, een crisisdienst die snel handelt, een gespecialiseerd VIP-traject én actieve familieparticipatie maken hier het verschil. De voortdurendheid van EPA betekent niet dat het traject voortdurend zwaar moet zijn — het betekent dat het systeem voortdurend bereikbaar moet blijven. De wachttijd buiten de Treeknorm vóór de eerste psychose is hier het ene scharniermoment waar het systeem rakelings langs een breuk gaat (R3, Wachtijsstspiraal). De stabiliserende werking van B1a (FACT-achtige continuïteit via VIP) en netwerkparticipatie is hier zichtbaar.



1.2 Overlappende kwetsbaarheden, geen categorieën

Wie zijn de mensen om wie het in dit rapport gaat?

De eerste verleiding is om hen in nette categorieën te verdelen, elk met een eigen aanpak. Die verleiding moeten we weerstaan. De praktijk — op straat, in de opvang, in de forensische keten, op de crisisdienst — laat namelijk zien dat de mensen die in moeilijkheden komen vrijwel nooit één enkel probleem hebben. Een straatzorg expert beschrijft het uit eigen ervaring: ‘Op straat zie je mensen die kenmerken hebben van zowel EPA als verslaving, als cognitieve beperkingen als ontwikkelingsstoornissen — en ze zijn allemaal in een acute crisis, want ze slapen buiten.’ Het grootste vraagstuk zit niet bij mensen met één diagnose, maar bij mensen met dubbele, drievoudige of viervoudige problematiek. Een opeenstapeling van problemen is in deze groep geen uitzondering. Het is de regel.

Daarom werken we in dit rapport niet met categoriale groepen, maar met overlappende dimensies van kwetsbaarheid. Vrijwel niemand in de doelgroep heeft maar één van deze dimensies; vrijwel iedereen heeft er meerdere tegelijk.

- **Ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA).** Schizofreniespectrum- en psychosegerelateerde stoornissen, ernstige stemmingsstoornissen (waaronder bipolaire stoornis en chronische depressie), en complexe traumagerelateerde beelden die langdurig ernstige beperkingen veroorzaken in dagelijks en maatschappelijk functioneren en gecoördineerde zorg vanuit meerdere domeinen vragen. In Nederland naar schatting 250.000 personen (OVV, 2026), met EPA als de primaire focus van dit rapport.
- **Neurocognitieve aandoeningen.** Cognitieve achteruitgang en dementie, inclusief jongdementie. Een groeiende groep met de demografische ontwikkeling van Nederland, inclusief ouderen met dementie bij wie agressie of ontremming op de voorgrond komt. Vanuit het straatdoktersnetwerk wordt er terecht op gewezen dat dementie veelvuldig ten grondslag ligt aan onbegrepen-gedragmeldingen en in een ggz-gerichte analyse te gemakkelijk uit beeld blijft.

- **Niet-aangeboren hersenletsel (NAH).** Een heterogene groep met gevolgen van traumatisch hersenletsel, CVA, hypoxie, intoxicatie of andere neurologische schade. NAH komt in forensische populaties aanzienlijk vaker voor dan in de algemene bevolking — ongeveer 50% tegenover circa 12% (De Geus et al., 2021; Shiroma et al., 2010). Vanuit de NAH-praktijk in de ggz wordt benadrukt dat de gevolgen vaak onzichtbaar zijn: iemand kan verbaal adequaat ogen, een gemiddeld of zelfs hoger IQ hebben, en toch ernstig beperkt zijn in werkgeheugen, verwerkingssnelheid, executieve functies, prikkelverwerking, emotieregulatie of sociale cognitie. Het gedrag wordt dan ten onrechte gelezen als oppositioneel, motivationeel of psychiatrisch (Van Heugten et al., 2022).
- **Verstandelijke beperking en lichtverstandelijke beperking (LVB).** Een ontwikkelingsgebonden, structurele kwetsbaarheid in intellectueel en adaptief functioneren met beperkingen in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden (IQ tussen 50 en 85 plus beperkingen in dagelijkse vaardigheden, Kenniscentrum LVB). Vooral relevant is de overlap met EPA: meer dan 40% van de mensen met EPA heeft daarnaast een LVB of functioneert zwakbegaafd (Nieuwenhuis, in: Kenniscentrum Phrenos).
- **Ontwikkelingsstoornissen.** Autismespectrumstoornissen en ADHD, vaak in combinatie met psychiatrische, persoonlijkheids- of traumagerelateerde problematiek. In de praktijk zelden ‘puur’; vaak verweven met EPA, LVB of middelenproblematiek.
- **Persoonlijkheids- en impulscontrolestoornissen.** Met name cluster-B persoonlijkheidsstoornissen en impulscontrolestoornissen in combinatie met verslaving, zoals vanuit het forensisch perspectief gesignaleerd. Deze beelden geven specifieke risico’s voor escalatie en zijn vaak ondervetegenwoordigd in beleidsanalyses gericht op psychose-spectrumstoornissen.
- **Verslaving en problematisch middelengebruik.** Bij 20 tot 50% van de mensen met EPA aanwezig (OVV, 2026). Verslaving werkt in twee richtingen: als oorzaak van onregelend gedrag, en als gevolg van onderliggende problematiek (zelfmedicatie bij psychose, trauma of pijn). Vanuit de Levensloop-aanpak wordt door meerdere experts aangegeven dat



de ernstige incidenten, bij mensen met hoog risico op gevaarlijk gedrag, vrijwel altijd gepaard gaan met middelengebruik. Blootstelling aan dakloosheid en middelen brengen onaanvaardbare risico’s.

- **Lichamelijke aandoeningen met cognitieve of gedragsmatige doorwerking.** Delirium bij infectie, kort lontje bij pijn, verwarring bij ontregelde diabetes, traagheid bij hypothyroïdie. Vanuit het straatdoktersnetwerk wordt erop geattendeerd dat lichamelijke aandoeningen niet alleen het functioneren beïnvloeden, maar ook de toegang tot ggz-zorg bemoeilijken — mensen met een complexe wond of actuele verslavingsproblematiek worden in de praktijk geweigerd vanwege handelingsverlegenheid.
- **Sociaal-economische en culturele kwetsbaarheid.** Arbeidsmigranten, mensen in laag-SES-gebieden, ongedocumenteerden, mensen met lage gezondheidsvaardigheden — groepen die nauwelijks in beeld zijn bij gemeenten en zorginstellingen en die zich pas melden wanneer escalatie al heeft toegeslagen (vanuit een aanbieder gericht op laag-SES-gebieden; vanuit het Openbaar Ministerie). Voor hen is taal, vertrouwen, nabijheid en cultureel passende communicatie vaak doorslaggevend — niet de inhoud van het zorgaanbod.

EPA als ernstclassificatie, niet als diagnose. EPA staat voor ‘ernstige psychiatrische aandoening’ en is geen DSM-diagnose maar een zorginhoudelijke ernstclassificatie (Delespaul & Consensusgroep EPA, 2013). De criteria zijn: er is een psychiatrische stoornis, die zorg of behandeling vraagt, die gepaard gaat met ernstige beperkingen in sociaal en/of maatschappelijk functioneren, die structureel is (ten minste enkele jaren), en die gecoördineerde zorg uit zorgnetwerken vraagt. Iemand kan dus EPA hebben mét een psychotische, stemmings-, autisme-, of andere stoornis. Dat verklaart waarom de bovenstaande dimensies elkaar grotendeels overlappen: een aanmerkelijk deel van de mensen met EPA heeft ook ontwikkelingsstoornissen (autisme of ADHD), ook LVB, ook verslaving en/of ook persoonlijkheidsstoornissen.

Waarom dan überhaupt nog onderscheid maken in dimensies, als de praktijk vooral overlap laat zien? Omdat de verschillende dimensies elk een eigen functioneel profiel en een eigen ondersteuningsbehoefte met zich meebrengen. Iemand met onbehandeld psychotisch toestandbeeld vraagt om iets anders dan iemand met dementie, iemand met NAH om iets anders dan iemand met LVB. Wat ze gemeen hebben is dat het systeem niet werkt zolang de keten partner per partner zijn

eigen segment bedient. Wat ze gemeen hebben is dat ondersteuning meebeweegt met wat iemand nodig heeft. Dat is wat dit rapport bedoelt met blijvend nabij: nabijheid die niet stopt bij de grens van een diagnose, een wet of een financieringsstroom.

1.3a Cognitieve beperkingen als onderschatte rode draad

Over al deze dimensies heen werkt één gemeenschappelijke factor die in de keten nauwelijks systematisch wordt herkend, en daardoor zelden gericht wordt ondersteund: cognitieve beperkingen. Het gaat om moeite met plannen en organiseren, met het werkgeheugen, met het tempo van informatieverwerking, met sociale situaties inschatten en met tijdsbesef. Deze beperkingen komen bij vrijwel alle dimensies uit §1.2 voor — niet als uitzondering maar als regel. Het profiel verschilt wel per persoon (McCutcheon et al., 2023; Schaefer et al., 2013;

Tadesse et al., 2022). Bij schizofreniespectrumstoornissen horen cognitieve beperkingen tot het ziektebeeld zelf (Reichenberg, 2010; Nuechterlein et al., 2008). Bij bipolaire stoornis en ernstige depressie blijven ze deels bestaan, ook nadat de stemmingsklachten zijn verdwenen (Miskowiak et al., 2018; Rock et al., 2014; Kriesche et al., 2023). Bij autisme zijn beperkingen in executieve functies en specifieke informatieverwerking ruim beschreven (Demetriou et al., 2018; Velikonja et al., 2019). Bij ADHD bij volwassenen geldt hetzelfde voor werkgeheugen, executieve functies en tijdsbesef (Alderson et al., 2013; Fuermaier et al., 2021; Mette, 2023). Bij lichtverstandelijke beperking gaat het om een structurele kwetsbaarheid die met de ontwikkeling samenhangt (Spaniol & Danielsson, 2022). En bij niet-aangeboren hersenletsel zijn de cognitieve gevolgen vaak onzichtbaar, maar functioneel zeer beperkend (Van Heugten et al., 2022; De Geus et al., 2021). De biologie en het profiel verschillen dus per stoornis. Maar het functionele eindresultaat in het dagelijks leven loopt op meerdere kerngebieden gelijk op.



Het probleem is niet dat deze beperkingen onbekend zijn — in de wetenschappelijke literatuur zijn ze ruim beschreven. Het probleem is dat ze in de keten structureel worden gemist, om een aantal samenhangende redenen. Bij mensen met EPA kan het IQ gemiddeld of zelfs bovengemiddeld zijn. Juist dat maakt het verraderlijk: bij iemand die zich goed kan uitdrukken nemen hulpverleners aan dat zelfstandig functioneren lukt. Eenzelfde maskering treedt op bij niet-aangeboren hersenletsel (vlot taalgebruik verhuult de onderliggende beperkingen) en bij streetwise mensen met een lichtverstandelijke beperking (sociale handigheid verhuult de cognitieve kwetsbaarheid). Daar komt nog iets bij. Ervaringsdeskundigen wijzen op het verschil tussen ziektebesef en ziekte-inzicht (vanuit de forensische ggz-praktijk): mensen voelen vaak wel dat het niet goed gaat, maar overzien niet wat dat betekent voor hun dagelijks functioneren of welke hulp daarbij past. Bovendien worden cognitieve beperkingen in de keten zelden vastgesteld. Neuropsychologisch onderzoek hoort niet bij de standaarddiagnostiek in de EPA-zorg, in de opvang en het beschermd wonen al helemaal niet, en in de forensische keten alleen op specifieke indicatie. Het gevolg: de begrippen waarmee het systeem mensen benadert — behandelbereidheid, eigen regie, zelfredzaamheid, leerbaarheid, motivatie — gaan stilzwijgend uit van vermogens die bij deze groep juist beperkt zijn. Wie zich niet aan afspraken houdt, een huurcontract niet begrijpt, of een uitkeringsaanvraag niet zelf afkrijgt, wordt dan ten onrechte gezien als ongemotiveerd, dwars of ‘behandelresistent’ (Van Heugten et al., 2022).

Het niet herkennen van deze beperkingen heeft directe gevolgen voor elke schakel van de keten. In de zorg rekenen behandelplannen stilzwijgend op cognitieve vermogens die er niet zijn. ‘Niet-behandelbaarheid’ wordt dan vastgesteld waar in werkelijkheid passende ondersteuning nodig is. Cognitieve remediatie — een interventie met goede onderbouwing bij schizofrenie (Vita et al., 2021) — is binnen de Nederlandse ggz nauwelijks beschikbaar. In het wonen leidt het tot huisuitzettingen wegens ‘onvermogen tot regie’, terwijl iemand met passende ondersteuning wél zelfstandig zou kunnen wonen. Omgekeerd belanden mensen in beschermd-wonentrajecten die juist te veel eigen initiatief en

flexibiliteit veronderstellen. In het veiligheidsdomein leidt het tot strafrechtelijke trajecten waarin de werkelijke beperkingen pas laat worden herkend — soms pas in de Wzd-route, zoals de casus van Ben in §3.3 laat zien. En in de uitvoering van wetten leidt het tot brieven, procedures en termijnen die voor deze groep onhaalbaar zijn. De OVV (2026) en het inspectierapport Klem in het systeem (TSD et al., 2025) wijzen beide op het belang van vasthoudende zorg die aansluit op de leefwereld. Cognitieve beperkingen zijn precies de reden waarom ‘aansluiten op de leefwereld’ geen vrijblijvende ambitie is, maar een voorwaarde voor toegang. Voor het systeemmodel in hoofdstuk 5 betekent dit dat cognitieve beperkingen niet in één vicieuze cirkel zitten, maar in alle vier dezelfde rol spelen: zij verkleinen het bereik van elke interventie die op zelfregie leunt, tenzij het systeem daarvoor compenseert. Wie de vicieuze cirkels wil afremmen, moet daarom screening, taal en ondersteuning herontwerpen op aannames die wél kloppen.

Cognitieve beperkingen zijn echter niet de enige onderschatte rode draad. Een tweede factor werkt parallel — niet in de persoon, maar in de omgeving — en versterkt dezelfde loops langs een andere mechanisme. Die factor is stigma.

1.3b Stigma als tweede onderschatte rode draad

Cognitieve beperkingen verkleinen het bereik van zelfregie aan de kant van de persoon. Stigma blokkeert de toegang tot ondersteuning aan de kant van de omgeving. Beide werken bij elke aandoening, beide werken in alle vier de vicieuze cirkels, en beide stapelen zich op bij iedere overgang tussen wonen, zorg en veiligheid. Samen verklaren ze waarom interventies hier systematisch teleurstellen: die gaan uit van rationele, zelfsturende mensen die zelf de juiste hulp zoeken in een toegankelijk systeem. In deze groep levert noch de persoonskant, noch de omgevingskant op wat die interventies veronderstellen.

Stigma manifesteert zich op vier niveaus die elkaar versterken (Albers, 2025; Corrigan & Watson, 2002; Thornicroft et al., 2007). Publiek stigma — de stereotype, devaluerende beelden die in de samenleving over mensen

met EPA leven — is breed gedocumenteerd en hardnekkig, en wordt door media-aandacht voor incidenten cyclisch hersteld (Klem in het systeem, TSD et al., 2025). Structureel stigma — het verankerd zijn van die beelden in beleid, uitvoeringsregels en organisatieculturen — bepaalt dat huisvesters, werkgevers, opleiders en zorgverzekeraars in hun risicoschattingen routinematig terughoudend zijn bij mensen met een EPA-achtergrond, ook waar dat feitelijk niet gerechtvaardigd is (OVV, 2026, p.43). Geïnternaliseerd stigma — de overname door de persoon zelf van die beelden — leidt tot afhouden van hulp, vermijden van openheid over de aandoening en terugtrekken uit sociale contexten waar herkenning of erkenning mogelijk zou zijn. Stigma binnen de hulpverlening zelf — bij professionals in andere domeinen dan de psychiatrie, en niet zelden ook binnen de psychiatrie — uit zich in lagere verwachtingen, snellere etikettering als ‘behandelresistent’ of ‘manipulatief’, en routinematige toeschrijving van somatische klachten aan de psychiatrische aandoening (diagnostic overshadowing; Shefer et al., 2014).

De sporen van stigma in de keten zijn talrijk. Albers (2025) beschrijft stigma als barrière voor maatschappelijke participatie bij EPA. De OVV (2026, p.43) noemt stigma als een van de factoren die de toegang tot wonen, werk en zorg vernauwen voor de dakloze EPA-groep. Klem in het systeem (TSD et al., 2025) signaleert dat stigma het herstel actief belemmert — vooral in de fase waarin iemand na een crisis of detentie opnieuw moet aanhaken bij de hulpverlening. Boesveldt & Palm (2024) tonen voor het Utrechtse cohort dat stigma rond een psychiatrisch verleden een hardnekkige drempel blijft voor reguliere huisvesting, ook na jaren van stabiliteit. Internationaal wordt geschat dat een aanzienlijk deel van de onbehandelde mensen met EPA vooral om redenen van stigma zorg mijdt of uitstelt (Clement et al., 2015; Henderson et al., 2013).

Voor het systeemmodel in hoofdstuk 5 betekent dit dat stigma — net als cognitieve beperkingen — niet in één vicieuze cirkel zit, maar in alle vier dezelfde versterkende rol speelt. In R1 (draaideur acute zorg) verhoogt stigma de drempel om vrijwillig in zorg te komen, waardoor mensen pas in crisis verschijnen. In R2 (justitiële

carrousel) zorgt stigma dat de doorstroom naar reguliere zorg en wonen na detentie traag verloopt of stilvalt, zelfs bij een geldige indicatie. In R3 (wachlijstspiraal) wordt stigma binnen de hulpverlening zichtbaar wanneer een ‘complexe’ presentatie samenvalt met lagere prioriteit op de wachtlijst. In R4 (bottleneck beschermd wonen) verklaart stigma waarom corporaties terughoudend zijn met uitstroomwoningen voor EPA-cliënten, zelfs als de stabilisatie aantoonbaar is en de begeleiding geregeld. Het opgetelde effect ontstaat doordat elke overgang een nieuw moment is waarop iemand zich opnieuw moet bewijzen tegen een omgeving die terugvalt op het etiket — en omdat die persoon eerdere weigeringen heeft verinnerlijkt. Waar cognitieve beperkingen iedere overgang zwaarder maken aan de kant van de cliënt, maakt stigma diezelfde overgang zwaarder aan de kant van het systeem. De twee tellen op.

Wie de vicieuze cirkels wil afremmen, moet dus niet alleen screening, taal en ondersteuning herontwerpen (de cognitie-kant uit §1.3a). Het vraagt ook om actief werken aan de cultuur binnen de hulpverlening, aan vaste toegankelijkheidsafspraken met huisvesters en werkgevers, en aan de inbreng van ervaringsdeskundigen die verinnerlijkt stigma daadwerkelijk kan tegengaan. In hoofdstuk 5 en 6 komt deze dubbele versterker terug bij de werking van de vier cirkels en bij het ontwerp van de hefboomen. In hoofdstuk 7 (bouwstenen) is het de onderbouwing voor de keuze om ervaringsdeskundigheid, een harm-reductionhouding en transdiagnostische diagnostiek expliciet op te nemen.

1.4 De omvang: wat we weten en wat we niet weten

De EPA-doelgroep

Volgens de Onderzoeksraad voor Veiligheid (2026) hebben in Nederland ongeveer 250.000 volwassenen een ernstige psychiatrische aandoening — zo’n 1,7% van de bevolking. Ongeveer 75% van hen ontvangt zorg. De overige 25%, naar schatting 62.500 mensen, ontvangt geen of onvoldoende zorg en is buiten beeld van de ggz. Dat laatste cijfer is een eigen opgave voor de ggz-sector, die we uitwerken in §1.6.

EPA gaat zelden alleen om psychiatrie. Ruim 40% van de mensen met EPA heeft ook een lichtverstandelijke beperking of is zwakbegaafd. 20 tot 50% heeft een verslaving, en 80% heeft geen betaalde baan. De levensverwachting bij schizofrenie ligt gemiddeld 14,5 jaar lager dan in de algemene bevolking (Hjorthøj et al., 2017; 95%-betrouwbaarheidsinterval 11,2–17,8 jaar). Bij bredere EPA-diagnoses met lichamelijke comorbiditeit loopt dat verschil op tot 15 à 20 jaar (De Hert et al., 2011).

Deze cijfers raken een kerntaak van de gezondheidszorg die in het EPA-debat onderbelicht blijft: tertiaire preventie. De gezondheidszorg kent drie soorten preventie. Primaire preventie voorkomt dat iemand ziek wordt. Secundaire preventie spoort ziekte vroeg op. Tertiaire preventie voorkomt de gevolgen en complicaties van een bestaande, chronische aandoening: verergering, bijkomende ziekten, vermijdbare ziekenhuisopnames en vroegtijdig overlijden (WHO, 2021; OECD, 2021). Bij mensen met EPA is die taak

bijzonder zwaar. De aandoening zelf — vaak versterkt door cognitieve beperkingen (§1.3a) en andere kwetsbaarheid — beperkt structureel het vermogen tot zelfzorg: medicatie innemen, gezond eten, bewegen, op controle gaan, klachten op tijd melden. Wat in de algemene bevolking als eigen verantwoordelijkheid geldt — naar de huisarts bij aanhoudende klachten, een diabetesdieet volhouden, op tijd naar de tandarts — vraagt bij deze groep gerichte ondersteuning om überhaupt te lukken. Het voorkomen van vermijdbare gevolgen van chronische ziekte is hier dus geen extraatje bovenop de EPA-zorg, maar een kerntaak van de gezondheidszorg. Het verschil van 14 à 20 jaar in levensverwachting is daarvan de meetbare uitkomst.

Dit heeft direct gevolg voor de inrichting van zorg. EPA is geen toestand maar een verloop met fasen van relatieve stabiliteit en episodes van ontregeling; daarbinnen wisselt ook de mate van zelfredzaamheid. Zorg en ondersteuning moeten daarom dynamisch kunnen meebewegen met





iemand's actuele toestand — niet als incidentele crisis-respons, maar als structureel ontwerpprincipe. Wat iemand in een stabiele fase zelfstandig kan, kan in een onregelde fase volledige ondersteuning vereisen. Een zorgmodel dat alleen op- of afschaalt via heropname of crisisdienst mist deze graduele tussentonen — en accepteert daarmee impliciet een groter aantal vermijdbare complicaties dan medisch nodig is.

Duurzame nabijheid is daarbij geen aanvulling op tertiaire preventie, maar een vast onderdeel ervan. Voor mensen met EPA werken medicatietrouw, lichamelijke controles en vroegsignalering niet als losse handelingen, maar via de relatie waarin ze plaatsvinden. Wie op het moment van ontregeling geen ziekte-inzicht heeft, geen vertrouwen heeft in een onbekende behandelaar, of na een crisisopname weer aan een ander team wordt overgedragen, raakt verloren als de relatie telkens opnieuw moet worden opgebouwd. Kunnen rekenen op iemand die niet loslaat — ook als het moeilijk wordt,

ook in zorgmijdende fasen, ook na conflict of terugval — is wat tertiaire preventie in deze groep werkbaar maakt. Continuïteit van de zorgrelatie is dus geen zachte randvoorwaarde, maar een werkzaam bestanddeel, naast medicatie, woning en lichamelijke zorg. Outreachende modellen als (For)FACT, bemoeizorg en Housing First zijn niet toevallig gebouwd rond vaste teams die mensen door alle fasen heen blijven volgen. Zij maken tertiaire preventie concreet als een volgehouden relatie.

Veiligheidsrisico's

De OVV stelt (2026) dat circa 1.500 mensen met EPA — ongeveer 0,6% van de groep — een veiligheidsrisico voor anderen vormen. Voor zichzelf vormen 24.000 tot 60.000 mensen met EPA een veiligheidsrisico — onder andere door zelfverwaarlozing, suïcidaliteit, dakloosheid en zorgmijding. Mensen met EPA vormen daarmee aanzienlijk vaker een risico voor zichzelf dan voor hun omgeving. Deze verhouding is van groot belang voor de bestuurlijke en maatschappelijke beeldvorming.

E33-meldingen: vergaarbak, geen indicator

De 168.960 E33-politiemeldingen uit 2025 zijn een bruikbare indicator voor druk op het systeem, maar een zeer slechte maat voor onderliggende zorgbehoeften. De OVV (2026, p.144) stelt expliciet: onder E33 vallen alle vormen van meldingen over verward gedrag, zoals onbegrepen gedrag door mensen onder invloed van drugs, voetbalhooligans en mensen met een psychische stoornis. Een groot deel van de E33-meldingen is afkomstig van een kleine groep mensen die vaak al bekend is bij politie en zorginstanties. Deze groep lijkt zelf constant in omvang te zijn gebleven.

In de wetenschappelijke literatuur is de E33-registratie getypeerd als een 'vergaarbak' (Koekkoek, 2022). Een groot deel van de meldingen betreft geen acute psychiatrische crisis, maar overlast door middelengebruik, eenzaamheid, conflict of cognitieve achteruitgang. Vanuit het ggz-veld is opgemerkt dat E33-meldingen voor de politie mede een manier zijn om de problematiek bestuurlijk op tafel te krijgen. Het RIVM (2018) analyseerde de E33- en E14-meldingen uit 2016 en vond een sterk verklarend patroon. Van 80.000 meldingen waren er 61.000 te herleiden tot 34.000 unieke personen. En 66% van die meldingen kwam van een relatief kleine groep van 13.000 mensen die in de twaalf maanden ervoor al onder E33 of E14 stonden geregistreerd. Regionale analyses van het Trimbos-instituut laten zien dat bij ongeveer 35% van de E33-meldingen mensen betrokken zijn die bekend zijn in de ggz (Trimbos, 2020).

Korpschef Janny Knol (politie.nl, 13 januari 2026) verbindt aan de 168.960 meldingen een bestuurlijke oproep: 'De politie wordt overladen met problemen die niet opgelost kunnen worden door de politie en het strafrecht.' Zij pleit voor een regeringscommissaris of brede commissie die naar het veranderende veiligheidsvraagstuk kijkt en met nieuwe oplossingen komt. Dit signaal vanuit de politietop sluit nauw aan op de richting die dit rapport schetst: de E33-druk is geen politievraagstuk alleen, maar een vraagstuk voor de keten als geheel, met de partners gezamenlijk aan zet.

Een belangrijke paradox versterkt deze interpretatie: terwijl het aantal E33-meldingen stijgt, registreert de

OVV (2026) een landelijke daling in crisisdienstcontacten. Wanneer de E33-stijging primair zou samenhangen met toegenomen acute psychiatrische crises, zou een omgekeerd patroon worden verwacht.

De huisvestingsondergrens

Het CBS telde op 1 januari 2024 ongeveer 33.000 mensen tussen 18 en 65 jaar zonder vaste woon- of verblijfplaats (CBS, 28 januari 2025) — een stijging ten opzichte van 30.600 op 1 januari 2023. De OVV (2026) waarschuwt dat het EPA-aandeel niet zomaar uit dit totaalcijfer is af te leiden. Onderzoek van Van Everdingen et al. (2021) onder gebruikers van de maatschappelijke opvang vond dat 98,6% psychische klachten ervaart, en dat bij 72,5% sprake is van ernstige psychische klachten (volgens de interRAI-classificatie uit het HOP-TR-onderzoek). Het is dus aannemelijk dat een aanmerkelijk deel van de dakloze populatie binnen de EPA-groep valt — maar de exacte overlap vraagt om apart onderzoek.

Het CBS-cijfer is bovendien een ondergrens. De lokale ETHOS-tellingen (Kansfonds en Hogeschool Utrecht), die een bredere Europese definitie van dakloosheid hanteren, laten in deelnemende regio's stelselmatig hogere aantallen zien doordat ook verborgen dakloosheid wordt meegeteld (Kansfonds, Iedereen telt mee). Daarnaast registreert de politie naast E33 ook zorgmeldingen onder code I28; deze geven een aanvullend signaal over mensen die in beeld zijn bij de politie maar primair zorg nodig hebben. Beide bronnen onderstrepen dat het werkelijke aantal mensen in een kwetsbare woonsituatie groter is dan het CBS-totaal alleen suggereert.

Companen (2026) levert de eerste landelijke kwantificering van de huisvestingsopgave: jaarlijks zijn minimaal 3.980 corporatiewoningen nodig voor uitstroom uit beschermd wonen Wmo, 1.750 voor uitstroom uit klinische ggz en beschermd wonen Wlz, en 2.000 voor uitstroom uit detentie en forensische verblijfszorg met psychische kwetsbaarheid. De landelijke behoefte aan Skaeve Huse bedraagt 1.150, waarvan circa 150 zijn gerealiseerd — een onvervulde opgave van 1.000.

Intramuraal omvat het stelsel ongeveer 51.160 plekken: 27.000 in beschermd wonen Wmo, 18.000 in beschermd

wonen Wlz (GGZ-W), 1.450 klinisch Wlz (GGZ-B, een daling van 41% in drie jaar), 4.650 in forensische verblijfszorg, en 60 plekken bij Salviq voor de meest complexe doelgroep.

Drie monitoring-blinde-vlekken

Companen erkent expliciet drie groepen die binnen de looptijd van het onderzoek niet konden worden gekwantificeerd:

- Zvw-gefinancierde klinische ggz, inclusief de BIZ-bedden (Beveiligde Intensive Zorg).
- Mensen die bemoeizorg ontvangen zonder zorgindicatie of MO-beschikking — Companen meldt ‘geen betrouwbare cijfers voorhanden’ (p.6).
- De specifieke overlap met de doelgroep van de Levensloopaanpak.

Deze drie blinde vlekken vormen monitoring-prioriteiten voor het vervolgtraject (zie §8.3).

1.5 Het beleidskader: van zes naar tien wettelijke kaders

Voor mensen met psychische kwetsbaarheid in deze keten zijn verschillende wetten van toepassing (of kunnen verschillende wetten van toepassing zijn). Voor de toegang tot (en financiering van) de zorg zijn dat de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor de gewone ggz-behandeling, de Wet langdurige zorg (Wlz) voor zorg bij chronische problematiek en beschermd wonen met behandeling, en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) voor ondersteuning vanuit de gemeente. Voor verplichte/onvrijwillige zorg zijn de Wet verplichte ggz (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd) aan de orde en bij forensische zorg de strafwetgeving en de Wet forensische zorg (Wfz). Van belang kunnen ook zijn de Jeugdwet en de Wet publieke gezondheid (Wpg). In bepaalde situaties is ook de Wet gegevensverwerking door samenwerkingsverbanden (WGS) van belang. De Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein, een voorgestelde aanpassing/aanvulling van de Wmo 2015, de Wet aanpak meervoudige problematiek in het sociaal domein (Wams) is in behandeling bij de Tweede Kamer. En als brug tussen wonen en zorg-en-veiligheid komt de

Wet versterking regie volkshuisvesting (Wvrv, verwacht 1 juli 2026).

Daarnaast zijn nog van belang:

- De Wet op de geneeskundige behandelings-overeenkomst (Wgbo).
- De Wet op de Beroepen in de individuele Gezondheidszorg (Wet BIG).
- De AVG.
- In het forensische domein de beginselenwetten (Pbw, Bjj, Bvt).

Verschiedende wetten, met verschillende voorschriften met betrekking tot indicatiestelling, verantwoording, afbakeningen en grondslagen voor gegevensverwerking. Kamerlid Michon-Derkzen benoemde het kernprobleem treffend: versnippering op alle niveaus, in aansturing en financiering, is de dekmantel om weg te kijken (Tweede Kamer, plenair debat 28 mei 2025). Het inspectierapport Klem in het systeem (TSD, IGJ & Inspectie JenV, 2025) bevestigt dit. Hulpverleners ervaren de veelheid aan regelingen vaak als belemmerend, noodzakelijke gegevensdeling stokt, en ernstige incidenten komen vrijwel altijd voort uit een opeenstapeling van gemiste aanknopingspunten.

Wams als bouwsteen, niet als eindstation

Versterking van de Wams is wenselijk. Tegelijk is het belangrijk de Wams in perspectief te plaatsen. Bemoeizorg, geïntegreerde wijkteams en de Levensloopaanpak werken namelijk al jaren zonder een aparte regeling in de WMO 2015 — onder meer op basis van bestaande mogelijkheden in de Wmo, de Wpg en de AVG, en op basis van afspraken (convenanten). De Wams regelt dat oggz opnieuw wordt verankerd in de Wmo, en dat burgers met meervoudige problematiek makkelijker aan hulp geholpen kunnen worden. Wanneer iemand zorg mijdt maar duidelijk ‘verpietert’, is een aanvullende wettelijke mogelijkheid nodig waarop (ggz)-professionals kunnen handelen — voor situaties waarin iemand geen toestemming kan of wil geven, maar wel dringend steun uit het sociaal domein nodig heeft om verval of ontwrichting te voorkomen.

De OVV doet in haar tweede aanbeveling een zeer relevante observatie: ‘in veel situaties is er meer mogelijk

op het gebied van domeinoverstijgende samenwerking, informatie-uitwisseling en financiering dan nu in de praktijk wordt benut’ (2026, aanbeveling 2). De OVV adviseert om de kennis en positie van toezichthouders (inspecties, Autoriteit Persoonsgegevens) en tuchtcolleges in te zetten om denken in mogelijkheden te bevorderen. Het knelpunt zit dus niet alleen in wetgeving, maar evenzeer in interpretatie, durf en bestuurlijke rugdekking.

Verplichte opname: lat terecht hoog

Zoals vanuit het ggz-veld is opgemerkt: een bed in de psychiatrie is zelden de oplossing voor onbegrepen gedrag. De OVV (2026) bevestigt dit en stelt dat veiligheid voor mensen met EPA primair ontstaat door vroegtijdige, domeinoverstijgende en op de cliënt afgestemde zorg — niet door eerder of vaker toepassen van een gedwongen opname. De Wvggz, die voorwaarden stelt aan toepassing van verplichte zorg, behoeft niet zozeer aanpassing; het systeem dat eraan voorafgaat behoeft versterking.

1.6 De parlementaire verkenning en de sectoreigen opgave

De commissie voor Justitie en Veiligheid van de Tweede Kamer voerde in 2024 een parlementaire verkenning uit (rapporteurs Michon-Derkzen en Mutluer). Het eind-rapport van 4 juli 2024 introduceert een analytisch onderscheid dat nu leidend is in de beleidsagenda: circa 1.500 personen met onbegrepen gedrag én hoge veiligheidsrisico’s voor de omgeving, en een aanmerkelijk grotere groep met onvervulde zorgbehoefte maar minder acute veiligheidsdimensie. De Kabinetsreactie op het rapport “Klem in het systeem” (Kamerstukdossier 34477, 2 april 2026) bevestigt de bredere lijn.

De Levensloopaanpak: ontwerp versus praktijk

De Levensloopaanpak is ontworpen als drievoudige interventie: coördinatie, behandeling en passend verblijf in onderlinge samenhang. Forensische expertise, beschikbaarheid van BIZ-bedden, behandelaanbod en levensloopcoördinatie horen tegelijk te worden geleverd. Zo is het bedoeld, zo wordt het op papier ook gepresenteerd.

In de praktijk haalt de keten die belofte niet. Niet vanwege de aanpak zelf, maar omdat het achterliggende aanbod ontbreekt. Van de ruim 700 mensen die inmiddels in de Levensloopaanpak zijn geïnccludeerd, is voor meer dan de helft noch passende behandeling, noch duurzaam wonen of verblijf vanzelfsprekend beschikbaar. De coördinatoren doen er alles aan om de drievoudige inzet wél te realiseren: zij voeren de regie, leggen verbindingen, zoeken plekken en blijven aandringen. Maar zij en hun cliënten lopen aan tegen een vangnet dat aan de kant van behandeling en huisvesting feitelijk ontbreekt. Er zijn geen plekken, geen toegang zonder wachtlijst, geen woningen die bij deze groep passen. Daardoor blijft coördinatie als enige pijler overeind, terwijl behandeling en passend verblijf niet kunnen worden waargemaakt. Dat is voor drie partijen onverantwoord. Voor de persoon zelf, die wordt ‘opgenomen in een aanpak’ terwijl het systeem niets te bieden heeft. Voor de omgeving, die blijft wachten op opvolging van signalen die in het zorgsysteem niet kunnen worden waargemaakt. En voor de coördinatoren, die de verantwoordelijkheid dragen voor mensen voor wie geen behandelplek en geen woonplek beschikbaar is.

Dit raakt de kern van wat duurzame nabijheid betekent. Nabijheid is niet optioneel in coördinatie, wonen of zorg. Ze is in alle drie tegelijk vereist, of ze is in geen ervan werkbaar. Zoals uitgewerkt in §1.4 is duurzame nabijheid bovendien een vast onderdeel van tertiaire preventie zelf: zonder een volgehouden relatie missen medicatietrouw, lichamelijke controles en vroegsignalering hun aangrijpingspunt. De Levensloopaanpak laat zien wat er gebeurt als de keten één van de drie pijlers wegstreept. Dan blijft de coördinatie staan als opgave zonder hefboom, en wordt de cliënt geadministreerd in plaats van ondersteund.

Dat de aanpak nog niet de oorspronkelijke ambitie van 1.500 personen heeft bereikt is in dat licht een afgeleide vraag. De primaire vraag is een andere: hoe zorgen we dat voor élk van de 700 personen die nu wel in de aanpak zitten de drie pijlers daadwerkelijk beschikbaar zijn? Pas wanneer die vraag beantwoord is, is opschaling naar 1.500 haalbaar. Tot die tijd vergroot opschaling het probleem in plaats van het op te lossen.

De sectoreigen opgave

Hoewel het stelsel rond mensen met EPA in essentie een ketenverantwoordelijkheid is van gemeenten, zorgverzekeraars, ggz-instellingen, politie, justitie, woningcorporaties en sociaal domein, ligt er voor de ggz-sector zelf een eigen, niet-overdraagbare opgave. De Onderzoeksraad voor Veiligheid stelt in haar zevende aanbeveling expliciet dat het aantal behandelplekken voor mensen met EPA moet worden vergroot en dat tot die tijd ten minste het huidige aantal moet worden behouden (OVV, 2026, aanbeveling 7). De achterliggende constatering is dat circa 25% van de EPA-doelgroep — circa 62.500 mensen — geen zorg ontvangt en buiten beeld van de ggz blijft.

Gemeenten zijn primair verantwoordelijk voor de bestaansvoorwaarden waarbinnen herstel of stabilisatie mogelijk wordt: wonen, inkomen, schulden, dagbesteding en sociale relaties. Tegelijkertijd heeft de ggz-sector een onontkoombare eigen verantwoordelijkheid om de behandelcapaciteit en outreachende zorg op wijkniveau structureel te versterken. Beide opgaven moeten gelijktijdig worden opgepakt; geen van beide rechtvaardigt vertraging van de ander.

De OVV onderkent in haar reflectie dat FACT-teams, herstelacademies en vergelijkbare laagdrempelige vormen van ondersteuning juist passend zijn voor het brede merendeel van de 250.000 mensen met EPA (OVV, 2026, p.150). Tegelijkertijd staan deze voorzieningen onder druk. De huidige bekostiging straft instellingen die zwaar investeren in EPA-zorg: FACT-teams behoren bestuurlijk vaak tot de financieel slechtst presterende eenheden binnen ggz-instellingen (zoals vanuit het ggz-

veld wordt bevestigd). De aantrekkelijkheid van EPA-werk voor professionals neemt af; ggz-professionals trekken weg naar lichtere ggz-segmenten.

Die lange adem vraagt om structurele financiering, gerichte arbeidsmarktversterking en bescherming van outreachend werkenden. Een belangrijke parallelle aanbeveling van de OVV (2026, aanbeveling 5) is dat de uitvoering van bemoeizorg in alle gemeenten duurzaam en structureel gewaarborgd wordt en dat een aparte rijksbijdrage daartoe heroverwogen wordt. Dit rapport onderschrijft die aanbeveling.

Companen (2026) kwantificeert de specifieke bouwstenen van de sectoreigen opgave voor de meest complexe groep: 4.650 forensische verblijfszorgplekken plus 60 plekken bij Salviq voor de zeer complexe doelgroep met meervoudige problematiek. Dit betreft precies de groep van ongeveer 1.500 met hoog veiligheidsrisico uit de parlementaire verkenning.

“De ggz moet mensen verleiden tot zorg. Genezen is bij deze doelgroep vaak niet het hoofddoel, maar herstel in diverse levensdomeinen met goede begeleiding. Dat is een kwestie van lange adem.”

— Vanuit het ggz-veld, 2026

2. Individuele kwetsbaarheden

In het kort:

Individuele problemen verklaren dakloosheid niet op zichzelf; ze versterken die pas als het systeem tekortschiet.

Bijna niemand in deze groep heeft maar één probleem; stapeling is de regel.

Veel mensen mijden zorg niet, maar missen haar; bemoeizorg is daarom cruciaal.

Verslaving en stigma werken vaak als uitsluitingsgrond, juist bij wie de zwaarste problemen heeft.

Kernbegrippen in dit hoofdstuk

Bemoeizorg	Actief contact zoeken met mensen die zelf niet om hulp vragen maar wel dreigen vast te lopen.
Zorg mijden of zorg missen	Twee verschillende mechanismen die elk een eigen aanpak vragen.
Dubbele diagnose	Een psychiatrische stoornis en een verslaving tegelijk; een sterke voorspeller van instabiel verblijf.
Harm reduction	Schadebeperking; uitgaan van realistische doelen in plaats van directe abstinentie.

Individuele factoren vergroten het risico op dakloosheid. Ze zijn geen verklaring op zichzelf, maar versterkers. Zonder tekortkomingen in het systeem zouden ze zelden tot dakloosheid leiden (IBO Uit balans, 2025).

2.1 Cumulatie van problemen

Wat een stapeling van problemen in de praktijk betekent: iemand kan niet zelf een uitkering aanvragen, een huurcontract begrijpen of afspraken bijhouden. Niet uit onwil, maar omdat het werkgeheugen, het verwerkings-tempo of het vermogen om te plannen tekortschiet (Nuechterlein et al., 2008; Reichenberg, 2010). Beperkt ziekte-inzicht versterkt dit. Hulpverleners en instanties herkennen het vaak niet, juist omdat het IQ normaal kan zijn. Cognitieve remediatie zou kunnen helpen, maar is nauwelijks beschikbaar (Vita et al., 2021).

Die stapeling is met cijfers ruim onderbouwd. De OVV (2026, p.42-45) wijst op meervoudige kwetsbaarheid: 40% met een lichtverstandelijke beperking, 20 tot 50% met een verslaving, 80% zonder betaalde baan, plus dakloosheid en een 2 tot 3 keer hoger risico op slachtofferschap. Bij schizofrenie ligt de levensverwachting gemiddeld 14,5 jaar lager dan in de algemene bevolking (Hjorthøj et al., 2017); bij bredere EPA-diagnoses met lichamelijke

comorbiditeit loopt dat op tot 15 à 20 jaar (De Hert et al., 2011). Companen (2026) bevestigt het beeld: 98,6% van de mensen in de maatschappelijke opvang ervaart psychische klachten, en bij 72,5% gaat het om ernstige psychische klachten — een sterke aanwijzing voor overlap met EPA, ook al is het geen formele EPA-classificatie (Van Everdingen et al., 2021). Onder gedetineerden heeft meer dan de helft een actuele psychiatrische stoornis (NTVG-onderzoek: 56,5% actueel, 81,7% ooit); een aanzienlijk deel heeft meerdere stoornissen tegelijk. Het ggz-veld vat het kernachtig samen: ‘EPA-patiënten lopen in de samenleving vast niet alleen vanwege hun psychiatrische aandoening, maar mede doordat ze problemen hebben op andere levensdomeinen.’

2.2 Zorg mijden of zorg missen — het belang van bemoeizorg

Een aanmerkelijk deel van deze groep mijdt zorg niet actief, maar mist haar. Mensen kennen de weg niet, vertrouwen instanties niet meer na eerdere ervaringen, of zijn cognitief niet in staat de juiste stappen te zetten. Daarom spreken we in dit rapport van ‘zorg mijden of zorg missen’ — twee verschillende mechanismen die elk een eigen aanpak vragen.

Bemoeizorg — het actief opzoeken van mensen die niet zelf om hulp vragen — is in veel regio’s onvoldoende beschikbaar (de Nederlandse ggz, 2025, positiepaper Maak bemoeizorg landelijk beschikbaar). De uitvoeringspraktijk bevestigt hoe zwaar dit werk is: ‘Je moet bemoeizorg willen leveren en soms loop je het risico dat je een klap voor je kop krijgt.’

Companen (2026, p.6) erkent een blinde vlek die direct dit dossier raakt: ‘er bestaat een groep cliënten die bemoeizorg ontvangt zonder zorgindicatie of MO-beschikking. Deze groep blijft in dit onderzoek buiten beschouwing, omdat er geen betrouwbare cijfers voorhanden zijn over de omvang van deze groep.’ Zonder structurele financiering van bemoeizorg blijven deze mensen statistisch én feitelijk onzichtbaar. Daardoor wordt de huisvestingsopgave onderschat en blijft de toegang tot zorg uit beeld.

Aanbeveling 5 van de OVV (2026) sluit hier direct op aan: zorg ervoor dat in alle gemeenten de uitvoering van bemoeizorg duurzaam en structureel gewaarborgd is; overweeg een afzonderlijke rijksbijdrage. Dit rapport onderschrijft deze aanbeveling. Vanuit het straatdokters-netwerk is in dit verband gewezen op het concept van ‘koppig optimisme’ uit de OVV-praktijkverhalen — de professionele houding die nodig is om mensen die zorg mijden of missen vol te houden te bereiken.

Wat ‘brede bemoeizorg’ in dit rapport betekent. Het jaarplan 2026 spreekt over ‘bouwstenen voor brede bemoeizorg’. Dit rapport hanteert die term in nauwkeurige betekenis. Met ‘breed’ wordt niet bedoeld dat het werk vrijblijvend wordt uitgesmeerd over allerlei partijen; het betekent dat de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) als publieke functie versterkt beschikbaar moet zijn en naadloos gekoppeld moet zijn aan FACT als specialistische voortzetting. OGGZ-bemoeizorg, geworteld in gemeentelijke verantwoordelijkheid op grond van de Wmo 2015 en de Wpg, organiseert het eerste contact, vroegsignalering en toeleiding voor mensen die geen zorg vragen of niet weten waar ze zorg kunnen vragen. FACT is de specialistische vorm van outreachende behandeling en monitoring voor mensen met EPA, geworteld in de Zvw en gecertificeerd via het CCAF. Tussen deze twee

functies zit in de huidige praktijk te vaak een gat — financieringsbreuk, overdrachtsmoment, wachttijd, of simpelweg het verlies van de zorgrelatie omdat de OGGZ-bemoeizorger afsluit voordat de FACT-aansluiting rond is. Brede bemoeizorg in de zin van dit rapport sluit dat gat: één samenhangende keten waarin signaleren, toeleiden, behandelen en monitoren in duurzame nabijheid worden geleverd, zonder dat de cliënt tussen de schakels uit beeld kan raken.

Dit heeft drie operationele implicaties. Ten eerste vraagt het om voldoende beschikbare OGGZ-bemoeizorgcapaciteit in alle gemeenten, niet alleen in centrumgemeenten of grote steden — wat aansluit op OVV-aanbeveling 5 over duurzame en structurele waarborging. Ten tweede vraagt het om expliciete koppelingsafspraken tussen OGGZ-bemoeizorg en FACT-teams, zodat toeleiding niet in een overdracht eindigt maar in een gedeelde periode van zorg waarin OGGZ-bemoeizorg geleidelijk afbouwt terwijl FACT opbouwt. Ten derde vraagt het om financiering die deze koppeling mogelijk maakt: bij de huidige scheiding tussen Wmo (OGGZ-bemoeizorg) en Zvw (FACT) belandt de overdrachtsperiode in een niemandsland dat in scenario A2 expliciet wordt opgelost via gezamenlijke financiering (zie §7). Zonder die drie operationele voorwaarden blijft ‘brede bemoeizorg’ een ambitie zonder uitvoeringsbasis — en blijft duurzame nabijheid, zoals beschreven in §1.4, een beleidsbegrip in plaats van een werkelijkheid voor de cliënt.

2.3 Verslaving als uitzettingsgrond

Een dubbele diagnose — een psychiatrische stoornis én een verslaving tegelijk — is een van de sterkste voorspelers van instabiel verblijf na ontslag (Mulder et al., 2020). Middelengebruik leidt tot overlast, overtreding van huisregels en uitzetting. MIND (2024) constateert dat mensen worden afgewezen voor beschermd wonen bij een combinatie van dakloosheid, psychische klachten en verslaving. Dat is een wrange paradox: juist de mensen met de meest complexe problematiek worden het vaakst buitengesloten.

De Salviq-doelgroep — verstandelijke beperking gecombineerd met ernstige psychiatrie, verslaving



en forensisch profiel — illustreert (Companen, 2026) waarom dubbele diagnose niet als barrière maar als regel benaderd moet worden.

Harm reduction en curatieve expertise als ondersteuning voor BW. Voor een aanmerkelijk deel van de doelgroep is volledige abstinentie geen realistisch uitgangspunt. Mensen met EPA wonen vaak in een context — maatschappelijke opvang, Housing First-woningen, gedeeld beschermd wonen, gedoogcontexten in de wijk — waarin middelengebruik niet te vermijden is of in beperkte mate wordt gedoogd om het verlies van huisvesting te voorkomen. In die context is harm reduction-expertise geen alternatief voor behandeling maar een noodzakelijke aanvulling: gerichte kennis over veiliger gebruik, signalen van overdosering, interactie met psychofarmaca, infectiepreventie en stapsgewijze reductie. Beschikbaarheid van deze expertise — bijvoorbeeld via consultatie vanuit de verslavingszorg, gespecialiseerde verpleegkundigen of geïntegreerde FACT+/dubbele-diagnose-teams — voorkomt dat mensen tussen de wal van ‘eerst stoppen’ en het schip van ‘op straat door uitzetting’ belanden. Het Trimbos-instituut beheert het Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD); de erkende interventie Geïntegreerde behandeling Dubbele Diagnose (IDDT) en de handreiking woonbegeleiding dubbele diagnose bieden hiervoor het methodisch kader. Praktijkverkenningen laten zien dat woonvoorzieningen waarin eerlijkheid en realistische verwachtingen over middelengebruik centraal staan, een betere vertrouwensbasis bieden voor veilig wonen en herstel dan voorzieningen met strikte abstinentievereisten (Trimbos-instituut, 2023; LEDD).

Een verwante opgave betreft de curatieve ondersteuning van beschermd-wonenlocaties zelf. De actuele toestand van iemand met EPA kan psychiatrisch én somatisch in zeer korte tijd sterk wisselen: een intoxicatie, een ontregeling van diabetes, een psychotische opvlamming, een infectie, een suïcidale episode. BW-medewerkers zijn doorgaans niet geschoold of bevoegd om die wisselingen zelfstandig op te vangen. Wanneer curatieve expertise — psychiater op afstand, somatisch consult, gespecialiseerde verpleegkundige, crisisdienst die meedenkt zonder direct op te nemen — laagdrempelig

beschikbaar is voor BW-locaties, wordt de bandbreedte waarbinnen mensen op locatie veilig kunnen blijven aanzienlijk groter. Dat voorkomt enerzijds onnodige acute opnames (R1), anderzijds uitzettingen of escalaties die de doorstroom blokkeren (R4). De Wlz-toetsing voor BW Wlz (GGZ-W) zou hierop moeten aansluiten in plaats van hierop af te wijken: op- en afschaalbare curatieve expertise als integraal onderdeel van het BW-arrangement (zie §3.1 over Wlz-toegangscriteria).

Actieve aanpak van georganiseerde drugscriminaliteit als veiligheidshefboom. Harm reduction op individueel niveau is niet voldoende zolang de directe omgeving van kwetsbare bewoners actief wordt opgezocht door georganiseerde drugscriminaliteit. Maatschappelijke opvang, beschermd-wonen-locaties en concentraties van kwetsbare bewoners in laag-SES-wijken zijn een aantrekkelijk werkterrein voor handel, ronseling, schuldcreatie en uitbuiting — met name daar waar bewoners op een uitkeringsdatum geld ontvangen, of waar bestaande gebruikersrelaties zich laten exploiteren. Verwey-Jonker concludeert dat ondermijnende drugscriminaliteit haar voedingsbodem juist vindt in stadswijken waar problemen van armoede, achterstand en achterstelling zich opstapelen, en dat handhaving en opsporing alleen daar tekortschieten (Verwey-Jonker Instituut, 2020: Weerbare wijken tegen ondermijning). Voor mensen met EPA, vaak met cognitieve beperkingen en beperkte sociale weerbaarheid, is dat een dubbel risico: zij zijn vatbaar voor afhankelijkheid en uitbuiting, én impulsiviteit en agressie ontstaan eerder wanneer middelen in het spel zijn. Dit raakt direct de veiligheid van de bewoner zelf, van medebewoners en van professionals die voor hen zorgen — zoals zichtbaar werd in recente berichtgeving over een 24-uursopvang in Amsterdam waar drugs en geweld in een beschermd-wonen-complex zodanig toenamen dat het personeel niet langer veilig kon werken (Het Parool, 2026).

Een actieve aanpak van georganiseerde drugscriminaliteit in en om woonvoorzieningen — vanuit politie, OM, gemeente en in samenwerking met zorgaanbieders — is daarmee een noodzakelijke veiligheidshefboom naast de zorginhoudelijke aanpak. Het werkzame doel is daarbij niet het beëindigen van gebruik, maar het beheersen van het aanbod. De keten

waarlangs deze hefboom werkt is concreet: minder beschikbaarheid en minder actieve ronseling in en rond woonvoorzieningen → minder gebruiksdruk op kwetsbare bewoners → minder middelengeïnduceerde ontregeling van EPA-symptomen → minder verward en onbegrepen gedrag, minder crisisopnames en minder geweldsincidenten.

Voor mensen met EPA is dit verband empirisch goed onderbouwd: middelengebruik versterkt psychotische symptomen, ontregelt medicatietrouw en breekt de stabilisatie die (For)FACT en Housing First moeten realiseren (zie ook §2.3 over verslaving en §1.3a over cognitieve beperkingen). Aanbodbeheersing is daarmee harm reduction op systeemniveau: het accepteert dat individueel gebruik niet stopt, maar verlaagt de omgevingsdruk die EPA-cliënten harder raakt dan de gemiddelde gebruiker. Het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV) ondersteunt gemeenten met een webdossier bestuurlijke aanpak drugscriminaliteit, waarin de rol van het lokale bestuur en de burgemeester centraal staat; programma’s als Weerbare Mensen, Weerbare Wijken (gemeente Amsterdam) en het bredere wijkenbeleid laten zien dat alleen een combinatie van repressieve én preventieve, sociaal-maatschappelijke maatregelen effect heeft (CCV; Verwey-Jonker Instituut, 2020). Volledig weghouden van middelen is niet realistisch en ook niet het doel. Maar berusten in groei en toename van de aanwezigheid van georganiseerde criminaliteit rond kwetsbare bewoners is evenmin verantwoord — niet vanuit kwaliteit van leven van de bewoners, niet vanuit de veiligheid van iedereen die in en rond deze locaties woont en werkt, en niet vanuit de oplopende maatschappelijke kosten van crisisopnames en justitiecontacten die hieruit volgen. Deze veiligheidshefboom hoort bij de gezamenlijke ketenverantwoordelijkheid die in dit rapport centraal staat: zorg en veiligheid zijn hier geen alternatieven maar elkaars voorwaarde.

2.4 Justitiecontacten, jeugdtrauma en stigma

Waar §1.3b stigma op systeemniveau positioneert als tweede transdiagnostische versterker, brengt deze paragraaf de empirische voetafdruk daarvan in beeld voor de subgroep met justitiecontacten, jeugdtrauma en herhaalde dakloosheid.

Het Utrechtse cohortonderzoek (Boesveldt & Palm, 2024, UvA — vijfde meting van het cohort 2019–2023) laat zien dat een deel van deze groep regelmatig met justitie in aanraking komt, vaak door nog niet uitgevoerde straffen. Een detentieperiode is ontwrichtend binnen een toch al kwetsbare hulpstructuur. Stigma beperkt de toegang tot huisvesting en vergroot het isolement. Klem in het systeem signaleert dat stigmatisering het herstel belemmert.

De OVV (2026, p.43) onderbouwt dit met cijfers. Een groot deel van de mensen met EPA heeft een traumatische gebeurtenis meegemaakt: mishandeling, seksueel misbruik of verwaarlozing. In de dakloze EPA-groep is slachtofferschap 2 tot 3 keer zo vaak aanwezig. Stigma werkt als barrière voor maatschappelijke participatie (Albers, 2025). Companen kwantificeert het mechanisme op basis van WODC-data (2017–2019): van de mensen die na meer dan drie maanden detentie uitstromen, is 27% direct daarna dakloos of heeft onbekend onderdak; nog eens 27% verblijft tijdelijk bij ouders of anderen.

3. Wat het systeem nog niet structureel waarmaakt

In het kort:

Het systeem beweegt nu nog onvoldoende mee met wat mensen nodig hebben, op vier punten.

Financieringsschotten, te weinig plekken, informatie-drempels en wachtlijsten versterken elkaar.

Dit is geen som van losse fouten, maar een systeem dat zichzelf in stand houdt.

Daarom werken losse reparaties niet en is een systemische aanpak nodig.

Kernbegrippen in dit hoofdstuk

Financiering-schot	De grens tussen geldstromen (Zvw, Wmo, Wlz) waar bij overgangen niemand verantwoordelijk is.
Wlz-toetsing	De toegangscriteria voor langdurige zorg; passen slecht bij het wisselende verloop van EPA.
Verbonden zorg	Outreachinge teams die mensen door fasen heen blijven volgen, met vaste regie bij overgangen.
Wicked problem	Een probleem zonder sluitende definitie of eenduidige oplossing, waarin elke ingreep neveneffecten heeft.
Policy resistance	Het verschijnsel dat een systeem ingrepen als het ware terugkaatst naar de oude toestand.



Het inspectierapport Klem in het systeem (TSD et al., 2025) concludeert dat wet- en regelgeving op dit moment te ingewikkeld en versnipperd is om hulpverleners optimaal te laten helpen. Dit hoofdstuk beschrijft welke onderdelen van de keten nu nog onvoldoende meebewegen met wat mensen nodig hebben, in vier categorieën. ‘Meebewegen’ is hier geen losse metafoor, maar een ontwerpprincipes: zorg en ondersteuning moeten aansluiten bij de actuele toestand en actuele mate van zelfredzaamheid van de cliënt — opschalen wanneer de aandoening dat vraagt, afbouwen wanneer er weer ruimte is voor eigen regie (zie §1.4). Elk onderdeel hierna is tegelijk een aangrijpingspunt voor gezamenlijke versterking: een bouwsteen voor duurzaam beschikbare ondersteuning.

3.1 Financieringsschotten bij overgangen

Bij ontslag verschuift de financiering naar een ander stelsel. Iemand wordt ontslagen uit de kliniek (Zvw), maar de Wmo-indicatie is nog niet afgegeven. De ggz-instelling heeft geen budget meer; de gemeente heeft nog geen

opdracht. In die tussentijd staat de persoon er alleen voor en belandt niet zelden op straat. Het IBO Uit balans (2025) analyseert de bredere financiële disbalans; het project Praktijknelpunten Wlz (Levenslooppak, 2025) brengt de knelpunten specifiek voor EPA in kaart.

Toegang tot Wlz mag niet afhangen van criteria die niet bij de doelgroep passen. Een specifieke variant van het schottenprobleem doet zich voor bij de toegang tot Wlz-zorg op ggz-grondslag. De Wlz-toetsing is historisch ontwikkeld rond de doelgroepen verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg, waarvoor ‘blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid’ een werkbaar maatstaf is. Bij mensen met EPA past deze toetsing slecht. EPA is geen statische toestand maar een verloop met fasen van relatieve stabiliteit en episodes van ontregeling (zie §1.4); de mate van zelfredzaamheid wisselt navenant. Toetsing op ‘blijvendheid’ van zorgbehoefte op een willekeurig peilmoment kan dan uitwijzen dat iemand op dat moment voldoende functioneert om geen Wlz nodig te hebben — terwijl de zorgbehoefte op langere termijn aantoonbaar levenslang is en de afwezigheid van een Wlz-grondslag op zo’n peilmoment juist de volgende ontregeling helpt veroorzaken.

Dit speelt onder meer bij de Levenslooppak. Een aanmerkelijk deel van de circa 1.500 mensen in de doelgroep heeft een hoog-complexe, langdurige zorgbehoefte. Bij andere doelgroepen zou die vrijwel zonder discussie tot een Wlz-indicatie leiden. Bij EPA strandt de aanvraag echter vaak op criteria die niet bij het ziektebeeld passen. Voorbeelden: er is geen aantoonbaar voortschrijdend verloop, er zijn periodes van schijnbaar herstel, iemand ontkent de aandoening door gebrek aan ziekte-inzicht, of de zorgvraag gaat over begeleiding bij regie in plaats van over lichamelijke verzorging. Het gevolg is dat de Wlz als financieringsroute voor duurzame, op- en afschaalbare zorg onbenut blijft — terwijl juist die op- en afschaling bij deze groep past. Het uitgangspunt zou moeten zijn dat toegang tot Wlz-zorg niet afhangt van criteria die niet voor deze mensen zijn ontworpen. Het project Praktijknelpunten Wlz (Levenslooppak, 2025) brengt dit gericht in kaart. Een Wlz-toetsing met een ggz-passend criterium voor zorgbehoefte is een voorwaarde voor scenario A1 uit hoofdstuk 7.

De OVV maakt hier in haar oplossingsrichtingen 5 en 6 een centraal thema van: integrale en structurele financiering, plus vrije ruimte voor maatwerk. Aanbeveling 3 stimuleert domeinoverstijgende financiering. Concrete praktijkvoorbeelden zijn ADDO (waarbij bestuurders budget bundelen voor vijf jaar over partijen heen) en het Meldpunt Bijzondere Zorg in Gelderland-Zuid (lumpsum-financiering). De OVV onderschrijft daarmee de scenario A2-richting die in hoofdstuk 7 wordt uitgewerkt.

Companen (2026) brengt de financieringsschotten in cijfers. In het samenspel tussen Wmo (27.000 BW-plekken), Wlz (18.000 GGZ-W plus 1.450 GGZ-B), Zvw (klinische ggz, omvang onbekend) en Justitie (4.650 forensisch) is zichtbaar uit welke geldstroom de zorg uiteindelijk wordt betaald. Bij GGZ-W wordt 96% binnen de ggz-sector bekostigd; slechts 4% komt uit een andere sector. De verschuiving van GGZ-B naar GGZ-W — een daling van GGZ-B met 41% in drie jaar — is het bewijs voor de prikkeldiscussie die vanuit het ggz-veld is aangekaart: ‘Onze FACT-teams die de EPA-zorg doen, zijn financieel de slechtst presterende teams.’

CASUS

Ria, 61 jaar Vijfendertig jaar schizofrenie · stabiele FACT-zorg · transitie naar Wlz

Ria krijgt op haar zesentwintigste haar eerste psychose, opname negen maanden. In de twee decennia erna volgen wisselende ambulante zorg en twee heropnames; vanaf 2008 stabiliseert ze op clozapine. Vanaf 2018 is zij in FACT-zorg met een resourcegroep; sindsdien geen opnames meer. Haar echtgenoot vangt veel op tot zijn overlijden in 2018; daarna neemt dochter Lieke (38) — een KOPP-kind, opgegroeid met een ouder met psychische problematiek — de regie over en raakt zelf overbelast. In 2024 verschijnen cognitieve achteruitgang en somatische comorbiditeit (diabetes type 2, beginnende COPD); huishouden wordt moeilijker, medicatie zelf bijhouden ook. Wmo-uitbreiding blijkt niet mogelijk — het plafond is bereikt. Een aanvraag bij het ClZ voor Wlz op ggz-grondslag (VPT, volledig pakket thuis) wordt in 2026 toegekend, zodat Ria in haar eigen huis kan blijven met geïntegreerde somatische en psychiatrische zorg via één wijkverpleegkundige. De resourcegroep wordt uitgebreid met de zus en een buurvrouw om Lieke te ontlasten.

Wat dit illustreert.

De Wmo–Wlz-overgang is hier het scharnierpunt waar het systeem rakelings langs een breuk gaat. Niet de zorg zelf valt weg, maar de continuïteit van wie regie houdt. Ria’s casus laat zien dat een lange, stabiele FACT-relatie (B1a) plus een actief netwerk dakloosheid kan voorkomen — én dat het KOPP-perspectief op een dochter-mantelzorger systematisch aandacht vraagt. Eén lumpsum-financiering Wmo+Zvw (scenario A2) zou deze transitie aanmerkelijk minder kwetsbaar maken; A1 inclusief Wlz zou hem feitelijk overbodig maken.

3.2 Te weinig passende woon- en behandelplekken

De vraag naar beschermd wonen neemt toe, terwijl het aanbod achterblijft. Een peiling van MIND (2024) constateert dat ongeveer 40% van de respondenten geen passende woonplek met begeleiding heeft en dat wachtlijsten soms jaren duren; deze peiling onder het ggz-panel is niet geheel representatief en geeft een signaal, geen landelijk cijfer. Een representatiever beeld van de woonopgave biedt de Companen-factsheet per woondealregio. Het advies Herstel begint met een huis (RVS, 2020) stelt onomwonden: zonder dak boven het hoofd is geen enkele interventie duurzaam effectief. De omslag van beschermd wonen naar beschermd thuis (Commissie Dannenberg, 2015) loopt achter op schema.

De OVV-aanbevelingen 7 (uitbreiden behandelplekken EPA) en 8 (uitbreiden woonplekken in samenwerking met gemeenten) bieden directe rugdekking. Vanuit het ggz-veld is gewezen op de bestuurlijke realiteit:



‘Burgemeesters moeten vrezen voor mensen met fakkels voor hun deur, zodra ze Skaeve Huse aankondigen.’ Skaeve Huse — gespecialiseerde woonvoorzieningen voor mensen voor wie reguliere huisvesting niet werkt — is daarmee niet alleen een woonvoorziening maar ook een politiek-bestuurlijke opgave.

Companen (2026) levert per woondealregio specifieke cijfers voor alle bouwstenen van de woonopgave: corporatiewoningen, Skaeve Huse, intramurale BW-plekken (Wmo en Wlz), forensische plekken en Salviq. De landelijke onvervulde behoefte aan Skaeve Huse bedraagt 1.000, ongelijk verdeeld: 165 in de Metropool-regio Amsterdam, 85 in Rotterdam, 75 in Haaglanden, 10 in de Noord-Veluwe. Dit maakt fair-share-discussies bestuurlijk hanteerbaar.

Een door GGZ Noord-Holland-Noord ingebrachte aanvulling: BIZ-bedden (Beveiligde Intensive Zorg) ontbreken in de huidige systeembeschrijving. Zij vormen onderdeel van de Zvw-blinde-vlek die Companen erkent, en moeten in de monitoring expliciet worden opgenomen.

3.3 Informatiedrempels

Ketenpartners hebben handreikingen en kaders, maar de complexiteit leidt tot terughoudendheid. In de praktijk: een FACT-team weet niet dat zijn cliënt in detentie zit. Een wijkteam weet niet dat iemand is ontslagen uit de forensische kliniek. Een woningcorporatie weet niet dat de huurachterstand komt door een psychiatrische crisis. Elke blinde vlek vergroot het risico op dakloosheid.

De OVV (2026, aanbeveling 2) noemt dit knelpunt expliciet, en koppelt het aan een belangrijke nuance: in veel situaties is er meer mogelijk binnen de bestaande wettelijke kaders dan in de praktijk wordt benut. Het knelpunt zit dus niet alleen in wetgeving — zoals tijdens de validatie is benadrukt — maar evenzeer in cultuur, durf en bestuurlijke rugdekking. Verder is het noodzaak om binnen de huidige kaders uit te werken wat functioneel met elkaar gedeeld kan worden. Ook moet worden onderzocht waar aanvullende kaders noodzakelijk zijn om professionals in de ggz te steunen in het doorbreken van beroepsgeheim. Dat geldt met name voor situaties waarin

niet aan alle zorgvuldigheidseisen kan worden voldaan en de risico’s nog niet direct groot zijn, maar waarin teloorgang wel duidelijk op de loer ligt.

Verbonden zorg lost informatieproblemen vaak voorbij wettelijke uitwisseling op. Het debat over informatiedrempels concentreert zich vaak op de juridische vraag wie met wie welke gegevens mag uitwisselen. Maar veel informatieproblemen zijn een gevolg van een ander, voorliggend probleem: mensen verdwijnen uit beeld doordat zorg, steun en verblijf telkens van elkaar worden losgekoppeld bij overgangen tussen domeinen. Wie van kliniek naar opvang naar straat naar detentie wordt overgedragen — of niet wordt overgedragen — laat in elke schakel informatie achter die nergens meer wordt opgepikt. Verbonden zorg in de zin van dit rapport — outreachende teams die mensen blijven volgen door fasen heen, vaste regie bij transities, gedeeld eigenaarschap over de hele keten — vermindert daarom niet alleen het risico op verlies van zorg, steun en verblijf, maar tegelijkertijd ook het informatieprobleem zelf. Wanneer een vaste FACT-regisseur, levensloopcoördinator of bemoeizorgteam de cliënt door wisselende contexten heen kent, hoeft veel informatie niet meer wettelijk te worden uitgewisseld omdat zij binnen het zorgnetwerk al beschikbaar is. Wettelijke uitwisseling blijft nodig voor de echte breukmomenten — maar wordt minder vaak het primaire instrument.

Dit indirecte effect is van direct belang voor de veiligheid. Wanneer mensen niet uit beeld verdwijnen en informatie binnen het zorgnetwerk niet versnipperd, ontstaat de mogelijkheid om vroeg te signaleren dat het echt mis dreigt te gaan. En om vervolgens samen, vanuit verschillende rollen in de keten, gericht te handelen om schade voor de persoon zelf of voor anderen te voorkomen. Daar wijzen de OVV-praktijkverhalen op, daar vraagt de parlementaire verkenning (Michon-Derkzen & Mutluer, 2024) om voor de groep van ongeveer 1.500 mensen met een hoog veiligheidsrisico, en daar dringt Klem in het systeem (TSD et al., 2025) op aan: niet méér formele gegevensdeling als doel op zich, maar een keten waarin signaleren en handelen op tijd samenkomen. Informatie is in deze logica geen los product van uitwisselingsregels, maar een uitkomst van verbonden zorg.

CASUS

Ben, 52 jaar LVB en autisme · onbegrepen gedrag in de wijk · Wzd-route

Ben woont vijftientig jaar in dezelfde portiekflat en werkt parttime in een sociale werkplaats. Tot 2020 is er geen ggz-historie. Vanaf 2020 escaleren slaapproblemen, hamsteren en geluidsoverlast ‘s nachts. De corporatie schrijft een brief; er volgen vijf E33-meldingen in 2022 zonder aanhouding, met betrokkenheid van de wijkagent. Reguliere SGGZ slaat niet aan: te hoog tempo, te complex taalgebruik. Pas in 2023 wordt zijn lichtverstandelijke beperking en autismespectrumstoornis herkend in SGLVG-diagnostiek. Een Wzd-stappenplan met cliëntenvertrouwenspersoon voorkomt een strafrechtelijk traject ondanks een crisis met agressie naar een buurvrouw. Buurtbemiddeling, een opruimcoach, behoud van de werkplaats en mentorbenoeming houden hem in zijn eigen huis. In 2026: ambulante VG-zorg met vaste begeleider twaalf uur per week en een crisiskaart.

Wat dit illustreert.

Ben illustreert dat informatie wel beschikbaar is maar te laat samenkomt: de corporatie, de wijkagent, de huisarts en de werkplaats hadden vanaf 2020 elk een puzzelstukje. Pas in 2023 wordt het beeld compleet. De combinatie LVB plus autisme vraagt om passend tempo en passende taal — niet om méér wetgeving, maar om proactieve organisatie van wat er al kan. Het Wzd-stappenplan met cliëntenvertrouwenspersoon belichaamt OVV-aanbeveling 2: bestaande professionele ruimte beter benutten.

3.4 Wachlijsten, capaciteitsdruk en personeelstekorten

De politie besteedt onevenredig veel tijd aan E33-meldingen. De stijging weerspiegelt niet per se méér psychiatrische problematiek, maar ook een groeiend tekort aan alternatieve opvang. Taken worden afgeschaald door personeelstekort, juist in de functies die er het meest toe doen: outreachende zorg, bemoeizorg en (F)ACT-teams. Onderbezette teams verliezen contact met de meest kwetsbare cliënten. En de certificeringseisen van het CCAF zijn bij onderbezetting moeilijk haalbaar.

Het ggz-veld benoemt de arbeidsmarktkant kernachtig: ‘Ggz-professionals trekken naar de lichte zorg. EPA-zorg is mooi werk, maar zwaar.’ Companen (2026, p.11) documenteert de wachttijden expliciet: ‘uit een interne uitvraag onder leden (steekproef: 9 leden, 34 locaties) van de Nederlandse ggz blijkt dat een aanzienlijk deel van de mensen die kan uitstromen uit GGZ-zorg langer dan een jaar wacht op een woning om naar uit te stromen.’ Daarnaast zijn er structureel 270 tbs-passanten: gedetineerden die wachten op een tbs-plaatsing — een aantal dat de afgelopen jaren groeit.

De OVV-oplossingsrichting 7 (fundamentele keuzes) erkent dat oplopende wachttijden en personeelstekorten bredere maatschappelijke knelpunten zijn die niet binnen één sector op te lossen zijn. Dit punt is onlosmakelijk verbonden met de erosie van B1 (FACT-stabilisatie) zoals in hoofdstuk 5 wordt beschreven.

3.5 Waarom we hier vastlopen: van symptomen naar systeemlogica

Het is verleidelijk om de patronen uit dit hoofdstuk — financieringsschotten bij overgangen, te weinig passende woon- en behandelplekken, informatiedrempels, wachlijsten en personeelstekorten — te lezen als losse tekortkomingen die elk apart te repareren zijn. Die lezing past niet bij de praktijk. Wat lijkt op vier afzonderlijke knelpunten, is in werkelijkheid de gezamenlijke uitkomst van een stelsel waarin iedere partij handelt vanuit een eigen, legitieme logica: rechtmatigheid voor

de financier, openbare orde voor de burgemeester, het gevaarscriterium voor de Wvvgg, indicatiecriteria voor de Wmo, treeknormen voor de aanbieder, beroepsgeheim voor de professional, fair share voor de woningcorporatie. Elke afzonderlijke beslissing is verdedigbaar binnen het eigen kader. Maar de optelsom levert een aanwijsbare groep mensen op — in dit rapport geschat op tienduizenden, met EPA in combinatie met dakloosheid, schulden, beperkingen en justitiecontacten — die structureel geen passende combinatie van wonen, zorg en bestaanszekerheid krijgt. Dat is geen falen ván het systeem, maar een uitkomst ván het systeem zoals het nu werkt. Klem in het systeem (TSD, IGG & Inspectie JenV, 2025) bevestigt dit: ernstige incidenten komen vrijwel nooit door één partij die faalt, maar door een opeenstapeling van gemiste aanknopingspunten waarin geen enkele partij zowel het mandaat als de capaciteit had om de hele situatie te overzien.

Deze observatie heeft een ongemakkelijke consequentie. Losse ingrepen — een extra voorziening, een aanvullend protocol, een nieuwe coördinatiestructuur — kunnen individuele situaties verlichten, maar laten het onderliggende evenwicht intact. Weggehaalde regels keren in andere vorm terug. Weggewerkte wachlijsten verschuiven naar andere voorzieningen. Opgeschaalde capaciteit wordt elders weer dichtgeregeld. Meadows (1999) noemt dit policy resistance: een systeem dat ingrepen als het ware terugkaatst. De bestuurskunde herkent dit als kenmerk van een wicked problem (Rittel & Webber, 1973): een probleem zonder sluitende definitie, zonder eenduidige oplossing en zonder eindpunt, waarin elke ingreep onomkeerbare neveneffecten heeft. ‘Oplossen’ bestaat hier niet; er is alleen het politiek afwegen van waarden die niet allemaal tegelijk kunnen worden gerealiseerd. Daar komt bij dat de partijen die over fundamentele verandering zouden moeten beslissen, zelf zijn aangesteld om de bestaande logica te bewaken. Zij kunnen niet zonder mandaat van hun achterban besluiten dat hun toezichtkader, geldstroom of wettelijke grondslag fundamenteel anders moet. De Bruijn en Ten Heuvelhof (2018) noemen dit het multi-actorprobleem; Rotmans (2012) noemt het de transitieparadox. Dit verklaart de scheefgroei in dit dossier: de probleemanalyse is sinds Van beschermd wonen naar

een beschermd thuis (Commissie Dannenberg, 2015) in essentie ongewijzigd, terwijl het stelselantwoord uitblijft. Tien jaar lang wijst onderzoek dezelfde richting aan; tien jaar lang reorganiseren we binnen dezelfde logica.

Hierin ligt de onderbouwing voor de methodekeuze van dit rapport. Een lineaire analyse — oorzaak en gevolg, knelpunt en oplossing, interventie en effect — is voor dit soort vraagstukken ongeschikt. Ze laat juist datgene buiten beeld wat het probleem in stand houdt: de terugkoppelingen waarmee partijen elkaars handelen versterken, de evenwichten die zich na elke ingreep herstellen, en de vertraging waarmee gevolgen van een beslissing pas jaren later elders in de keten zichtbaar worden. System dynamics (Sterman, 2000; Meadows, 2008) is juist ontwikkeld om die dynamiek zichtbaar te maken — niet om de complexiteit weg te poetsen, maar om haar logica leesbaar te maken. Door posities (stocks), bewegingen daartussen (flows) en terugkoppelingen (feedback loops) expliciet te benoemen, ontstaat een gedeelde taal. Daarmee kunnen partijen met verschillende logica’s hetzelfde systeem bespreken zonder elkaars perspectief te ontkennen. De vier vicieuze cirkels en de stabilisatoren uit hoofdstuk 5

zijn daarom geen modelmatige opsmuk van wat ook in proza had gekund. Ze zijn de analytische vertaling van één inzicht: dit probleem is geen som van fouten, maar een systeem dat zichzelf reproduceert — en daarom alleen via systemische hefboomen te kantelen is.

Het wicked-problem-karakter erkennen is geen pleidooi voor moedeloosheid, maar voor een eerlijker probleemstelling. Wie structurele verandering wil, kan niet volstaan met optimaliseren binnen de bestaande kaders. De scenario’s in hoofdstuk 7 — en vooral scenario A2 met gezamenlijke Wmo+Zvw-financiering — vragen daarom om expliciete bestuurlijke reflectie: welke kaders zouden tijdelijk, en met gedeeld risico, doorbroken moeten worden om een ander evenwicht te kunnen beproeven? Dit is precies wat de OVV in haar oplossingsrichting 6 ‘vrije ruimte’ noemt: financiële, organisatorische en handelingsruimte om af te wijken van standaardprocedures wanneer de situatie daarom vraagt — mits bestuurders en financiers die ruimte actief inrichten. Met die brug — van de symptomen in dit hoofdstuk naar de systeemlogica in het volgende — presenteert hoofdstuk 5 het model waarmee die hefboomen herkenbaar worden.



4. Uitstroom naar dakloosheid: drie settingen, één patroon

In het kort:
In drie settingen — detentie, forensische zorg en ggz — leidt dezelfde dynamiek tot dakloosheid.

Het kernprobleem is steeds hetzelfde: in de tussenperiode tussen twee wetten ontbreekt een verantwoordelijke partij.

Een woning is geen beloning voor stabiliteit, maar de voorwaarde die stabiliteit mogelijk maakt.

Dakloosheid voorkomen is mensenrechtelijk noodzakelijk, herstelinhoudelijk effectief en economisch verstandig.

Kernbegrippen in dit hoofdstuk	
Housing First	Eerst een onvoorwaardelijke woning, dan de zorg; de woning als basis voor herstel.
Uitstroom	De overgang van een instelling, kliniek of detentie naar wonen in de samenleving.
MKBA	Maatschappelijke kosten-batenanalyse; weegt investeringen af tegen maatschappelijke baten.
Forensische titel	De juridische grond voor verplichte zorg in het justitiële domein; bij beëindiging moet de zorg worden voortgezet.

Dit hoofdstuk geeft invulling aan de jaarplandoelstelling ‘oorzaken van uitstroom na detentie, forensische zorg en ggz’. Het beschrijft hoe in elk van de drie settings dezelfde dynamiek optreedt — met steeds hetzelfde resultaat: dakloosheid.

Waarom dakloosheid hier centraal staat

Drie redenen rechtvaardigen de scherpe focus op het voorkomen en oplossen van dakloosheid binnen dit rapport.

In de eerste plaats gaat het om basale mensenrechten. Het recht op een toereikende levensstandaard, inclusief huisvesting, is vastgelegd in artikel 25 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en in artikel 11 van het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR). Volgens vaste rechtspraak van de Hoge Raad kunnen individuele burgers deze bepalingen in Nederland niet rechtstreeks afdwingen. Toch gelden ze als een zwaarwegende verplichting voor de Nederlandse staat: als beleidskader, en als positieve plicht om huisvesting actief te realiseren. Wanneer mensen met EPA stelselmatig op straat belanden omdat het systeem hen niet opvangt, is dat dus een rechtsstaatkwestie — niet alleen een zorg- of veiligheidsvraagstuk.

In de tweede plaats is een stabiele, betrouwbare leefomgeving een voorwaarde voor psychische stabiliteit en herstel — niet een uitkomst ervan. De aanname dat iemand ‘eerst stabiel’ moet zijn voordat huisvesting aan de orde is, staat haaks op wat het onderzoek laat zien. Housing First-onderzoek toont aan dat een onvoorwaardelijke woning juist de basis legt waarop behandeling, herstel en participatie mogelijk worden (Tsemberis et al., 2004; Aubry et al., 2015; Planije & Van Vugt, 2023). Zonder dak boven het hoofd is medicatietrouw vrijwel onmogelijk en zijn behandelafspraken niet vol te houden. Het sociale netwerk dunt verder uit, en lichamelijke comorbiditeit, middelengebruik en crisisrisico nemen toe. Voor mensen met EPA is een woning daarmee geen beloning voor stabiliteit, maar de infrastructuur die stabiliteit mogelijk maakt. Het Cebeon-onderzoek voor de gemeente Utrecht

(Van Leerdam, 2021) vat het kernachtig samen: een stabiele woonplek is een voorwaarde voor effectieve behandeling en begeleiding, niet de afsluiting ervan.

In de derde plaats laat de kosten-batenafweging zien dat dakloosheid een dure schijnoplossing is. Voor de bredere groep liggen de maatschappelijke kosten van dakloosheid tussen €30.000 en €85.000 per persoon per jaar: aan crisisopvang, acute ggz, politie-inzet, justitiekosten, ziekenhuiszorg en maatschappelijke opvang (Kansfonds, 2025). Voor de meest complexe groep — moeilijk plaatsbare mensen in een draaideuraanpak — kunnen de kosten in vijf jaar oplopen tot meer dan een miljoen euro per persoon, zonder dat dit aan herstel bijdraagt (Van Leerdam, 2021). Daartegenover staan de maatschappelijke kosten-batenanalyses (MKBA’s) binnen de landelijke Brede aanpak dakloosheid (Cebeon, Impuls, XpertiseZorg & IPW, 2022, in opdracht van VWS). Die laten zien dat investeringen in Housing First, opvang in de wijk en geïntegreerde ondersteuning €1,50 tot €4,50 aan maatschappelijke baten opleveren per geïnvesteerde euro. Dakloosheid voorkomen of vroeg beëindigen is dus niet alleen mensenrechtelijk noodzakelijk en herstelinhoudelijk effectief, maar ook economisch het verstandigste spoor.

Tegen deze drievoudige achtergrond — mensenrechten, herstelvoorwaarden, kosten-baten — analyseert dit hoofdstuk hoe in drie settings (detentie, forensische zorg, ggz) dezelfde dynamiek leidt tot dakloosheid.

4.1 Uitstroom vanuit detentie

Ontslag uit een Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC) kent meerdere varianten. Het dakloosheidsrisico is het grootst bij ontslag uit detentie zonder doorlopende behandelrelatie. Er is dan geen behandelaar meer, en de gemeentelijke nazorg komt te laat op gang. De vijf basisvoorwaarden voor re-integratie — onderdak, inkomen, zorg, identiteitsbewijs en schuldhulpverlening — zijn bij vrijlating zelden op orde (Divosa, 2023). Sommige Wlz-aanbieders weigeren cliënten vanwege eerdere incidenten of agressie. En wie onverwacht vrijkomt op een vrijdagmiddag, vindt geen vangnet.



Waarom dit een systeemprobleem is en geen individueel falen: het Injus-systeem — waarmee de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) gemeenten over detentie informeert — kent vertragingen en is onvolledig. De informatieketen faalt dus al voordat de persoon de poort uit loopt.

Companen (2026) brengt deze sleutelbeweging in cijfers. Jaarlijks stromen ongeveer 5.000 personen uit detentie na meer dan drie maanden vastzitten. Daarvan is 27% direct na uitstroom dakloos of heeft onbekend onderdak; nog eens 27% verblijft tijdelijk bij anderen. Samen zijn dat ongeveer 2.700 mensen in een instabiele woonsituatie. Op basis van de prevalentiecijfers in de gedetineerdenpopulatie (NSCR-data, in Companen 2026) heeft een meerderheid van hen baat bij ggz-behandeling of -begeleiding — naar schatting 2.000 mensen per jaar binnen de ggz-doelgroep. In 2023 verhuisden echter maar 280 huishoudens binnen het jaar van detentie naar een vrijkomende corporatiewoning (Monitor Huisvesting Aandachtsgroepen). Het gat tussen de geschatte behoefte (2.000) en de gerealiseerde uitstroom naar een woning (280) is precies wat de urgentie van de Wvrv moet adresseren.

OVV-aanbeveling 4 — ggz-expertise direct beschikbaar voor politie, woningcorporaties, huisartsen en schuldhulpverleners — versterkt de praktische kant. Zonder gedeelde expertise blijft de informatieketen kwetsbaar.

4.2 Uitstroom vanuit forensische zorg

Bij het einde van de forensische titel moet de zorg worden voortgezet vanuit de Zvw, Wmo of Wlz. Die overdracht verloopt zelden soepel. Wachtlijsten bij de reguliere ggz, uitsluiting op grond van een justitieel verleden en woningtekort vormen barrières. Een voorbeeld: iemand is twee jaar in behandeling op een Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA). De rechter beëindigt de maatregel. De FPA draagt over aan de reguliere ggz — maar die heeft een wachtlijst van acht maanden. De reclassering heeft geen toezichtstaak meer. En de gemeente weet niet dat er een nieuwe inwoner is. In die maanden zonder structuur escaleert de situatie.

Cebeon-onderzoekers (Van Leerdam, 2021) laten zien dat de totale kosten van een draaideurtraject in de keten van zorg, opvang en justitie fors hoger liggen dan die van een geïntegreerde aanpak met doorlopende begeleiding. De exacte bedragen per persoon hangen af van de gehanteerde aannames en de regio. De Levensloopaanpak heeft inmiddels meer dan 700 cliënten opgenomen. De coördinatoren werken hard aan de bedoelde drievoudige inzet — coördinatie, behandeling en passend verblijf — maar lopen samen met hun cliënten aan tegen een keten waarin het behandel- en verblijfaanbod voor deze groep simpelweg ontbreekt. Voor minder dan de helft komt de drievoudige inzet volledig tot stand (Levensloopaanbiedersoverleg, 2026; zie §1.6).

Drie punten zijn in de forensische context bijzonder relevant (vanuit de forensische ggz-praktijk). Ten eerste is de Levensloopaanpak ontworpen als een samenhangend geheel van coördinatie, forensische expertise, beschikbaarheid van BIZ-bedden (Beveiligde Intensieve Zorg) en

behandeling. In de praktijk ontbreken voor meer dan de helft van de huidige 700 cliënten passende behandeling en duurzaam verblijf. Coördinatoren en cliënten lopen daardoor aan tegen een afwezig vangnet aan de kant van behandeling en huisvesting; de aanpak kan dan niet leveren wat in het ontwerp is beloofd, hoezeer iedereen daar ook op aandringt. Ten tweede werkt ForFACT (Forensisch FACT) zelfstandig naast de gewone FACT, en moet het apart worden gepositioneerd — zowel in de analyse van de vicieuze cirkels als in de scenario's. Ten derde vraagt het ontslagregime vanuit de PPC's nadrukkelijke aandacht, vooral de afstemming met de civiele ggz na detentie.

Companen (2026, p.14) bevestigt het beeld uit de forensische ggz-praktijk: 'uitstroom van cliënten uit de forensische verblijfszorg naar zelfstandig wonen met ambulante ondersteuning komt in de praktijk niet vaak voor; cliënten blijven regelmatig langer in forensisch beschermd wonen dan noodzakelijk' (Companen verwijst naar WODC Cahier

2024-18, Procesevaluatie 'Patiënt op de juiste plek'). De 270 structureel groeiende tbs-passanten en de versnipperde registratie (Injus, 3RO, IFZO en CBS, die onderling niet koppelbaar zijn) bevestigen dat de forensische sector als een eigen domein moet worden gepositioneerd.

4.3 Uitstroom vanuit de specialistische ggz

De verschuiving van klinische naar ambulante zorg — met (F)ACT en intensive home treatment (IHT) als kern-interventies — sluit aan op internationaal onderzoek (WHO, 2021; OECD, 2021) en heeft voor veel mensen betere uitkomsten opgeleverd. Maar deze ambulantisering heeft een onbedoeld neveneffect. De resterende klinische bedden raken bezet door mensen met de meest complexe problematiek, en de doorstroom stukt door een gebrek aan passende vervolgplekken. Zo ontstaat een situatie waarin juist de mensen die de meeste structuur nodig hebben, de minste kans hebben op een stabiele vervolgplek. Dat is geen verwijt aan individuele instellingen, maar een systeemeffect dat alleen gezamenlijk valt op te lossen.

Bij uitstroom vanuit de specialistische ggz gaat het meestal niet om directe dakloosheid bij ontslag. Veel vaker is het een geleidelijk proces. Iemand verlaat de kliniek met een adres, maar de sociaal-maatschappelijke situatie is nog niet stabiel: geen dagbesteding, een fragiel netwerk, ongeregelde schulden. Na ontslag wordt de situatie al snel weer ontwrichtend. Zonder de structuur van de kliniek raakt iemand ontregeld, mist afspraken, verliest grip op de dagelijkse organisatie, en glijdt in weken tot maanden af naar dakloosheid. Niet het dramatische ontslag naar de daklozenopvang, maar deze geleidelijke afglijding is het meest voorkomende patroon — en het minst zichtbare.

OVV-oplossingsrichting 1 ('aansluiten op de leefwereld') benadrukt continuïteit, vasthoudendheid en blijven volgen. Het ggz-veld erkent dit expliciet: 'Onze professionals zoeken de EPA-patiënten op onder bruggen en op de straat.' Voor deze groep bestaat 'einde behandeling' niet — wel fase-overgangen met continuïteit. Companen (2026, p.11) onderbouwt dit met cijfers. Van de 35.170 mensen

die in 2023 uitstroomden uit de klinische ggz of beschermd wonen Wlz, gingen er 32.920 naar particuliere huishoudens. Slechts 1.745 stroomden binnen het jaar door naar een vrijkomende corporatiewoning. De interne ledenuitvraag van de Nederlandse ggz laat zien dat dit een ondergrens is: meer dan de helft van wie kan uitstromen, wacht langer dan een jaar.

4.4 Het gemeenschappelijke patroon

In alle drie de settings is het kernprobleem hetzelfde: in de tussenperiode tussen twee wettelijke kaders ontbreekt een verantwoordelijke partij. Detentie eindigt, maar de gemeente is er nog niet bij. De forensische titel stopt, maar de reguliere ggz heeft een wachtlijst. De kliniek ontslaat, maar beschermd wonen zit vol. Elke overgang is een moment van verhoogd risico — niet door de overgang zelf, maar doordat niemand de verantwoordelijkheid neemt tijdens die overgang.

Een belangrijke nuance daarbij: het voorkomen van een strafrechtelijke episode is geen doel op zich. Dit rapport benadrukt vooral de ontwrichtende werking van een onbegeleide overgang, maar een justitieel traject kan ook een kantelpunt zijn. Detentie of een forensische maatregel is, in de woorden van een betrokkene, ook de voorwaarde van de samenleving waarna iemand weer mee mag doen — en biedt daarmee aanknopingspunten voor herstel en inclusie. De werkelijke opgave is dan ook niet om strafrechtelijke episodes koste wat kost te vermijden, maar om ze te integreren in het lopende, niet-strafrechtelijke traject, zodat de overgang terug naar de samenleving juist een moment van herstel wordt in plaats van een nieuwe breuk.

De OVV (2026, p.140) benoemt dit als stelselverlies: 'beslissingen op stelselniveau beïnvloeden de handelingsruimte van organisaties en professionals.' De Companen-publicatie onderschrijft dit in haar voorwoord (Peetoom & Van de Wiel in Companen, 2026): de huisvestingsopgave is geen exclusieve zorgvraag, maar vraagt samenwerking tussen Rijk, provincies, gemeenten, woningcorporaties, sociaal domein en ggz. Drie onafhankelijke bronnen wijzen op dezelfde kernknoop.



5. Het systeemmodel: hoe het systeem werkt

In het kort:

Dit hoofdstuk laat in beeld zien hoe mensen met EPA door de keten van wonen, zorg en veiligheid bewegen.

We onderscheiden tien posities (waar iemand zich kan bevinden) en de bewegingen daartussen.

Vier vicieuze cirkels houden de problemen in stand; twee stabilisatoren remmen ze juist af.

De kern: de stabilisatoren werken — er is alleen te weinig van, op te kleine schaal.

Kernbegrippen in dit hoofdstuk

Positie (stock)	Een situatie waarin iemand zich kan bevinden, zoals zelfstandig wonend, opgenomen of dakloos.
Beweging (flow)	De overgang van mensen tussen posities, bijvoorbeeld van opgenomen naar dakloos.
R1–R4	De vier vicieuze cirkels: draaideur, justitiële carrousel, wachtlijstspiraal en bottleneck beschermd wonen.
B1a / B1b / B2	De twee stabilisatoren: outreachende zorg via (For)FACT (B1a civiel, B1b forensisch) en Housing First (B2).
Causal loop diagram	Een schema dat laat zien hoe posities, bewegingen en terugkoppelingen samenhangen.

5.1 Tien posities: een foto van het systeem

Het system dynamics model brengt in kaart hoe mensen met EPA door de keten bewegen. Een ‘stock’ (positie) is het aantal mensen dat zich op een bepaald moment in een specifieke positie bevindt. Het model telt tien posities, verdeeld over de drie domeinen wonen, zorg en veiligheid.

De OVV (2026, p.9) biedt een vergelijkbaar stelseloverzicht. Companen (2026) positioneert vier partijen-clusters die als externe parallel werken: Rijk en provincies, gemeenten, woningcorporaties, en zorg- en welzijnsorganisaties. De tien posities passen binnen dit kwartet.

Wat deze foto laat zien: het systeem bevat op elk moment circa 275.000 mensen — maar de posities communiceren niet altijd. Iemand die van ‘acuut opgenomen’ naar ‘dakloos’ beweegt, verdwijnt uit het zicht van de ggz, zonder dat de gemeente het weet.

Positie	Schatting	Bron
Zelfstandig wonend (EPA)	~156.000	Restberekening (Vektis 2025; zie Bijlage A.2 voor methodologie)
Begeleid wonend	~17.500	VNG/Movisie monitoring
Beschermd wonend Wmo	~27.000	Companen (2026)
Beschermd wonend Wlz (GGZ-W)	~18.000	Companen (2026)
Klinisch Wlz (GGZ-B)	~1.450	Companen (2026)
Forensische verblijfszorg	~4.650	Companen (2026)
Salviq	60	Companen (2026)
Dakloos (CBS-definitie)	33.000	CBS, jan 2024
Acuut opgenomen ggz	8.000–10.000	Vektis Zorgthermometer
Detentie (EPA-aandeel 50–80%)	~10.500	DJI

5.2 Sleutelflows: hoeveel mensen bewegen jaarlijks?

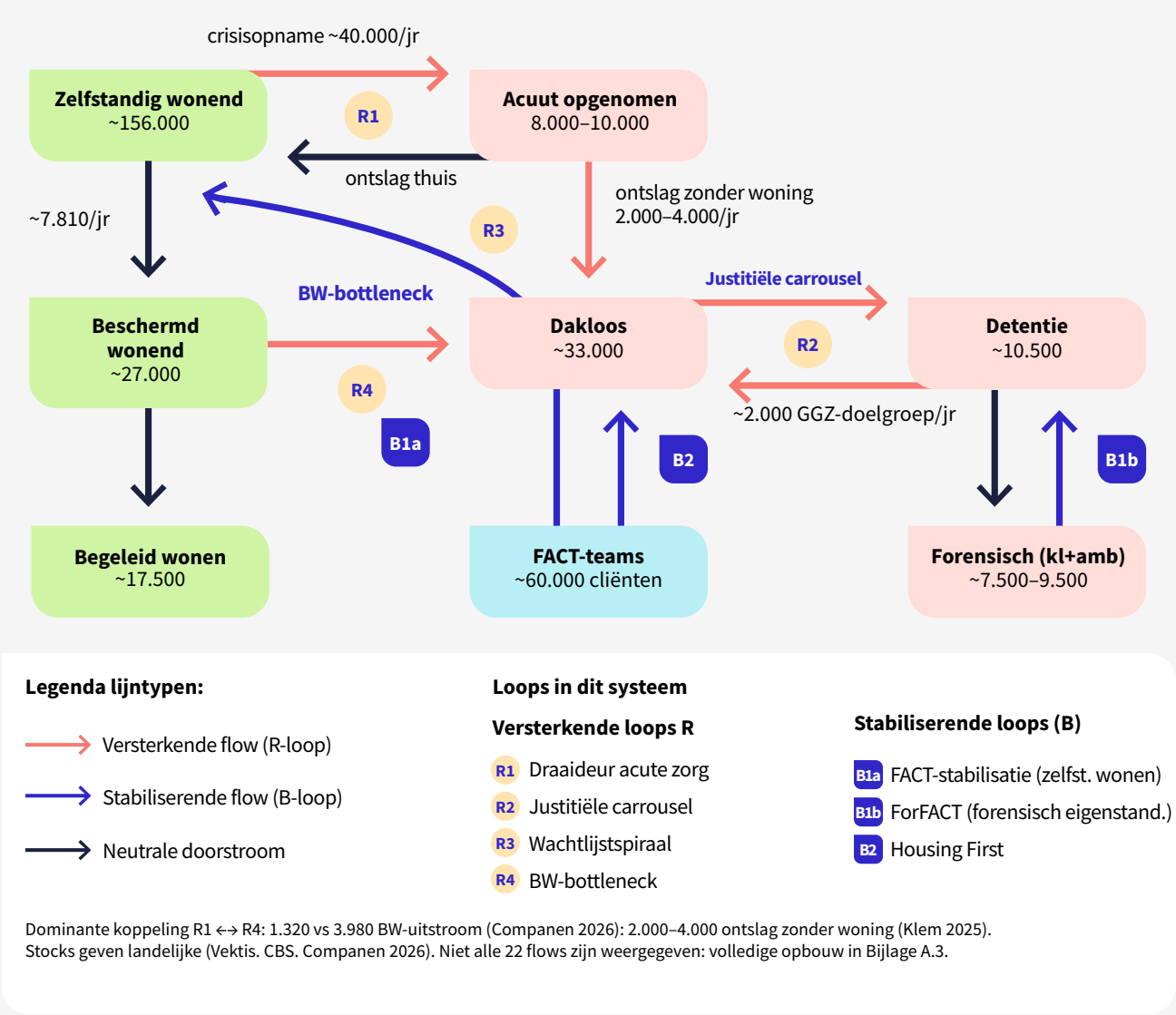
Flows beschrijven de beweging van mensen tussen posities. De belangrijkste zijn nu beter onderbouwd met Companen-data:

Transitie	Schatting per jaar	Bron
Zelfstandig → Crisisopname	~40.000	Vektis 2025
Uitstroom BW Wmo (totaal)	7.810 (waarvan 1.320 naar corporatie)	Companen 2026
Uitstroom klinische ggz + BW Wlz	35.170 (waarvan 1.745 naar corporatie)	Companen 2026
Uitstroom detentie >3 mnd	~5.000 (~2.000 ggz-doelgroep)	Companen / WODC
Uitstroom MO totaal	~22.550 (waarvan 16.350 met EPA)	Companen / Van Everdingen
E33 → Crisisbeoordeling	30.000–45.000	de Nederlandse ggz 2025

Wat opvalt: de flow van crisisopname naar dakloosheid (geschat 2.000–4.000 per jaar) wordt nergens landelijk geregistreerd. Klem in het systeem benoemt dit als structureel probleem. De stroomschema’s van Companen (2026, p.10 en p.12) bevatten ongeveer tien van de tweeëntwintig flows met kwantificering en vormen daarmee externe controle. De resterende flows verdienen handmatige verificatie.

Causal Loop Diagram: het systeem rond EPA

Vier versterkende loops (R1-R4) en drie stabilisatoren (B1a, B1b, B2) - gekoppelde R1 ↔ R4-dominantie



Figuur 1. Causal Loop Diagram — vereenvoudigde weergave van het systeem rond EPA in de keten wonen–zorg–veiligheid. De vier versterkende loops zijn gemarkeerd met R1 (Draaideur), R2 (Justitiële carroussel), R3 (Wachlijstspiraal) en R4 (Beschermd wonen-bottleneck). De stabilisatoren B1a (FACT-teams), B1b (ForFACT, eigenstandig forensisch) en B2 (Housing First, niet apart afgebeeld) dempen het systeem. De volledige opbouw met alle 22 flows staat in Bijlage A.3.

5.3 Vier viciieuze cirkels

Feedback loops zijn gesloten causale ketens: de uitkomst werkt terug op de oorzaak. Het model identificeert vier reinforcing (viciieuze) loops:

R1 — Draaideur acute zorg. Capaciteitsdruk acute ggz → kortere opnameduur tot klinische stabilisatie → onvolgende stabilisatie van bredere context → terugval → heropname → meer druk op bedden.

R2 — Justitiële carroussel. Ontslag detentie zonder zorg of woning → terugval → recidive → terugkeer detentie. Bijna 50% recidive binnen twee jaar (WODC Recidivemonitor).

R3 — Wachlijstspiraal ggz. Wachlijst → verslechtering tijdens wachten → zwaardere zorgvraag → langere behandeling → langere wachtlijst.

R4 — Beschermd wonen bottleneck. Onvoldoende doorstroom → geen instroom mogelijk → ‘verkeerde bed’-problematiek → meer druk op acute bedden.

In elk van deze vier loops werken twee transdiagnostische versterkers parallel mee: cognitieve beperkingen (§1.3a) aan de persoonskant en stigma (§1.3b) aan de omgevingskant. Cognitieve beperkingen verkleinen het effectieve bereik van elke interventie die zelfregie veronderstelt; stigma vernauwt de routes die het systeem aan de cliënt aanbiedt. Beide versterkers werken niet bij één transitie maar bij iedere overgang in de keten, en de impact telt op: een persoon die in R1 net stabilisatie bereikt, ervaart bij elke volgende overgang naar ambulant, naar wonen, of na detentie opnieuw de combinatie van een omgeving die op het label terugvalt en een eigen capaciteit die voor die overgang structureel ontoereikend wordt belast. Deze cumulatieve transitie-impact is empirisch zichtbaar in de Companen-cijfers over BW-uitstroom en detentie-uitstroom, en analytisch de reden waarom geen enkele loop op zichzelf gedempt kan worden zonder ook aan deze twee versterkers te werken. Duurzame nabijheid (§1.4) is het werkzame bestanddeel dat beide versterkers in de transitie zelf opvangt, omdat het de zorgrelatie continueert in plaats van bij iedere overgang opnieuw te starten.

R1 en R4 als gekoppeld dominant duo

R1 en R4 opereren in de praktijk niet als afzonderlijke viciieuze cirkels maar als gekoppeld duo: R1 voedt R4 (uitstroom naar BW staat geblokkeerd), en R4 voedt R1 (mensen blijven hangen in tussenvoorzieningen en draaien terug naar acute opname). Deze koppeling verklaart waarom interventies op R1 alleen — bijvoorbeeld uitbreiding van crisisbedden — niet leiden tot structurele verbetering wanneer R4 onveranderd blijft.

Companen (2026, p.10) levert de empirische rugdekking voor deze positie: de feitelijke uitstroom uit BW Wmo bedroeg in 2023 1.320 vrijkomende corporatiewoningen, terwijl bij een gemiddelde gewenste verblijfsduur van twee jaar 3.980 corporatiewoningen nodig zouden zijn. Het gat — ongeveer 2.660 — is de empirische manifestatie van R4. De OVW (2026, p.140-141) beschrijft dezelfde dynamiek zonder loop-terminologie: financieringsschotten, verkokerde verantwoordelijkheden, dominante verantwoordingscultuur, oplopende wachtlijsten. Drie bronnen, één kernknoop.



CASUS

Erik, 47 jaar
Schizofrenie en cannabisgebruik ·
22 jaar in zorg · draaideur tussen
kliniek, opvang en straat

Erik krijgt op zijn vijftiende zijn eerste opname na een cannabis-psychose. In de twintig jaar erna volgen vijf opnames, drie BW-trajecten die telkens vroegtijdig eindigen door overlast of zorgmijding, achtereenvolgens nachtopvang en 24-uursopvang, en perioden op straat. Na een echtscheiding in 2009 verliest hij het contact met zijn enige kind; zijn broer overlijdt in 2018. Het FACT-team verliest hem jarenlang uit beeld; in plaats van continue zorg krijgt hij zeven à acht crisisopnames per jaar. Drie Wvggz-crisismaatregelen en twee zorgmachtigingen leiden niet tot stabilisatie. Twee korte detenties na een geweldsincident in de opvang sluiten beide af met ontslag zonder huisvesting — binnen twee weken terug op straat. Pas in 2024 wordt hij aangemeld voor het ZVH en in 2025 voor de Levensloopaanpak. Sinds 2026 is hij in een Housing First-pilot met een eigen woning, ambulante zorg zonder voorwaarden vooraf, een vaste FACT-regisseur en een ervaringsdeskundige als buddy.

Wat dit illustreert.

Erik is de empirische verschijningsvorm van R1↔R4. Iedere keer dat hij stabiliseerde in een beschermd-wonen-traject, brak de doorstroom op overlast of zorgmijding; iedere uitstroom uit kliniek of detentie zonder huisvesting voedde de volgende crisis. De doorbraak in 2026 zit niet in een zwaardere maatregel, maar in een ander volgordepatroon: eerst de woning, dan de zorg, zonder voorwaarden vooraf. Dit is de Housing First-principe (B2) als operationele tegenkracht voor het gekoppelde R1↔R4-duo.

5.4 Twee stabilisatoren, met onderscheid FACT en ForFACT

Tegenover de vier vicieuze cirkels staan twee balancing loops. FACT en ForFACT zijn daarbinnen apart gepositioneerd (B1a en B1b): hun samenvoeging tot één noemer is inhoudelijk én financieringstechnisch onhoudbaar (vanuit de forensische ggz-praktijk). FACT werkt binnen de civiele ggz onder Zvw-financiering, ForFACT binnen het forensisch domein onder Justitie-financiering, met eigen risicotaxatie en reclasseringsbetrokkenheid.

B1a — FACT als stabilisator. Continue monitoring → vroegsignalering → opschaling binnen team → voorkomen crisisopname. FACT is de best gedocumenteerde aanpak voor mensen met EPA in Nederland (Van Vugt et al., 2011; Nugter et al., 2016; Van Veldhuizen et al., 2015).

B1b — ForFACT als forensische stabilisator. Werkt op de grenzen van het forensische domein, met eigen financieringssysteem en eigen risicomanagement. Kan niet zonder meer opgaan in scenario A2 (lumpsum Wmo+Zvw).

B2 — Housing First. Onvoorwaardelijke huisvesting → stabiele basis → behandeltrouw → minder crisisgebruik → minder terugval naar dakloosheid. Internationaal evidence-based (Tsemberis et al., 2004; Aubry et al., 2015), in Nederland onderzocht door Planije & Van Vugt (2023).

Companen (2026, p.18) positioneert Housing First expliciet als beleidsambitie: in het Nationaal Actieplan Dakloosheid is afgesproken zoveel mogelijk uit te gaan van Housing First — eerst een woonplek. Vanuit het ggz-veld is bevestigd dat FACT financieel structureel onderdruk staat, wat de erosie van B1a versterkt. De OVV (2026, p.150) onderschrijft dat FACT-teams en herstelacademies passend zijn voor de hoofddoelgroep van 250.000 EPA-volwassenen.

De kerndiagnose

De stabilisatoren werken — wat ontbreekt is voldoende capaciteit en bereik. FACT, ForFACT en Housing First doen wat zij beloven: zij stabiliseren, voorkomen crisis, brengen mensen weer in beeld. De opgave is om deze stabilisatoren

op een schaal en in een vorm te brengen waarop zij de vier reinforcing loops kunnen dempen. Drie onafhankelijke bronnen — validatierespons, OVV en Companen — komen tot dezelfde conclusie en wijzen op dezelfde richting.

Van concrete stenen naar steunende woonomgeving. De Housing First-hefboom (B2) heeft daarbij twee componenten die in beleid en uitvoering soms door elkaar lopen. Eerst zijn er de concrete stenen: het realiseren van voldoende passende woonruimte in verschillende vormen — uitstroomwoningen vanuit beschermd wonen (Wmo en Wlz), Skaeve Huse voor mensen voor wie reguliere huisvesting niet werkt, Housing First-woningen voor mensen die uit dakloosheid komen, en andere woonvormen die op de keten aansluiten. De Companen-cijfers — 3.980 versus 1.320 corporatiewoningen voor BW Wmo-uitstroom, 1.000 onvervulde Skaeve Huse landelijk — kwantificeren dit deel van de opgave. Maar concrete stenen alleen zijn niet genoeg. Naast de woning moet er een steunende omgeving zijn waarbinnen mensen met EPA daadwerkelijk kunnen blijven wonen: outreachende zorg die meebeweegt, bemoeizorg die zonder voorwaarden vooraf opzoekt, vroegsignalering bij oplopende kwetsbaarheid, sociale inbedding in buurt en netwerk, ondersteuning bij administratie en regie. Het is dáár — in de ondersteuning rond het wonen — dat de achttien bouwstenen in hoofdstuk 6 zich op richten. Concrete stenen zonder steunende omgeving leiden tot huisuitzettingen en draaideur; steunende omgeving zonder concrete stenen leidt tot teams die mensen begeleiden zonder ergens om naartoe te gaan. Beide componenten moeten in samenhang worden gerealiseerd om Housing First operationeel te laten werken als tegenkracht voor R1↔R4.

Duurzame nabijheid als werkzaam bestanddeel tegen beide versterkers. De twee transdiagnostische versterkers uit §1.3a en §1.3b — cognitieve beperkingen en stigma — maken iedere transitie tussen ketenfasen tot een moment waarop de cliënt op beide flanken extra kwetsbaar is. Stabilisatoren die hun werking moeten bewijzen, lopen daar vast: precies in de overgang valt de zorgrelatie weg, springt het stigma weer naar voren, en wordt de cognitieve belasting groter dan de cliënt zelfstandig



kan dragen. Duurzame nabijheid — een zorgrelatie die door de transitie heen reikt in plaats van bij iedere fase opnieuw te starten — is daarmee niet alleen het zorgkundige hart van tertiaire preventie (§1.4), maar ook de operationele voorwaarde waaronder B1a, B1b en B2 hun gedocumenteerde werking daadwerkelijk kunnen waarmaken in deze doelgroep. Het oplossingsdeel van dit rapport (hoofdstuk 6 en 7) is daarop gebouwd: de hefbomen en bouwstenen zijn niet alleen capaciteits-uitbreidingen, maar ook ontwerpkeuzes die de zorgrelatie continueren over de overgangen heen.

Deze diagnose vraagt om een gezamenlijke heroriëntatie. De keten van wonen, zorg en veiligheid werkt als één geheel — en dat geheel kan alleen meebewegen met wat mensen nodig hebben als de partners gezamenlijk eigenaarschap nemen. Iedereen die een rol speelt — van wijkagent tot psychiater, van wethouder tot woningcorporatiebestuurder — draagt medeverantwoordelijkheid voor het realiseren van gelijke kansen op een waardig leven. In dat gezamenlijk eigenaarschap zit de hefboom voor duurzame verandering.

6.Synthese: vier mechanismen en vijf hefboomen

In het kort:

Vier mechanismen houden dakloosheid in stand; twee versterkers (cognitieve beperkingen en stigma) verzwaren ze alle vier.

Vijf hefboomen brengen de stabilisatoren wel op niveau.

De hefboomen werken samen: verbonden zorg lost ook een groot deel van het informatieprobleem op.

Daarmee zijn ze tegelijk een zorginhoudelijke én een veiligheidshefboom.

Kernbegrippen in dit hoofdstuk

Mechanisme	Een patroon in het systeem dat dakloosheid in stand houdt, zoals overgangsrisico of systeemverstopping.
Hefboom	Een ingreep die meerdere vicieuze cirkels tegelijk dempt en/ of stabilisatoren versterkt.
Vrije ruimte	Financiële, organisatorische en handelingsruimte om af te wijken van standaardprocedures (OVV-begrip).
Verbonden zorg	Zorg waarin teams mensen door fasen heen volgen, zodat informatie binnen het netwerk beschikbaar blijft.

6.1 Vier mechanismen die dakloosheid in stand houden

De analyses uit de voorgaande hoofdstukken convergeren naar vier mechanismen, elk nu kwantitatief onderbouwd:

Overgangsrisico’s bij stelselovergangen. Niet de overgang zelf is per se het probleem, maar het ontbreken van een partij die verantwoordelijkheid neemt voor de tussenperiode. Concreet voorbeeld: ongeveer 2.000 ggz-doelgroep-uitstromers uit detentie per jaar zonder passende plek, zonder vangnet.

Negatieve selectie. Wie de meeste hulp nodig heeft wordt het vaakst geweigerd. Juist zij hebben de meeste structuur nodig. De Salviq-doelgroep (Companen, 2026) illustreert dit: 60 plekken landelijk nodig voor mensen waarvoor bestaande voorzieningen niet houdbaar zijn.

Systeemverstopping. Het woningtekort zet de hele keten vast: beschermd wonen zit vol, dus de klinische bedden blijven bezet, dus een crisisopname kan niet plaatsvinden. Dit is de bottleneck beschermd wonen (R4): bij een verblijfsduur van twee jaar zou ongeveer 2.660 extra uitstroom theoretisch mogelijk zijn (Companen, 2026). Daarbij komen nog ongeveer 1.000 ontbrekende Skaeve Huse landelijk.

Discontinuïteit in hulpverlening. Bij elke overgang wisselen de hulpverleners, de dossiers en de verantwoordelijkheden. Het netwerk rond de persoon valt weg, en iemand is aan zijn lot overgelaten. Het verhaal van Freek bij de OVV illustreert dit: zonder postadres geen uitkering, geen zorg, geen toegang.

Boven deze vier mechanismen werken twee versterkers, die elk apart én samen de werking van alle vier verzwaren: cognitieve beperkingen aan de kant van de persoon en stigma aan de kant van de omgeving (§1.3a en §1.3b). Ze zijn geen vijfde mechanisme; ze maken de bestaande vier intenser. Bij overgangsrisico’s bemoeilijken ze de instap in de volgende fase. Bij negatieve selectie versterken ze de weigeringsroutines aan beide kanten van het loket. Bij systeemverstopping verhogen ze de drempel voor uitstroom. En bij discontinuïteit vergroten ze de afstand tussen de cliënt en de volgende hulpverlener. De opgetelde impact bij iedere overgang volgt dus logisch uit het samenspel tussen de vier mechanismen en de twee versterkers. Dat is precies de reden waarom duurzame nabijheid (§1.4) als werkzaam bestanddeel van tertiaire preventie juist bij overgangen haar waarde bewijst.



6.2 Vijf hefboomen om het systeem te kantelen

De systeemdiagnose in één zin: vier vicieuze cirkels drukken de keten in een neerwaarts patroon, terwijl twee stabiliserende krachten — outreachende zorg via (For)FACT en Housing First — nu nog te weinig capaciteit hebben om dat patroon te kantelen. Vijf hefboomen brengen de stabilisatoren wél op niveau:

Hefboom	Werking	Effect op loops
1. Versterking OGGZ-bemoeizorg, naadloos gekoppeld aan FACT en ForFACT	Signaleren → toeleiden → behandelen → monitoren in duurzame nabijheid; geen gat tussen OGGZ en FACT	Dempt R1, R3; versterkt B1a en B1b
2. Structurele woningvoorziening	Voldoende betaalbare woningen → doorstroom BW → minder op straat	Dempt R4, R1; versterkt B2
3. Doorlopende zorg bij transities	Warme overdracht bij opname, ontslag, detentie → geen gaten in begeleiding	Dempt R1, R2
4. Landelijke meldfunctie	E33-meldingen eerder naar zorg in plaats van alleen politie → de-escalatie	Dempt R1, R3; instrument: Wams als bouwsteen, niet als eindstation
5. Veiligheidsaanpak ondermijning rond woonvoorzieningen	Bestuurlijke en justitiële aanpak ondermijning + harm reduction-expertise → bescherming bewoners en professionals → minder escalaties en uitzettingen	Dempt R1, R4; voorwaarde voor B2 (Housing First werkt alleen in veilige woonomgeving)

De OVV (2026) beschrijft deze hefbomen in acht oplossingsrichtingen, met ‘vrije ruimte’ als verbindend begrip: financiële, organisatorische en handelingsruimte om af te wijken van standaardprocedures wanneer de situatie daarom vraagt. Die ruimte ontstaat niet vanzelf; bestuurders en financiers moeten haar actief inrichten. Companen (2026) maakt dit concreet met een vijfstappenplan voor proactieve afstemming met gemeenten, in de Handreiking voor zorgaanbieders.

De vijf hefbomen werken samen op een manier die verder reikt dan elk effect afzonderlijk. Wanneer outreachende zorg, structurele woningvoorziening, doorlopende zorg bij overgangen en een effectieve veiligheidsaanpak elkaar versterken, blijven mensen niet alleen vaker in beeld. Daarmee verdwijnt ook een groot deel van het informatieprobleem uit §3.3. Bij verbonden zorg hoeft informatie niet bij elke domeinovergang opnieuw wettelijk te worden uitgewisseld, omdat ze binnen het zorgnetwerk al beschikbaar is. Zo ontstaat de mogelijkheid om vroeg te signaleren dat het echt mis dreigt te gaan, en om vanuit verschillende rollen in de keten gericht samen te handelen — om schade voor de persoon zelf of voor anderen te voorkomen. Dit indirecte effect maakt de hefbomen tegelijk een zorginhoudelijke én een veiligheidshefboom. Het is ook de reden waarom de discussie over EPA en onbegrepen gedrag op termijn niet vooral een vraag is over gegevensuitwisseling, maar over de organisatie van zorg waarin gegevensuitwisseling minder vaak nodig is.

Wat dit betekent voor de jaarplandoelstellingen: hefbomen 1 en 3 geven richting aan de bouwstenen voor brede bemoeizorg. Hefboom 2 vraagt samenwerking met woningcorporaties en gemeenten, en sluit aan op de volkshuisvestingsplicht uit de Wvrv. Hefboom 4 hangt samen met de Wams en de WGS, en met de OVV-aanbeveling dat de bestaande professionele ruimte vaak nog onbenut is. Hefboom 5 vraagt een gezamenlijke visie en gezamenlijk handelingskader ten behoeve van systemische harm reduction.

7. Bouwstenen en scenario's

In het kort:

Achttien bouwstenen vormen samen de steunende omgeving rond het wonen.

Negen kritieke en noodzakelijke bouwstenen vormen het minimum voor systeemverandering.

Het verschil zit in de functionele integratie rond de cliënt — gedeeld budget en gezamenlijk werken, niet één opgelegde organisatievorm en niet de manier van financieren.

Scenario A2 is de haalbare eerste fase; meer signaleren zonder behandelcapaciteit (B3) is juist schadelijk.

Kernbegrippen in dit hoofdstuk

Bouwsteen	Een concreet onderdeel van de aanpak; kritiek, noodzakelijk of versterkend.
Lumpsum	Één gezamenlijk budget voor een geïntegreerd team, in plaats van gescheiden geldstromen.
Scenario A1 / A2 / A3	Faseringen van functionele integratie rond de cliënt (gedeeld budget, gezamenlijk werken); A2 met twee, A1 met drie en A3 met één geldstroom. Geen opgelegde teamvorm.
Scenario B3	Meer signaleren zonder extra behandelcapaciteit — versterkt de vicieuze cirkels.

CASUS

Aïsha, 35 jaar Postpartum psychose · korte intensieve crisis · volledig herstel

Aïsha bevalt van haar eerste kind en ontwikkelt drie weken postpartum een psychose: slecht slapen, onrust, dwanggedachten over de baby. Zonder psychiatrische voorgeschiedenis. Haar partner herkent het beeld en alarmeert verloskundige en JGZ. De crisisdienst regelt vrijwillige opname op een moeder-baby-unit (MBU); twee weken samen met de baby, geen scheiding moeder-kind. Aansluitend Intensive Home Treatment: dagelijks contact thuis met medicatie en gesprek. Daarna ambulante SGGZ met EMDR (trauma na crisis) en een terugvalpreventieplan. De werkgever krijgt advies van de bedrijfsarts: verlengd zwangerschapsverlof, geleidelijke re-integratie van 50% naar 80% in negen maanden — geen Wajong- of WIA-traject nodig. De partner ontvangt vanaf dag één psycho-educatie; Aïsha’s moeder komt twaalf weken inwonen voor mantelzorg. Na een jaar: volledig hervat in eigen functie, veilige hechting moeder-kind, plan voor eventuele tweede zwangerschap.

Wat dit illustreert.

Aïsha laat zien wat het systeem oplevert als alle bouwstenen wél samen werken: vroege herkenning door naasten, snelle crisisrespons, een gespecialiseerde voorziening (een moeder-baby-unit) die moeder en kind niet scheidt, intensive home treatment als alternatief voor een langere opname, arbozorg op maat via de werkgever, en betrokkenheid van het netwerk vanaf dag één. Geen enkele schakel is op zichzelf uniek. Wat uniek is, is de opeenstapeling ervan. Aïsha’s traject is geen uitzondering — het is hoe het zou kunnen werken als deze bouwstenen voor brede groepen beschikbaar waren.

7.1 Van hefboomen naar bouwstenen

De uitkomsten van de systeemanalyse zijn vertaald naar achttien bouwstenen voor brede bemoeizorg. De basis daarvoor is het richtinggevende kader van Movisie (2025: Bemoeizorg, bekommer je erom), aangevuld met de overige bronnen uit dit rapport. Voor de precieze betekenis van ‘brede bemoeizorg’ — OGGZ-bemoeizorg die naadloos aansluit op FACT en ForFACT — zie §2.2. In §5.4 ging het over de concrete huisvestingsopgave: voldoende woonruimte in verschillende vormen. Deze achttien bouwstenen richten zich op de steunende omgeving daaromheen: de zorg, ondersteuning, signalering en regie die ervoor zorgen dat mensen in die woning kunnen blijven wonen. Alle achttien dragen bij aan een beter werkend systeem. Maar ze spelen niet allemaal dezelfde rol bij het doorbreken van de vicieuze cirkels. Op basis van hun werking in het model onderscheiden we drie categorieën.

De drie OVV-principes — de cliënt als partner in zorg, zorg als netwerk, en werken vanuit vertrouwen — komen sterk overeen met de achttien bouwstenen uit dit rapport. Twee onafhankelijke onderzoeksroutes komen dus tot structuren die elkaar bevestigen. Dat is een sterk teken van externe validiteit.

Kritieke bouwstenen (vijf): directe hefboomwerking

Bouwsteen	Hefboom	Systeemeffect
3. Multidisciplinair bemoeizorgteam	FACT-capaciteit (B1a)	Dempt R1, R3; versterkt B1a
6. Vervolgzorg en doorstroom	Transitiezorg (hefboom 3)	Dempt R1, R2
11. Structurele financiering	Hefboom 1 + 2	Basisvoorwaarde
12. Cofinanciering (lumpsum Wmo+Zvw)	Doorbreken schotten	Elimineert schot Zvw-Wmo
18. Huisvesting	Woningvoorziening (B2)	Doorbreekt R4, versterkt B2

Noodzakelijke bouwstenen (vier): randvoorwaardelijk

Bouwsteen	Functie
1. Meldstructuur	Herinrichting van bestaande meldstromen tot scharnierpunt signalering-opvolging; geen nieuw meldpunt. Werkt alleen met een handelend team (bouwsteen 3).
5. Procesregie en mandaat	Regisseur voor de partijen rond een cliënt; over wettelijke kaders heen.
8. Wettelijke verankering	Wams en WGS, met OVV-aanbeveling 2: bestaande professionele ruimte beter benutten. Daarnaast een doorbrekingsgrond voor ggz-professionals passend bij vroegtijdige outreach, zonder toestemming maar noodzaak om teloorgang en/of ontwrichting te voorkomen via brede bemoeizorg.
13. Bekostiging ggz-inzet	Zvw-component (~60%) is financiële voorwaarde voor multidisciplinair team.

Versterkende bouwstenen (negen)

Versterkende bouwstenen vergroten de effectiviteit en duurzaamheid van de kritieke en noodzakelijke bouwstenen, maar doorbreken niet zelfstandig de dominante vicieuze cirkels. Denk aan ervaringsdeskundigheid, vroegsignalering in het onderwijs, samenwerking met woningcorporaties, ketenoverstijgende dataregistratie, herstelacademies. Companen’s zeven aanvullende bouwstenen (volkshuisvestingsprogramma, Wrvv-urgentie, Housing First, Skaeve Huse, Salviq, ForFACT-erkenning, ketenregistratie) zijn in deze categorie geïntegreerd.

Samen vormen deze achttien bouwstenen een samenhangend geheel. De kernboodschap: alle bouwstenen dragen bij, maar de negen kritieke en noodzakelijke bouwstenen vormen het minimum voor systeemverandering. Zij raken alle vier de vicieuze cirkels en versterken beide stabilisatoren. Structurele financiering zonder geïntegreerd team is zinloos: je kunt niet alleen geld toevoegen, er moet ook een team zijn dat het op de juiste manier inzet. En een geïntegreerd team zonder wettelijke verankering of procesregie kan niet doorpakken.

7.2 Zes scenario’s: A2 als noodzakelijke eerste fase, A1 als streefmodel

De analyse combineert twee dimensies: organisatievorm (geïntegreerd versus niet-geïntegreerd) en financieringsmodel (drie geldstromen, twee geldstromen, of alleen Wmo). Dit levert zes scenario’s op:

Scenario	Score	Meerkosten	Oordeel
A1 (geïntegreerd, 3 geldstromen)	+24	€200–300 mln/jr	Streefmodel binnen 5 jaar
A2 (geïntegreerd, Wmo+Zvw)	+19	~€100–150 mln/jr	Noodzakelijke eerste fase
A3 (geïntegreerd, Wmo only)	+9	Beperkt	Tussenstap
B1 (niet-geïntegreerd, 3 geldstr.)	+6	Beperkt	Nee
B2 (huidige praktijk)	0	Referentie	Nee
B3 (Wmo only, geen behandeling)	–3	—	Contraproductief

De belangrijkste conclusie: het verschil zit in de functionele integratie rond de cliënt — gedeeld budget en gezamenlijk werken, niet één opgelegde organisatievorm en niet de manier van financieren. De geïntegreerde scenario’s A1 tot en met A3 scoren allemaal beter dan de niet-geïntegreerde scenario’s B1 tot en met B3. Cruciaal is dat professionals samen kunnen optrekken, flexibel inzetbaar zijn, en expertise en informatie delen rond de persoon die zorg nodig heeft.

Fasering: A2 nu, A1 als perspectief
Vrijwel iedereen in het veld — ervaringsdeskundigen, andere professionals, bestuurders en beleidsmakers — geeft aan dat volledige integratie (A1, inclusief Wlz) de beste uitkomsten oplevert voor de meest kwetsbare mensen. Maar de politieke en bestuurlijke realiteit maakt A1 op korte termijn naar verwachting niet haalbaar. Scenario A2 is daarom de noodzakelijke eerste fase, op te leveren binnen twee tot drie jaar. Scenario A1 is het streefmodel binnen vijf jaar. Het is dus geen keuze tussen A1 en A2, maar een fasering: A2 nu, A1 als perspectief.

Wat A2 concreet betekent. Wanneer een professional in een sociaal wijkteam merkt dat een cliënt terugvalt, kan zij nog dezelfde dag de psychiater en SPV inschakelen, de woonbegeleider vragen de thuissituatie te checken, en de ervaringsdeskundige laten bijspringen met herstelgerichte nabijheid. Geen verwijsbrieven, geen wachtlijst, geen overdracht — en vooral geen verlies van steun in een periode van extra kwetsbaarheid.

De OVV (2026) laat via de elf praktijkvoorbeelden zien dat zo’n werkwijze mogelijk is binnen het huidige stelsel. Voorbeelden: ADDO (bestuurders bundelen budget voor vijf jaar), het Meldpunt Bijzondere Zorg (lumpsum-financiering), FACT+ in Zuidwest-Friesland (ggz en sociaal domein geïntegreerd) en Streettriage in Twente (politie en ggz samen ter plaatse). Stuk voor stuk zijn dit operationele voorbeelden van de scenario A2-werkwijze, nog voordat die zo werd benoemd.

Companen (2026) onderbouwt de A2-richting met cijfers. Bij GGZ-W wordt 96% binnen de ggz-sector bekostigd en slechts 4% uit een andere sector. Dat laat zien dat de financieringsoverlap binnen één lumpsum-systeem doelmatiger te organiseren is dan binnen schotten.

Scenario B3: het risico van half beleid
Scenario B3 — meer signaleren zonder extra behandelcapaciteit — is juist schadelijk (score -3). Het versterkt de vicieuze cirkels: meer meldingen zonder opvolging leiden tot meer frustratie, meer E33-druk op de politie, en meer mensen die doorstromen naar zwaardere zorg die er niet is. De OVV (2026, p.140-141) beschrijft dezelfde dynamiek als ‘kwetsbare ruimte’: initiatieven blijven kwetsbaar zonder stelselwijzigingen. Companen (2026, p.14) geeft de illustratie: de overgang van forensische naar lichte Wmo-zorg leidt zonder structurele waarborgen tot terugval en zorgmijding.

7.3 Financiële onderbouwing

Belangrijk voorbehoud bij dit hele hoofdstuk: alle bedragen, besparingen en kosten-batensaldo’s hieronder zijn indicatieve modelschattingen, gebaseerd op expert-inschattingen en bewust ruime bandbreedtes. Ze laten de orde van grootte en de richting zien, niet een vastgesteld bedrag. Om werkelijk te kunnen berekenen wat de kosten en baten zijn — en om vast te stellen waar verevening tussen partijen en geldstromen noodzakelijk is — zijn regionale pilots met een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) nodig. De cijfers in dit hoofdstuk dienen dus als onderbouwing van de richting en als startpunt voor die pilots, niet als definitieve begroting.

De besparingscalculatie voor scenario A1 (meest ambitieus)

Component	Ondergrens	Bovengrens
Besparing acute opnames	€126 mln	€168 mln
Besparing dakloosheid	€72 mln	€84 mln
Besparing E33-politie-inzet	€25 mln	€38 mln
Totaal besparingen	€223 mln	€290 mln
Meerkosten t.o.v. huidige praktijk	€200 mln	€300 mln
Netto-saldo	–€77 mln	+€90 mln

Onder voorbehoud van de modelaannames loopt het netto-saldo uiteen van licht negatief in het ongunstigste geval (laagste besparingen, hoogste meerkosten) tot duidelijk positief in het gunstigste geval. Binnen de gehanteerde bandbreedtes is de geïntegreerde aanpak daarmee financieel houdbaar, maar niet onder alle aannames vanzelfsprekend kostendekkend; de robuust positieve uitkomst van scenario A2 (zie bijlage D) onderstreept waarom A2 als eerste fase de voorkeur heeft.

De lumpsumberekening per cliënt per jaar komt indicatief uit op €12.000 tot €18.000 (gemiddeld zo’n €15.000), verdeeld over de Zvw (~60%), de Wmo (~25%) en de Wlz (~15%). Dit is een rekenmodel dat in regionale pilots empirisch getoetst moet worden. De Companen-volumes (~51.000 intramurale plekken landelijk) bieden de rekenkundige basis voor een controleberekening. De OVV stelt in kwalitatieve termen dat ‘hoewel het opzetten van samenwerking veel tijd kost, het op de langere termijn tot een besparing van middelen kan leiden’ (2026, p.149).

8.Aanbevelingen en vervolgtraject

In het kort:

Vijf aanbevelingen leiden de uitvoering, met scenario A2 als haalbare eerste stap.

Dit rapport en het OVV-rapport vullen elkaar aan: principes én cijfermatige onderbouwing.

Het rapport beantwoordt de twee jaarplandoelen: oorzaken van uitstroom en bouwstenen voor brede bemoeizorg.

Dakloosheid na ontslag is geen onvermijdelijk bijproduct — met gezamenlijke inzet kan het anders.

Kernbegrippen in dit hoofdstuk

Aanbeveling	Een concrete stap die de Nederlandse ggz en haar ketenpartners samen kunnen verankeren.
Monitoring-prioriteit	Een gegeven dat nog niet betrouwbaar wordt gemeten en in het vervolgtraject in beeld moet komen.
Landelijke aanpak	De landelijke aanpak verward of onbegrepen gedrag, gecoördineerd door het ministerie van BZK.
Complemen-tariteit	De manier waarop dit rapport en het OVV-rapport elkaar aanvullen in plaats van overlappen.

8.1 Vijf aanbevelingen

1. **Realiseer de minimale configuratie van negen bouwstenen** — vijf kritieke en vier noodzakelijke — als samenhangende investering. Het model toont dat de bouwstenen onderling verweven zijn: de kritieke bouwstenen doorbreken de vicieuze cirkels, de noodzakelijke bouwstenen creëren de randvoorwaarden. Investeer parallel in de negen versterkende bouwstenen om het systeem optimaal te laten functioneren. (Sluit aan op OVV-aanbevelingen 1 en 10.)
2. **Start met scenario A2 als noodzakelijke eerste fase (2–3 jaar)**. Bereid parallel de weg voor naar scenario A1 (inclusief Wlz). A2 is geen losse financieringskeuze, maar de uitvoeringsvoorwaarde voor brede bemoeizorg zoals gedefinieerd in §2.2: zonder gezamenlijke Wmo+Zvw-financiering blijven OGGZ-bemoeizorg en FACT gescheiden door een overdrachtskloof waarin cliënten uit beeld raken, en blijven de achttien Movisie-bouwstenen in §7 een ambitie zonder uitvoeringsbasis. (Sluit aan op OVV-aanbevelingen 3 en 9.)
3. **Onderschrijf publiek OVV-aanbevelingen 5, 7 en 8** (structurele bemoeizorg-financiering, uitbreiding behandelplekken EPA, uitbreiding passende woonplekken) als deNLggz-positie. Deze aanbevelingen sluiten naadloos aan op de sectoreigen opgave en op de gekwantificeerde huisvestingsondergrens uit Companen. Onder OVV-aanbeveling 5 dient ‘duurzame bemoeizorgfinanciering’ nadrukkelijk ook de koppelingsafspraken met FACT en ForFACT te omvatten (zie §2.2 en aanbeveling 2).
4. **Pilot de lumpsumberekening** (€12.000–18.000 per cliënt per jaar) in minimaal vijf representatieve, gespreide regio’s via MKBA-methodiek (Cebeon, Straatdokter). Sluit aan op bestaande Companen-factsheets per woondealregio. (Sluit aan op OVV-aanbeveling 3.)
5. **Versterk de juridische randvoorwaarden** (Wams, WGS, Wvrv) parallel aan de organisatorische implementatie, mét de OVV-aanbeveling dat de bestaande professionele ruimte vaak onbenut blijft. Wams als

bouwsteen, niet als eindstation. Werk daarnaast aan doorbrekingsgrond voor ggz-professionals passend bij vroegtijdige outreach, zonder mogelijkheid tot vragen toestemming, maar urgente noodzaak om teloorgang en/of ontwrichting te voorkomen via outreachende zorg. (Sluit aan op OVV-aanbeveling 2.)

8.2 Verbinding met het jaarplan

Deze aanbevelingen geven concreet invulling aan de twee jaarplandoelstellingen. Oorzaken uitstroom: de vier mechanismen (hoofdstuk 6) zijn geïdentificeerd, onderbouwd met bronnen en uitgewerkt per setting (hoofdstuk 4). Bouwstenen bemoeizorg: vijf kritieke plus vier noodzakelijke bouwstenen zijn geselecteerd op basis van systeemimpact (hoofdstuk 7). Scenario A2 biedt een concreet implementatiepad voor de eerste fase; scenario A1 als streefmodel binnen vijf jaar.

8.3 Wat nu nodig is

Het OVV-rapport en dit rapport komen langs onafhankelijke routes tot conclusies die elkaar aanvullen. De OVV laat zien dat er binnen het bestaande stelsel ruimte te maken is, door professionals, bestuurders en netwerkpartners die elkaar opzoeken, vertrouwen geven en buiten de gebaande paden durven handelen. Dit rapport biedt de systeemanalyse die laat zien welke structurele wijzigingen nodig zijn om die ruimte van incidenteel naar bestendig te brengen. En Companen levert de empirische ondergrens. Drie elkaar aanvullende bronnen, één gezamenlijk verhaal.

Vier monitoring-prioriteiten voor het vervolgtraject
Companen erkent drie blinde vlekken die in een gezamenlijke monitoringsagenda thuishoren:

- Zvw-gefinancierde klinische ggz inzichtelijk maken (gesprek met ZN en CBS, inclusief BIZ-bedden).
- Bemoeizorg-doelgroep zonder indicatie kwantificeren (koppeling OVV-aanbeveling 5 én positiepaper deNLggz 2025, mogelijk via VNG, ledennetwerk en Movisie).
- Levensloopaanpak-doelgroep specifiek monitoren (afstemming met de Landelijke Stuurgroep Z&V).

Aan deze drie blinde vlekken van Companen voegt dit rapport een vierde monitoringsbehoefte toe: de naadloze koppeling tussen OGGZ-bemoeizorg en FACT/ForFACT (zie §2.2). Bruikbare indicatoren zijn onder meer de doorlooptijd van toeleiding (van het eerste bemoeizorgcontact tot de FACT-aansluiting), het aantal cliënten dat tijdens de overdracht uit beeld raakt, en het percentage gemeenten met expliciete koppelingsafspraken tussen OGGZ-bemoeizorg en de regionale FACT-teams. Zonder zicht op die koppelingskwaliteit blijft het hefboomeffect van brede bemoeizorg onmeetbaar.

Aansluiting op landelijke aanpak
Dit rapport sluit aan bij de landelijke aanpak verward of onbegrepen gedrag, die wordt gecoördineerd door het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. De OVV adviseert in haar eerste aanbeveling om haar bevindingen te verwerken in een aanscherping en uitbreiding van die landelijke aanpak, samen met de betrokken stelselpartijen — waaronder uitdrukkelijk de Nederlandse ggz. Dit rapport biedt de inhoudelijke

onderbouwing waarmee de sector aan die tafel een gefundeerde, eigen positie kan innemen: aanvullend op de bevindingen van de OVV, en gericht op de stelselwijzigingen die structurele veiligheidswinst mogelijk maken.

Bij dit alles horen naast en ervaringsdeskundigen niet aan de zijlijn, maar als volwaardige partners aan tafel. Familie- en naastenorganisaties zoals Ypsilon en MIND, cliënten- en familieraden en lokale inwonersinitiatieven brengen kennis in die professionals en bestuurders missen. Het rapport beveelt aan hen structureel te betrekken bij de uitwerking en monitoring van de aanpak, zodat het cliënt- en naastenperspectief geborgd is in plaats van toegevoegd achteraf.

Onderstaande tabel maakt deze complementariteit operationeel zichtbaar door per OVV-aanbeveling aan te geven welke bouwsteen, welk scenario of welke aanbeveling uit dit rapport eraan bijdraagt — en welke kwantitatieve onderbouwing daarbij hoort. Zo wordt voor stelselpartijen herkenbaar dat de Nederlandse ggz niet naast, maar mét de OVV-aanbevelingen werkt.

OVV-aanbeveling (2026)	Wat dit rapport eraan toevoegt	Aanknoping
1. Aanscherping landelijke aanpak verward/onbegrepen gedrag, met cliënt als partner, gezamenlijk werken als norm, en domeinoverstijgende financiering	Systeemanalyse die laat zien waarom de huidige aanpak niet beklijft (R1–R4), en wat de minimale configuratie van bouwstenen is om die patronen te doorbreken	H6 (vier mechanismen, vijf hefbomen); H7 (negen kritieke en noodzakelijke bouwstenen)
2. Expliciteer de reeds bestaande professionele ruimte	Wams en WGS als bouwsteen 8 (wettelijke verankering) gepositioneerd als ondersteunend aan, niet vervangend voor, het beter benutten van bestaande ruimte. Daarnaast noodzakelijke doorbrekingsgrond bij hoog risico op teloorgang of ontwrichting.	§1.5 (Wams als bouwsteen, niet eindstation); aanbeveling 5

OVV-aanbeveling (2026)	Wat dit rapport eraan toevoegt	Aanknoping
3. Stimuleer domeinoverstijgende financiering (budget-, populatie-, gebiedsbekostiging)	Scenario A2 als concreet uitvoeringsmodel: lumpsum Wmo+Zvw, indicatief €12.000–18.000 per cliënt per jaar, op te leveren binnen 2–3 jaar	Bouwsteen 11 (structurele financiering), 12 (cofinanciering Wmo+Zvw); scenario A2 (§7.2); aanbeveling 2 en 4
4. Ggz-expertise direct beschikbaar voor toeleidende partijen (politie, corporaties, huisartsen, schuldhulp)	Multidisciplinair bemoeizorgteam als kritieke bouwsteen met directe hefboomwerking op R1 en R3, plus koppelingsafspraken met FACT/ ForFACT	Bouwsteen 3 (multidisciplinair bemoeizorgteam); §2.2 (brede bemoeizorg); monitoring-prioriteit 4
5. Structurele en duurzame waarborging bemoeizorg in alle gemeenten; overweeg afzonderlijke rijksbijdrage	Onderschrijven als deNLggz-positie, mét nadrukkelijke koppelingsafspraken naar FACT en ForFACT (zonder welke OGGZ-bemoeizorg in een overdrachtskloof eindigt)	Bouwsteen 3 en 13; aanbeveling 3; positiepaper deNLggz 2025
6. Procesafspraken voor vastgelopen situaties — partijen bepalen samen wat nodig is	Procesregie en mandaat als noodzakelijke bouwsteen; aansluiting op Levensloopaanpak en Zorg- en Veiligheidshuizen	Bouwsteen 5 (procesregie en mandaat); §1.6 (Levensloopaanpak)
7. Vergroot behandelplekken EPA; behoud op zijn minst het huidige aantal	Onderschrijven als deNLggz-positie. Companen-cijfers leveren de empirische ondergrens: ~51.000 intramurale plekken landelijk als basis voor capaciteitsplanning	Aanbeveling 3; §5.4 (kerndiagnose huisvestingsopgave); Bijlage A.2 (stocks)
8. Vergroot passende woonplekken EPA, in samenwerking met gemeenten	Onderschrijven als deNLggz-positie. Companen-cijfers kwantificeren de opgave: 1.320 versus 3.980 corporatiewoningen voor BW Wmo-uitstroom — de ruimte daartussen is de concrete jaaropgave	Aanbeveling 3; bouwsteen 18 (huisvesting); §5.4; R4-loopanalyse
9. Praktische ondersteuning bij vernieuwende werkvormen (samenwerking, financiering, formele–informele zorg, lerende werkomgevingen)	Achttien bouwstenen als richtinggevend kader; scenario A2 als beproefde werkwijze (ADDO, MBZ, FACT+, Streettriage als operationele voorbeelden)	H7 in geheel; §7.2 (A2-praktijkvoorbeelden)

OVV-aanbeveling (2026)	Wat dit rapport eraan toevoegt	Aanknoping
10. Werk aan de hand van bewezen principes; structurele inbedding met ruimte voor lokale invulling	Drie OVV-principes (cliënt als partner, zorg als netwerk, vertrouwen) komen overeen met de achttien Movisie-bouwstenen — externe validiteit via twee onafhankelijke onderzoeksroutes	§7.1 (Movisie-OVV congruentie); §2.2 (brede bemoeizorg-definitie)

De tabel laat een patroon zien dat de positie van dit rapport ondersteunt. Bij de OVV-aanbevelingen over principes en richting (1, 2, 6, 9, 10) biedt dit rapport de systeemtheoretische onderbouwing en het uitvoeringskader. Bij de aanbevelingen over concrete capaciteit en financiering (3, 4, 5, 7, 8) biedt dit rapport — via de Companen-cijfers en de scenario-MKBA — de cijfermatige onderbouwing die het kabinet en de stelselpartijen nodig hebben om over investeringen te beslissen. Beide bijdragen zijn geen alternatief voor de OVV-aanbevelingen, maar wat eronder hoort te liggen wanneer ze worden uitgevoerd.

Slot

Een hoopvolle en bewust optimistische slotsom dringt zich op. Deze analyse onderschrijft de oplossingsrichtingen van de Onderzoeksraad voor Veiligheid en van het manifest van het Leger des Heils (LdH) en ketenpartners — samen met de Nederlandse ggz, MIND en de G40. Belangrijk daarbij: er liggen twee sporen open, die elkaar niet uitsluiten. Het eerste spoor is dat veel van de hier voorgestelde oplossingen — geïntegreerd samenwerken, doorlopende begeleiding bij overgangen, outreachende zorg, een woning als basis — binnen het huidige stelsel te realiseren zijn, zoals de elf praktijkvoorbeelden van de OVV laten zien. Dat is een positieve boodschap: de keten hoeft niet te wachten op een stelselwijziging om morgen al stappen te zetten. Het tweede spoor is dat structurele verankering van die werkwijze op termijn gebaat is bij aanpassingen in financiering en organisatie (de scenario’s A2 en A1), om wat nu vaak van incidentele inzet en goede wil afhangt, bestendig te maken. Dit rapport kiest niet dwingend tussen beide sporen; het laat zien dat de eerste stappen nú gezet kunnen worden, en dat de richting daarvan dezelfde is.

Dakloosheid na ontslag is geen onvermijdelijk bijproduct van de keten. Het is een uitkomst die met gerichte, gezamenlijke inzet anders kan. De instrumenten, de kennis, de partners en de financiële middelen zijn groten-deels al beschikbaar. Wat nu nodig is, is de daadkracht om ze in samenhang in te zetten — duurzaam samenwerkend, blijvend nabij, niet als losse partijen.

De ambitie van dit rapport is niet om de zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening tot een definitief geslaagd herstel te leiden — voor velen van hen is volledig herstel niet de werkelijkheid waaraan zij hun leven kunnen richten. De ambitie is om voor alle 250.000 volwassenen met EPA gelijke kansen op een waardig leven mogelijk te maken: een leven met toegang tot passende zorg, een dak boven het hoofd, een sociaal netwerk dat draagt, en de erkenning dat herstel én duurzame stabilisatie allebei waardevolle uitkomsten zijn.

Het verschil tussen de huidige situatie en die ambitie wordt niet overbrugd door een nieuwe blauwdruk of meer regels, maar door bestuurlijke en operationele keuzes die op alle niveaus consistent uitgaan van de leefwereld van de mensen om wie het gaat. Met de mensen om wie het gaat, niet voor hen. Alleen gaan we sneller, samen komen we véerder.

Bijlagen

De bijlagen verantwoorden de opbouw van het Causal Loop Diagram (A), de calculatieverantwoording (B), de hefboomen en hun weging (C), de financiële scenario's in detail (D) en het systeemeffect van de kritieke bouwstenen (E). De gepresenteerde getallen zijn — tenzij anders vermeld — expertschattingen op basis van publieke registraties; bandbreedtes zijn bewust ruim om modelonzekerheid zichtbaar te maken. Validatie via regionale pilots blijft noodzakelijk.

Bijlage A — Verantwoording opbouw Causal Loop Diagram

A.1 Methodologische uitgangspunten

Het Causal Loop Diagram is ontwikkeld als kwalitatief system dynamics-model conform de methodologie van Sterman (2000). Het doel is systeeminzicht en identificatie van hefboompunten — niet exacte voorspelling. Het model beantwoordt de centrale vraag: welke feedback-mechanismen verklaren waarom draaideureffecten, chronische dakloosheid en recidive blijven bestaan ondanks herhaalde beleidsinterventies?

Afbakening. Het model richt zich op volwassenen (18+) met een ernstige psychiatrische aandoening in Nederland. De EPA-definitie volgt Delespaul et al. (2013). Binnen scope: tien posities (stocks), tweeëntwintig transities (flows), zes feedback loops, waarvan B1 in twee varianten gemodelleerd in B1a (FACT) en B1b (ForFACT), en dertien stakeholdergroepen. Buiten scope: woningmarkt, arbeidsmarkt, bevolkingsgroei, migratiedruk en jeugd-ggz. De Jeugdwet en jeugd-ggz worden wel beschreven in het beleidskader (§1.5) omdat zij voor de transitie 18–/18+ relevant zijn, maar de loops zelf beperken zich tot de volwassen populatie.

Modeltype. Dit is een kwalitatief, niet-gesimuleerd system dynamics-model. De flows zijn uitgedrukt in geschatte aantallen personen per jaar met bandbreedtes. De feedback loops zijn kwalitatief geïdentificeerd op basis van causale relaties uit de literatuur en beleids-documenten. Het model is niet gesimuleerd in software (Vensim, Stella); de analyse is handmatig uitgevoerd op de causale structuur. Een validator wees terecht op de mixed-methods-noodzaak: dit model levert het kwantitatieve raamwerk, de OVV-praktijkverhalen leveren de kwalitatieve verdieping.

A.2 Opbouw van de tien stocks

Een stock is het aantal mensen dat zich op een bepaald moment in een specifieke positie bevindt. Iemand bezet op elk moment één positie, maar kan in een jaar meerdere posities doorlopen. De tien stocks met hun landelijke omvang zijn:

Stock	Schatting	Berekening / bron	Onzekerheid
Zelfstandig wonend (EPA)	~ 156.000	220.000 (Vektis 2025, operationele afbakening) – 30.000 (BW) – 10.000 (klinisch) – 8.000 (forensisch) – 16.000 (begeleid). NB: bij OVV-basis (250.000 prevalentieschatting) zou de restberekening uitkomen op ~186.000. Het verschil van 30.000 indiceert de zorgmijdende of zorgmissende subgroep.	Werkelijk: 120.000–200.000. Gevoelig voor keuze tussen Vektis-operationele afbakening (220.000) en OVV-prevalentieschatting (250.000).
Begeleid wonend	~ 17.500	VNG/Movisie monitoring beschermd wonen	Middelmatig. Definitieverschillen tussen gemeenten.
Beschermd wonen (Wmo)	~ 27.000	Companen 2026 (26.935 Wmo-indicaties + opgave zonder indicatie)	Relatief zeker.
Dakloos	~ 33.000	CBS, peildatum 1 januari 2024 (gepubliceerd 28 januari 2025)	CBS mist verborgen dakloosheid. Ouderen 65+, minderjarigen, ongedocumenteerden buiten schatting. Stijging vanaf 30.600 op peildatum 1 januari 2023.
Acuut opgenomen ggz	8.000–10.000	~40.000 crisisopnames × 21 dgn ÷ 365 + langdurige opnames	Geschat. Mengvorm korte en langere opnames.
FACT-teams (cliënten)	~ 60.000	~300–400 teams × 150–200 cliënten	CCAF publiceert geen actueel overzicht.
Ambulant ggz (pat./jr)	~ 1,2 mln	Vektis Zorgthermometer	Breed; omvat alle Zvw-ambulante ggz, niet alleen EPA.
Forensisch klinisch	~ 2.500	DJI Feiten en Cijfers; tbs + forensische ggz-klinieken	Jaarlijks bijgewerkt door DJI.
Forensisch ambulant	~ 5.000–7.000	DJI/WODC; ForFACT + reclasseringstoezicht	Geschat. Grens ambulant/klinisch is poreus.
Detentie	~ 10.500	DJI Feiten en Cijfers; EPA-aandeel 50–80% = 5.250–8.400	EPA-aandeel uit prevalentiestudies, niet uit individuele diagnostiek.

Forensische stock-onderbouwing. Klinisch en ambulant zijn als afzonderlijke stocks gepresenteerd. De bandbreedte voor ambulant is verbreed (~5.000–7.000) om de poreuze grens met reclasseringstoezicht te erkennen — een aanzienlijk deel van de doelgroep heeft tegelijkertijd een ambulant zorgtraject en een lopend reclasseringstoezicht, wat dubbeltelling-risico's met zich meebrengt.

Onderbouwing intramurale stocks. De stock 'Beschermd wonen Wmo' is gestoeld op het Companen-cijfer van 27.000 plekken (26.935 indicaties 2024 plus opgave zonder indicatie). Vergelijkbaar geldt: GGZ-W intramuraal circa 17.900 plekken (34.475 indicaties × 53,4% verzilvering × 97% sectorcorrectie), GGZ-B 1.450 (41% daling in drie jaar, verschuiving naar GGZ-W), forensisch 4.650 (inclusief 200 tbs-uitbreiding). Totaal: ~51.000 (afgerond; de afzonderlijke componenten in §1.4 zijn op duizendtallen afgerond) intramurale plekken — basis voor de lumpsumberekening in bijlage B.3.

A.3 Opbouw van de tweeëntwintig flows

Flows beschrijven de jaarlijkse beweging van mensen tussen stocks. De belangrijkste flows met hun berekening en bronverantwoording — voor zover landelijk beschikbaar:

- Crisisopnames (Zelfstandig wonend → Acut opgenomen): ~40.000 per jaar. Vektis Factsheet GGZ 2024 rapporteert 48,6 duizend personen met minimaal één opnamedag in de gehele ggz (5% van 978.000 behandelde); aanvullend rapporteren vzinfo.nl/RIVM 40.222 unieke personen met één of meer acute ggz-episoden in 2023. Het model hanteert ~40.000 als schatting voor crisis-gerelateerde opnames (exclusief planmatige opnames).
- Ontslag zonder woning (Acut opgenomen → Dakloos): 2.000–4.000 per jaar. Expertschatting (5–10% van alle ontslagen). Niet landelijk geregistreerd. Benoemd als structureel probleem in Klem in het systeem (TSD, IGJ, Inspectie JenV, 2025). Validatie via pilotdata urgent nodig.
- E33-meldingen → crisisbeoordeling → opname: 10.000–25.000 per jaar. Berekening: 168.960 meldingen (2025) × 20–30% naar crisisbeoordeling = 33.800–50.700 × 30–50% naar opname. Brede

bandbreedte weerspiegelt heterogeniteit E33-meldingen (RIVM, 2018; Trimbos, 2020).

- Uitstroom dakloosheid → zelfstandig wonen: 2.000–3.000 per jaar. Gebaseerd op CBS-data en Trimbos-onderzoek Housing First (Planije & Van Vugt, 2023).
- Doorstroom beschermd wonen → begeleid wonen: feitelijk 1.320 per jaar (Companen 2026 voor BW Wmo, naar vrijkomende corporatiewoningen 2023). Gewenst bij gemiddelde verblijfsduur van twee jaar: 3.980. De Commissie Dannenberg (2015) beoogde deze doorstroom maar de realisatie loopt achter.
- Uitstroom klinische ggz + BW Wlz: 35.170 personen (2023), waarvan 32.920 naar particuliere huishoudens en 1.745 naar een vrijkomende corporatiewoning binnen het jaar (Companen 2026, p.11).
- Uitstroom detentie >3 maanden: ~5.000 per jaar; 27% dakloos of onderdak onbekend (WODC, in Companen 2026, p.13); een aanzienlijk deel binnen de ggz-doelgroep op basis van prevalentiecijfers psychiatrische stoornissen in detentie (NSCR-data, NTVG; in Companen 2026).
- Uitstroom maatschappelijke opvang: ~22.550 personen; daarvan 21.230 met psychische klachten en 16.350 met EPA (Van Everdingen et al. 2021, in Companen 2026, p.17).
- Detentie → dakloos: niet landelijk geregistreerd. WODC Recidivemonitor rapporteert bijna 50% recidive binnen twee jaar (WODC, Cahier 2024-13, 7e Monitor nazorg ex-gedetineerde personen).

De resterende dertien flows betreffen kleinere transitie (BW Wmo → BW Wlz, FACT → ambulant, forensisch → ambulant, et cetera) die in de Companen-stroomschema's (2026, p.10 en p.12) deels worden gekwantificeerd. Voor flows die nergens worden geregistreerd is dat zelf een bevinding: ontslag zonder woning, BW → dakloos, en detentie → dakloos zijn structureel buiten beeld.

A.4 Identificatie van feedback loops

De feedback loops zijn geïdentificeerd door causale ketens te traceren: hoe werkt de uitkomst van een reeks stappen terug op het beginpunt? Vier versterkende (viciuze) en twee balancerende (stabiliserende) loops zijn herkend, met B1a (FACT) en B1b (ForFACT) als varianten binnen B1, naast B2 (Housing First).

R1 — Draaideur acute zorg. Capaciteitsdruk acute ggz → kortere opnameduur tot klinische stabilisatie → onvoldoende stabilisatie van bredere context → terugval → heropname → nog meer druk op acute capaciteit → nóg kortere opnameduur. Bronnen: IBO Uit balans (2025); TSD et al. (2025).

R2 — Justitiële carrousel. Ontslag detentie zonder zorg of woning → terugval in middelen of psychose → overlast of delict → terugkeer detentie. Bijna 50% recidive binnen twee jaar (WODC, Cahier 2024-13, 7e Monitor nazorg ex-gedetineerde personen).

R3 — Wachtlijstspiraal ggz. Wachtijd ambulante ggz → verslechtering tijdens wachten → zwaardere zorgvraag bij eerste contact → langere behandeling per cliënt → langere wachtlijst voor volgende cliënt.

R4 — Beschermd wonen-bottleneck. Onvoldoende doorstroom BW → BgW (1.320 versus 3.980 gewenst, Companen 2026) → geen instroom mogelijk vanuit acute zorg → 'verkeerde bed'-problematiek → meer druk op acute bedden → terugval naar R1.

Dominantie R1↔R4. R1 en R4 vormen een gekoppeld dominant duo, kwantitatief onderbouwd door Companen (2026). Beleidsinterventies op R1 alleen — bijvoorbeeld uitbreiding crisisbedden — leiden zonder R4-interventie tot tijdelijke verlichting met terugkerend probleem.

B1a — FACT-stabilisator. FACT-teams stabiliseren mensen in de zelfstandige woonpositie via outreachend en assertief contact. Effectiviteit afhankelijk van caseload en CCAF-certificering.

B1b — ForFACT-stabilisator (forensisch). Forensische FACT-teams werken met een eigenstandige doelgroep (justitieel kader, risicotaxatie, reclasseringsbetrokkenheid). Samenvoeging met B1a (civiele FACT) is zowel inhoudelijk als financieringstechnisch onhoudbaar; daarom worden zij in dit model als afzonderlijke stabilisatoren gemodelleerd.

B2 — Housing First. Woning eerst, daarna zorg op maat. Stabilisator omdat huisvesting de voorwaarde is voor alle andere herstelactiviteiten. Empirisch onderbouwd door Tsemberis et al. (2004) en Aubry et al. (2015).

Bijlage B –
Calculatieverantwoording

B.1 Verantwoording reductiepercentages

Alle bedragen en reductiepercentages in de besparingscalculaties zijn indicatieve, kwalitatieve expertschattingen; ze zijn niet afgeleid uit gepubliceerde Nederlandse RCT’s. De bandbreedtes zijn bewust ruim gehouden om de modelonzekerheid zichtbaar te maken. De cijfers tonen orde van grootte en richting, niet een exact bedrag. Validatie via regionale pilots met een MKBA is noodzakelijk vóór beleidsmatige inzet: alleen zo zijn de werkelijke kosten en baten te berekenen en is vast te stellen waar verevening tussen partijen noodzakelijk is.

De schattingen zijn gebaseerd op de internationale literatuur over FACT en Housing First, vertaald naar de Nederlandse context:

- Reductie crisisopnames (30–40%): gebaseerd op Dieterich et al. (2017, Cochrane review ACT), Van Vugt et al. (2011) en Cornelis et al. (2018, IHT-RCT). Ondergrens conservatief; bovengrens gaat uit van volledige CCAF-gecertificeerde FACT-dekking.
- Reductie ontslag naar dakloosheid (60–70%): gebaseerd op Tsemberis et al. (2004, Housing First-RCT), Aubry et al. (2015, At Home/Chez Soi), en het principe dat geïntegreerde teams huisvesting vóór ontslag regelen.
- Reductie E33-politie-inzet (20–30%): gebaseerd op het concept landelijke meldfunctie (hefboom 4) en ervaringen met streettriage-pilots (ZonMw, 2023).

B.2 Drie besparingscomponenten (scenario A1)

Component	Berekening	Ondergrens	Bovengrens	Bron
Besparing acute opnames	$40.000 \times 30\text{--}40\% \times \text{€}10.500$	€126 mln	€168 mln	Vektis; expertschatting
Besparing dakloosheid	$3.000 \times 60\text{--}70\% \times \text{€}40.000$	€72 mln	€84 mln	CBS; Straatdokter MKBA
Besparing E33-politie-inzet	$168.960 \times 20\text{--}30\% \times \text{€}750$	€25 mln	€38 mln	Politie.nl (jaarcijfers 2025); raming politie-inzet
Totaal besparingen	—	€223 mln	€290 mln	—
Meerkosten A1 t.o.v. B2	Extra investering geïntegreerd model	€200 mln	€300 mln	Bandbreedte
Netto-saldo	Besparingen – meerkosten	–€77 mln	+€90 mln	Worst-case licht negatief, best-case positief

Toelichting netto-saldo. Onder voorbehoud van de model-aannames loopt het netto-saldo uiteen van circa –€77 mln in het ongunstigste geval (laagste besparingen, hoogste meerkosten) tot circa +€90 mln in het gunstigste geval; het is dus binnen de bandbreedte houdbaar, maar niet onder alle aannames vanzelfsprekend positief. Op langere termijn (5 tot 10 jaar) neemt het saldo naar verwachting toe door cumulatieve effecten van stabilisatie en doorstroom. Het Companen-volume (~51.000 intramurale plekken landelijk) onderbouwt deze besparingscomponenten in orde van grootte; de OVV-uitspraak dat samenwerking ‘op langere termijn tot besparing van middelen kan leiden’ (2026, p.149) biedt externe kwalitatieve steun. De stijging van E33-meldingen in 2025 (+12% ten opzichte van 2024) versterkt de besparingscase: hoe groter de huidige E33-druk, hoe groter de potentiële besparing bij effectieve interventie. Al deze bedragen blijven indicatief; pas regionale pilots met een MKBA kunnen de werkelijke kosten en baten berekenen en aangeven waar verevening tussen partijen nodig is.

Zorgkundige onderlegger van de besparingscalculatie. De besparingscomponenten in B.2 zijn niet alleen budgettaire getallen, maar de financiële spiegel van een zorgkundige opgave: tertiaire preventie, gedragen door duurzame nabijheid in de zorgrelatie. De €126–168 mln besparing op acute opnames staat voor crises die met tijdige outreachende zorg, medicatietrouw en somatische monitoring voorkómen hadden kunnen worden — interventies die voor deze doelgroep alleen werken binnen een volgehouden relatie. De €72–84 mln besparing op dakloosheid staat voor situaties waarin verlies van huisvesting de toegang tot zorg afsneed en daarmee gezondheidsschade veroorzaakte die anders niet was opgetreden. De €25–38 mln besparing op E33-politie-inzet staat voor escalaties die ontstaan wanneer zorg niet meebewoog met de actuele toestand. Elk van deze besparingscomponenten meet, met andere woorden, het gat tussen wat tertiaire preventie zou kunnen voorkomen en wat het systeem nu accepteert als vermijdbare gevolgen van chronische ziekte bij beperkte zelfzorg (zie §1.4). De financiële case en de zorgkundige case wijzen daarmee dezelfde richting op — wat verklaart waarom in dit dossier de uitvoeringspraktijk, de zorginhoudelijke richtlijnen en de doelmatigheidsanalyses zelden tegenover elkaar staan.

B.3 Lumpsumberekening per cliënt per jaar

Component	Aandeel	Bedrag/cliënt/jaar	Omvat
Zvw	~60%	€7.200–€10.800	Psychiater, medicatie, crisisinterventie, behandeling
Wmo	~25%	€3.000–€4.500	Bemoeizorg, woonbegeleiding, dagbesteding
Wlz	~15%	€1.800–€2.700	Langdurige ondersteuning (~20% van caseload)
Totaal	100%	€12.000–€18.000 (gem. ~€15.000)	Indicatief modelconstruct

Verantwoording verdeelsleutel. De Zvw-component is gebaseerd op het Vektis-gegeven dat de gemiddelde Zvw-kosten per ambulante EPA-cliënt circa €10.000 bedragen. De Wmo- en Wlz-componenten zijn niet uit publieke bronnen te verifiëren en moeten empirisch worden getest via regionale pilots. De verdeelsleutel is dus een indicatief modelconstruct, geen vastgesteld bekostigingsmodel.

Systeemtotaal. Circa 60.000 cliënten in scope × €15.000 = ~€900 miljoen per jaar. De scope is gebaseerd op de FACT-cliëntenpopulatie (~60.000, zie stocks-tabel in \$5.1), die deels overlapt met de 51.000 intramurale plekken (BW Wmo, BW Wlz GGZ-W, GGZ-B, forensisch, Salviq) maar niet identiek is. Bij een lumpsum strikt op de 51.000 intramurale populatie zou de orde van grootte €765 mln liggen; bij volledige integratie van FACT en intramuraal zonder dubbel telling ligt het systeemtotaal in de bandbreedte €750–900 mln. Netto meerkosten ten opzichte van huidige praktijk (B2): circa €200–300 miljoen — naar verwachting gecompenseerd door de in B.2 berekende besparingen. Financieel-economisch experts binnen de Nederlandse ggz verifiëren de verdeelsleutel tegen Companen-volumes; de definitieve scope en lumpsumhoogte vragen om pilotvalidatie in minimaal vijf representatieve, gespreide regio’s.

Bijlage C — Hefbomen: werking, weging en keuze sterkste effect

C.1 Vijf hefbomen en hun werking

Het systeemmodel identificeert vijf hefboompunten: interventies die meerdere vicieuze cirkels tegelijk dempen en/of stabilisatoren versterken.

Hefboom	Werking	Effect op loops	Bouwstenen
1. Versterking OGGZ-bemoeizorg, naadloos gekoppeld aan FACT en ForFACT	Signaleren → toeleiden → behandelen → monitoren in één keten van OGGZ naar FACT; meer teams → breder bereik → vroegsignalering vóór crisis → minder crisisopnames	Dempt R1, R3. Versterkt B1a en B1b.	3, 5, 11, 12, 13, 15, 16
2. Structurele woningvoorziening	Voldoende betaalbare woningen → doorstroom BW → minder op straat	Dempt R4, R1. Versterkt B2.	1, 4, 7, 14, 18
3. Doorlopende zorg bij transities	Warme overdracht bij opname, ontslag, detentie → geen gaten in begeleiding	Dempt R1, R2.	5, 6, 9, 14, 17
4. Landelijke meldfunctie	E33-meldingen eerder naar zorg in plaats van politie → de-escalatie → minder politie-inzet	Dempt R1, R3.	1, 8
5. Veiligheidsaanpak ondermijning rond woonvoorzieningen	Bestuurlijke en justitiële aanpak ondermijning + harm reduction-expertise → bescherming bewoners en professionals → minder escalaties en uitzettingen → behoud van woonplek en zorgrelatie.	Dempt R1, R4; voorwaarde voor B2.	Naast de 18 Movisie-bouwstenen; veiligheidsdomein

C.2 Verantwoording van de weging

De impactscores in de scenarioanalyse zijn bepaald via een kwalitatieve wegingsmethode:

- Stap 1: identificatie van causale paden. Per hefboom is bepaald welke causale paden in het CLD worden beïnvloed: welke flows worden vergroot, verkleind of geblokkeerd.
- Stap 2: relatieve sterkte per loop. Per feedback loop is een impactscore toegekend op een schaal van –5 (maximale demping vicieuze cirkel) tot +5 (maximale versterking stabilisator). De scores zijn gebaseerd op de verwachte effectgrootte uit de literatuur, vertaald naar de Nederlandse context.
- Stap 3: aggregatie per scenario. De totaalscore meet het netto systeemeffect: in welke mate een scenario

de schadelijke loops dempt én de stabiliserende loops versterkt. Beide tellen positief mee. Concreet is de totaalscore de som van de B-loopscores (B1a, B1b, B2) plus de R-loopscores met omgekeerd teken (R1–R4), zodat demping van een vicieuze cirkel als positieve bijdrage telt en het aanwakkeren ervan als negatieve. Scenario B2 (huidige praktijk) is de referentie (score 0). Hogere scores betekenen meer systeemeffect.

C.3 Impactmatrix: feedback loops × scenario’s × bouwstenen

Feedback loop	A1	A2	A3	B1	B2	B3	Bouwstenen
R1: Draaideur	−4	−3	−1	−1	0	+1	3, 5, 6, 11, 12, 18
R2: Justitiële carroussel	−2	−2	−1	−1	0	0	5, 9, 14, 17
R3: Wachttijstspiraal	−4	−3	−1	0	0	+1	3, 6, 11, 12, 13, 15
R4: BW-bottleneck	−3	−2	−1	−1	0	+1	6, 11, 12, 14, 18
B1a: FACT-stabilisator	+5	+4	+1	+1	0	0	3, 5, 11, 12, 13, 15, 16
B1b: ForFACT-stabilisator	+3	+2	+1	+1	0	0	5, 9, 17
B2: Housing First	+3	+3	+3	+1	0	0	1, 4, 7, 14, 18
Totaalscore	+24	+19	+9	+6	0	−3	—

Leeswijzer. R-loops: negatieve score = demping vicieuze cirkel (gewenst). B-loops: positieve score = versterking stabilisator (gewenst). Hoe hoger de totaalscore, hoe groter het systeemeffect. De aparte positionering van B1a (FACT, civiel) en B1b (ForFACT, forensisch) leidt tot iets hogere totaalscores dan een gegroepeerde B1 zou opleveren; de relatieve verhoudingen tussen scenario’s blijven gelijk.

C.4 Waarom A2 als noodzakelijke eerste fase en A1 als streefmodel

Scenario A2 is gepositioneerd als noodzakelijke eerste fase (binnen 2–3 jaar realiseerbaar), scenario

Waarom deze methode. Een volledige kwantificering (met simulatiemodel) was niet mogelijk wegens het ontbreken van Nederlandse longitudinale data over alle flows. De kwalitatieve benadering is een eerste stap; validatie via regionale pilots is noodzakelijk.

A1 als streefmodel binnen vijf jaar. Het is geen keuze tussen A1 en A2, maar een fasering waarbij A2 het pad effent voor A1 — onder andere door de Wmo+Zvw-financieringsintegratie als opmaat voor de bredere Wmo+Zvw+Wlz-integratie van A1.

A2 scoort +19 — ongeveer 79% van het maximale effect van A1 (+24) — maar is op drie punten haalbaarder:

- Implementatietijd: 2–3 jaar (A2) versus 5–10 jaar (A1). A2 sluit aan bij bestaande convenanten tussen gemeenten en zorgverzekeraars.

- Politieke haalbaarheid: A2 vereist geen Wlz-wijzigingen. De Wlz-component bij A1 vereist instemming van VWS en de zorgkantoren — een traject van jaren.
- Dekking: A2 dekt circa 80% van de totale doelgroep van mensen met EPA. De resterende 20% (Wlz-cliënten) wordt apart bekostigd.

Het verschil in systeemeffect (5 punten) wordt vrijwel volledig verklaard door het ontbreken van de Wlz-component bij A2, waardoor de doorstroom beschermd wonen (R4) iets minder sterk wordt gedempt. ForFACT (B1b) blijft onder A2 eigenstandig gefinancierd via Justitie, conform de inbreng vanuit de forensische ggz-praktijk. Companen-verzilveringspatronen (53,4% intramuraal GGZ-W, 96% binnen GGZ-sector) ondersteunen empirisch dat A2 binnen één lumpsum-systematiek beter te organiseren is dan binnen de huidige schotten; OVV-aanbeveling 3 (stimuleer domeinoverstijgende financiering) biedt de externe legitimatie.

Bijlage D — Financiële scenario’s: gedetailleerde calculaties

Voorbehoud bij deze bijlage: de scenario-, impact- en kostencijfers hieronder zijn indicatieve modelschattingen op basis van expertinschattingen en bandbreedtes, niet op gerealiseerde of gepubliceerde uitkomsten. Zij laten verhoudingen en richting zien. Pas regionale pilots met een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) kunnen de werkelijke kosten en baten berekenen en vaststellen waar verevening tussen partijen en geldstromen noodzakelijk is.

D.1 Scenario A1 — geïntegreerd team met drie geldstromen

Impactscores op sleutelflows (expertschattingen):

Flow	Huidige situatie (B2)	Verwacht effect A1	Bron
Ontslag zonder woning (AO → DL)	2.000–4.000/jr	–60 tot –70%	Team is bij opname betrokken; regelt huisvesting vóór ontslag
Crisisopname (ZW → AO)	~40.000/jr	–30 tot –40%	Vroegsignalering, flexibele opschaling
Uitstroom dakloosheid (DL → ZW)	2.000–3.000/jr	+40 tot +60%	Bemoeizorg geïntegreerd + Wmo-woonbemiddeling
Doorstroom BW → BgW	feitelijk 1.320/jr (gewenst 3.980)	+50 tot +80%	Wlz-continuïteit maakt doorstroom veiliger

Besparingscalculatie: zie bijlage B.2. Meerkosten A1: €200–300 mln/jaar. Omvat uitbreiding FACT- en ForFACT-teams, bemoeizorg, lumpsum-financiering en coördinatie.

D.2 Scenario A2 — geïntegreerd team met twee geldstromen (noodzakelijke eerste fase)

Impactscores op sleutelflows: vergelijkbaar met A1, met uitzondering van de doorstroom BW (BW → BgW) die≈lager uitvalt (+30 tot +50%) doordat Wlz-cliënten apart worden bekostigd.

Meerkosten A2: circa €100–150 mln/jaar. Lager dan A1 doordat geen Wlz-herstructurering nodig is.

Netto-saldo A2: besparingen €180–240 mln minus meer-kosten €100–150 mln = netto +€30–140 mln/jaar. Robuust positief. De A2-besparing (€180–240 mln) is afgeleid als circa 80% van de A1-besparing (€223–290 mln, zie bijlage B.2), passend bij de ~80%-doelgroepdekking van A2; de resterende ~20% (Wlz-cliënten) valt buiten de twee-geldstromenintegratie.

Belangrijk. B1b (ForFACT) blijft onder A2 eigenstandig gefinancierd via Justitie. De integratie Wmo+Zvw onder één lumpsum betreft uitsluitend de civiele ggz-keten. Vanuit de forensische ggz-praktijk is op dit punt bevestiging gegeven dat een opgaan in Wmo+Zvw inhoudelijk én financieringstechnisch naar verwachting niet werkbaar is voor de forensische sector.

D.3 Scenario A3 — geïntegreerd team, alleen Wmo

Meerkosten A3: beperkt (gemeentelijke herordening). De behandelcomponent (Zvw) wordt via reguliere verwijzing ingekocht — het financiële schot Wmo–Zvw blijft bestaan. De impact op R1 is slechts –1: opschaling van behandeling vereist een apart verwijstraject dat vertraging oplevert. A3 is daarmee een onvolledige variant; bruikbaar als overbrugging waar A2 niet haalbaar is, niet als eindbeeld.

D.4 Scenario B3 — waarom ‘half beleid’ contraproductief is

Totaalscore: –3. De bemoeizorgwerker signaleert problemen, maar de ambulante ggz heeft een wachtlijst van maanden. Effecten:

- R1 (Draaideur): +1 — meer signalering zonder opvolging leidt tot meer crisisopnames.
- R3 (Wachtlijstspiraal): +1 — meer verwijzingen naar een wachtlijst die al te lang is.
- R4 (BW-bottleneck): +1 — signalering zonder uitstroombmogelijkheid voert extra instroom naar een beschermd-wonenvoorraad die al vastzit, waardoor de bottleneck verergert.
- B2 (Housing First): 0 — zonder geïntegreerd team en zonder concrete woonruimte ontstaat geen Housing First-versterking.
- B1a (FACT): 0 — geen versterking, want het team is niet geïntegreerd. De totaalscore volgt uit de aggregatieregel (C.2, stap 3): drie loops worden aangewakkerd in plaats van gedempt (R1, R3 en R4, elk –1) en geen enkele loop levert een positieve bijdrage, samen –3.

De les is helder: investeren in signalering zonder behandel-capaciteit verergert het probleem. Companen documenteert dezelfde dynamiek voor de forensische overgang: ‘risico’s op terugval en zorgmijding bij overgang van forensische naar lichte Wmo-zorg’ (Companen 2026, p.14). De OVV spreekt in vergelijkbare termen van ‘kwetsbare ruimte’ (OVV 2026, p.140–141): initiatieven blijven kwetsbaar zonder stelsel-wijzigingen die ze bestendigen.

D.5 Vergelijkend overzicht alle scenario's

Kenmerk	A1	A2	A3	B1	B2	B3
Organisatie-vorm	Geïnte-greerd	Geïnte-greerd	Geïnte-greerd	Gescheiden	Huidig	Gescheiden
Financiering	Zvw+Wmo+-Wlz	Zvw+Wmo	Wmo	Zvw+Wmo+-Wlz	Huidig	Wmo
Totaalscore	+24	+19	+9	+6	0	−3
Meerkosten/jr	€200–300 mln	€100–150 mln	Beperkt	Beperkt	Referentie	—
Netto-saldo/jr	−€77 tot +€90 mln	+€30–140 mln	Onbekend	Laag	0	Negatief
Implemen-tatietijd	5–10 jaar	2–3 jaar	1–2 jaar	3–5 jaar	n.v.t.	1 jaar
Dekking doelgroep	~100%	~80%	~60%	~100%	Huidig	~40%
Oordeel	Streefmodel binnen 5 jaar	Noodzake-lijke eerste fase	Over-brugging	Onvolledig	Status quo	Contra-productief

Bijlage E — Kritieke bouwstenen: systeemeffect en financiële impact

E.1 Vijf kritieke bouwstenen met directe hefboomwerking

Bouwsteen	Hefboom	Systeemeffect	Financiële impact
3. Multidisciplinair bemoeizorgteam	FACT-capaciteit (B1a)	Dempt R1 (−4), R3 (−4). Versterkt B1a (+5). Sterkste individuele bouwsteen.	€126–168 mln besparing door 12.000–16.000 vermeden crisis-opnames.
6. Vervolgzorg en doorstroom	Transitiezorg (hefboom 3)	Dempt R1 (−4) en R2 (−2). Warme overdracht voorkomt gaten in begeleiding.	Reductie ontslag naar dakloosheid: 60–70% bij scenario A1.
11. Structurele financiering	Hefboom 1 + 2	Voorwaardelijk voor alle scenario's. Zonder structurele financiering geen duurzaam team.	Netto-saldo A1: −€77 tot +€90 mln/jaar (worst case licht negatief, best case positief).
12. Cofinanciering (lumpsum Wmo+Zvw)	Doorbreken financiële schotten	Elimineert schot Zvw–Wmo. Maakt opschaling binnen één team mogelijk zonder verwijstraject.	Eliminatie perverse prikkels declaratie-per-verrichting. Transactiekosten huidig stelsel: 10–15% van budget.
18. Huisvesting	Woningvoorziening (B2)	Doorbreekt R4 (bottle-neck BW). Versterkt B2 (Housing First).	€48–112 mln vermeden maatschappelijke kosten dakloosheid (Straatdokter MKBA; Cebeon 2021). Dit betreft een bredere maatschappelijke-kostenraming en is niet dezelfde post als de €72–84 mln directe besparing op dakloosheid in B.2.

E.2 Vier noodzakelijke bouwstenen (randvoorwaardelijk)

Bouwsteen	Functie	Waarom onmisbaar
1. Meldstructuur	Herinrichting bestaande meldstromen; geen nieuw meldpunt	Slaat aan op zorgbehoefte vóór escalatie en borgt outreachende opvolging (OGGZ, FACT) na een politiecontact. Werkt alleen met een handelend team (bouwsteen 3); zonder outreach-arm ontstaat weer een gat in ondersteuning.
5. Procesregie en mandaat	Regisseur voor de 13 stakeholders met drie wettelijke kaders	Zonder mandaat kan niemand doorpakken bij vastgelopen casuïstiek.
8. Wettelijke verankering	Wams (definitie bemoeizorg in Wmo) en WGS (gegevensdeling ZVH's)	Zonder wettelijke grondslag is bemoeizorg afhankelijk van projectfinanciering en lokaal draagvlak. OVV-aanbeveling 2 onderstreept dat bestaande professionele ruimte beter benut kan worden.
13. Bekostiging ggz-inzet	Zvw-component (~60%) als financiële voorwaarde voor multidisciplinair team	Zonder ggz-financiering geen psychiater, geen medicatie, geen crisisinterventie in het team.

Huisvesting als vijfde randvoorwaardelijke bouwsteen. Bouwsteen 18 (Huisvesting) verschijnt zowel in de kritieke categorie (E.1, vanwege directe hefboomwerking op R4) als in de randvoorwaardelijke (E.2). Vanuit het Waardennetwerk Wonen is er in de validatierespons op gewezen dat huisvesting tegelijk kritiek én randvoorwaardelijk is. Zonder huisvesting kan geen van de andere bouwstenen volledig functioneren — en zonder de andere bouwstenen wordt huisvesting niet duurzaam ingevuld.

E.3 Negen versterkende bouwstenen

De versterkende bouwstenen (2, 4, 7, 9, 10, 14, 15, 16, 17) vergroten de effectiviteit en duurzaamheid van de kritieke en noodzakelijke bouwstenen, maar doorbreken niet zelfstandig de dominante vicieuze cirkels. Voorbeelden zijn ervaringsdeskundigheid (bouwsteen 10), vroegsignalering in het onderwijs (bouwsteen 15) en samenwerking met woningcorporaties (bouwsteen 14).

Companen (2026) levert zeven aanvullende bouwstenen die in deze categorie kunnen worden geïntegreerd: het volkshuisvestingsprogramma, Wvrv-urgentie, Housing First, Skaeve Huse, Salviq, ForFACT-erkenning en ketenregistratie. Deze worden niet als losse bouwstenen toegevoegd maar als operationalisering van de bestaande negen — de afbakening met Companen op deze integratie wordt vanuit het Waardennetwerk Wonen geleid.

Bronnenlijst

Alle URLs zijn gecontroleerd per mei 2026. DOI-links zijn permanent. Webpagina's kunnen na publicatiedatum gewijzigd zijn. Bronvermelding conform APA 7e editie.

Primaire bronnen

Companen. (2026, 26 mei). Huisvestingsopgave ten behoeve van mensen met een psychische kwetsbaarheid: Onderzoeksverantwoording. In opdracht van de Nederlandse ggz. Arnhem: Companen.
<https://www.ggzcommunity.nl/wonen+en+vastgoed/nieuws+wonen/3264761.aspx?t=Onderzoek-huisvestingsopgave-ggz-regionale-en-landelijke-factsheets-met-onderzoeksverantwoording>

Companen. (2026, mei). Landelijk factsheet huisvestingsopgave ten behoeve van mensen met een psychische kwetsbaarheid. In opdracht van de Nederlandse ggz. Arnhem: Companen.
<https://www.ggzcommunity.nl/wonen+en+vastgoed/nieuws+wonen/3264761.aspx?t=Onderzoek-huisvestingsopgave-ggz-regionale-en-landelijke-factsheets-met-onderzoeksverantwoording>

de Nederlandse ggz & Valente. (2026, mei). Een handreiking voor aanbieders van zorg, beschermd wonen en opvang. Utrecht.
<https://www.valente.nl/kennisbank/handreiking-samenwerken-met-gemeenten-aan-huisvesting-voor-aandachtsgroepen/>

Kiers, B. (2026, mei). Audrey van Schaik: 'Gemeentes zijn aan zet bij aanpak onbegrepen gedrag'. Zorgvisie.
<https://www.zorgvisie.nl/audrey-van-schaik-gemeentes-zijn-aan-zet-bij-aanpak-onbegrepen-gedrag/>

Onderzoeksraad voor Veiligheid. (2026, 21 april). Kunnen doen wat nodig is: Passende zorg, ondersteuning en veiligheid voor ernstig psychisch kwetsbare personen en hun omgeving. Den Haag: OVV.
<https://onderzoeksraad.nl/veiligheid-van-mensen-met-een-epa-vraagt-om-kunnen-doen-wat-nodig-is/>

Wettelijk en beleidskader

Ambtelijke commissie IBO. (2025, 3 oktober). Uit balans — IBO mentale gezondheid en ggz. Den Haag: Ministerie van Financiën / VWS.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/2025/10/03/uit-balans-ibo-mentale-gezondheid-en-ggz>

Commissie J&V, Tweede Kamer. (2024, 4 juli). Verward/onbegrepen gedrag en veiligheid: Eindrapport parlementaire verkenning. <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2024D28280&did=2024D28280>

Kabinetsreactie Klem in het systeem. Kamerstuk 34477-94, 2 april 2026.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2026/04/02/kamerbrief-kabinetsreactie-rapport-toezicht-sociaal-domein-klem-in-het-systeem>

Ministers Van Weel, Uitermark & Staatssecretaris Karremans. (2024, 18 november). Beleidsreactie eindrapport parlementaire verkenning.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/2024/11/18/tk-beleidsreactie-eindrapport-parlementaire-verkenning-verward-onbegrepen-gedrag-en-veiligheid>

Ministeries VWS, SZW & VRO. (2022). Nationaal Actieplan Dakloosheid: Eerst een Thuis 2023–2030.
<https://www.eersteenthuis.nl/nationaal-actieplan-dakloosheid>

TSD, IGJ & Inspectie JenV. (2025, 11 december). Klem in het systeem.
<https://www.igj.nl/documenten/2025/12/11/klem-in-het-systeem.-complexiteit-stelsel-belemmert-effectieve-samenwerking-in-de-zorg-en-ondersteuning-aan-mensen-met-verward-of-onbegrepen-gedrag>

Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein (Wams, Kamerstuk 36295), met aanbiedingsbrief en nota naar aanleiding van het verslag 13 februari 2026 (36295-7) en nota van wijziging 20 februari 2026 (36295-9).
https://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/36295_wet_aanpak_meervoudige

Wet gegevensverwerking door samenwerkingsverbanden (WGS), Stb. 2024, 198, inwerkingtreding 1 maart 2025.
<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2024-198.html>

Wet versterking regie volkshuisvesting (Wvrv), verwacht 1 juli 2026.
<https://www.volkshuisvestingnederland.nl/onderwerpen/aanpak-woningnood/wet-versterking-regie-volkshuisvesting>

Posities Nederlandse ggz

de Nederlandse ggz. (2025). Maak bemoeizorg landelijk beschikbaar.
<https://www.denederlandseggz.nl/nieuws/2025/de-nederlandse-ggz-maak-bemoeizorg-landelijk-beschikbaar>

de Nederlandse ggz. (2025). Onbegrepen gedrag vraagt om vroegtijdige actie.
<https://www.denederlandseggz.nl/nieuws/2025/onbegrepen-gedrag-vraagt-om-vroegtijdige-actie>

de Nederlandse ggz. (2026). Jaarplan 2026.
<https://www.denederlandseggz.nl/over-de-nederlandse-ggz/jaarplan-2026-de-nederlandse-ggz>

MKBA en kosten-baten

Cebeon, Impuls (Radboudumc), XpertiseZorg & Instituut voor Publieke Waarden (IPW). (2022). Maatschappelijke kosten en baten brede aanpak dakloosheid. In opdracht van het ministerie van VWS.
<https://housingfirstnederland.nl/kennisbank/mkba-brede-aanpak-dakloosheid/>

Kansfonds. (2025). Slimme woonoplossingen: feiten en cijfers over de maatschappelijke kosten van dakloosheid. Utrecht: Kansfonds. <https://www.kansfonds.nl/themas/slimme-woonoplossingen/>

Van Leerdam, J. (2021). Moeilijk plaatsbaren Utrecht: Maatschappelijke kosten-batenanalyse. Amsterdam: Cebeon, in opdracht van gemeente Utrecht. <https://www.valente.nl/nieuws/kosten-baten-analyse-moeilijk-plaatsbaren/>

Wetenschappelijke literatuur

Albers, W. (2025). Beyond victimization: Understanding and addressing victimization and discrimination as barriers to societal participation of individuals with severe mental illness [Proefschrift, Universiteit Maastricht]. Kenniscentrum Phrenos. <https://kenniscentrumphrenos.nl/assets/2025/02/Proefschrift-Wendy-Albers-Beyond-Victimization-understanding-and-addressing-victimization-and-discrimination-as-barriers-to-societal-participation-of-individuals-with-severe-mental-illnes.pdf>

Alderson, R. M., Kasper, L. J., Hudec, K. L., & Patros, C. H. G. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and working memory in adults: A meta-analytic review. *Neuropsychology*, 27(3), 287–302. <https://doi.org/10.1037/a0032371>

Aubry, T. et al. (2015). At Home/Chez Soi: Canadian RCT Housing First. *Psychiatric Services*, 66(5), 463–469. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400167>

Boesveldt, N., & Palm, M. (2024). Rapportage vijfde meting: voorkomen herhaalde dakloosheid Utrecht (cohort 2019–2023). Universiteit van Amsterdam. <https://openresearch.amsterdam.nl/page/110790/longitudinaal-onderzoek-voorkomen-herhaalde-dakloosheid-utrecht>

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>

Cornelis, J. et al. (2018). Intensive home treatment for patients in acute psychiatric crisis. *BMC Psychiatry*, 18, 55. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1632-z>

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>

De Bruijn, H., & Ten Heuvelhof, E. (2018). Management in netwerken: Over veranderen in een multi-actorcontext (5e druk). Boom bestuurskunde. https://www.boom.nl/bestuurskunde/100-11996_Management-in-netwerken

De Geus, E. Q. J., Milders, M. V., Van Horn, J. E., Jonker, F. A., Fassaert, T., Hutten, J. C., Kuipers, F., Grimbergen, C., & Noordermeer, S. D. S. (2021). Acquired Brain Injury and Interventions in the Of-fender Population: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 658328. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.658328>

De Hert, M. et al. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders, I: Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10, 52–77. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x>

Delespaul, Ph. & Consensusgroep EPA. (2013). Consensus EPA-definitie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(6), 427–438. https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-9772_Consensus-over-de-definitie-van-mensen-met-een-ernstige-psychische-aandoening-EPA-en-hun-aantal-in-Nederland

Demetriou, E. A., Lampit, A., Quintana, D. S., Naismith, S. L., Song, Y. J. C., Pye, J. E., Hickie, I., & Guastella, A. J. (2018). Autism spectrum disorders: A meta-analysis of executive function. *Molecular Psychiatry*, 23, 1198–1204. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.75>

Fuermaier, A. B. M., Tucha, L., Butzbach, M., Weisbrod, M., Lange, K. W., & Tucha, O. (2021). Basic and complex cognitive functions in adult ADHD. *PLOS ONE*, 16(8), e0256228. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256228>

Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777–780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>

Hjorthøj, C. et al. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 4(4), 295–301. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0)

Koekkoek, B. (2019). De kwestie verwarde personen. Lannoo Campus. <https://www.lannoo.com/nl-be/persoonlijke-ontwikkeling-psychologie/de-kwestie-verwarde-personen-9789401462334>

Koekkoek, B. (2022). Omgaan met onbegrepen gedrag. SDU. <https://www.sdu.nl/shop/omgaan-met-onbegrepen-gedrag.html>

Kriesche, D., Woll, C. F. J., Tschentscher, N., Engel, R. R., & Karch, S. (2023). Neurocognitive deficits in depression: A systematic review of cognitive impairment in the acute and remitted state. *Europe-an Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(5), 1105–1128. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01479-5>

McCutcheon, R.A. et al. (2023). Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. *Molecular Psychiatry*, 28(5), 1902–1918. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-01949-9>

Meadows, D. H. (1999). Leverage points: Places to intervene in a system. The Sustainability Institute. <https://donellameadows.org/archives/leverage-points-places-to-intervene-in-a-system/>

Meadows, D. H. (2008). Thinking in systems: A primer (D. Wright, Ed.). Chelsea Green Publishing. <https://donellameadows.org/systems-thinking-book-sale/>

Mette, C. (2023). Time perception in adult ADHD: Findings from a decade. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3098. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043098>

Miskowiak, K. W., Burdick, K. E., Martinez-Aran, A., Bonnin, C. M., Bowie, C. R., Carvalho, A. F., Gal-lagher, P., Lafer, B., López-Jaramillo, C., Sumiyoshi, T., McIntyre, R. S., Schaffer, A., Porter, R. J., Torres, I. J., Yatham, L. N., Young, A. H., Kessing, L. V., & Vieta, E. (2018). Assessing and addressing cognitive impairment in bipolar disorder: The International Society for Bipolar Disorders Targeting Cognition Task Force recommendations. *Bipolar Disorders*, 20(3), 184–194. <https://doi.org/10.1111/bdi.12595>

Movisie. (2025, november). Bemoeizorg, bekommer je erom: Hulp voor mensen die geen hulp vragen. Utrecht: Movisie (in opdracht van VWS). <https://www.movisie.nl/publicatie/bemoeizorg-zo-organiseer-je-dat>

Mulder, C.L. et al. (2020). Netwerkpsychiatrie. Boom. https://www.boom.nl/psychiatrie/100-9413_Netwerkpsychiatrie

Nuechterlein, K. H. et al. (2008). The MATRICS Consensus Cognitive Battery, Part 1: Test selection, reliability, and validity. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 203–213. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07010042>

Nugter, A. et al. (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) implementation. *Community Mental Health Journal*, 52(8), 898–907. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9831-2>

Planije, M. & Van Vugt, M. (2023). Housing First: modelgetrouwheid en effecten. Trimbos-instituut. <https://www.trimbos.nl/kennis/zorg-en-participatie/maatschappelijke-opvang/housing-first-onderzoek-modelgetrouwheid-en-effecten/>

Reichenberg, A. (2010). The assessment of neuropsychological functioning in schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 383–392. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.3/reichenberg>

Rittel, H. W. J., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155–169. <https://doi.org/10.1007/BF01405730>

Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(10), 2029–2040. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>

Rotmans, J. (2012). In het oog van de orkaan: Nederland in transitie. Aeneas. <https://www.naibooksellers.nl/in-het-oog-van-de-orkaan-nederland-in-transitie.html>

Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D. R., & Dickinson, D. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: Consistent over decades and around the world. *Schizophrenia Research*, 150(1), 42–50. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.009>

Shefer, G., Henderson, C., Howard, L. M., Murray, J., & Thornicroft, G. (2014). Diagnostic overshadowing and other challenges involved in the diagnostic process of patients with mental illness who present in emergency departments with physical symptoms: A qualitative study. *PLOS ONE*, 9(11), e111682. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111682>

Shiroma, E. J., Ferguson, P. L., & Pickelsimer, E. E. (2010). Prevalence of traumatic brain injury in an offender population: A meta-analysis. *Journal of Correctional Health Care*, 16(2), 147–159. <https://doi.org/10.1177/1078345809356538>

Spaniol, M., & Danielsson, H. (2022). A meta-analysis of the executive function components inhibition, shifting, and attention in intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 66(1–2), 9–31. <https://doi.org/10.1111/jir.12878>

Sterman, J. (2000). *Business Dynamics: Systems Thinking and Modeling for a Complex World*. McGraw-Hill. <https://systemdynamics.org/product/business-dynamics-systems-thinking-and-modeling-for-a-complex-world/>

Tadesse, A. W., Tarekegne, F. M., Wagnew, F., Mihretie, G. N., & Abebe, T. B. (2022). Cognitive impairment in people with schizophrenia: An umbrella review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273, 1267–1285. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01416-6>

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192–193. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>

Tsemberis, S. et al. (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651–656. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.4.651>

Van Everdingen, C., Peerenboom, P. B., van der Velden, K., & Delespaul, P. (2021). Health Patterns Reveal Interdependent Needs of Dutch Homeless Service Users. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 614526. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.614526>

van Heugten, C. (2022). Acquired Brain Injury. In *Comprehensive Clinical Psychology*, Second Edition (Vol. 8, pp. 289-300). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00174-6>

Van Veldhuizen, J.R. et al. (2015). Handboek FACT. Boom. https://www.boom.nl/auteur/110-1466_Veldhuizen/100-1744_Handboek-Flexible-ACT

Van Vugt, M. (2015). ACT in Nederland, Erasmus Universiteit. https://repub.eur.nl/pub/78111/150513_Vugt-Maaïke-Diewertje-van-BEWERKT.pdf

Velikonja, T., Fett, A. K., & Velthorst, E. (2019). Patterns of nonsocial and social cognitive functioning in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(2), 135–151. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3645>

Vita, A. et al. (2021). Effectiveness, Core Elements, and Moderators of Response of Cognitive Remediation for Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(8), 848–858. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0620>

Empirische bronnen aanvullend

CBS. (2024). 30,6 duizend dakloze mensen in Nederland (peildatum 1 januari 2023). <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/13/30-6-duizend-dakloze-mensen-in-nederland>

CBS. (2025, 28 januari). 33 duizend mensen dakloos begin 2024. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2025/05/33-duizend-mensen-dakloos-begin-2024>

Politie.nl. (2025, 16 januari). Jaarverslag 2024: Stijging overlast personen met verward gedrag houdt aan. 149.827 E33-incidenten. <https://www.politie.nl/nieuws/2025/januari/16/00-jaarcijfers-politie-stijging-overlast-personen-met-verward-gedrag-houdt-aan.html>

Politie.nl. (2026, 13 januari). Jaarcijfers 2025: nieuwe oplossingen nodig voor veranderende criminaliteit. 168.960 E33-incidenten. <https://www.politie.nl/nieuws/2026/januari/13/jaarcijfers-nieuwe-oplossingen-nodig-voor-veranderende-criminaliteit.html>

Trimbos-instituut. (2020). Mensen met onbegrepen gedrag: regionale analyses E33-meldingen.
<https://www.trimbos.nl/kennis/verward-gedrag/>

Trimbos-instituut. (2023). Psychische én verslavingsproblemen in een beschermd woonvorm: wat is er nodig? Verkennend onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut.
<https://www.trimbos.nl/kennisbank/af2055-behoeftepeiling-dubbele-problematiek-in-het-beschermd-wonen/>

Trimbos-instituut / Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD). Geïntegreerde behandeling Dubbele Diagnose (IDDT) — erkende interventie; Handreiking woonbegeleiding dubbele diagnose.
<https://www.trimbos.nl/kennis/zorg-en-participatie/ggz-erkende-interventies/geintegreerde-behandeling-dubbele-diagnose/>

Verwey-Jonker Instituut. (2019). Weerbare wijken tegen ondermijning: contouren van een nieuwe strategie. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut. <https://www.verwey-jonker.nl/publicatie/weerbare-wijken-tegen-ondermijning/>

Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV). Webdossier Bestuurlijke aanpak drugs-criminaliteit.
<https://hetccv.nl/themas/georganiseerde-criminaliteit-en-ondermijning/drugscriminaliteit/>

Gemeente Amsterdam. Programma Weerbare Mensen, Weerbare Wijken.
<https://openresearch.amsterdam/nl/page/57001/uitvoeringsplan-weerbare-mensen-weerbare-wijken>

Het Parool. (2026). Berichtgeving over geweld en drugsgebruik in 24-uursopvang De Rijswijk (HVO-Querido), Amsterdam Nieuw-West.
<https://www.parool.nl/amsterdam/drugs-geweld-en-afpersing-hoe-bewoners-op-zorglocatie-de-rijswijk-in-nieuw-west-steds-verder-afglijden~b4e527a6>

RIVM. (2018). Factsheet verward gedrag nader bekeken: analyse van E33- en E14-meldingen in de politieregistratie.
<https://www.rivm.nl/documenten/factsheet-verward-gedrag-nader-bekeken-analyse-van-e33-en-e14-meldingen-in>

Vektis. (2025). Factsheet EPA: Vernieuwde afbakeningscriteria 2016–2024.
<https://www.vektis.nl/inzichten/factsheet-epa?searchterms=factsheet%20epa&source=typeahead>

WODC. (2024). Cahier 2024-13: Monitor nazorg ex-gedetineerde personen — 7e meting. Problemen op de basisvoorwaarden en de relatie met detentieduur en recidive.
<https://repository.wodc.nl/entities/publication/20296088-bc8c-4112-81d2-dd596696f25c>

WODC. (2024). Cahier 2024-18: Procesevaluatie ‘Patiënt op de juiste plek’ in de forensische zorg.
<https://repository.wodc.nl/entities/publication/3bb1e59b-6270-4657-a10c-543b2b5d4b3a>

Colofon

Dit rapport is tot stand gekomen binnen het Waardenetwerk Zorg & Veiligheid van de Nederlandse ggz. De grootste dank gaat uit naar de validatoren en tegenlezers: met hun ervaring, kennis en kritische blik hebben zij de analyse op cruciale punten aangescherpt. Mede dankzij hen laat dit rapport zich niet lezen als één auteursstem, maar als een gezamenlijk verhaal. Onze dank, namens Joost Harkink (voorzitter van het Waardenetwerk Zorg & Veiligheid) en Katja van Essen-Berman (netwerkcoördinator en auteur), gaat uit naar de validatoren en tegenlezers die op het validatie-instrument hebben gereageerd:

Anke van Balkom (GGZ Breburg), Bauke Koekkoek (HAN/ Politieacademie), Carla Hugen (Nederlandse Straatdokters Groep), Carolien Bakker (de Nederlandse ggz), Elsa Doze en Rosalind van der Lem (Fivoor), Frank van Riet (Politie Rotterdam), Frank Jonker, Harm Twaalfhoven en Lotte Baan (GGZ Noord-Holland-Noord), Heleen Wadman (InBegrepen), Janine Berton (Openbaar Ministerie), Josephine Lenssen (Dimence), Leontien van der Veen (De Rooyse Wissel), Melissa Vehof (Mediant), Nicole Zeelen (Emergis), Randa Ourahou (Diversity of Nursing), Siard Houdanus (Politie Groningen), Sinead Pothoven (Novadic-Kentron), Stefan Poppe (de Nederlandse ggz), Youp van Zorge (de Nederlandse ggz).

Voor de opbouw van de kennisbank, synthese van gegevens en analyse van de data t.b.v. de Causal Loop Diagram en integratie van tekstpassages is gebruik gemaakt van generatieve AI door middel van Claude AI, Opus 4.7 en Opus 4.8, conform de NWO-I Living Guidelines for the Responsible Use of Generative AI (Utrecht, 2025). Hierbij berusten alle keuzes in en de verantwoordelijkheid voor dit rapport bij de auteur.

Juli 2026

**Samen
zijn we de
Nederlandse
ggz**