

Overzicht van knelpunten bij de ondersteuning van mensen met meervoudige problemen

Attentie: deze versie van het rapport is nog niet definitief opgemaakt en kan dus afwijken van de definitieve versie (die op een later moment zal worden uitgebracht via www.scp.nl/publicaties)

Overzicht van knelpunten bij de ondersteuning van mensen met meervoudige problemen

Inger Plaisier
Mirjam de Klerk
Evelien Eggink
Mark Reijnders
Sabrina Rahmawan-Huizenga
Peggy Schyns

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is een interdepartementaal, wetenschappelijk instituut, dat – gevraagd en ongevraagd – sociaal-wetenschappelijk onderzoek verricht. Het SCP rapporteert aan de regering, de Eerste en Tweede Kamer, de ministeries en maatschappelijke en overheidsorganisaties. Het SCP valt formeel onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het SCP is opgericht bij Koninklijk Besluit op 30 maart 1973. Het Koninklijk Besluit is per 1 april 2012 vervangen door de ‘Regeling van de minister-president, Minister van Algemene Zaken, houdende de vaststelling van de Aanwijzingen voor de Planbureaus’.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2025
Opmaak binnenwerk: Future Communication, Utrecht
Eindredactie en productiebegeleiding: Future Communication, Utrecht
Omslagontwerp: Future Communication, Utrecht

Copyright

U mag citeren uit SCP-rapporten, mits u de bron vermeldt.

U mag SCP-bestanden op een server plaatsen mits:

1. het digitale bestand (rapport) intact blijft;
2. u de bron vermeldt;
3. u de meest actuele versie van het bestand beschikbaar stelt, bijvoorbeeld na verwerking van een erratum.

Contact

Sociaal en Cultureel Planbureau
Postbus 16164
2500 BD Den Haag
www.scp.nl
info@scp.nl

Via onze website kunt u zich kosteloos abonneren op een elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

1	Inleiding.....	4
1.1	Doel van deze achtergrondstudie	5
1.2	Denkkader	6
1.3	Reikwijdte van deze achtergrondstudie.....	8
1.4	Leeswijzer	9
2	Waarden	11
2.1	Schurende waarden.....	11
2.2	Uitgangspunten ten aanzien van zorg en ondersteuning	14
2.3	Tegenstrijdige en onrealistische mensbeelden.....	15
2.4	Onrealistische beleidsaannames.....	18
2.5	Samenvatting	19
3	Interventies	21
3.1	Aanbod schiet tekort	21
3.2	De interventie sluit niet goed aan bij behoeften.....	25
3.3	De methode of werkwijze past niet	28
3.4	Hulpverleners doen niet altijd wat nodig is	32
3.5	Samenvatting	35
4	Organisatie	36
4.1	Toegang kent allerlei drempels.....	37
4.2	Schaarste personeel	43
4.3	Samenwerking is lastig.....	44
4.4	Onduidelijkheden in de verantwoordelijkheidsverdeling.....	47
4.5	Samenvatting	49
5	Financiering	50
5.1	Onvoldoende aanbod door kostenbeheersing	51
5.2	Versnippering door gescheiden geldstromen.....	57
5.3	Marktwerving belemmert passende zorg en ondersteuning.....	58
5.4	Zorgmijden, armoede en ongelijkheid door eigen betalingen	61
5.5	Samenvatting	65
	Literatuur.....	67

1 Inleiding

Problemen bij het verkrijgen van levensbrede ondersteuning – zoals bij geldzaken, de opvoeding van kinderen en leven met een fysieke of mentale beperking – zijn al langere tijd bekend en veelvuldig onderzocht. Het stelsel voor zorg en ondersteuning in Nederland is complex waardoor ondersteuning voor veel mensen moeilijk te vinden is (Kromhout et al. 2020; Plaisier en Den Draak 2021; Plaisier et al. 2024; RVS 2023; WRR 2021). Mensen met enkelvoudige problemen en hulpvragen krijgen over het algemeen wel voldoende hulp in het sociaal domein. Voor een best omvangrijke groep mensen met problemen op meerdere domeinen (zie kader 1.1) komt de ondersteuning vaak niet, niet voldoende passend of (te) laat op gang (Van Echtelt et al. 2024; Kromhout et al. 2020; Kruiter en Kellerman 2019; Plaisier et al. 2023b; ZiN/NZa 2020). Het vraagt behoorlijk veel van mensen om de weg te vinden in de grote diversiteit aan organisaties en instanties die betrokken zijn bij de ondersteuning van mensen en om vervolgens succesvol om ondersteuning te vragen (Amagir en Kremer 2024). Zelfs hulpverleners kunnen daar moeite mee hebben (Plaisier et al. 2024).

Daarnaast is ondersteuning voor verschillende levensgebieden vanuit verschillende wetten en domeinen georganiseerd, waardoor hulpverleners niet altijd oog hebben voor problemen in andere levensgebieden (Plaisier et al. 2023b; Plaisier et al. 2024). Problemen in het ene domein kunnen echter verergeren als de problemen in een ander domein niet worden aangepakt, waardoor er vervolgens duurdere en complexere vormen van hulp nodig zijn (RVS 2023). Denk aan mentale en fysieke gezondheidsproblemen die kunnen ontstaan door langdurige financiële stress en armoede, maar ook vice versa (Pharos 2021).

De problemen bij de ondersteuning van mensen komen voor een belangrijk deel voort uit institutionele knelpunten van het stelsel voor zorg en ondersteuning. Bijvoorbeeld botsende wettelijke kaders, niet passende interventies, een gefragmenteerde organisatie en financiële prikkels die verkeerd uitwerken (Van Echtelt 2020; Kruiter en Kellerman 2019; ROB 2021; RVS 2023; ZiN/NZa 2020).

Er zijn diverse hervormingsinitiatieven om mensen beter te kunnen ondersteunen. Denk aan de fundamentele wijziging van de Participatiewet, de Hervormingsagenda Jeugd, en de Vereenvoudiging Inkomensondersteuning voor Mensen (VIM). Ook wordt ingezet op het beter bereiken van mensen, zoals met het wetsvoorstel Proactieve dienstverlening. Verder zijn er in en rond het sociaal domein allerlei initiatieven gericht op het bieden van domeinoverstijgende dienstverlening, zoals het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO), het Wetsvoorstel aanpak meervoudige problematiek in het sociaal domein (Wams) en het Programma Werk aan Uitvoering (WaU)) om overheidsbrede loketten in te richten. Verder zijn er talrijke lokale initiatieven van zorgaanbieders voor domeinoverstijgende samenwerking (Vilans 2022), zorgcoöperaties en burgerinitiatieven.

Deze initiatieven richten zich op belangrijke knelpunten van het huidige stelsel, maar bouwen tegelijkertijd op het bestaande stelsel voort. Dat kan bijvoorbeeld tot meer uitzonderingen en extra regels leiden, zonder dat er dieperliggende oorzaken van problemen kunnen worden aangepakt. Dit kan de complexiteit van het stelsel vergroten, of kunnen zelfs averechts uitwerken als onderliggende aannames van het beleid niet juist zijn (Stellaard 2023). Diverse partijen wijzen dan ook op de

noodzaak van een fundamentele herziening van de zorg en ondersteuning (RVS 2023; WRR 2021). Stel dat je een stelsel voor zorg en ondersteuning helemaal opnieuw zou kunnen ontwerpen, op welke fundamentele basiselementen zou dat dan zijn gebaseerd?

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) verkent op welke fundamentele elementen een nieuw en beter werkend stelsel voor levensbrede ondersteuning van mensen met diverse problemen gebaseerd zou kunnen zijn. Zo'n stelsel zou op basis van deze elementen door beleidsmakers uitgewerkt kunnen worden. Een nieuw stelsel zou voor mensen met meervoudige problemen die nu niet goed geholpen worden, beter moeten werken. Zonder dat dit ten koste gaat van mensen die nu wel goed geholpen worden. Hiermee geven we een beeld van waar de uitgangspunten en vormgeving van het huidige stelsel niet goed werken. De onderhavige achtergrondstudie met een overzicht van knelpunten in het bestaande stelsel maakt deel uit van deze verkenning. De resultaten van deze achtergrondstudie dienen als basis voor *social design*-sessies. Daarin proberen we nieuwe elementen te ontwerpen voor een ander, beter werkend stelsel voor levensbrede ondersteuning van mensen met (en ook zonder) gestapelde problemen. Dat doen we met verschillende soorten dwarsdenkende deskundigen: mensen met ervaringskennis, hulpverleners, beleidsmakers en onderzoekers. Eerder ontwikkelde persona's zullen in deze fase gebruikt worden om te doordenken hoe de elementen van een alternatief stelsel voor hen zullen uitpakken: als hun situatie verbetert, krijgen zij dan wel passende ondersteuning? Voor een overzicht van deze persona's, zie Rahmawan-Huizenga et al. 2025). Het overzicht is te raadplegen via www.scp.nl bij deze publicatie.

1.1 Doel van deze achtergrondstudie

Het is goed om bij het ontwikkelen van ideeën voor een nieuw en beter werkend stelsel voor levensbrede ondersteuning rekening te houden met wat er in het huidige stelsel misgaat. Welke knelpunten spelen er bij de ondersteuning van mensen met meervoudige problemen? Wat zijn de oorzaken van deze knelpunten? De focus op wat er niet goed gaat kan een vertekend beeld geven van hoe het in het sociaal domein gaat. Er gaat natuurlijk ook veel goed. Veel mensen zijn tevreden met de ondersteuning die zij krijgen en hulpverleners spannen zich in om het goede te doen. Door knelpunten in kaart te brengen en op zoek te gaan naar de samenhang daarin, komen we echter bij dieper achterliggende oorzaken van de problemen die spelen in de levensbrede ondersteuning van mensen. De problemen worden op deze manier gedeconstrueerd. En dat biedt handvatten voor het denken over wat er anders of beter zou moeten als je een stelsel voor ondersteuning opnieuw zou kunnen vormgeven. Dat gebeurt in een volgende fase van dit onderzoek met behulp van *social design*-methodes.

Het gaat in deze achtergrondstudie om structurele knelpunten: problemen die te maken hebben met de manier waarop het stelsel in elkaar zit, die hardnekkig blijken en die voor grotere groepen mensen negatieve gevolgen hebben. Het gaat dus niet om toevallige, incidentele fouten en tekortkomingen – die zijn nu eenmaal onvermijdelijk in een stelsel dat voor een groot deel uit mensenwerk bestaat. Het burgerperspectief staat hierbij nadrukkelijk voorop. We beschrijven knelpunten die negatieve gevolgen hebben voor mensen met meervoudige problemen. Zij krijgen niet of minder ondersteuning dan dat zij nodig hebben, of de ondersteuning die zij krijgen is niet effectief of niet passend. De onderzoeksvraag daarbij is: Welke structurele stelselknelpunten doen zich voor rondom de zorg en ondersteuning van zelfstandig wonende mensen met problemen op meerdere terreinen?

Vervolgens gaan we op zoek naar de dieperliggende oorzaken van deze knelpunten, zoals fundamentele keuzes met betrekking tot de organisatie en financiering van de zorg en ondersteuning. Daarnaast kijken we naar dieperliggende waarden, beleidsaannames en mensbeelden waarop het stelsel is gebaseerd en van waaruit hulpverleners handelen. Dat is het uiteindelijke doel van deze achtergrondstudie. Hiermee willen we een antwoord krijgen op de vraag: Wat zijn de dieperliggende oorzaken en de eventuele onderlinge samenhang van structurele knelpunten in het stelsel voor zorg en ondersteuning?

Om deze onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, doorlopen we de volgende stappen:

- 1 We verzamelen de belangrijkste knelpunten die spelen bij de ondersteuning van mensen met problemen op meerdere terreinen die bekend zijn in de (grijze) literatuur. We analyseren deze door hun eventuele samenhang en onderliggende oorzaken te doordenken.
- 2 Tegelijkertijd ontwikkelen we negen persona's die groepen mensen verbeelden die deze problemen hebben en die daarbij niet goed geholpen (kunnen) worden. Deze persona's, die zijn beschreven in een apart document, gebruiken we onder andere om te illustreren hoe knelpunten uitwerken op mensen met dit type problemen.¹ In de hoofdstukken van deze achtergrondstudie komen de volgende persona's voorbij: Jolanda, Rosa, Storm, familie De Vries, Sepp, Mandy, John, Aleksander en Michael. Zie ook het eerder genoemde persona-overzicht (Rahmawan-Huizenga et al. 2025).
- 3 In groeps gesprekken met ervaringsdeskundigen, hulpverleners, beleidsmakers en wetenschappers bespreken we of deze persona's een passende verbeelding zijn van mensen die in het huidige stelsel niet goed geholpen worden. Uit deze groeps gesprekken komen mogelijk tevens knelpunten uit de praktijk naar voren waarmee we de knelpunten uit de literatuur aanvullen.

1.2 Denkkader

We gebruiken een denkkader (zie figuur 1.1) om knelpunten uit de literatuur en de persona's op fundamenteel niveau beter te kunnen begrijpen en hun eventuele samenhang of onderliggende oorzaken te zien. We hebben ons laten inspireren door concepten en inzichten van anderen en bouwen daarop voort.² We onderscheiden vier segmenten van het stelsel. Het segment linksboven in het analysekader staat voor waarden. Een stelsel is altijd gebouwd op waarden en daarop gebaseerde mensbeelden, en aannames over de uitwerking van het beleid. Vanuit deze waarden worden interventies ontwikkeld (linksonder in het analysekader): welke ondersteuning wordt aan mensen geboden, met welke methoden, en wat is het doel van die ondersteuning? Waarden en interventies gaan dus voornamelijk over de inhoud: wat we doen en waarom. Ze vormen het linkerdeel van de figuur.

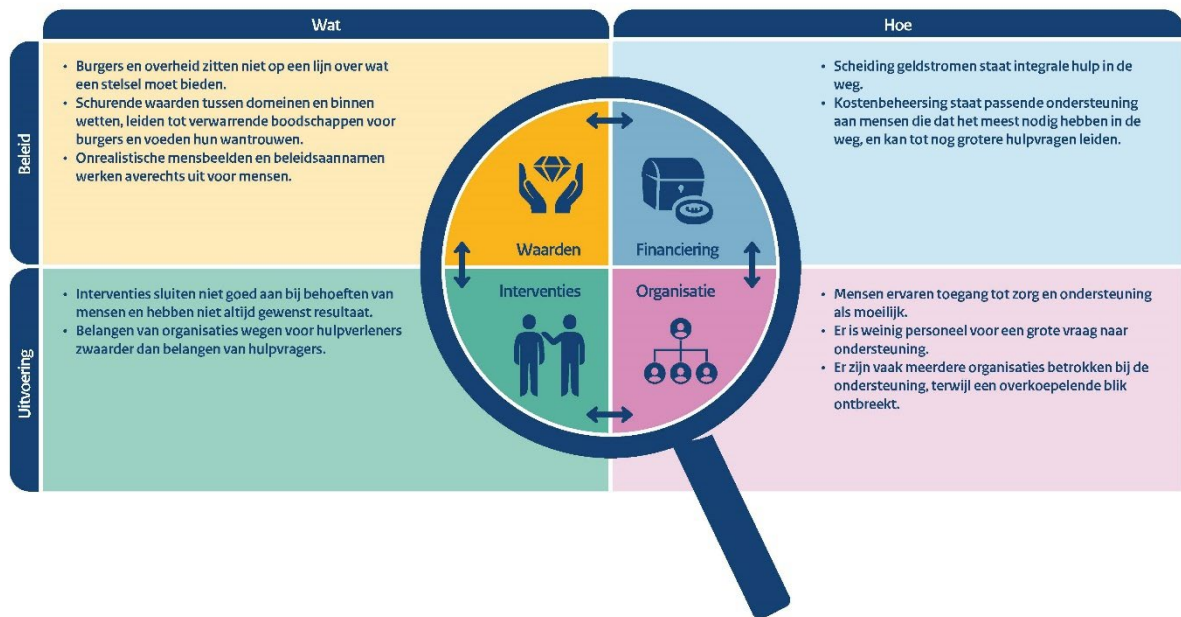
Daarnaast gaat een stelsel ook over hoe het te organiseren en te financieren. Dit zijn de institutionele elementen, gepresenteerd aan de rechterkant van de figuur. De figuur is ook horizontaal te verdelen. Het bovenste deel bestaat uit de segmenten die samen het beleid vormen: de waarden onder het stelsel en de financiering. Interventies en organisatie vormen samen de uitvoering, te zien in het onderste deel van de figuur. De vier segmenten staan overigens niet los van elkaar, maar vormen een

¹ Elke persona staat voor een grotere groep mensen in min of meer vergelijkbare situaties. Dit wil echter niet zeggen dat alle zorg en ondersteuning voor iedereen in zo'n situatie tekortschiet.

² Deze figuur is geïnspireerd door het werk van de Raad voor het Openbaar Bestuur (ROB). Specifiek betreft het figuur 1 in ROB (2021: 12).

samenspel. Keuzes in het ene segment hebben gevolgen voor de invulling van de andere segmenten. We lichten deze segmenten hierna verder toe.

Figuur 1.1 Denkkader: Segmenten van een stelsel voor levensbrede ondersteuning



1.2.1 Segment 1: waarden

Om het huidige stelsel van zorg en ondersteuning te kunnen doorzien, is het belangrijk om de waarden die daaraan ten grondslag liggen te begrijpen. Waarden vormen belangrijke ingrediënten van mensbeelden: vaak onbewuste veronderstellingen over wat mensen kunnen, wat ze willen en hoe ze zich (zouden moeten) gedragen (Gebhardt en Feijten 2022). Denk aan het beeld van de rationele, zelfredzame mens. Verder zijn waarden ook terug te vinden in (on)bewuste aannames over de uitwerking van beleid. Al met al zijn waarden te beschouwen als de onderliggende en sturende basis van het stelsel. Ze zijn niet alleen bepalend voor de interventies, welke ondersteuning mensen zouden moeten krijgen en met welk doel, maar ook over de voorwaarden: wat hebben we er financieel voor over en wie/welke organisaties moeten het uitvoeren?

1.2.2 Segment 2: interventies

Vanuit waarden, mensbeelden en aannames over hoe beleid op mensen uitwerkt, kan worden besloten welke ondersteuning de burger krijgt. Dit zijn de interventies waar het uiteindelijk om draait, de regelingen en het ondersteuningsaanbod. Worden problemen opgelost, wordt de burger verzorgd, gecompenseerd, aangemoedigd om te veranderen of iets aan te leren, of krijgt de burger niets? En met welke middelen, zoals een rolstoel, uitkering of hulp bij het huishouden, en welk type hulpverleners met welke expertise gebeurt dat? Het gaat daarbij ook over de werkwijze van hulpverleners: hoe gaan zij om met degene die ondersteuning nodig hebben en welke methode gebruiken zij?

1.2.3 Segment 3: organisatie

Als inhoudelijk duidelijk is wat een stelsel zou moeten doen voor mensen, kan je nadenken over hoe dat georganiseerd moet worden. Wie gaat wat doen (welke organisaties en met welke mensen) en hoe verdeel je verantwoordelijkheden tussen burgers, maatschappelijke organisaties en overheden? Het gaat in feite over wie de spelers zijn en volgens welke regels zij (samen)werken. Maar ook over de

toegang tot de ondersteuning. Hoe is die ingericht? Wat is de route die mensen doorlopen om zorg en ondersteuning te krijgen?

1.2.4 Segment 4: financiering

De organisatie van een stelsel voor ondersteuning is niet los te zien van de wijze van financiering. Ook dat hangt sterk samen met de onderliggende waarden onder een stelsel: wat hebben we ervoor over om mensen te ondersteunen? Op welke aannames berusten financiële prikkels die in het stelsel zijn ingebouwd om de ondersteuning betaalbaar te houden?

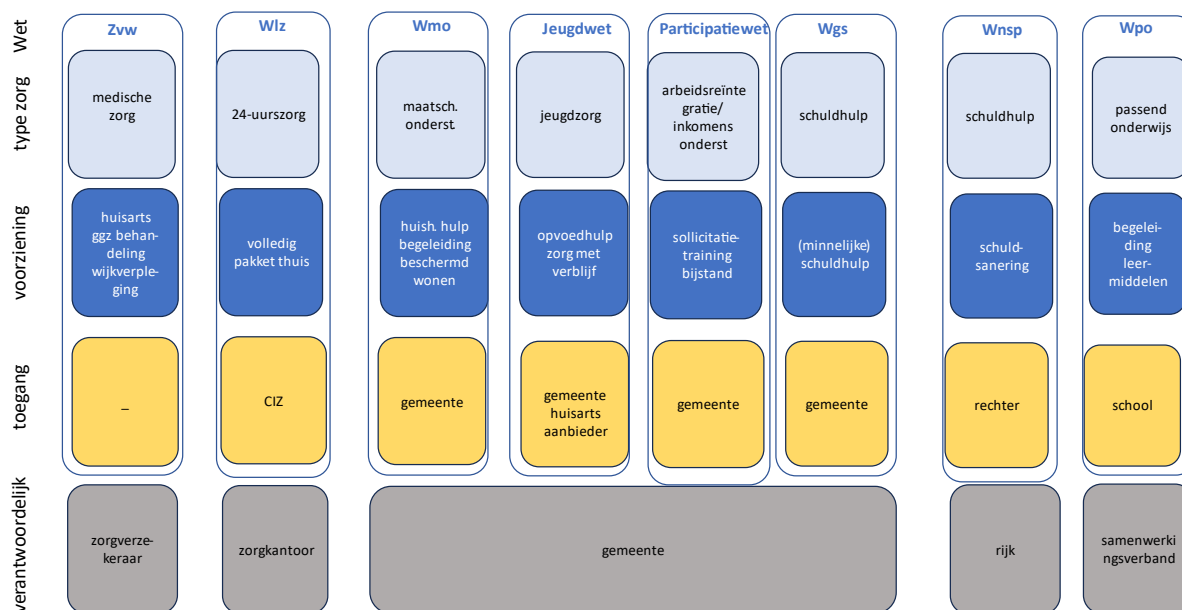
1.3 Reikwijdte van deze achtergrondstudie

Deze achtergrondstudie is gericht op structurele knelpunten bij de zorg en ondersteuning voor mensen die zelfstandig (kunnen) wonen, dus niet op mensen die in een instelling verblijven.³ Daarbij ligt de focus primair op mensen met meervoudige problemen: mensen met enkelvoudige problematiek krijgen nu over het algemeen al voldoende hulp. Het stelsel voor zorg en ondersteuning bakenen we niet bij voorbaat af, zoals aan de hand van wetten, instituties of functies.⁴ We benaderen het stelsel vanuit mensen en hun ondersteuningsbehoeften die in meerdere levensdomeinen spelen, zoals op het gebied van zorg, participatie en inkomen en bestaanszekerheid. Zie figuur 1.2 voor een schematisch overzicht van de ondersteuning die in dit onderzoek een rol speelt en de wettelijke kaders waar deze onder valt. Toch spreken we voor de leesbaarheid van het stelsel van zorg en ondersteuning, ook al is dat in werkelijkheid geen duidelijk omlijnende of afgebakende entiteit. Met het stelsel voor zorg en ondersteuning doelen we wel op een smaller stelsel dan de gehele verzorgingsstaat. Bij dit laatste gaat het om welvaart en welbevinden voor alle inwoners, zoals werkgelegenheid, arbeidsomstandigheden, onderwijs en sociale zekerheid. Tot slot kijken we naar het algemene, landelijke beeld, niet naar de situatie in specifieke gemeenten.

³ Mensen die dak-/thuisloos zijn vallen wel binnen de reikwijdte van deze studie.

⁴ De RVS (2023) richt zich bij het denken over stelselverandering op de zorgwetten, te weten de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), en de Jeugdwet. De WRR kijkt vanuit een juridisch-bestuurlijk perspectief naar de gezondheidszorg en maakt daarbij een onderscheid tussen het zorglandschap ('het geheel aan instituties dat zorg verleent, organiseert, verzekert of reguleert') en het zorgstelsel (de vijf zorgwetten Zvw, Wlz, Wmo 2015, Wet publieke gezondheid (Wpg) en Jeugdwet) (WRR 2021).

Figuur 1.2 Schematisch overzicht van het stelsel voor zorg en ondersteuning



Er gingen verschillende wetten vooraf aan het huidige stelsel en er zijn diverse hervormingen en aanpassingen geweest, ook in de huidige wetten. Om goed te begrijpen waarom het stelsel voor ondersteuning nu is zoals het is, is het belangrijk om de historische ontwikkeling te begrijpen. In dit rapport volgt echter geen uitputtende uiteenzetting over hoe het stelsel de huidige vorm heeft gekregen. Voor uitgebreide verhandelingen daarover verwijzen we naar andere relevante publicaties, onder meer over de Nederlandse verzorgingsstaat (Fenger 2016; Kwakkelstein en Dam 2012; Schuyt 1991, 2013; Trommel en Van der Veen 1999), de zorg in het algemeen (WRR 2021), zorgverzekeringen (Vonk 2013), ouderenbeleid (Hoogenraad en Van Kampen 2025), jeugdzorg (Dekker et al. 2012) en maatschappelijke ondersteuning (VWS 2024), sociaal werk (Van der Linden 2016), sociale zekerheid (Van Gestel et al. 2009; Vrooman 2016) en passend onderwijs (Stellaard 2023).

Tot slot zijn we ons er zeer van bewust dat we de complexiteit en rijkheid van het (denken over het) stelsel voor zorg en ondersteuning in dit achtergronddocument sterk reduceren en dat we veel buiten beschouwing laten. Dat proberen we te ondervangen door in de tekst te verwijzen naar andere relevante publicaties die dieper op bepaalde aspecten ingaan. Het doel is hier niet om een uitputtend overzicht te geven van alle schurende aspecten van het stelsel, maar om op een relatief beknopte manier tot de kern te komen hoe en waarom het stelsel niet (goed) werkt voor mensen met meervoudige problemen.

1.4 Leeswijzer

In de hoofdstukken 2 tot en met 5 beschrijven we de knelpunten in hoofdlijnen per segment van het analysekader vanuit het perspectief van mensen met meervoudige problemen. We illustreren hoe knelpunten in het leven van mensen uitwerken aan de hand van de persona's. Dit overzicht vormt de inhoudelijke basis voor de knelpuntensynthese (Plaisier et al. 2025). In die synthese brengen we de knelpunten bijeen en ordenen deze met behulp van een denkkader. Daarmee bieden we inzicht in de fundamentele elementen van het stelsel voor zorg en ondersteuning, die ertoe leiden dat veel

mensen met meervoudige problemen niet goed ondersteund worden. De synthese is te raadplegen op www.scp.nl bij deze publicatie.

2 Waarden

Om het huidige stelsel voor zorg en ondersteuning te kunnen doorzien, is het van belang om de waarden te begrijpen die daaraan ten grondslag liggen. Er is geen algemeen geaccepteerde definitie van waarden (WRR 2003), maar wij vatten ze hier op als ‘diepgewortelde – vaak onbewuste – overtuigingen die richting geven aan hoe mensen vinden dat het moet of hoort’ (Van Driesten et al. 2023: 7). Denk hierbij aan waarden als rechtmatigheid, individuele (keuze)vrijheid, zelfredzaamheid, zorgzaamheid, reciprociteit, participatie, recht op zorg, solidariteit en gelijkheid. Dat soort waarden liggen aan de basis van het stelsel en hebben een doorwerking in de organisatie en financiering ervan, en in de interventies die hulpverleners toepassen.

Waarden zijn abstract en moeilijk grijpbaar, wat een bespreking ervan ingewikkeld maakt. Toch is het juist goed om op dat fundamentele niveau na te denken over de waarden waarop een stelsel is gebaseerd. Maatschappelijke en politiek-bestuurlijke discussies over stelselhervormingen gaan daar nog wel eens aan voorbij en schieten snel in discussies over geld, verantwoordelijkheden en taken.

In dit hoofdstuk volgt een schets van manieren waarop schurende of onrealistische waarden, uitgangspunten, mensbeelden en beleidsaannames in de weg staan van levensbrede ondersteuning van mensen met meervoudige problemen. Dit is dus geen uitputtende behandeling, voor meer verbreding en verdieping verwijzen we naar andere relevante analyses en verhandelingen (zie bv. Van Driesten et al. 2023; Klosse 2003; RVS 2023; WRR 2021; Van der Zwaard 2021). Om concreet en voorstelbaar, en misschien tot op zeker hoogte zelfs invoelbaar, te maken wat het betekent voor mensen wanneer waarden schuren, illustreren we dat aan de hand van praktijkvoorbeelden en de persona’s die in het kader van dit onderzoeksproject zijn ontwikkeld.

2.1 Schurende waarden

Het stelsel is gestoeld op bepaalde filosofische en politieke waarden ten aanzien van zorg en ondersteuning die gangbaar waren in de tijd van de ontwikkeling van het stelsel. In de loop van de tijd kunnen onderliggende waarden veranderen (WRR 2021) en kunnen bepaalde waarden belangrijker worden, of juist meer op de achtergrond raken. Een voorbeeld hiervan is een belangrijke verandering binnen het zorgstelsel: waar in de vroegere Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) de nadruk lag op zorgzaamheid (met het accent op het bieden van zorg en bescherming) verschoof het perspectief in de opvolgende Wetten maatschappelijke ondersteuning (Wmo uit 2007 en Wmo 2015) naar zelfredzaamheid en meedoen (Steyaert en Kwekkeboom 2010; VWS/MO-Groep/VNG 2011). Daaraan ten grondslag ligt enerzijds de behoefte aan emancipatie en *empowerment* van mensen met beperkingen, anderzijds zouden ook kostenoverwegingen een rol spelen. De toename van doelgroepen die voor AWBZ in aanmerking kwamen maakte het ook wenselijk om de uitgaven aan zorgkosten te beheersen door mensen minder afhankelijk te laten zijn van zorg door de overheid (Movisie 2025). Een ander voorbeeld van verschuivende waarden is te vinden binnen de sociale zekerheid, waar de afgelopen decennia steeds meer nadruk is komen te liggen op het bevorderen van arbeidsparticipatie en eigen verantwoordelijkheid (Van Gestel et al. 2009; Klosse 2003).

Ondanks dat waarden kunnen veranderen en verschuiven, lijken bepaalde kernwaarden toch behoorlijk constant te zijn als we kijken naar de periode vanaf de Tweede Wereldoorlog. In de zorg

gaat dat bijvoorbeeld om waarden als recht op zorg en solidariteit (WRR 2021). Trends en modewoorden kunnen verhullen dat onderliggende waarden behoorlijk constant zijn. Bijvoorbeeld de term participatiesamenleving: dat lijkt een nieuwe term, maar individuele verantwoordelijkheid vormt al sinds de jaren tachtig een belangrijke onderliggende waarde (WRR 2021). Het is dus van belang om oude wijn en nieuwe zakken (of misschien beter gezegd: nieuwe etiketten) steeds zo goed mogelijk van elkaar te onderscheiden. Bij het ontrafelen van waarden die in de verschillende domeinen van het stelsel voor ondersteuning belangrijk zijn, zien we dat deze in de praktijk met elkaar kunnen schuren en tot knelpunten leiden. Hierna illustreren we wat het betekent voor mensen met meervoudige problemen.

2.1.1 Autonomie versus preventief ingrijpen (bemoeizorg)

Autonomie en de vrijheid om eigen keuzes te maken vormen belangrijke waarden in Nederland (Beugelsdijk et al. 2019). Dit komt onder meer tot uiting in artikel 11 van de grondwet, die over de onaantastbaarheid van het lichaam gaat. Uitgangspunt daarbij is dat mensen zelf goed geïnformeerd beslissingen kunnen nemen over hun eigen gezondheid en de zorg daarvoor. Ook binnen het stelsel voor zorg en ondersteuning is deze gerichtheid op autonomie en individuele vrijheid aanwezig. Hulp en ondersteuning worden in beginsel op vrijwillige basis geboden. Mensen beslissen zelf of zij hulp aanvaarden. Alleen in uitzonderlijke gevallen, bijvoorbeeld bij ernstige veiligheidsrisico's of wanneer de zelfregie structureel tekortschiet, kan dwang worden toegepast. Voorbeelden hiervan zijn maatregelen vanuit de jeugdbescherming, de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd) voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking.

De vrijwillige basis van hulp en ondersteuning waarbij het initiatief bij de hulpvrager ligt leidt in sommige gevallen tot een dilemma. Bijvoorbeeld wanneer autonomie haaks komt te staan op preventief ingrijpen (bemoeizorg). Dit zien we terug bij Jolanda, een oudere met beginnende dementie, die weinig besef heeft van haar kwetsbare situatie en ontkent dat zij ondersteuning nodig heeft.⁵ In haar situatie moet een afweging worden gemaakt tussen afwachten, of de regie bij haar laten en de risico's accepteren: ze stelt zelf immers geen hulpvraag. Anderzijds is de vraag of hulpverleners actief hulp zouden moeten aanbieden of zelfs preventief moeten ingrijpen. Bijvoorbeeld om te voorkomen dat Jolanda ten val komt en haar heup breekt, een bekend risico bij de doelgroep waar Jolanda toe behoort. Een hulpverlener uit de focusgroepen geeft aan dat een gesprek over dit dilemma met de betrokkene in de praktijk niet altijd plaatsvindt, waardoor een onwenselijke situatie langer blijft bestaan dan wenselijk en nodig is:

'[...] maar ik mis nog een soort gezamenlijk goed gesprek hierover met degene om wie het gaat, want ik weet niet of we in dit leven [van Jolanda] nou ongelooflijk moeten gaan ingrijpen. [...] Wat wil iemand nou eigenlijk, en wat voor risico's kan iemand daarin zelf [nemen]?' (hulpverlener, focusgroep 1)

2.1.2 Verantwoordelijkheid van de overheid versus zelfredzaamheid

De waarden zelfredzaamheid en de verantwoordelijkheid van de overheid kunnen met elkaar schuren. Bijvoorbeeld als het gaat om ondersteuning toegankelijk maken voor mensen die het nodig hebben en om compassie te hebben met mensen die het stelsel niet kunnen overzien. Een voorbeeld van de verantwoordelijkheid van de overheid is de veronderstelling dat bepaalde zorg die onder de

⁵ Jolanda is een van de negen persona's. Naast Jolanda komen in dit hoofdstuk ook Rosa, Storm, de familie De Vries, Mandy en Michael aan bod. Het persona-overzicht is te raadplegen via www.scp.nl bij deze publicatie.

Zorgverzekeringswet (Zvw) valt tot de basiszorg gerekend kan worden, en andere vormen niet vergoed worden. Die vormen vallen dan onder de verantwoordelijkheid van de burger (WRR 2021). Bij Rosa zien we hoe dat in de praktijk wringt als hoge medische kosten die niet vergoed worden, leiden tot verergering van de gezondheidsklachten.

Rosa maakt steeds meer kosten vanwege noodzakelijke medische zorg die zij niet vergoed krijgt. Ze komt niet meer goed rond en ze maakt schulden, wat voor stress zorgt en haar gezondheidsklachten verergert. Rosa weet ook de weg niet tot mogelijke ondersteuning op andere terreinen, zoals hulp bij het huishouden, inkomensondersteuning en schuldhulpverlening.

Dit komt eveneens voor in het ervaringsverhaal van Maaïke (Plaisier et al. 2023b). Ze wist niet dat het bij psychische klachten mogelijk was om huishoudelijke ondersteuning te krijgen, en werd daar ook door niemand op gewezen.

2.1.3 Rechtmatigheid en handhaving versus inclusie en brede participatie

De Participatiewet kenmerkt zich onder meer door de aanname dat mensen door drang en dwang bewogen moeten worden om aan het werk te gaan (Van Echtelt et al. 2024), en dat streng gecontroleerd moet worden of een uitkeringsaanvraag wel klopt. De waarde van rechtmatigheid staat centraal binnen het inkomensdeel van de Participatiewet: wie heeft er recht op een uitkering, welke inlichtingen moet een uitkeringsgerechtigde verplicht doorgeven, en welke sancties volgen er als er van dit recht misbruik wordt gemaakt? Daarnaast vormt participatie als waarde een belangrijke rol in de Participatiewet. Naast het toeleiden naar betaald werk kijken klantmanagers naar bredere doelen, zoals het verrichten van andere vormen van participatie. Denk aan vrijwilligerswerk, mantelzorg, of een kopje koffie in een buurthuis drinken. Dan gaat het om het ondersteunen van mensen in plaats van controleren. Of zoals de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) beschrijft:

‘Waar de Participatiewet aan de ene kant vertrouwt op de kracht van actieve burgers die zich inzetten voor de samenleving, ligt de focus in de uitwerking daarvan vooral op de overheid die burgers tot activiteit moet aanmoedigen en – indien nodig – zelfs moet verplichten.’ (RVS 2021: 21)

Het gevolg van deze schurende waarden is dat iemand binnen één en dezelfde wet op zeer verschillende manieren aangesproken kan worden, wat tot verwarring kan leiden.

2.1.4 Individuele behoeften versus collectieve oplossingen

Mensen met meerdere problemen hebben individuele belangen en hebben oplossingen op maat nodig. De overheid heeft juist het collectieve belang voor ogen en biedt generieke oplossingen die bij zoveel mogelijk mensen passen en zo min mogelijk (collectief geld) kosten. Daarbij wordt ingezet op bewezen effectieve interventies. Dat betekent echter niet dat de generieke interventies voor iedereen passend en effectief zijn en dat mensen goed geholpen worden. Het belang van het collectief is ook om het recht op zorg te beperken tot alleen de mensen die dat echt nodig hebben. Er is voor gekozen om dat te doen door de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van mensen meer aan te spreken (Veldheer et al. 2012). Het kan tot teleurstelling bij hulpvragers leiden als zij op ondersteuning rekenen en door hulpverleners op hun eigen redzaamheid worden gewezen. Als er geen goede overeenstemming is tussen wat burgers verwachten en wat het stelsel voor ondersteuning hen biedt, dan kan dat tot afnemend vertrouwen leiden (Plaisier et al. 2024).

2.2 Uitgangspunten ten aanzien van zorg en ondersteuning

2.2.1 Grenzen aan maakbaarheid

Het maakbaarheidsdenken is misschien niet altijd even zichtbaar, toch zit het diep verankerd in de samenleving, beleid en politiek (Van Putten 2020). Maakbaarheid kan betrekking hebben op een geloof of op de behoefte van mensen om hun leven zelf vorm te geven, al dan niet ingegeven of versterkt door de talloze zelfhulpboeken die er zijn. Het kan ook betrekking hebben op de samenleving. Dat laatste is onder meer terug te zien bij Pellikaan (2006) die maakbaarheid ziet als ‘de houding ten aanzien van *social engineering*’, waarbij de sociaal ontwerper uitgaat ‘[...] van de gedachte dat de mens zijn lot volledig in eigen hand heeft en dat de samenleving opnieuw kan worden ingericht aan de hand van blauwdrukken die zijn opgesteld door wetenschappelijk geschoolde specialisten’ (Pellikaan 2006: 30). In lijn hiermee ligt de omschrijving van Frissen: ‘de overtuiging dat de samenleving kan worden gemaakt naar rationeel ontwerp’ (Frissen 2013: 23). Frissen stelt bovendien dat we in een tijdperk van interventionisme leven, waarin maakbaarheid nog volop aanwezig is, ondanks alle kritieken en relativeringen.

In het stelsel voor zorg en ondersteuning zien we allerlei sporen terug van dit maakbaarheidsdenken, onder meer in taalgebruik, beleid en interventies. Het is bijvoorbeeld terug te zien in de tijdelijkheid van indicaties binnen de Wmo en binnen de Jeugdwet in de ondersteuningstrajecten die zijn gericht op terug naar zelfstandigheid van jongeren. Het maakbaarheidsdenken is echter niet (goed) van toepassing op situaties waarin mensen niet per se zullen herstellen of verbeteren. Het kan zelfs onwenselijke gevolgen hebben. Dat is onder meer te zien bij Storm, een jongvolwassene met psychische problemen. Behandelingen of tijdelijke ondersteuning lossen zijn problemen niet definitief op: een nieuwe levensfase kan bij mensen zoals Storm tot een nieuwe terugval leiden (Muusse et al. 2025).

2.2.2 Medisch model is niet altijd (volledig) toepasbaar

Het medisch model, dat uitgaat van gezondheid als norm en ziekte of beperkingen als ongezonde afwijking die verholpen moeten worden (Van Leeuwen 2022), heeft een behoorlijke invloed op en binnen het stelsel voor zorg en ondersteuning. Zo is de hulpverlening voor een groot deel gebaseerd op het medisch model, met bijbehorende waarden zoals effectiviteit (*evidence based* / bewezen effectieve methoden) en herstel. Dat levert twee knelpunten op.

Ten eerste is herstel niet voor iedereen (op korte termijn) mogelijk. Een visie puur gericht op herstel geeft mensen die dat nodig hebben geen zogenoemde rommelruimte, bijvoorbeeld om een leven met een rafelrandje te leiden of af te wijken van de norm. Ten tweede leidt de focus op herstel ertoe dat mensen veelal worden gezien en begeleid als individu los van hun sociale context of systeem. Sommige problemen komen voort uit de omgeving of kunnen juist worden opgelost door een sterke sociale omgeving (Brooks et al. 2022). Deze gerichtheid op het individu zien we onder andere terug binnen de Zvw, die voornamelijk is gericht op individuele behandeling en herstel van aandoeningen. Herstel kan echter lang duren en bovendien kunnen mensen een terugval in klachten ervaren. Er is binnen de huidige wet geen onderhoudszorg mogelijk, zoals een lijntje met professionele hulpverlening die blijvend, wellicht levenslang, als achterwacht blijft bestaan (vergelijk de waakvlamconstructie voor mensen met verstandelijke beperking) (Fin 2019).

Bovendien worden mensen in de zorg vooral benaderd als individuen met een hulpvraag, in plaats van als mensen in een sociale omgeving. Het medisch stelsel is daar ook op geschoeid, wat we

terugzien in bijvoorbeeld de diagnose-behandelcombinaties (dbc's) in de ggz en de medische zorg, die alleen voor individuen worden afgegeven en niet voor de omgeving waarin iemand zich bevindt. Binnen de Wmo en de Jeugdwet wordt het sociale netwerk van een persoon wel meegenomen in de hulpanalyse, maar desondanks worden indicaties ook binnen deze wetten alleen aan individuen verstrekt.

2.2.3 Wat is afwijkend en wie heeft zorg nodig?

De vraag wat normaal gedrag van mensen is, en wat niet normaal, ongezond, of zelfs problematisch en ongewenst is, is niet eenvoudig te beantwoorden. Toch ligt deze vraag ten grondslag aan de vraag wie ondersteuning zou moeten krijgen en wat het doel is van die ondersteuning. Welke normen stellen we aan mensen? Waar moeten zij aan voldoen om in aanmerking te komen voor zorg en ondersteuning? Wat gebeurt er als zij dat niet doen? Geldende normen werken als in- en uitsluitingsmechanismen bij de vraag of mensen wel of geen hulp krijgen (Kruiter en Kellerman 2019; zie ook hoofdstuk 4).

Wie er als (te) afwijkend van de norm of als niet gezond wordt beschouwd en daarom mogelijk zorg en ondersteuning moet krijgen, is onderwerp van wetenschappelijk en maatschappelijk debat (zie bv. Huber et al. (2011) over positieve gezondheid, Seligman en Csikszentmihalyi (2014) over positieve psychologie en Verhaeghe (2019) over normaliteit) en verschuift in de loop der tijd. Zo vragen en krijgen steeds meer kinderen met relatief lichte problemen ondersteuning vanuit de Jeugdwet, terwijl die problemen wellicht ook op een andere manier kunnen worden opgelost (TK 2022/2023). Aan de andere kant zijn er groepen die zelf niet om hulp vragen omdat zij denken dat niet nodig te hebben, maar volgens de normen in de maatschappij wel hulp nodig hebben. En binnen de ggz is al langere tijd een discussie gaande over de norm voor geestelijk gezond en wat geldt als afwijking – en dus vaak als stoornis (Dehue 2014; RVS 2025; Verhaeghe 2019; De Wachter 2012). Zulke vragen spelen ook bij een aantal persona's, zoals John, Michael of Storm. Dit wordt geïllustreerd in een van de focusgroepen:

'Wij hadden in [plaatsnaam] een man die echt heel z'n leven dakloos was. Die wilde niks. En op een bepaald moment, op z'n 73ste, hij was al tien keer echt bijna dood geweest omdat hij dan weer een medisch probleem kreeg en dan bijna was overleden, totdat hij iemand tegenkwam. En daar is hij mee, en dat hebben we allemaal toegestaan, mee in een huis van Housing First gaan wonen en toen is het, tussen haakjes, 'goed gekomen'. [...] Nou ja, volgens de norm leidt hij niet het ideale leven, maar hij leidt voor zichzelf een perfect leven. Hij heeft onderdak, een meisje, prima.' (beleidsprofessional gemeente, focusgroep 3)

2.3 Tegenstrijdige en onrealistische mensbeelden

Mensbeelden zijn veronderstellingen over wat mensen kunnen, willen en hoe ze zich (zouden moeten) gedragen (Gebhardt en Feijten 2022). Structurele knelpunten binnen het stelsel voor zorg en ondersteuning komen mede voort uit verschillen in onderliggende mensbeelden tussen én binnen wetten. Deze kunnen schuren of ronduit met elkaar botsen (Van Echtelt et al. 2024; Kruiter et al. 2024a; RVS 2023). Daarnaast gaan bepaalde mensbeelden niet altijd voor iedereen op, zoals dat van de zelfredzame mens (Plaisier et al. 2024).

2.3.1 Tegenstrijdige mensbeelden tussen domeinen en wetten

Tegenstrijdige mensbeelden, zowel tussen als binnen domeinen en wetten, kunnen tot verwarring leiden bij mensen met meerdere problemen. Denk aan het mensbeeld van de *homo economicus*, of calculerende burger, die uitgaat van een rationeel handelend mens die kosten en baten afweegt en daar vervolgens naar handelt (McMahon 2014). Of het mensbeeld van de relationele burger, waar met name de uitvoeringspraktijk en de sociale relatie tussen hulpverlener en hulpvrager op de voorgrond staat (Blijleven et al. 2023). Deze mensbeelden komen onder meer terug in de Wmo, die uitgaat van zelfredzame burgers, en in de Wet langdurige zorg (Wlz), die juist uitgaat van hulpbehoevende, afhankelijke burgers. Zulke tegenstrijdigheden kunnen knelpunten veroorzaken wanneer mensen overgaan van één wetgeving naar een andere (RVS 2021). Ook krijgen mensen die met problemen op meerdere leefgebieden te maken hebben, zoals met ziekte, baanverlies of schulden, tegenstrijdige boodschappen vanuit verschillende wetten. Zij kunnen hierdoor in een spagaat terechtkomen, niet weten waar ze aan toe zijn en niet de benodigde ondersteuning krijgen.

2.3.2 Mensbeeld van de zelfredzame burger gaat niet voor iedereen op

Een dominant mensbeeld is dat van de zelfredzame burger, een beeld dat voortkomt uit het positieve, rationele perspectief op wat mensen kunnen en willen (RVS 2021; WRR 2017). De overheid veronderstelt een grote mate van zelfredzaamheid: mensen worden geacht om te beseffen dat zij ondersteuning nodig hebben. Daarvoor moeten ze eerst hun netwerk inschakelen en pas als deze onvoldoende kan helpen, een aanvraag doen bij de gemeente. Wanneer mensen (langer) zelfredzaam zijn is de verwachting dat zij een minder groot beroep zullen doen op de overheid. Die zelfredzaamheid is niet voor iedereen realistisch. Zo zijn mensen met een verstandelijke beperking, ouderen met dementie, laaggeletterden of mensen met weinig digitale vaardigheden in het algemeen minder zelfredzaam, al zijn er wel grote verschillen binnen deze groepen (Eggink et al. 2020; De Klerk et al. 2023).

Een ander voorbeeld zijn de zogenoemde economische daklozen. Dat zijn mensen die geen postadres hebben (bv. door een echtscheiding) en geen vaste slaapplek hebben, maar daarvoor bijvoorbeeld bij bekenden aankloppen. Zij worden door de overheid bestempeld als zelfredzaam, maar kunnen zonder postadres niet corresponderen met de overheid. Zij hebben bijvoorbeeld ook geen (recht op) zorgverzekering of een uitkering. Schulden en boetes kunnen zich zo opstapelen. Van echte zelfredzaamheid is binnen deze groep dus nauwelijks sprake, maar omdat zij wel zo worden bestempeld, ontstaan er knelpunten voor deze groep binnen het stelsel (Van Tongerloo 2024). Zo vertelt Michel in zijn ervaringsverhaal over de periode dat hij als 23-jarige op straat kwam te staan:

‘Formeel was ik thuisloos en ik had geen idee waar ik moest beginnen, ik heb me suf gezocht bij de gemeente. Vanuit de gemeente kreeg ik te horen dat ik moest aantonen dat ik niet stiekem ergens toch een woning had. Dus ik moest verblijfadressen opgeven en mensen moesten getuigen: ja, hij slaapt hier inderdaad af en toe op de bank. Omdat ik thuisadressen had, kreeg ik een hele lage prioriteit voor de opvang. Ik had na een x-aantal weken wel recht op een daklozenuitkering van 600 euro per maand, maar toen had ik al schulden opgebouwd.’ (Plaisier et al. 2023b: 13)

Hij heeft het gevoel vast te zitten in de daklozenuitkering. Een baan zoeken probeert hij wel:

‘Een baan houden als je geen onderdak hebt, is onmogelijk. En onderdak krijgen als je geen baan hebt, is ook onmogelijk. Dus dat is een hele zure, neerwaartse spiraal waar je in terechtkomt.’ (Plaisier et al. 2023b: 13).

2.3.3 Niet iedereen heeft voldoende zelfinzicht en kan of wil om hulp vragen

In het verlengde van het mensbeeld uit de voorgaande paragraaf veronderstelt de overheid dat de zelfredzame burger zelfinzicht heeft, een duidelijke hulpvraag kan formuleren en om die hulp zal vragen. Dit vraagt van mensen een zekere mate van assertiviteit als zij om hulp vragen (Plaisier et al. 2024). In de praktijk zijn er echter allerlei redenen waardoor mensen onvoldoende zelfinzicht hebben of geen hulpvraag kunnen of willen formuleren (Reijnders 2020). Dit laatste werd beaamd in een van onze focusgroepen, waarin een respondent het volgende aangaf over Michael, een jongvolwassene die op 19-jarige leeftijd uit detentie komt:

‘Het knelpunt is dat je eindeloos je hulpvraag moet kunnen uiten. Dus je komt uit detentie, dan sturen ze er meestal wel een casemanager op af: “Joh, je komt straks uit detentie, wat wil je?” Als je dan geen actieve hulpvraag hebt, dan zegt die: “Je hebt geen actieve hulpvraag en je zit ook niet in een gedwongen [...] kader, nou, succes.” Dan sta je op een bepaald moment op straat. Dan heb je inderdaad geen geld.’
(beleidsprofessional gemeente, focusgroep 3)

Naast doenvermogen (WRR 2017) dienen mensen over genoeg instantiekapitaal te beschikken (Amagir en Kremer 2024). Dat gaat om het vermogen om op een succesvolle manier met organisaties en instanties om te kunnen gaan. Daarvoor moet je bureaucratische vaardigheden hebben, de weg kunnen vinden door het organisatielandschap en jezelf op de juiste manier kunnen neerzetten. Wanneer mensen niet of minder over deze drie vaardigheden beschikken, vinden zij minder goed hun weg in de verzorgingsstaat. Daardoor ontvangen ze (gewild of ongewild) geen ondersteuning. Dat kan allerlei negatieve consequenties met zich meebrengen: buurtbewoners kunnen overlast ervaren, bijvoorbeeld wanneer een gezin als de familie De Vries geen hulp aanvaardt. En het is ingewikkeld om intergenerationele problematiek te doorbreken wanneer mensen niet open staan voor hulp, zoals bij Mandy.

2.3.4 Niet iedereen kan voldoen aan het mensbeeld van de actieve burger

Een andere onrealistische opvatting is dat ook mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben kunnen voldoen aan het mensbeeld van de actieve burger (RVS 2021). Dit uit zich bijvoorbeeld in het moeten leveren van een tegenprestatie binnen de Participatiewet. In de praktijk zien we vaker dat dit niet strookt met de realiteit: niet iedereen kan participeren onder de voorwaarden van de overheid. Mensen komen in de knel wanneer zij niet aan bepaalde normen kunnen voldoen. Dit zien we bijvoorbeeld bij Storm.

Storm vertoont soms onbegrepen gedrag en krijgt dan conflicten met zijn omgeving die voortkomen uit zijn autisme en verslavingsgevoeligheid. Hij krijgt een bijstandsuitkering met re-integratie- en inlichtingenplicht. Zijn klantmanager werkt vanuit een mensbeeld gericht op meedoen in de samenleving en van een te activeren burger. Doordat Storm zich niet altijd kan voegen naar wat er vanuit de Participatiewet wordt verwacht, worden hem regelmatig maatregelen opgelegd, zoals een korting op de uitkering, waardoor hij onder de armoedegrens leeft en schulden opbouwt. Doordat hij zijn huur niet kan betalen, dreigt hij op termijn zelfs dakloos te worden.

Een respondent uit een van onze focusgroepen zei hierover het volgende: ‘Mensen mogen niet meer zijn wie ze kunnen zijn. En daar gaat het mis.’ (hulpverlener en ervaringsdeskundige, focusgroep 4). Er is te weinig flexibiliteit en maatwerk binnen de hulpverlening die vooral gericht is op sanctioneren wanneer jongeren niet binnen de kaders lopen.

2.4 Onrealistische beleidsaannames

Tot slot zijn waarden terug te vinden in beleidsaannames ten aanzien van zorg en ondersteuning. Hierna lichten we een aantal aannames uit die problematisch uitwerken voor mensen met meerdere problemen (voor uitgebreidere reflecties op beleidsaannames zie Kromhout et al. 2020; RVS 2021).

2.4.1 Tijdelijke ondersteuning niet altijd voldoende bij meervoudige problematiek

Een uitgangspunt van onder meer de Wmo en de Jeugdwet is dat hulp tijdelijk is en kan stoppen zodra een probleem verholpen is. Dit veronderstelt dus een bepaalde mate van maakbaarheid. Dit botst echter met de realiteit. Niet alle mensen kunnen met een spreekwoordelijk ‘steuntje in de rug’ weer zelfstandig verder, het leven is niet altijd en helemaal maakbaar en problemen niet altijd oplosbaar. Alleen tijdelijke hulp is niet altijd genoeg: sommige mensen hebben blijvende of toenemende beperkingen en zullen langdurig ondersteuning nodig hebben (Plaisier et al. 2024). Voor hen kan het bijvoorbeeld betekenen dat zij steeds opnieuw een aanvraag moeten doen en moeten afwachten of zij opnieuw een indicatie krijgen. Dat kan erg belastend zijn. Zo beschrijft een respondent uit een van de focusgroepen:

‘En er is nog wel een groep, maar die is natuurlijk minder groot: mensen die levenslang en levensbreed ondersteuning nodig hebben om zelfstandig te kunnen wonen. Vaak niet verstandelijk beperkt, maar bijvoorbeeld fysiek beperkt, rolstoel, niet een focuswoning maar zelfstandig wonen met PGB erbij. [...] Elk jaar [moeten ze] aantonen dat ze nog steeds een dwarslaesie hebben. Dat is geen grapje, dat is een stelselfout gewoon.’ (wetenschapper, focusgroep 2)

Naast tijdelijkheid veronderstelt beleid bovendien een bepaalde mate van vervangbaarheid. Het gaat hier om de aanname dat hulp los van de hulpverlener gezien kan worden en dat het niet uitmaakt welke hulpverlener ondersteuning biedt. Echter geven mensen aan dat zij behoefte hebben aan een vaste contactpersoon en dat ze niet iedere keer opnieuw hun hele (vaak persoonlijke) verhaal willen vertellen. Dat zien we onder meer bij mensen die hulp krijgen van welzijnswerkers binnen de Wmo en bij klantmanagers onder de Participatiewet (Van Echtelt et al. 2024; Plaisier et al. 2023b). Een van de gevolgen van het wisselende personeel is dat het dan lastig is om een vertrouwensband op te bouwen en passende ondersteuning te bieden.

2.4.2 Hulp uit het eigen netwerk is niet altijd mogelijk

Een andere beleidsaanname van onder meer de Wmo en de Jeugdwet – en bovendien een van de algemenere doelen van de decentralisatie van 2015 – is dat mensen meer bij elkaar betrokken zouden raken en hulp kunnen krijgen uit hun eigen netwerk. Deze netwerken zijn echter niet altijd even krachtig om te kunnen voorzien in (langdurige of intensieve) ondersteuning (Reijnders et al. 2023). Het kan voorkomen dat het netwerk niet in staat is om te ondersteunen, bijvoorbeeld omdat er geen netwerk is of omdat de naaste omgeving niet de capaciteit, kunde, mogelijkheden of behoefte heeft om voor iemand te zorgen. Soms willen mensen liever contact met een zorgvrijwilliger (Schyns 2015). En soms kan een netwerk zelfs een negatieve invloed hebben, zoals in het voorbeeld van Michael.

Omdat Michael pas na vrijlating werk kan zoeken of een uitkering kan aanvragen, heeft hij bij vrijlating geen inkomen. Er zit dan niets anders op dan bij zijn moeder wonen. Zijn band met haar is niet heel goed, hij is daardoor niet graag thuis en hangt veel op straat waar hij ook in aanraking komt met zijn oude netwerk. Oude, slechte gewoontes liggen zo op de loer.

Een respondent uit een van onze focusgroepen legt hierover uit:

‘En als hij verder geen steun krijgt bij een ongezonde thuissituatie, ja dat is vaak een cocktail om gewoon niet thuis te willen zijn en dan ga je toch de straat op. En voor je het weet, dan zit je weer in hetzelfde circuit.’ (ervaringsdeskundige, focusgroep 1)

Tot slot ligt overbelasting van het netwerk op de loer, omdat er een grotere en wellicht ook structurele rol wordt verwacht van mensen in het netwerk dan mogelijk is. Zo laat het voorbeeld van Jolanda ons zien dat zij sterk leunt op het netwerk van mantelzorgers omdat zij geen hulp van buitenaf vraagt of aanvaardt. Er is een reëel gevaar dat mantelzorgers hiermee overvraagd en overbelast worden.

2.4.3 Gemeente weet niet altijd wat zich afspeelt in de leefwereld van inwoners

Een andere belangrijke beleidsaannname is dat gemeenten dicht bij hun inwoners staan dan de landelijke overheid, en daardoor beter weten wat er speelt. Echter blijkt in de praktijk dat de afstand tussen gemeentelijke beleidsmakers en de leefwereld van mensen groot kan zijn (Plaisier et al. 2024). Beleidsmakers hebben soms niet genoeg kennis en hebben te hoge verwachtingen van de mogelijkheden en werkwijzen van sociale wijkteams en andere hulpverleners. Daarnaast zijn hulpverleners zelf niet altijd even goed op de hoogte van wat er speelt in de leefwereld van mensen. Binnen de Participatiewet hebben bijvoorbeeld klantmanagers in grotere gemeenten een behoorlijke afstand tot de bijstandsgerechtigden vanwege een te grote caseload (Van Echtelt et al. 2024). Sommige bijstandsgerechtigden die meer ondersteuning zouden willen in het vinden van (betaald) werk, geven aan dat ze nauwelijks contact hebben met klantmanagers.

2.4.4 Overschatting preventieve en substituerende werking van lichte voorzieningen

Tot slot is er de aanname dat preventieve en lichte voorzieningen kunnen voorkomen dat mensen een beroep moeten doen op zwaardere, duurdere voorzieningen. Dit zou meer capaciteit vrijspelen voor hulp aan mensen in de meer kwetsbare situaties. Hoewel lichte vormen van hulp wel degelijk serieuzere problemen kunnen voorkomen, denk aan bepaalde therapieën in de ggz, lijkt het er in het algemeen niet op dat ondersteuning is afgeschaald (Schellingerhout et al. 2021). Waarom dat is, is niet duidelijk. Mogelijk komt dat omdat gemeenten en hulpinstanties nog onvoldoende hebben ingezet op lichte voorzieningen vanwege krappe budgetten. Of er gaat een aanzuigende werking uit van investeringen in lichte voorzieningen (Kromhout et al. 2020). Aanvullend onderzoek is nodig om dat preciezer in kaart te brengen, maar op dit moment lijkt er sprake van een overschatting van de preventieve en substituerende werking van lichte voorzieningen.

2.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk kwam aan de orde dat een stelsel voor zorg en ondersteuning is gebaseerd op waarden. Als waarden met elkaar schuren, zoals soms het geval is binnen wetten of tussen domeinen van het stelsel voor ondersteuning, krijgen mensen te maken met tegenstrijdige boodschappen. Dat zorgt voor verwarring en kan ervoor zorgen dat mensen minder vertrouwen hebben in de overheid en hulpverlening. Er zijn ook verschillen in waarden tussen individuele burgers en de overheid die in het belang van het collectief handelt. Burgers verwachten hulp die aansluit bij hun individuele probleem, maar een overheid maakt beleid waarin de best passende ondersteuning voor een zo groot mogelijke groep wordt nagestreefd.

Uit waarden volgen ook mensbeelden en beleidsaannames. Mensbeelden kunnen tegenstrijdig en onrealistisch zijn. Bijvoorbeeld dat mensen maakbaar en zelfredzaam zijn (of dat weer kunnen worden) en daarin met tijdelijke hulp kunnen worden geholpen. Dat is niet voor iedereen haalbaar. Een andere onrealistische beleidsaannname is dat gemeenten dichtbij burgers staan en daardoor de problemen van mensen beter kunnen helpen oplossen. Maar gemeenten hebben vaak een onrealistisch beeld van de leefwereld en de mogelijkheden van hulpvragers, waardoor regelingen of hulpaanbod om mensen te ondersteunen niet per definitie aansluit bij de behoeften van mensen. Een stelsel dat op schurende waarden en onrealistische mensbeelden is gebouwd, biedt mensen met meervoudige problemen niet de ondersteuning die zij nodig hebben en kan er zelfs toe leiden dat mensen het vertrouwen verliezen in hulpverlening en de overheid.

3 Interventies

Mensen met problemen in het dagelijks leven kunnen voor hulp of ondersteuning bij diverse instanties terecht, zoals een sociaal wijkteam, de huisarts of het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). De hulp of ondersteuning die deze instanties bieden noemen we de interventie: dat wat gedaan wordt om het probleem te verzachten, te verhelpen of (verder) te voorkomen. De term interventie slaat niet alleen op het type ondersteuning dat geboden wordt, zoals huishoudelijke hulp, opvoedhulp, een financiële regeling of een activiteit in een buurthuis (het *wat*). Het gaat ook om wat men ermee wil bereiken (het *waarom*, bv. compenseren of activeren) en de manier waarop (het *hoe*). De werkwijze en het type hulpverlener hangt samen met het doel van de ondersteuning. Het oplossen van schulden vraagt een andere werkwijze en kennis van de hulpverlener dan het schoonmaken van een huis of het tegengaan van eenzaamheid. In dit hoofdstuk gaan we in op de knelpunten bij vier verschillende aspecten van interventies:

- wat er wordt geboden;
- waarom deze voorziening (wat men ermee wil bereiken);
- welke methoden en werkwijzen er worden gebruikt (hoe);
- welke hulpverleners de ondersteuning bieden, hun deskundigheid en *attitude* (wie).

3.1 Aanbod schiet tekort

Mensen hebben soms een vorm van ondersteuning nodig die niet bestaat (§ 3.1.1), te krap bemeten is (§ 3.1.2) of onbekend is (§ 3.1.3). Ook kan aanbod per gemeente verschillen (§ 3.1.4). De oorzaken zijn zowel te zoeken in de financiering van ons stelsel voor zorg en ondersteuning als in de organisatie van het ondersteuningsaanbod en de verdeling van verantwoordelijkheden daarin. Zo zijn er zorgen over de groei van de vraag naar zorg en ondersteuning en de uitgaven daarvoor, waardoor uitvoerende organisaties met krappe budgetten moeten werken en gemeenten vaak strenge regels hanteren om gebruik te kunnen maken van ondersteuning (zie hoofdstuk 4 en 5). Doordat gemeenten sinds 2015 voor een belangrijk deel van de uitvoering van zorg en ondersteuning verantwoordelijk zijn (Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet en Participatiewet), hebben zij ruimte voor hun eigen beleid en keuzes in aanbod. Hierdoor zijn er verschillen in samenstelling en reikwijdte van het aanbod tussen gemeenten.

3.1.1 Missend aanbod

Soms krijgen mensen geen hulp omdat bepaalde ondersteuningsvormen niet beschikbaar zijn in een wijk, buurt of gemeente (Plaisier et al. 2024). Zo zou er voor dementerende ouderen meer toezicht in de wijk nodig zijn om langer thuis te kunnen wonen, ook wel omschreven als een oppasfunctie. Op die manier zorgen ze er bijvoorbeeld voor dat de mantelzorger (partner) er even tussenuit kan of houden ze een oogje in het zeil bij mensen die alleen wonen, zoals Jolanda.⁶ In de Wmo wordt deze vorm van toezicht meestal door vrijwilligers geboden, maar die zijn niet 24 uur per dag beschikbaar. De omgang met mensen met dementie kan voor vrijwilligers bovendien te zwaar zijn: zij halen er niet altijd voldoende plezier uit. Er is dan een beroepskracht nodig, maar dat type ondersteuning bestaat alleen in de Wet langdurige zorg (Wlz).

⁶ Jolanda is een van de persona's uit het onderzoek. Zie het persona-overzicht, te raadplegen via www.scp.nl bij deze publicatie.

Ook bij andere groepen ontbreekt er soms passend aanbod, bijvoorbeeld omdat er een speciale combinatie van zorg en begeleiding nodig is. Denk aan een logeervoorziening of passende onderwijsplek voor een kind met een specifieke zorgvraag, zoals bij Sepp. Of denk aan woonzorg voor lhbtqia+'ers, ouderen of mensen met een migratieherkomst of een inkomensregeling voor mensen die net niet aan alle regels (kunnen) voldoen (Nji 2025a; Oomkens et al. 2022; ZEVMB 2024; Zorgverzekeraars Nederland 2024).

Soms ontbreekt passend aanbod omdat er hulp op ongebruikelijke tijden nodig is. Dit geldt bijvoorbeeld voor logeerszorg voor ouderen met beginnende dementie die juist in de nachtelijke uren onrustig en verward kunnen zijn (Alzheimer Nederland 2024). Wanneer er geen aanbod is voor bepaalde ondersteuningsbehoeften kan een persoonsgebonden budget (pgb) uitkomst bieden. Dan kunnen mensen zelf hun zorg organiseren. Maar niet iedereen komt voor een pgb in aanmerking. Zo komt iemand niet in aanmerking als degene die het aanvraagt niet pgb-vaardig gevonden wordt, bijvoorbeeld vanwege schulden of gebrek aan andere vaardigheden (Rijksoverheid 2021). Zoals deze hulpverlener vertelt over een jongeman die net uit een psychose komt:

'En dan, de ingekochte partijen die hebben niet het aanbod wat die jongen nodig heeft, maar hij kan ook geen PGB beheren.' (hulpverlener, focusgroep 4)

In het huidige stelsel kunnen aanbieders zelf innovatief aanbod ontwikkelen, waarbij zij inspelen op behoeften: een pluspunt van het systeem van (gereguleerde) marktwerking. Zie bijvoorbeeld het groeiend aantal aanbieders van woonzorgvormen voor ouderen, of specialistisch zorgaanbod voor kinderen met autisme en adhd (Patiëntenfederatie 2025a). Maar de marktwerking kent ook nadelen. Woonzorgvormen voor ouderen zijn vaak gericht op ouderen met een hoog inkomen en er is amper aanbod in de sociale huursector omdat de verhuur van vastgoed onderdeel is van het verdienmodel van aanbieders (Plaisier en Den Draak 2019). Daarnaast zijn zorgaanbieders niet in alle regio's actief, waardoor er niet in alle regio's hetzelfde aanbod beschikbaar is. Dat zien we terug bij de jeugdhulp (Hageraats et al. 2020) of het passend onderwijs.

Ook komt het voor dat aanbod verdwijnt, bijvoorbeeld omdat een zorgaanbieder failliet gaat (Willen 2017). En soms verdwijnt een bepaald aanbod als wetgeving verandert. Dat geldt onder andere voor gezinsverzorging, die een gezin niet alleen ondersteunde bij het draaiend houden van het huishouden, maar ook hielp bij de opvoeding of sociale relaties (FNI 2025). Sinds de invoering van de Wmo in 2007 bieden thuiszorgorganisaties huishoudelijke hulp aan, loopt begeleiding vaak via de welzijnsorganisatie, en valt hulp bij de opvoeding via een jeugdzorgorganisatie onder de Jeugdwet (zie bv. familie De Vries).

Een ander type aanbod dat in sommige gemeenten verdwijnt, is de laagdrempelige fysieke voorziening waar mensen met vragen terecht kunnen. Grote gemeenten zetten vaak wel in op fysieke loketten, maar in kleinere gemeenten kunnen mensen voor vragen over ondersteuning vaak alleen telefonisch of online terecht (Plaisier et al. 2024). Dit kan voor bijvoorbeeld laaggeletterden en ouderen lastig zijn.

3.1.2 Zuinig aanbod

Mensen krijgen soms niet voldoende ondersteuning om hun problemen afdoende te kunnen oplossen. Gemeenten hebben beperkte financiële middelen en kampen met personeelstekorten in de ondersteuning: ze worstelen hoe zij daarmee aan de groeiende hulpvraag van hun inwoners

tegemoet kunnen komen (Schellingerhout et al. 2021). Om daarmee om te gaan proberen gemeenten het beschikbare aanbod zo goed mogelijk te verdelen. Dat betekent dat zij vaak krappe indicaties afgeven voor weinig uren of voor korte duur. Dat kan tot gevolg hebben dat mensen soms niet voldoende ondersteuning krijgen en hun problemen niet afdoende kunnen oplossen. Een voorbeeld van een karig aanbod zien we bij Cindy die haar verhaal vertelt in *Gezien, gehoord en geholpen willen worden* (Plaisier et al. 2023b).

Cindy kan vanwege haar lichamelijke problemen en bedlegerigheid geen zware huishoudelijke taken doen zoals stofzuigen, de was en bedden verschonen of koken. De gemeente kent haar twee keer twee uur per week toe, dat is het maximum dat haar gemeente heeft vastgesteld. Cindy heeft gevraagd of ze die twee keer twee uur in een dagdeel kan krijgen, zodat de hulp tijd heeft om de was niet alleen in de machine te doen maar ook in de droger. Dat betekent wel dat ze het de rest van de week zonder hulp moet doen, wat eigenlijk niet gaat. (Plaisier et al. 2023b)

Het afgeven van minder ruimhartige indicaties per persoon kan niet altijd voorkomen dat gemeenten meer vraag dan aanbod hebben en er wachtlijsten zijn (Wevers 2022). Ook buiten het gemeentelijke domein ontstaan wachtlijsten, bijvoorbeeld in het passend onderwijs, de schuldhulp en medische zorg (Zorgverzekeringswet, de Zvw).

Een voorbeeld is de casemanager dementie. In het groepsgesprek waarin de persona Jolanda werd besproken, beschreven hulpverleners de wachtlijst voor een casemanager dementie als een belangrijk knelpunt. Een casemanager kan snel adequate ondersteuning voor iemand met dementie inschakelen. De wachtlijst voor zo'n casemanager is echter soms lang (Homan et al. 2018; NZa 2023).

Een aanbod kan ook zuinig zijn in de zin van de kwaliteit ervan. Dit zien we bijvoorbeeld bij het vervoer van mensen met een beperking (Enneking 2024). Vooral grotere gemeenten hebben moeite om goed vervoer voor mensen met beperkingen aan te bieden, vaak vanwege de logistieke uitdaging om mensen van verschillende adressen op tijd op hun locatie te brengen en weer op te halen. Wanneer dit niet goed geregeld is, betekent dit dat mensen die van dit vervoer afhankelijk zijn minder bewegingsvrijheid hebben. In de verhalenbundel *Gezien, gehoord en geholpen willen worden* (Plaisier et al. 2023b) vertelde Anoushka dat ze over haar vervoerregeling niet tevreden is:

'Als ik drie minuten later buiten ben, dan rijdt de regiotaxi weg. Ze wachten maar drie minuten op je', legt ze uit. Als ze de taxi mist doordat ze niet snel genoeg loopt, mist Anoushka ook haar medische afspraken, waarvoor ze dan wel een rekening krijgt die ze gedeeltelijk zelf moet betalen. (Plaisier et al. 2023b: 34)

Ook in de ondersteuning bij werk en inkomen zou je kunnen spreken van een karig aanbod. Vanuit de gedachte dat werken moet lonen om meer mensen aan het werk te krijgen, zijn uitkeringen lager dan het minimumloon (TK 2024/2025a). Maar vaak zijn mensen afhankelijk van een uitkering vanwege gezondheids- en sociale problemen (bv. Van Echtelt et al. 2023). Als mensen in armoede leven kan dat een vicieuze cirkel veroorzaken, waardoor zij hun problemen niet kunnen oplossen (RIVM 2019). Een te karige uitkering werkt dan averechts. Zo zijn er zorgen over de financiële situatie waarin mensen terechtkomen als ze (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt worden verklaard (FNV 2025).

3.1.3 Onbekend aanbod

Soms is er wel aanbod, maar is dat te weinig bekend bij de mensen die dat juist nodig hebben en bij professionals die betrokken zijn. Dat komt onder meer door het grote aantal aanbieders van thuiszorg, jeugdzorg, ggz en schuldhulpverlening (zie kader 4.1 voor een overzicht van de organisaties waar mensen terecht kunnen). Dit maakt het aanbod onbekend en moeilijk te vinden. Niet al deze aanbieders hebben met alle zorgverzekeraars of met de gemeente een contract afgesloten, wat betekent dat mensen bij hun zorgverzekeraar of gemeente moeten nagaan of ze zorg of ondersteuning van die aanbieder vergoed krijgen. En in iedere gemeente zijn weer andere aanbieders actief. Ook worden hetzelfde type voorzieningen net weer iets anders ingevuld en met andere termen aangeduid. Zo heet het sociaal wijkteam in de ene gemeente een wijkteam, in de andere een buurtteam of sociaal kernteam (Van Arum et al. 2020). Bovendien vervullen deze teams niet in elke gemeente altijd dezelfde taken: zo vervullen wijkteams in bepaalde gemeenten wel taken op het terrein van werk en inkomen, terwijl die taken in andere gemeenten bij een gemeentelijke afdeling zijn ondergebracht (Van Arum 2023).

Tot slot zijn er voor specifieke groepen gespecialiseerde hulpverleners die niet breed bekend zijn, waarvan een respondent in een focusgroep een voorbeeld geeft:

‘Ik weet niet of jullie het kennen, maar je hebt ook ervaringsdeskundigen van chronisch zieken, dat is ook met coaching. Ook weer naar het werk kunnen re-integreren. Maar dat zijn echt specifieke, dat zijn ook gewoon professionals, maar met die kennis, dat ik denk: er is zoveel hier in Nederland maar we weten niet van elkaar dat het bestaat.’ (hulpverlener en ervaringsdeskundige, focusgroep 4)

Een specifiek voorbeeld van onbekend aanbod is onafhankelijke cliëntondersteuning. Onafhankelijk cliëntondersteuners hebben een overkoepelende blik en kunnen mensen helpen met het regelen of voorkomen van zorg en ondersteuning. Echter, de bekendheid en het gebruik van onafhankelijke cliëntondersteuning is laag. Mensen weten deze lang niet altijd te vinden (Kromhout et al. 2020). Ook zijn er verschillen tussen gemeenten in het aanbieden en de invulling van cliëntondersteuning (TK 2024/2025b). Zo biedt een gespecialiseerde cliëntondersteuner intensievere en langdurigere ondersteuning dan een reguliere cliëntondersteuner (MEE NL 2023a).

3.1.4 Ongelijk aanbod

Door decentralisatie van diverse taken hebben gemeenten meer ruimte om te bepalen op welke wijze zij hun inwoners ondersteunen. Dat betekent dat in verschillende gemeenten mensen verschillende ondersteuning kunnen krijgen. De verschillen tussen gemeenten groeien, omdat gemeenten na tien jaar decentralisaties steeds meer hun eigen richting kiezen. Zo zijn er in de Wmo verschillen in ondersteuningsmogelijkheden en zijn er signalen dat mensen soms naar een andere gemeente verhuizen omdat zij daar beter ondersteund kunnen worden (De Boer en Van den Braak 2019). Verschillen in aanbod zien we bijvoorbeeld bij de jeugdhulp (Hageraats et al. 2020). Ook in het passend onderwijs hebben de keuzes die gemeenten maken gevolgen voor de mogelijkheden voor ondersteuning in de nabijheid. Neem bijvoorbeeld Sepp:

De reguliere basisschool van Sepp kan hem niet het onderwijs bieden dat hij nodig heeft. Door zijn hoge cognitief niveau is hij snel verveeld, maar hij is ook snel overprikkeld. School is ingewikkeld voor hem, hij snapt de sociale gedragsregels niet altijd even goed en hierdoor ontstaan conflicten. Er is regelmatig sprake van agressie en gedrag dat zijn klasgenoten niet begrijpen. De school geeft aan niet de juiste expertise in huis te hebben om met het onbegrepen gedrag om te gaan en vindt de aanwezigheid van Sepp in de klas

een risico voor de andere kinderen. Er is in de regio geen plek op een andere (speciaal onderwijs) school die goed aansluit bij de behoeften van Sepp. De school waar hij mogelijk wel tot zijn recht komt ligt op ruim een uur reizen van huis.

De vrijheid van gemeenten kan leiden tot verschillen in financiële ondersteuning. Veel mensen ervaren dat als oneerlijk (Van Dijk et al. 2025; zie ook § 4.4.4). De lengte van de wachtlijst voor een casemanager hangt onder andere af van iemands verzekeraar en woonregio. Soms overschrijdt de wachtlijst zelfs de Treeknorm (Homan et al. 2018; Jansen et al. 2021; NZa 2023). In een focusgroep wordt gemeld:

‘Het ligt eraan in welke gemeente je zit, of je moet wachten of er een casemanager beschikbaar is. In Den Haag duurt het zo vier, vijf maanden, maar mijn vader woont in een dorp en daar was het binnen drie maanden geregeld. Dus het ligt er maar aan waar je woont.’ (hulpverlener, focusgroep 1)

3.2 De interventie sluit niet goed aan bij behoeften

Mensen die ondersteuning krijgen hebben soms het gevoel dat ze niet goed geholpen worden. De hulp sluit niet goed aan bij hun behoeften en hun problemen worden er niet mee opgelost. Dit kan komen door verschillen in inzicht over wat er nodig is tussen hulpvrager en hulpverlener (§ 3.2.1), het denken vanuit het aanbod in plaats van vanuit de behoefte (§ 3.2.2), niet altijd levensbreed kijken (§ 3.2.3), niet-integrale ondersteuning (§ 3.2.4) en gebrek aan continuïteit van de ondersteuning (§ 3.2.5).

3.2.1 Verschillende inschattingen over wat er nodig is

Soms vragen mensen om een vorm van ondersteuning die volgens hulpverleners niet geboden kan worden. Een voorbeeld is de toeleiding naar werk vanuit de bijstand: klantmanagers schatten de mogelijkheden voor bijstandsgerechtigden om betaald werk te verrichten soms groter of juist kleiner in dan de bijstandsgerechtigde zelf. Bijvoorbeeld als betaald werk wel mogelijk zou kunnen zijn, maar een flinke investering vergt, zoals het financieren van een opleiding of langdurige begeleiding.

‘Weet je, geef iemand nu een kans. Dat is wel iets wat ik toen heel erg miste. [...] “Ja, nee, maar het [kost gewoon te veel geld] om dan iemand te begeleiden naar een baan.” Laten we zeggen, hij had zijn hakken in het zand gezet. Hij vond dat ik dat niet kon en dus kon het niet. [...] Mijn eerste emotie was verdriet, maar ik ben er ook heel boos over geworden, van: “Jij ontnemt mij nu een kans om weer terug te keren in het arbeidsproces.” Dat dat misschien niet fulltime is, dan is het niet fulltime, maar gun iemand een lichtpuntje. Gun iemand perspectief.’ (bijstandsgerechtigde, Van Echtelt et al. 2024: 28)

De Nationale Ombudsman stelt dat te veel burgers zich niet herkennen in het verslag van het Wmo-gesprek dat bij de aanvraag van ondersteuning plaatsvindt. Daarin vinden zij te weinig terug over wat voor de burger belangrijk is. En dat leidt tot frustratie bij burgers omdat zij er niet op kunnen vertrouwen dat er met hun behoeften rekening wordt gehouden (Peeters 2023). Dit schaadt ook het vertrouwen in de ondersteuning (Van Echtelt et al. 2024). Als aanbod niet goed aansluit bij de behoefte van mensen kan zorgmijding ontstaan. Dat zien we bijvoorbeeld bij Storm en John, die geen behoefte hebben aan een hulpverlener die woonbegeleiding biedt, omdat zij denken geen probleem met wonen te hebben. Hetzelfde is terug te zien in het ervaringsverhaal van Kimberley (Plaisier et al. 2023b):

Kimberley verbleef zelf langdurig in jeugdzorginstellingen en weigerde hulp bij de opvoeding omdat ze bang was dat jeugdzorg haar kinderen zou afpakken. Maar toen ze zag dat haar puberende dochter met verkeerde vrienden in aanraking kwam, is ze toch hulp gaan zoeken. Ze heeft nu een gezinscoach. De gezinscoach en Kimberley spreken eerlijk met elkaar over de wederzijdse verwachtingen. Kimberley stelt daarbij een harde voorwaarde: 'Ik heb toen tegen haar gezegd: Ik wil geen jeugdzorg erbij!' De gezinscoach belooft dat en houdt zich aan haar woord. (Plaisier et al. 2023b: 49)

3.2.2 Aanbodgericht in plaats van vraaggericht

Een veelgenoemd knelpunt is dat er te vaak vanuit het aanbod wordt gedacht en te weinig vanuit de hulpvraag van mensen (RVS 2019). Dit knelpunt komt bijvoorbeeld naar voren als oorzaak dat ouderen thuis niet altijd de ondersteuning of zorg krijgen die zij wel nodig hebben (Plaisier en Den Draak 2021). Aanbodgericht denken en werken komt voort uit het vooropstellen van organisatiebelangen (van gemeente, overheid of zorgaanbieder) boven die van mensen met ondersteuningsbehoeften. Zo constateert Zorginstituut Nederland (ZiN) dat zorgaanbieders in de ggz door de beschikbare personele en financiële capaciteit bepalen wie er wanneer wordt geholpen (ZiN 2023). Dat aanbodgericht denken ziet ook een deelnemer een focusgroep:

'Ik zie wel vaker dat hulpverlenersinstanties heel erg gericht zijn om dat aanbod dat ze hebben er maar in te gooien, maar ik mis soms het goede gesprek vooraf. Wat wil iemand nou en wat voor risico's kan iemand zelf [nemen].' (hulpverlener, focusgroep 1)

Een deelnemer van de focusgroepen over de persona's bracht in dat de toename van thuiszitters (kinderen en jongeren die niet naar school gaan) deels komt door aanbodgericht werken:

'Ja, het aantal thuiszitters neemt toe. [...] Hier gaat het eigenlijk ook weer om aanbodgericht, namelijk: de school heeft in het huidige aanbod geen plek voor deze jongen. Terwijl, kijk naar wat zijn vraag is: het valt wel mee. En er zijn wel mogelijkheden, ik bedoel: ambulante ondersteuning bijvoorbeeld, vanuit de jeugdhulp in de klas, of een andere instantie, is heel goed mogelijk. [...] Ik denk ook hier dat het stelsel niet heel erg het probleem is. [...] Maar wel in de uitvoering.' (wetenschapper, focusgroep 2)

3.2.3 Niet levensbreed kijken en ondersteunen

Een ander knelpunt dat al vaker is beschreven, is dat mensen meerdere problemen kunnen hebben die zich in verschillende levensdomeinen voordoen, zonder dat daar voldoende oog voor is (zie bv. Plaisier et al. 2023b). Iemand krijgt bijvoorbeeld inkomensondersteuning, maar er is geen oog voor de problemen op gebied van sociale relaties of mentale gezondheid. Dat kan tot gevolg hebben dat mensen hun situatie niet structureel kunnen verbeteren of dat hun problemen erger worden. Zoals in het volgende voorbeeld:

Ingrid krijgt financiële problemen na het overlijden van haar man die altijd alles voor haar regelde. Tegen de buitenwereld houdt ze zich groot en niemand ziet dat ze zich in de schulden steekt omdat het emotioneel niet goed met haar gaat. Ze krijgt uiteindelijk wel hulp voor haar schulden, maar ze krijgt pas weer grip op haar leven als er uiteindelijk hulp komt om haar sociale en emotionele problemen aan te pakken. Die hulp had ze veel eerder willen hebben. (Plaisier et al. 2023b)

Steeds meer gemeenten werken met wijkteams om de ondersteuning dicht bij de burger te organiseren en integraal te werken. In veel wijkteams ontbreekt echter een afdeling werk en inkomen (Van Arum et al. 2023), al hangen sociale en gezondheidsproblemen vaak samen met problemen op

het gebied van werk en inkomen (zie bv. De Klerk et al. 2023). Vaak staat de diagnose van iemand centraal en is er geen oog voor iemands functioneren in het algemeen of voor bepaalde levensgebeurtenissen (*life events*). Met dit systeem worden niet de problemen van mensen, maar de medische diagnose en passende behandelmogelijkheden vooropgesteld. Een eenzijdige focus op een afgebakende hulpvraag ligt dan op de loer, waardoor er te weinig aandacht is voor onderliggende oorzaken of bijkomende problemen van mensen, met alle negatieve gevolgen van dien. Zoals in het voorbeeld van Willem:

Willem is ernstig ziek en moet stress vermijden. Hij raakt arbeidsongeschikt en door harde regels van een uitkeringsinstantie krijgt hij het financieel heel zwaar. Willem wil geen klager zijn en vraagt niet gauw om hulp. Uit schaamte vertelt hij niemand dat hij het financieel niet meer redt. In het ziekenhuis is geen oog voor zijn financiële problemen. Hij vraagt pas om schuldhulp als hij bijna zijn huis uitgezet wordt. De rechter is de eerste die het hele verhaal van Willem ziet en weet de huisuitzetting ternauwernood te voorkomen. (Plaisier et al. 2023b)

3.2.4 Mensen worden niet integraal geholpen

Hulpverlening sluit ook niet altijd goed aan op behoeften wanneer wel in beeld is dat iemand te maken heeft met problemen op meerdere terreinen. Omdat de zorg versnipperd is georganiseerd (zie hoofdstuk 4), hebben mensen met meerdere problemen doorgaans te maken met verschillende instanties en bijbehorende hulpverleners, die soms ook verschillende boodschappen aan de hulpontvanger geven. Zoals bij Rosa:

Rosa heeft onduidelijke gezondheidsklachten waarvoor geen duidelijke diagnose is. Ze meldt zich bij het UWV en wordt gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaard. Vanuit de Participatiewet moet zij solliciteren. Dat lukt haar door haar vermoeidheidsklachten niet, wat zorgt voor nog meer stress.

Bekende voorbeelden van versnipperde hulp waarin verschillende hulpinstanties niet samenwerken en elkaar juist kunnen tegenwerken, zien we in casussen rondom gezinnen met multiproblematiek (zie bv. familie De Vries). De veelbelovende werkwijze *1Gezin1Plan1Regisseur* zou een passend antwoord zijn en de hulpverlening voor deze gezinnen moeten verbeteren. Toch is dit nog niet in alle gemeenten goed van de grond gekomen, constateert Toezicht Sociaal Domein (TSD 2025a). Uit onderzoek komt naar voren dat effectieve interventies voor gezinnen met multiproblematiek gemeen hebben dat op meerdere terreinen tegelijkertijd hulp geboden wordt aan zowel de ouders als aan de kinderen (Zoon et al. 2021).

Gevaarlijke situaties kunnen ontstaan wanneer mensen met verward gedrag geen integrale hulp ontvangen en diverse instanties hun hulp niet goed afstemmen. Denk aan de recente dodelijke incidenten in Amsterdam, Rotterdam den Haag of Nieuwegein (NOS 2024a, 2024b; Nu.nl 2023, 2025). Hierdoor komen taken ook bij instanties terecht die daar niet goed op zijn ingesteld. Bijvoorbeeld bij de politie die zich in dit soort situaties als hulpverlener moet opstellen, terwijl medewerkers daar niet voor zijn opgeleid (Koekoek 2024; Zorg en Welzijn 2025).

3.2.5 Gebrek aan continuïteit van zorg

Het is voor mensen die zorg en ondersteuning ontvangen belangrijk om een vaste hulpverlener te hebben. Dan hoeven zij niet telkens hun situatie opnieuw uit te leggen en kunnen zij een vertrouwensband opbouwen. Dit kan zorgen voor wederzijdse betrokkenheid (Engbersen et al. 2022). Soms is het nodig dat hulpverleners eerst moeten werken aan herstel van vertrouwen voordat

zij hun cliënten überhaupt kunnen gaan helpen (Schmidt et al. 2025). Ook om de hulpbehoefte goed te begrijpen is betrokkenheid en zo'n vertrouwensband belangrijk (Van Echtelt et al. 2024). Zo vertelt een bijstandsgerechtigde over het contact met klantmanagers van de Participatiewet:

'Ik wil geen andere personen om het contact dat ik met hem heb te gaan opbouwen, want dan raak ik in de war. Zo raken ook mensen in de war, door wisselen van ambtenaren. [...] Want dan moet je weer je persoonlijkheid of je behoefte gaan uitleggen.' (bijstandsgerechtigde, Van Echtelt et al. 2024: 60)

De oorzaken voor gebrek aan continuïteit is divers. Zo kunnen personeelswisselingen ertoe leiden dat iemand een andere hulpverlener krijgt. Een schrijnend voorbeeld van wat dit voor mensen kan betekenen blijkt uit onderzoek van Follow the Money (2024a).

'Tara heeft door personeelsgebrek geen vaste jeugdbeschermer. Ze woonde in tweeënhalf jaar tijd in tien verschillende instellingen. Haar langste verblijf duurde vier maanden.' (Follow the Money 2024a: 3)

Ook kunnen nieuwe aanbestedingen van ondersteuning door bijvoorbeeld gemeenten of zorgverzekeraars ertoe leiden dat de zorg aan andere aanbieders wordt gegund, waardoor mensen met andere aanbieders en hulpverleners van doen hebben (zie hoofdstuk 5).

Ook wanneer mensen eerst ondersteuning krijgen vanuit het ene domein en vervolgens uit een ander domein (bv. van Wmo naar Wlz of van naar Jeugdwet naar Wmo) krijgen zij mogelijk een andere zorgaanbieder en een nieuwe hulpverlener. Iemand met een Wmo-indicatie krijgt namelijk zorg die is ingekocht door de gemeente en iemand met een Wlz-indicatie krijgt zorg die is ingekocht door het zorgkantoor. Dat kan betekenen dat ze geen hulp meer krijgen van de hulpverlener die ze al lang hebben of niet meer naar de dagbesteding kunnen waar ze al jaren komen. Bij zo'n overgang krijgen mensen te maken met een nieuwe indicatiesteller die het dossier niet kent. Dit betekent dat zij iedere keer weer hun verhaal moeten vertellen (RVS 2023).

'Ik heb een collega, die heeft een klantje, die heeft dagbesteding ingezet in [plaatsnaam], maar dat kan niet meer want hij is achttien geworden. Ja, dan moet hij de Wmo in. De Wmo heeft hele andere ingekochte partijen, dus het houdt helemaal op. Die jongen komt net uit z'n psychose, weet je wel, we hebben hem eindelijk weer op de rit. En hatsjekidee.'
(hulpverlener, focusgroep 4)

3.3 De methode of werkwijze past niet

Er is al vaak geconstateerd dat juist mensen met de meest complexe problemen relatief vaak niet passend worden geholpen. Dit kan worden veroorzaakt door de gekozen methodiek of werkwijze van hulpverleners. Zo wordt niet iedereen bereikt door de nadruk op zelfredzaamheid (§ 3.3.1) en de resultaatgerichtheid (§ 3.3.2). Soms wordt er vanuit het verkeerde domein hulp geboden (§ 3.3.3), heeft hulp een averechts effect (§ 3.3.4), of wordt er te weinig 'outreaching' gewerkt (§ 3.3.5)

3.3.1 Een sterke nadruk op zelfredzaamheid

De Wmo is gericht op hulp met als doel te bereiken dat mensen het zelf (weer) redden, zo nodig met hulp uit hun eigen omgeving (TK 2021/2022a). En ook de Participatiewet is erop gericht dat mensen zo snel mogelijk zelf in hun inkomen kunnen voorzien (Van Echtelt et al. 2023). Veel mensen kunnen inderdaad met kortdurende ondersteuning de draad weer oppakken en zelfredzaam zijn. Maar er is

ook een groep die lang of zelfs voortdurend ondersteuning heeft. Tegelijkertijd wordt van mensen verwacht dat zij langer thuis wonen in plaats van in een instelling. Dat betekent dat er een grote groep kwetsbare ouderen en mensen met lichamelijke, psychische of verstandelijke beperkingen of sociale problemen in de gemeenten woont. Veel van hen zullen ondersteuning vanuit de Wmo nodig hebben voor hulp bij het dagelijks leven of ondersteuning van jeugdzorg voor het opvoeden van kinderen. Een deel van hen valt daarbij ook onder de Participatiewet en van hen wordt verwacht dat zij ook op de arbeidsmarkt participeren.

Uit recent onderzoek blijkt dat er een groep mensen is die langdurig in de bijstand zit, omdat het hen niet lukt om betaald werk te verrichten. Een aanzienlijk deel van deze groep kampt met gezondheids- of sociale problemen. De ondersteuning die gemeenten vanuit de Participatiewet bieden is bij deze groep niet afdoende om te kunnen participeren, zeker niet om betaald werk te doen. Als de klantmanagers zich strikt aan de regels houden vanuit de Participatiewet worden de problemen van deze groep in veel gevallen alleen maar erger (Van Echtelt et al. 2024). Zo ook bij Rosa:

Voor haar gezondheid is het belangrijk om zich een poosje bij haar familie in het buitenland te voegen. Daar kan ze tot rust komen, en daardoor hoeft haar partner niet naast zijn werk ook nog voor haar te zorgen. Door de steun van haar familie ervaart ze minder stress en een ander klimaat zal haar gezondheid ten goede komen. Maar haar klantmanager beschouwt dit als ongeoorloofde vakantie en ze wordt gekort op haar bijstand, waardoor ze meer financiële problemen krijgt en weer meer stress ervaart.

Bij de Wmo werken verschillende gemeenten met de Zelfredzaamheid-Matrix, waarmee iemands redzaamheid op verschillende levensgebieden systematisch in kaart wordt gebracht.⁷ Op de gebieden waar mensen minder redzaam zijn, wordt ondersteuning ingezet om mensen binnen een bepaalde termijn weer zelf- (of samen-)redzaam te maken. Hoewel het in kaart brengen van iemands zelfredzaamheid op verschillende levensgebieden goed past bij domeinoverstijgend en integraal denken en werken, is het de vraag of met het benadrukken van zelfredzaamheid het doel ervan niet juist voorbij wordt geschoten. In 2017 uitte de Nationale Ombudsman kritiek:

‘Wanneer de overheid vasthoudt aan zelfredzaamheid als norm, worden drempels opgeworpen waardoor mensen, burgers, worden uitgesloten van voorzieningen, overheidsdiensten en al het andere goede dat de samenleving heeft te bieden.’ (Nationale Ombudsman 2017: 4)

‘Het stellen van eisen aan burgers waarvan vaststaat dat zij daar niet aan kunnen voldoen, is niet behoorlijk.’ (TK 2016/2017: 4)

Anderzijds kan ondersteuning om (weer) zelfredzaam te worden ook worden gezien als een vorm van *empowerment* waarbij wordt voorkomen dat mensen afhankelijk worden van professionele hulpverleners, maar (weer) zelf of samen met anderen uit hun eigen omgeving de regie over hun eigen leven houden. Mits dat met de passende proportionaliteit gepaard gaat, want niet iedereen slaagt daarin (WRR 2017).

⁷ De Zelfredzaamheid-Matrix werd ontwikkeld door de GGD Amsterdam vanuit de behoefte van hulpverleners in de OGGZ om snel en eenvoudig de zelfredzaamheid van kwetsbare mensen te meten. Zie ook GGD Amsterdam (2017).

3.3.2 Resultaatgerichtheid

Onder andere in de Wmo, maar bijvoorbeeld ook bij de Participatiewet en de Zvw, heeft resultaatgerichtheid van interventies zijn intrede gedaan, enerzijds om kosteneffectief te werken, anderzijds om een goede kwaliteit van zorg na te streven. Ook worden bij voorkeur *evidence-based* interventies toegepast: methoden en werkwijzen die wetenschappelijk bewezen effectief zijn, zoals ook in de curatieve zorg gebruikelijk is. De gemeente of zorgverzekeraar sluit bij voorkeur contracten af met partijen die effectieve interventies bieden. Dan kunnen kosten worden bespaard, zo is de gedachte (zie RVS 2017). Maar strikt *evidence-based* werken kan een keurslijf worden waarbij er geen ruimte meer is om goed aan te sluiten bij behoeften van mensen en ruimte te houden voor uitzonderingen (Autisme.nl 2024). Daarnaast is het in het sociaal domein vaak lastiger om aan te tonen of een interventie werkt dan in bijvoorbeeld de medische zorg. Maar zelfs in de medische wereld is dat niet altijd gemakkelijk. Er zijn diverse andere factoren in het leven van mensen die hun problemen beïnvloeden. Zo lijkt het effect van bepaalde therapieën in de ggz eerder te kunnen worden verklaard door de samenwerking tussen de patiënt en behandelaar, dan door de behandelmethode (Nocross en Lambert 2011). Daardoor kan een vertekend beeld over de werkzaamheid van een interventie ontstaan. Een voorbeeld is het meten van vorderingen bij groepen van cliënten met behulp van de Zelfredzaamheid-Matrix (zie § 3.3.1) om cliënten van verschillende instellingen met verschillende werkwijzen te vergelijken.

Het geloof in resultaatgerichtheid en *evidence-based* werken past bij het geloof in maakbaarheid van mensen (zie ook hoofdstuk 2): de interventie zorgt ervoor dat de problemen van mensen worden opgelost of verminderd. Daarmee wordt echter voorbijgegaan aan het gegeven dat er ook een groep mensen in het sociaal domein ondersteund wordt (of zou moeten worden) met levenslange kwetsbaarheden, die hun leven lang een vorm van ondersteuning nodig hebben. Probleemoplossing als resultaat is voor hen geen optie, maar de ondersteuning kan er wel toe leiden dat zij de regie over hun leven weten te behouden. Of dat zij gelukkig zijn of een perspectief hebben, ondanks de problemen die zij in het dagelijks leven ondervinden (zie ook Mind (2023)).

In sommige gevallen kan een sterke hang naar *evidence-based* werken zelfs leiden tot het gebruik van methoden die schadelijk zijn, met als argument: ‘het is het beste wat we hebben, want we hebben niets anders of andere methoden zijn niet wetenschappelijk onderbouwd’. Zo kwam Jason Bhugwandass in 2024 met een onderzoeksrapport naar werkwijzen in de jeugdzorg in het nieuws. Hij werd op een zogenoemde ZIKOS-afdeling (Zeer Intensieve Kortdurende Observatie en Stabilisatie) in een totaal isolement gehouden, terwijl bekend is dat dit desastreuze gevolgen heeft voor jongeren (Bhugwandass 2024).

Een sterke inzet op resultaat van een behandeling kan er ook toe leiden dat mensen bij wie de interventie geen effect heeft, op een gegeven moment te horen krijgen dat ze ‘uitbehandeld’ zijn. Uit een recent rapport van Stichting 113 Zelfmoordpreventie kwam naar voren dat dat een rol speelde bij een deel van de mensen die suïcide pleegden (Balt et al. 2025).

3.3.3 Hulp vanuit het verkeerde domein

Mensen krijgen soms hulp uit het verkeerde domein. Een voorbeeld is dat mensen zorg krijgen uit het medisch domein, terwijl de hulpvraag in wezen effectiever kan worden opgepakt uit het sociaal domein. Veel mensen hebben immers vertrouwen in de huisarts (Van der Hulst et al. 2023). Dat leidt er ook toe dat mensen bij problemen als eerste naar de huisarts stappen. Maar een huisarts heeft een medische blik en zoekt oplossingen doorgaans in het zorgdomein, terwijl er misschien ook een

oplossing ligt in het sociale domein. Is bijvoorbeeld behandeling in de ggz de beste aanpak of past andere hulp beter, zoals hulp bij schulden, het vinden van werk of het opbouwen van sociale contacten? Zo kreeg Annemiek een ggz-behandeling terwijl zij meer baat had bij praktische hulp:

Annemiek lijdt aan een depressiestoornis en paniekaanvallen. De behandeling in een ggz-instelling levert onvoldoende resultaat op. Er wordt te laat ingezien dat ze andere hulp nodig heeft. Haar cliënt-ondersteuner helpt haar praktisch met van alles en neemt haar veel geregel uit handen, zoals met de problemen op haar werk, met de arbodienst en de uitkeringsinstantie. Daarnaast zorgt de ondersteuner voor een begeleider vanuit het wijkteam, die bijvoorbeeld samen met Annemiek naar belangrijke gesprekken gaat. (Plaisier et al. 2023b)

In een van de focusgroepen werd ook een ander voorbeeld over problematiek van kinderen gegeven: soms moet de oplossing voor een probleem niet bij de hulpvrager zelf worden gezocht, maar in diens netwerk. Zoals bij een kind dat bij jeugdzorg terechtkomt, terwijl eigenlijk de ouders ondersteund zouden moeten worden (zie ook *Hervormingsagenda Jeugd*, TK 2022/2023):

‘En dan krijg je natuurlijk weer de crux die in de Jeugdwet zit: [...] heel veel van dingen die we nu in de jeugdzorg zien, hebben vooral ook te maken met de bestaanszekerheidspositie van ouders. Je kan erop schieten tot je een ons weegt, maar dat maakt de jongeren niet beter, zal ik maar zeggen. Dus ja, het is volgens mij even de vraag: waar zit het nu precies in hè. Is het de jongere wel?’ (beleidsprofessional gemeente, focusgroep 2)

3.3.4 Hulp die interacteert met averechts effect

Door fragmentatie van het systeem in verschillende domeinen kunnen mensen verschillende vormen van ondersteuning krijgen zonder dat hulpverleners van elkaar weten wat ze doen of welke regelingen een cliënt gebruikt. Dat komt omdat hulpverleners beperkte mogelijkheden hebben om met elkaar samen te werken of gegevens te delen. Een overkoepelende blik ontbreekt. Het heeft soms juist een averechts effect als mensen daardoor verschillende boodschappen van verschillende hulpverleners krijgen: zij verliezen het vertrouwen in hulpverleners, zoals bij familie De Vries. Er zijn ook financiële regelingen voor mensen waardoor ze juist in financiële problemen kunnen raken. Doordat ze bijvoorbeeld iets extra's krijgen van de gemeente, maakt de belastingdienst een herberekening van het inkomen en raken mensen een toeslag kwijt of moeten zij deze terugbetalen. Zo kunnen mensen zelfs in de schulden raken door een goedbedoeld steuntje in de rug (Rijksoverheid 2023).

3.3.5 Te weinig proactief werken

Een deel van de mensen die ondersteuning nodig hebben wordt niet bereikt omdat er onvoldoende outreachend gewerkt wordt (Kromhout et al. 2020; Plaisier et al. 2024). Sommige mensen vragen niet zelf om hulp en zouden dus op andere manieren bereikt moeten worden, bijvoorbeeld door op ze af te stappen. Dan kan verergering van de problematiek wellicht gedempt of zelfs voorkomen worden, zoals iemand in de focusgroep opmerkt over Mandy:

‘Dus je ziet vaak dat [...] mensen pas heel erg aan het einde in beeld komen, en dan is er al heel veel leed geleden.’ (beleidsprofessional gemeente, focusgroep 3)

In het algemeen is de ondersteuning echter nog weinig proactief. De ondersteuning is nog te weinig gericht op preventie van (ernstiger) gezondheidsproblemen en op vroegsignalering van behoeften

aan zorg en ondersteuning (De Klerk et al. 2019). Preventie is een belangrijk taak van de sociale wijkteams die in veel gemeenten actief zijn. Een van de gedachten achter de decentralisaties is dat wijkteams outreachend of proactief werken (zie ook § 3.3.1). Outreachend werken is voor hulpverleners ook niet vanzelfsprekend omdat het schuurt met het uitgangspunt in de Wmo dat mensen zelf hulp moeten vragen als zij dat nodig hebben, vanuit de gedachte dat de hulpvraag leidend moet zijn en niet het aanbod (zie § 3.2.2). Dat stelt hulpverleners voor een dilemma: op mensen afstappen of niet? Zie ook paragraaf 2.1 over schurende waarden. Veel wijkteams komen niet toe aan outreachend werken. Daarnaast vinden velen dat de verbinding met voorliggende voorzieningen zoals uitkeringen, diensten en regelingen vanuit de overheid onvoldoende is.

Voor preventie, proactief en outreachend werken hebben hulpverleners tijd en ruimte nodig, maar die hebben zij vaak niet. Als oorzaak noemen respondenten vaak tekort aan personeel. Dit type taken zou echter ook de druk op hulpvragen kunnen verlichten.

3.4 Hulpverleners doen niet altijd wat nodig is

Het niet krijgen van passende ondersteuning komt niet alleen door het ontbreken of tekortschieten van de voorzieningen. Ook in de uitvoering door hulpverleners kunnen oorzaken liggen. Bijvoorbeeld dat hulpverleners wel willen ondersteunen, maar dat niet kunnen of mogen omdat het niet hun taak is (§ 3.4.1), omdat zij onvoldoende expertise hebben (§ 3.4.2) of omdat ze de hulpvrager niet op een passende manier bejegenen (§ 3.4.3).

3.4.1 De hulpverlener wil wel, maar kan niet

Eerder onderzoek wijst ook op het probleem dat de geboden hulp vaak niet (voldoende) is toegespitst op de specifieke hulpbehoefte (Berg et al. 2022; Van Echtelt et al. 2024; De Jong et al. 2024; Trappenburg 2020). Om maatwerk te kunnen bieden hebben hulpverleners handelingsruimte nodig. Berg et al. (2022: 5) zeggen daarover: ‘Professionals ervaren te weinig ruimte om van de regel af te wijken of weten zich juist geen raad met de oproep om alle ruimte te pakken.’ Zoals deze respondent in een van de focusgroepen zei:

‘Veel professionals zeggen: “Ik moet eigenlijk deze jongen verder ondersteunen, maar op het moment dat ik dat doe, dan ben ik eigenlijk illegaal bezig. Ik mag dat niet.”’ (wetenschapper, focusgroep 3)

Het is niet altijd duidelijk of het probleem zit in de wet of in de interpretatie en uitvoering ervan (zie hoofdstuk 4). Gebrek aan mogelijkheden om iemand te ondersteunen in de wet zien we bijvoorbeeld bij de Jeugdwet van waaruit alleen jongeren tot 18 jaar geholpen kunnen worden, of bij ouderen die nog niet voor Wlz in aanmerking komen, maar te weinig ondersteuning kunnen krijgen vanuit Wmo en Zvw. Maar ook door organisaties of beroepsgroepen zelf worden soms strikte richtlijnen en protocollen opgesteld waardoor er onvoldoende flexibiliteit voor hulpverleners is om ondersteuning te bieden. Deze gaan vaak uit van de gemiddelde patiënt, waardoor mensen buiten de boot kunnen vallen. Zo zijn er in de gezondheidszorg richtlijnen waardoor cliënten met gestapelde diagnoses (bv. een depressie en een alcoholverslaving) niet in behandeling genomen worden (NTVG 2022).

Een andere belemmering voor hulpverleners om mensen integraal en levensbreed te kunnen ondersteunen komt voort uit de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Zonder uitdrukkelijke toestemming van cliënten mogen hulpverleners geen gegevens met andere

organisaties delen. Dat betekent in de praktijk een belemmering om samen te werken met andere hulpverleners van andere organisaties.

Tot slot zijn de kennis, het professionele netwerk en de handelingsvrijheid van individuele hulpverleners medebepalend voor het bereik van passende ondersteuning. Ook de facilitering van hun (gemeentelijke) organisaties is van belang. Het gaat dan bijvoorbeeld om de mogelijkheden om outreachend te kunnen werken, tijd om een professioneel netwerk te onderhouden, van elkaar te kunnen leren en ruimte te krijgen om indien nodig uitzonderingen te mogen maken op regels (Plaisier et al. 2024). Zie ook hoofdstuk 4 en 5.

3.4.2 Gebrekkige deskundigheid

Het niet of te laat ontvangen van passende ondersteuning kan ook te maken hebben met een gebrek aan expertise bij gemeenten en hulpverleners. Als hulpverleners te weinig expertise hebben over complexe problemen, het passende aanbod of onderliggende aspecten bij hulpvragen zoals een verstandelijke beperking of autisme, kunnen zij niet tijdig signaleren welke ondersteuning nodig is (zie bv. Nieuwenhuis 2022). Zo valt de lichtverstandelijke beperking van Mandy niet op bij de juf van haar dochter Nathalie, waardoor Mandy zelfredzamer wordt ingeschat dan dat zij daadwerkelijk is.

Het gaat dan niet alleen om niet goed ingeschatte kwetsbaarheden van mensen, maar ook over onbekendheid over wat er nodig en mogelijk is bij een probleem. Zo werd in eerder onderzoek geconstateerd dat in veel wijkteams de kennis over de aanpak van financiële problemen onder de maat is (Jungmann 2018a, 2018b). Zo was de voorziening vaak onbekend en kregen kleine ondernemers die persoonlijk aansprakelijk zijn voor schulden van hun onderneming vaak geen hulpverlening.⁸

Bij bespreking van Aleksander in een focusgroep kwam aan de orde dat de kennis bij medewerkers van sociale wijkteams ook tekortschiet als het gaat om wetgeving rondom arbeidsmigratie. Daardoor krijgen mensen niet de hulp waar ze eigenlijk wel aanspraak op kunnen maken.

‘En ik begrijp ook dat over de wetgeving de kennis bij de buurtteams en zo nog beperkt is. Dus dat sommige mensen ook weer te snel zeggen: “We kunnen niks voor je doen.”’ (beleidsprofessional gemeente, focusgroep 2)

Er zijn in het sociaal domein ook steeds meer hulpvragers met uiteenlopende culturele achtergronden. Dat vraagt ook om expertise om de juiste vragen te stellen en hulpvragen juist te interpreteren. Cultuurspecifiek werken vraagt om specifieke vaardigheden van hulpverleners. Gemeenten zouden hen in staat moeten stellen om gepaste expertises op te bouwen (Bouteh en de Haan 2019).

Omdat hulpvragen van mensen in het sociaal domein levensbreed zijn en van mensen komen met vele verschillende achtergronden en kwetsbaarheden, is het niet realistisch om op al deze terreinen deskundigheid van hulpverleners te verwachten. Dat betekent dat er bij complexere hulpvragen in de praktijk meerde disciplines betrokken zullen zijn, die goed met elkaar moeten kunnen samenwerken. Die samenwerking komt lang niet altijd goed van de grond (zie § 4.3). Een voorbeeld is de

⁸ Er is inmiddels een verbeterplan opgesteld waarin gemeenten bij hun uitbesteding meer aandacht moeten schenken aan betere begeleiding en nazorg tijdens het traject van schuldhulpverlening (NLA 2024a).

hulpverlening aan personen in vervuilde huishoudens. Daar schuilt vaak complexe problematiek achter. Wijkverpleegkundigen beschikken vaak over te weinig kennis over oorzaken van vervuilde huishouden, zoals psychische beelden of zorgmijding, en hebben vaak te weinig vaardigheden in de omgang met deze personen. Het betrekken van hulpverleners uit het sociaal domein is nog niet vanzelfsprekend door onbekendheid van de mogelijkheden (Verkaik et al. 2021).

De WRR waarschuwt dat de deskundigheid van gemeenten onder druk staat, onder meer doordat steeds meer van ambtenaren wordt gevraagd. Naast politiek-bestuurlijke sensitiviteit en kennis van de lokale samenleving is nieuwe vakspecifieke kennis nodig, maar ook vaardigheden zoals luisteren naar burgers, opdrachtnemers aansturen en regie kunnen voeren in samenwerkingsconstructies. Vooral kleinere gemeenten kampen met een gebrek aan (specialistische) kennis. Het hoge personeelsverloop, de toegenomen inzet van externe consultants (waardoor er geen kennis beklijft in gemeenten) en de veranderingen in het rijksbeleid maken het voor gemeenten moeilijker om de benodigde deskundigheid op te bouwen en te behouden (De Jonge 2024).

‘Dan zie je dat die jeugdprofessionals het eigenlijk niet zo goed weten. Ze komen net van school, ze hebben geen idee. Dit soort casuïstiek, nou echt, die meiden die schrikken zich helemaal de blubber. Dus die denken: oh my god, schulden, geen idee. Dus wat gaan ze doen? Ze zetten echt rete-dure indicaties in bij de ingekochte partijen, zeg maar, dat ik denk... [...] Terwijl: ga gewoon naast iemand staan. Ga serieus naast iemand staan, al die leefgebieden in kaart brengen en, volgens mij, ga een gezinsbegeleider daar inzetten, die alles, maar dan ook alles [overziet]...’ (hulpverlener, focusgroep 4)

3.4.3 Bejegening door hulpverleners

De bejegening door hulpverleners is cruciaal voor een effectieve interventie. Zo schrijft het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) dat de opstelling van hulpverleners bij de ondersteuning van gezinnen met multiproblematiek nog belangrijker is dan bij andere gezinnen (Zoon et al. 2021). Dit heeft vaak ook te maken met opgebouwd wantrouwen in hulpverleners door hun vaak lange (intergenerationele) geschiedenis met hulpverlening, iets dat nadrukkelijk bij familie De Vries speelt. Maar ook bij John is duidelijk dat de bejegening een rol speelt: hij vond het maar gezeur dat iemand van de GGD zich kwam bemoeien met zijn huishouding.

Gemeenten maken steeds meer en vaker gebruik van ervaringsdeskundigheid van mensen die zelf hulp nodig hebben. Mensen met ervaringskennis kunnen zich vaak beter inleven in de situatie van hulpvragers wat kan bijdragen aan het in kaart brengen van iemands behoeften. In een van de focusgroepen werd aangegeven dat ervaringsdeskundigen een belangrijke rol kunnen spelen:

‘Ik denk dat die ervaringsdeskundige zeker dezelfde taal spreekt, en ik denk ook dat in die hulpverleningssetting: negen van de tien keer moet het ook allemaal langs psychologen, gedragswetenschappers. Die halen de kennis, denk ik, te veel uit, on-gechargeerd,... die blijven te veel op de oppervlakte zitten. En ik denk dat: wat is hier nodig? Gewoon even naast mekaar: “Hoe is het nou met jou? Ik wil er voor jou zijn, je mag een schouder van me. Het is oké hoe je bent.” [...] Maar ook: echt naast iemand gaan staan, om er te mogen zijn. Ik denk dat dat de rode draad is die we nu missen.’ (hulpverlener, focusgroep 4)

Tot slot is het van belang op te merken dat bij de bejegening door hulpverleners de eigen ervaringen en achtergronden een rol spelen en dat ook (onbewuste) vooroordelen en discriminatie hierin rol

kunnen spelen.⁹ Dit kan ertoe leiden dat professionals de situatie of de hulpvraag door vooroordelen niet adequaat inschatten, waardoor hulpvragers niet de juiste ondersteuning krijgen.

3.5 Samenvatting

Er spelen diverse knelpunten als het gaat om de interventies die worden geboden om mensen te ondersteunen. De ondersteuning is niet altijd voldoende passend door te krappe indicaties, doordat het aanbod er niet is, doordat het aanbod onvoldoende op maat is, of doordat mensen het juiste aanbod moeilijk kunnen vinden. Daarnaast sluit de interventie niet altijd goed aan bij de behoeften van mensen: het is soms maar op een deel van de problemen gericht. Ook is er niet altijd sprake van continuïteit door wisselende hulpverleners of kortdurende indicaties. Interventie zijn veelal gericht op het oplossen van problemen of herstel van zelfredzaamheid, wat niet altijd realistisch is omdat een deel van de mensen blijvend kwetsbaar is en daar blijvend ondersteuning bij nodig heeft. Tot slot spelen er ook knelpunten bij hulpverleners die de interventie uitvoeren. Zij missen soms expertise, hebben niet altijd genoeg handelingsruimte en het lukt ze niet altijd om goed aan te sluiten bij de belevingswereld van mensen die ondersteuning nodig hebben.

⁹ Naast individuele vooroordelen van hulpverleners, kan ook institutioneel racisme een rol spelen in het beoordelen en toekennen van de juiste interventie aan de juiste persoon. Dit is echter geen onderdeel van deze knelpunteninventarisatie omdat het verder voert dan het stelsel van zorg en ondersteuning alleen.

4 Organisatie

Mensen die ondersteuning nodig hebben voor verschillende problemen, hebben vaak te maken met uiteenlopende (uitvoerings)organisaties (zie kader 4.1). Zo kunnen mensen met gezondheidsproblemen en inkomensproblemen te maken hebben met medische zorg, uitkeringen, toeslagen en gemeentelijke regelingen. Zij kunnen bijvoorbeeld bij hun gemeente terecht voor ondersteuning bij problemen met participatie, financiën en schulden, bij de zorgverzekeraar voor een behandeling, ggz-hulp of persoonlijke verzorging, bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voor langdurig intensieve zorg, bij het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) voor het aanvragen van een werkloosheidsuitkering (WW-uitkering) of bij de gemeente voor een bijstandsuitkering (zie ook § 4.1). De gemeente biedt vaak niet zelf de hulp maar sluit daarvoor contracten met diverse aanbieders zoals welzijnsinstellingen, thuiszorginstellingen of instellingen voor maatschappelijke opvang. Ook voor medische hulp en inkomensondersteuning zijn er diverse toegangswegen en aanbieders. De RVS (2023) spreekt van fragmentatie van de zorg: mensen met meervoudige problemen krijgen te maken met zorgprofessionals of zorgorganisaties die naar een specifiek onderdeel van een hulpvraag kijken.

De grote diversiteit aan uitvoeringsorganisaties komt voort uit hoe de verzorgingsstaat in de jaren vijftig werd opgebouwd en is doorontwikkeld. Stap voor stap ontwikkelde de sociale zekerheid met de invoering van wetten zoals de AOW, Bijstandswet, WW en WAO en de ouderen- en gehandicaptenzorg (AWBZ), waar de rijksoverheid verantwoordelijk voor was. Met de invoering van de Bijstandswet in 1965 werden ook gemeenten verantwoordelijk voor uitvoerende taken. Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 en later de decentralisaties in het sociaal domein in 2015 kregen gemeenten meer taken en kwam ook de toegang tot ondersteuning bij gemeenten te liggen. Dat betekende dat er naast de diversiteit aan organisaties die voor de verschillende wetten actief zijn, ook tussen de gemeenten verschillen zijn in de organisaties die ondersteuning bieden.

Kader 4.1 Waar mensen ondersteuning kunnen vragen en wie die biedt (voorbeelden)

Ondersteuning vanuit het sociaal domein wordt georganiseerd door de gemeenten. Ondersteuning vanuit de Wmo 2015 (bv. huishoudelijke hulp of begeleiding) en de Participatiewet (bijstandsuitkering en re-integratieondersteuning) kunnen bij de gemeente worden aangevraagd. Dit kan meestal bij een gemeenteloket of een wijkteam. De ondersteuning wordt dan bijvoorbeeld geleverd door aanbieders zoals welzijnsorganisaties, thuiszorgorganisaties, ggz-instellingen, re-integratiebedrijven of het wijkteam van een gemeente.

Voor toegang tot Jeugdhulp kan niet alleen het wijkteam doorverwijzen naar jeugdzorgorganisaties, ook huisartsen, jeugdartsen, medisch specialisten, rechters, jeugdbeschermers en -reclasseerders kunnen dat (NJI 2025b). Er zijn diverse typen jeugdzorgaanbieders zoals ambulante jeugdhulpaanbieders, gecertificeerde instellingen, pleegzorg, gezinshuizen, jeugd-ggz-aanbieders of het wijkteam zelf (voor lichte ondersteuning).

Voor de langdurige zorg (op basis van de Wet langdurige zorg, de Wlz) is een indicatie van het CIZ nodig. Met zo'n indicatie kunnen mensen zich inschrijven bij een instelling of Wlz-zorg thuis ontvangen.

Voor medische zorg (op basis van de Zorgverzekeringswet, de Zvw) kunnen mensen terecht bij de huisarts die als poortwachter fungeert. De huisarts kan doorverwijzen naar aanbieders zoals ziekenhuizen, ggz-aanbieders en revalidatiecentra. Voor sommige vormen van zorg (zoals tandartsenzorg, wijkverpleging en eerste behandelingen fysiotherapie) is geen verwijzing van de huisarts nodig. De zorgverzekeraar vergoedt (de meeste) kosten (zie ook hoofdstuk 5).

Inkomensondersteuning: mensen die hun baan verliezen kunnen onder voorwaarden een werkloosheidsuitkering aanvragen bij het UWV op basis van de WW. Het UWV verzorgt ook de indicatiestelling bij ziekte- of arbeidsongeschiktheidsuitkering. Met de bijstandsuitkering vullen gemeenten het inkomen aan van mensen die onvoldoende eigen inkomen kunnen genereren. De aanvragen en uitbetaling van toeslagen als huurtoeslag, zorgtoeslag en kinderopvangtoeslag worden geregeld door de Belastingdienst. Tot slot voeren de gemeenten ook allerlei beleid op het terrein van lage inkomens en armoede (minimabeleid). Gemeenten doen dit voornamelijk via bijzonderebijstand-regelingen, maar ook via losse armoederegelingen, die per gemeente kunnen verschillen (Van Dijk et al. 2025).

Er zijn twee wetten die schuldhulpverlening regelen. De meeste schuldhulpverlening loopt via de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening (Wgs). Hiervoor kan men bij de gemeente terecht. Gemeenten kunnen de hulp aan mensen met schulden uitbesteden, bijvoorbeeld aan een krediet- of stadsbank. De gemeente blijft wel verantwoordelijk voor de kwaliteit van de hulpverlening. De Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wsnp) valt onder het rijk. Dit traject kan worden ingezet wanneer Wgs niet is gelukt. Dan bepaalt een rechter hoe de schulden worden aangepakt.

Voor passend onderwijs is de school verantwoordelijk. Deze kan eventueel het regionaal samenwerkingsverband passend onderwijs inschakelen.

Mede door deze diversiteit aan organisaties zijn er verschillende structurele knelpunten ten aanzien van de organisatie van zorg en ondersteuning. Hierdoor krijgen mensen met meervoudige problemen niet altijd de ondersteuning die zij nodig hebben. Dit kan hun problemen verder verergeren en ertoe leiden dat mensen uiteindelijk duurdere en complexere hulp nodig hebben. Denk bijvoorbeeld aan ouderen die onnodig in zwaardere zorgvormen terechtkomen, zoals een eerstelijnsverblijf of op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis, terwijl Wmo-ondersteuning dat had kunnen voorkomen (De Klerk et al. 2019).

In dit hoofdstuk gaan we in op structurele knelpunten omtrent de organisatie van zorg en ondersteuning. Dat doen we aan de hand van de volgende vier thema's: toegang, personeelsschaarste, samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling.

4.1 Toegang kent allerlei drempels

In deze paragraaf onderscheiden we verschillende redenen waarom mensen met een hulpbehoefte geen toegang hebben tot (passende) ondersteuning (zie ook RVS 2019). De eerste is dat mensen de weg naar hulp niet weten te vinden en daarom geen aanvraag indienen (§ 4.1.1). De tweede is dat hun aanvraag wordt afgewezen, bijvoorbeeld omdat de regels heel stringent toegepast worden of mensen tussen wal en schip vallen (§ 4.1.2).

4.1.1 Aanbod is lastig te vinden

We lieten eerder zien hoe mensen met verschillende organisaties te maken krijgen als zij problemen hebben. De versnippering (ook wel fragmentatie genoemd: mensen met meervoudige problemen krijgen te maken met verschillende organisaties die allemaal naar een specifiek deel van de hulpvraag kijken; RVS 2023) en het aanbodgerichte denken kan ertoe leiden dat mensen ondersteuning mislopen (Plaisier et al. 2024).

Mensen met problemen op verschillende levensterreinen kunnen het toegangsproces als een doolhof ervaren en daarom afzien van hulp (RVS 2019; zie ook bv. MantelzorgNL 2023). Naast dat het voor mensen lastig is om te achterhalen welke ondersteuning beschikbaar is, zijn ook de criteria en kosten onduidelijk (De Klerk et al. 2023). Denk aan arbeidsongeschiktheidsregelingen (Octas 2024) en inkomensondersteuning die allemaal hun eigen begrippenkader hanteren (TK 2024/2025a). Het is voor mensen ingewikkeld om te weten waar ze recht op hebben (Hanse et al. 2022) en ze zijn soms bang dat ze onterecht verkregen inkomen moeten terugbetalen (bv. Inspectie SZW 2021). Mensen worden van het kastje naar de muur gestuurd, bijvoorbeeld als het gaat om ondersteuning vanuit het speciaal onderwijs of de jeugdzorg (Peeters 2018). Ze zien steeds weer een ander gezicht waarbij ze hun verhaal moet doen (Bureau Burgerberaad 2024). De volgende casus laat dat zien:

‘Gezinnen hebben te maken met meerdere wetten en regels die niet op elkaar afgestemd zijn en onderling niet samenwerken. Ik denk aan jeugd, beschermd wonen, Wlz, participatie. Elke wet heeft zijn eigen routes en elke regio heeft eigen regels. Er is geen doorkomen aan. Cliënten zijn de dupe: ze staan bij het verkeerde loket, waardoor ze voorzieningen mislopen en steeds opnieuw hun verhaal doen.’ (cliëntondersteuner, MEE NL 2023b: 4)

Dienstverlening te weinig toegankelijk voor burgers

Juist voor mensen met meervoudige problemen is het vaak moeilijk om te achterhalen welke ondersteuning beschikbaar is. Ook zijn de juiste loketten lastig te vinden (Menting en Brabers 2024; Patiëntenfederatie 2024). Denk bijvoorbeeld aan Aleksander, die wel bepaalde rechten heeft opgebouwd, maar daar weinig over weet, en deze ook niet aanvraagt. En dat de namen van sociaal domein-loketten, wijkteams en jeugdteams per gemeente verschillen, maakt het niet makkelijker om informatie te vinden. Bovendien is informatie vaak vooral digitaal of via meerkeuzemenu's en lange wachttijden aan de telefoon beschikbaar (Plaisier en Den Draak 2021; Van Treeck et al. 2022).

Hulp regelen is met name een uitdaging als je niet de administratieve en gezondheidsvaardigheden hebt die daarvoor nodig zijn (Reijnders 2020). Kremer (2023) spreekt van instantiekapitaal: je weg kunnen vinden naar de voor jou relevante regelingen, alle informatie tot je kunnen nemen en begrijpen welke eisen aan elke afzonderlijke regeling worden gesteld. Ouderen en mensen met een praktische opleiding, verstandelijke beperking, taalproblemen of een andere culturele achtergrond kunnen meer moeite hebben om de juiste ondersteuning te vinden (Heijmans et al. 2018; Rademakers en Heijmans 2024; Vellekoop et al. 2024; Willard et al. 2025). Zo hebben ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond vaker onvoldoende kennis van het Nederlands zorgstelsel en de bijbehorende aanvraagprocedures (Plaisier en Den Draak 2021). Ook het grote aantal inkomensvoorzieningen en toeslagen met verschillende criteria en toetsingskaders is voor veel

mensen ingewikkeld.¹⁰ Dit doet een (te) groot beroep op hun administratieve en financiële vaardigheden (Kremer 2023; RVS 2022).

‘Veel informatie is digitaal, er wordt verwezen naar websites. Ja, dat is niet voor iedereen even toegankelijk. Het is echt zo dat veel senioren steeds digitaal worden maar dat betekent vooral dat ze e-mailen en facebooken. Maar dat is nog weer wat anders dan dingen aanvragen of dingen uitzoeken via internet. En juist ook als je gezondheid afneemt, je motoriek neemt af, je gezichtsvermogen neemt af, nemen je digitale vaardigheden ook weer af.’ (medewerker organisatie voor belangenbehartiging, Plaisier en Den Draak 2021: 23)

Maaïke zegt hierover in een van de ervaringsverhalen in *Gezien, gehoord en geholpen willen worden*:

‘Je bent constant als burger zelf aan het vechten voor de rechten die je hebt en je krijgt ze niet altijd. En dat kost zoveel energie. [...] Ik moet tot op de dag van vandaag nog steeds vechten voor de hulp waar ik recht op heb en je moet het allemaal zelf weten, zelf uitvinden. Er is niemand bij de gemeente die zegt: “Weet je waar jij recht op hebt, weet je wat jou goed zou doen?”’ (Plaisier et al. 2023b: 52)

Onafhankelijke cliëntondersteuners kunnen mensen helpen bij hun zoektocht naar passende ondersteuning, maar mensen weten dat vaak niet (Kromhout et al. 2020), zie ook hoofdstuk 3. Cliëntondersteuners werken vaak voor de Wmo óf de Wlz, wat het lastig maakt om cliënten breed te ondersteunen als mensen met deze beide wetten te maken hebben. Nog breder bezien is het niet altijd duidelijk voor mensen in kwetsbare situaties welke vormen van sociaaljuridische ondersteuning er voor hen mogelijk en beschikbaar zijn (Blom et al. 2023). Bijvoorbeeld als zij bezwaar willen maken of als zij een geschil hebben met de overheid. Verschillende analisten wijzen in dit verband op de gebrekkige aansluiting van het sociaal en het juridisch domein, en de negatieve gevolgen die dat met zich meebrengt voor de zorg en ondersteuning van mensen met meervoudige problematiek (Marseille 2015; Modderman et al. 2024; Wallage en Simons 2024).

Stelsel ook complex voor dienstverleners

Ook voor dienstverleners is het stelsel complex.¹¹ Zo blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek naar de Participatiewet dat het klantmanagers veel tijd kost om ondersteuning te vinden voor cliënten die niet alleen geen werk hebben maar ook gezondheidsproblemen hebben (Van Echtelt et al. 2024). Huisartsen geven aan onvoldoende inzicht te hebben in wat het sociaal domein kan bieden, bijvoorbeeld voor mensen met psychische problemen (Plaisier et al. 2023b; ZiN 2023). Ze weten vaak onvoldoende welk ondersteuningsaanbod er in een wijk of gemeente is en wie het aanspreekpunt is in het sociaal domein, wat ook samenhangt met het veelvoud aan hulpverlening en organisaties (Hilhorst en Van den Wijngaart 2024). Zo zijn er diverse regelingen voor de ggz, die allemaal anders georganiseerd zijn en andere toegangsregels kennen (zie kader 4.2). Huisartsen verwijzen jongeren vaak door naar specialistische (tweedelijns)zorg en niet naar wijkteams omdat dat minder op hun netvlies staat (De Koster 2018). Een gebrek aan kennis bij hulpverleners kan ertoe leiden dat zij ten

¹⁰ Nederland kent een uitgebreid systeem van 27 verschillende inkomensondersteunende maatregelen, waarvan vier toeslagen (huurtoeslag, zorgtoeslag, kinderopvangtoeslag en het kindgebonden budget) (RVS 2022).

¹¹ Voor professionals die vastlopen in de bureaucratie of schurende wet- en regelgeving is er het netwerk PMM (Professionals voor Maatwerk Multiproblematiek), waar professionals casussen kunnen indienen en er oplossingen worden gezocht (TK 2024/2025c).

onterechte veronderstellen dat mensen niet in aanmerking komen voor ondersteuning (Plaisier et al. 2024). Dit speelt bijvoorbeeld ook bij de inkomensondersteuning.

Kader 4.2 Hulp bij psychische problemen via verschillende wetten

De ggz wordt vanuit verschillende zorgwetten georganiseerd en vergoed. Iemand die thuis woont en behandeling of therapie nodig heeft (ambulante zorg), kan zorg krijgen die wordt vergoed op basis van de Zvw. Dat geldt ook bij een crisisopname en de eerste drie jaar dat iemand opgenomen is in een ggz-instelling. Heeft iemand langer dan drie jaar hulp nodig, dan valt dit onder de Wlz en kan de behandelaar hiervoor een aanvraag indienen. Mensen die blijvend intensieve begeleiding of behandeling vanuit de ggz nodig hebben (ggz Wonen), kunnen ook zorg krijgen op basis van de Wlz (VWS 2025). Denk aan mensen die 24 uur per dag zorg nodig hebben in nabijheid of toezicht.

Geen passende zorg door veelheid aan aanbieders

Dat het aanbod steeds meer versnipperd is over verschillende aanbieders (zie bv. kader 4.3 voor de ggz) maakt het voor huisartsen steeds ingewikkelder om mensen met ingewikkelde psychiatrische problematiek goed te verwijzen en een goede plek in de ggz te vinden.

Kader 4.3 Voorbeeld van versnippering: het grote aantal zorgaanbieders in de ggz

Er waren in 2023 ongeveer 4800 zorgaanbieders die zorg declareren binnen de geneeskundige ggz: 600 vaak grote instellingen en 4.200 vrijgevestigde praktijken. De 600 instellingen behandelden samen 77% van de patiënten en maakten 93% van de ggz-kosten (Vektis 2025).

In een van de focusgroepen over de persona's kwam dit ook aan de orde:

'Soms weet je echt niet meer wat er allemaal is. Zoveel kleine partijtjes en er zijn allemaal dingetjes, dat ik denk: o, dat is ook wel handig. Maar we weten het eigenlijk allemaal niet meer waar alle hulp is of wat er eigenlijk allemaal mogelijk is. Ik denk dat er heel veel is, maar omdat het zo allemaal versnipperd betaald wordt of ingekocht wordt, gaat het ook verzuipen.' (hulpverlener en ervaringsdeskundige, focusgroep 4)

'Er zijn zoveel welzijnspartijen ingekocht door de gemeente om jongerenwerk, noem het maar op... Dat is echt wel gigantisch. Maar je moet het wel weten te vinden.' (hulpverlener, focusgroep 4)

4.1.2 Aanvraag doen maar niet in aanmerking komen

Mensen kunnen geen ondersteuning krijgen die ze wel nodig hebben doordat regels lastig uitvoerbaar zijn of doordat mensen tussen wal en schip vallen omdat wetten net niet goed op elkaar aansluiten. Hier bespreken we een aantal van deze oorzaken. Het is overigens niet altijd duidelijk of het probleem in de wet zit of in de interpretatie en uitvoering ervan (De Klerk et al. 2019). Het IPW wijst vooral op laatste (Kruiter et al. 2024a). Ook SCP-onderzoek signaleert dat regels soms intern vanuit de gemeente worden opgelegd en niet vanuit wettelijke bepalingen (Van Echtelt et al. 2024). Datzelfde SCP-onderzoek laat zien dat er verschillen tussen gemeenten en zelfs binnen gemeenten zijn in hoe streng professionals de regels toepassen (bv. met verstrekken van ondersteuning vanuit de Participatiewet).

Geen ondersteuning omdat regels lastig uitvoerbaar zijn

Een reden waarom mensen niet de ondersteuning krijgen die zij nodig hebben is dat toelatingsregels in praktijk lastig uitvoerbaar zijn. We noemen hier een aantal voorbeelden:

- Mensen kunnen geen ondersteuning krijgen als ze geen woonadres of geen identiteitskaart hebben (RVS 2019).
- Zorg in een kliniek wordt op basis van de Zvw alleen vergoed als die zorg niet aan huis kan worden gegeven. Dat iemand geen zorg aan huis kan krijgen omdat iemand dakloos is wordt niet meegewogen, waardoor deze mensen met hun ziekte op straat belanden (Van Tongerloo 2024).
- Voor een intake bij de ggz moet je nuchter zijn, maar als je in de maatschappelijke opvang zit is het lastig afkicken en is direct stoppen met drinken gevaarlijk voor iemand die veel drinkt (Van Tongerloo 2024).
- Mensen die voor 35% of minder arbeidsongeschikt zijn verklaard, krijgen geen WIA-uitkering en worden geacht te werken, maar in praktijk lukt dat vaak niet (UWV 2025).

‘Ik probeer nu eerst mijn verslavingsprobleem en schulden op te lossen. Dit lukt niet vanuit het beschermd wonen waar ik nu zit. Voor mij en mijn problemen is het belangrijk om te worden opgenomen in een verslavingskliniek of te beschikken over een eigen huis [...]. Door mijn schulden had ik een betalingsachterstand bij mijn zorgverzekeraar, daardoor kon ik dus niet terecht bij een verslavingskliniek. Door mijn verslaving heb ik geen baan en kan ik niet werken aan mijn schulden en door mijn verslaving kom ik niet in aanmerking voor een huis. Ik weet niet waar te beginnen...’ (ervaringsdeskundige, ZiN 2023: 16)

Geen ondersteuning als gevolg van tegenstrijdige regels

Vaak worden door verschillende instanties verschillende voorwaarden aan de hulp gesteld. Deze kunnen in de praktijk niet haalbaar of zelfs tegenstrijdig zijn (Kruiter et al. 2024a). Enkele voorbeelden:

- Iemand die verslaafd is, komt niet in aanmerking voor schuldhelpverlening (Kruiter en Kellerman 2019).
- Iemand moet zijn schulden geregeld hebben om een woning te kunnen huren, maar moet een vaste woon- en verblijfplaats hebben om een uitkering te krijgen en zijn schulden af te kunnen lossen (Kruiter et al. 2024a).
- Jongeren zonder startkwalificatie en met problematische schulden kunnen geen opleiding volgen als ze daarvoor een studielening nodig hebben en daarmee nieuwe schulden maken. Als ze nieuwe schulden maken, komen ze niet in aanmerking voor een schuldregeling (Kruiter en Kellerman 2019).

Tussen wal en schip/geen ondersteuning omdat regels net niet passen

Een andere reden waarom mensen geen ondersteuning kunnen krijgen is wanneer niet helder is binnen welk financieringskader hun hulpvraag past. Iemand voldoet dan niet (helemaal) aan de regels voor de ene voorziening en ook niet aan de regels voor een andere voorziening. Dit treedt bijvoorbeeld op bij de Wmo, Zvw en de Wlz.

Sommige mensen komen niet in aanmerking voor de Wlz maar kunnen ook niet thuis blijven wonen (Van Klaveren et al. 2017). Denk aan ouderen met lichamelijke beperkingen zonder cognitieve beperkingen, jongeren met een (lichte) verstandelijke beperking of mensen met meervoudige lichamelijke beperkingen die intensieve zorg behoeven, maar wel zelf (of hun vertegenwoordigers) hun zorg kunnen regisseren (Van Klaveren et al. 2017).

Ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) constateert dat er ouderen met een lichte indicatie zijn voor wie een verpleeghuis wel nodig of gewenst is. Zij vallen tussen wal en schip (IGJ 2024). Om een indicatie voor Wlz-zorg te krijgen moet er sprake zijn van blijvende behoefte aan 24-uurszorg in de nabijheid of permanent toezicht. Of een zorgbehoefte blijvend is, is soms echter lastig te bepalen, vooral in de ggz en de gehandicaptenzorg. Een verstandelijke beperking is blijvend, maar hoe blijvend is de zorgbehoefte en wat kan iemand nog leren (Vos de Wael 2024)?

‘Als mensen beginnende dementie hebben, dan is het soms wel heel fijn als je wat individuele begeleiding thuis in kunt zetten. Dat is dan dat iemand even mee gaat boodschappen doen of in ieder geval dat er een oogje is dat kijkt. Ja, maar vaak lukt dat niet om dat aan te vragen want dat moet dan vanuit de Wmo betaald worden, dat moet de gemeente doen. Maar de gemeente zegt: “Nee, maar er is sprake van een dementie dus dat wordt uiteindelijk toch een Wlz en omdat de Wlz voorliggend is, gaan we het niet vanuit de Wmo betalen.”’

(specialist ouderengeneeskunde in eerste lijn, Plaisier en Den Draak 2021: 15)

Geen ondersteuning omdat ondersteuning onder meerdere regelingen kan vallen

Mensen kunnen ook ondersteuning mislopen als deze vanuit verschillende wetten mogelijk is en instanties naar elkaar verwijzen (Kruiter et al. 2024a). Zo beschrijft het IPW de casus van Mirjam: zij heeft een aangepaste stoel nodig voor haar dagelijks leven en om haar studie te kunnen volgen. Zij klopt aan bij het UWV, de zorgverzekeraar, de Wmo en de bijzondere bijstand, maar haar aanvraag wordt steeds afgewezen. Vaak omdat een andere wet voorliggend is (Kruiter et al. 2024a).

Een ander voorbeeld: de verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek ligt zowel op het terrein van de Wlz als van de ggz, waardoor de ondersteuning niet van de grond komt (NZa 2021).

Het ZiN noemt als voorbeeld Karin, die een Wlz-indicatie heeft vanwege een visuele beperking. Haar moeder bracht haar jarenlang naar het buurthuis, waar zij vrijwilligerswerk doet, maar kan dat niet meer. Ze vraagt Wlz-vervoer aan. Dit wordt afgewezen omdat vervoer in de Wlz alleen wordt vergoed als iemand naar dagbesteding of dagbehandeling vanuit de Wlz gaat. Karin komt vanwege haar Wlz-indicatie ook niet in aanmerking voor vervoer via de zorgverzekeraar (Zvw) of de gemeente (Wmo). Zij kan daardoor niet meer naar het buurthuis. (ZiN 2024)

4.1.3 Wachten op ondersteuning door regels en procedures

Er kunnen verschillende redenen zijn waarom mensen moeten wachten op ondersteuning die zij nodig hebben. Zo zijn jongeren verplicht eerst vier weken naar werk of opleiding te zoeken, voordat ze in aanmerking komen voor een bijstandsuitkering. Dit is bedoeld om te stimuleren dat jongeren zelf in hun inkomen kunnen voorzien. Maar jongeren in een kwetsbare situatie komen niet aan het werk en bouwen direct schulden op als ze een tijdlang geen inkomensondersteuning krijgen (Rijksoverheid 2025a).

Ook moeten mensen lang op ondersteuning wachten als gevolg van de lange en ingewikkelde beoordelingsprocedure van een WIA-uitkering. Mensen die al in een kwetsbare positie zitten door hun gezondheidstoestand ervaren dit als extra belastend (Octas 2024). De vraag of men in aanmerking komt voor een uitkering en wat dat betekent voor hun financiële situatie kan voor mensen voor veel stress zorgen (FNV 2025).

Daarnaast moeten mensen soms wachten op een diagnose. Ze komen bijvoorbeeld pas in aanmerking voor een casemanager dementie als ze een duidelijke diagnose hebben (Plaisier en Den Draak 2021).

4.2 Schaarste personeel

Een belangrijke reden waarom mensen niet direct de hulp krijgen die zij nodig hebben, zijn wachtlijsten. Het gaat dan zowel om wachtlijsten voor een indicatiegesprek als om wachtlijsten voor de daadwerkelijke ondersteuning. Denk aan Jolanda, die voor verschillende hulpvormen (o.a. een casemanager dementie) op wachtlijsten staat. Of denk aan Storm die op een wachtlijst belandt wanneer hij weer om hulp vraagt voor begeleiding bij het dagelijks leven. Cliëntondersteuners noemen dit als één van de knelpunten waar zij mee te maken krijgen (MEE NL 2023b).

‘Cliënt (LVB) staat op de wachtlijst voor GGZ. Voorliggende partijen verlenen geen zorg “omdat er specialistische zorg nodig is”. Hierdoor is een situatie ontstaan die “volgens het boekje” alleen geboden zou kunnen worden door een instantie waar een wachttijd van minimaal twee jaar is. Ondertussen heeft cliënt geen passende zorg en ondersteuning en wordt de problematiek ernstiger.’ (cliëntondersteuner, MEE NL 2023b: 7)

4.2.1 Personeelstekort leidt tot wachtlijsten en hoge werkdruk

Deze wachtlijsten hangen samen met de schaarste aan personeel (CBS 2024a; Prognosemodel Zorg en Welzijn 2025). Die schaarste heeft te maken met de krappe arbeidsmarkt, maar ook met de hoge werkdruk, ziekteverzuim, uitstroom van personeel en het relatief grote aandeel mensen met een klein parttimecontract (Coöperatie VGZ 2025). Het lage salaris speelt ook een rol (V&VN 2017). De hoge werkdruk komt onder meer door administratieve lasten: professionele hulpverleners in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en ggz besteedden in 2023 naar eigen inschatting 35% van hun tijd aan administratieve taken (Berenschot 2024). Dat gaat ten koste van de tijd die zij aan cliënten kunnen besteden. Door de hoge werkdruk is het personeel minder gemotiveerd er is het risico op fouten groter. Dit gaat ten koste van de kwaliteit van de ondersteuning (Bogyo 2024). De relatief hoge omloopsnelheid van medewerkers in het sociaal domein zorgt mede voor een vluchtige kennisbasis, wat de continuïteit en kwaliteit van zorg en ondersteuning niet ten goede komt (Bokhorst en Engbersen 2024). De personeelskrapte in de zorg neemt toe door de stijgende zorgvraag, en bijvoorbeeld ook door de financiële prikkel om langer dan nodig door te behandelen (zie hoofdstuk 5).

4.2.2 Wachtlijsten leiden tot andere wachtlijsten

Wachtlijsten bij de ene vorm van ondersteuning leiden tot druk op andere vormen van ondersteuning. Een tekort in het passend onderwijs kan leiden tot meer druk op de jeugdzorg (AEF 2020). En tekorten in de jeugdzorgketen kunnen de door- en uitstroom verminderen en daarmee elders in de keten de wachtlijsten vergroten (Jeugdautoriteit 2023).

Gemeentelijke professionals die de Participatiewet uitvoeren hebben te maken met lange wachtlijsten in bijvoorbeeld de ggz en de bewindvoering. Zij proberen soms tijdelijk lacunes op te vangen door bijvoorbeeld schuldeisers op afstand te houden of mentale ondersteuning te bieden. Problemen komen dan bij hen terecht, maar dit is niet hun taak en het kost veel tijd ten koste van de ondersteuning van andere mensen (Van Echtelt et al. 2024).

‘De wachttijden bij de rechtbank in [naam gemeente], die lopen de spuigaten uit. [...] Een maandje of zes minimaal voor de behandeling van een verzoek op bewindvoering. En dat betekent dus dat ik in de tussentijd manieren moet vinden om iemand financieel stabiel te houden. [...] Probeer die schuldeisers dan maar eens koel te houden; daar gaat een heleboel werk in zitten.’ (klantmanager, Van Echtelt et al. 2024: 19)

Mensen kunnen ook te maken hebben met wachtlijsten als zij eerst lichte zorg krijgen en pas daarna een indicatie voor zwaardere zorg. Ze komen dan steeds weer op een wachtlijst (probleem van ketenwachtlijsten, zie bv. Plaisier et al. 2024 en hoofdstuk 3).

4.3 Samenwerking is lastig

Als mensen met problemen op verschillende levensdomeinen ondersteuning krijgen, dan hebben zij vaak te maken met verschillende hulpverleners van verschillende organisaties, die ieder naar een deel kijken (fragmentatie). Een brede blik ontbreekt dan. Om dat te voorkomen is het van belang dat organisaties samenwerken of afstemmen, zodat integrale hulp kan worden geboden. Het gaat dan bijvoorbeeld om een goede onderlinge overdracht en niet iedere keer opnieuw je verhaal moeten vertellen (Bureau Burgerberaad 2024) en van het kastje naar de muur gestuurd worden. Als die afstemming goed geregeld is, ervaren mensen meer regie over het zorgproces en hebben zij meer overzicht over hun situatie (Hageraats et al. 2020). Domeinoverstijgende samenwerking en afstemming zijn echter vaak ingewikkeld te realiseren (TSD 2025b). Dit heeft onder meer te maken met verschillen in onderliggende mensbeelden (Gebhardt en Feijten 2022; zie hoofdstuk 2), verschillen in deskundigheid van hulpverleners (zie hoofdstuk 3), schotten tussen de wetten (De Koster 2018) en financiële prikkels (zie hoofdstuk 5). In deze paragraaf gaan we vooral in op knelpunten in de samenwerking die te maken hebben met elkaars organisatie kennen en verschillen in taal en cultuur, doelen, verantwoordelijkheden en het delen van informatie.

‘Er is geen coach/regisseur. Ieder bekijkt een onderdeel. Ik moet zelf heel goed opletten en telkens van alles aan de orde stellen, zoals “het hele plaatje”.’ (een oudere, Harnas en Schout 2017: 12)

Eerder noemden we het voorbeeld van familie De Vries, een gezin met veel problematiek (zie hoofdstuk 2).¹² Er is geen samenwerking of regie binnen de hulpverlening van dit gezin, zo kwam aan de orde in een van de focusgroepen.

Hulpverlener 1: *‘Maar het lijkt alsof [...] niemand een soort grip heeft of regie [...]. En er is blijkbaar ook niet een soort overkoepelende instantie, of iemand, of een hulpverlener die het geheel bij elkaar pakt.’ [...]*

Hulpverlener 2: *‘[...] wat heel veel gebeurt ook, dan niet een overdracht. Of je weet eigenlijk helemaal niet wat er gebeurt. Het zijn verschillende hulpverleners, die allemaal op hun eigen eilandje zitten en hun werk doen en niet met elkaar communiceren.’ (hulpverleners, focusgroep 1).*

¹² De familie De Vries is een van de persona's. Zie het persona-overzicht te raadplegen bij deze publicatie (www.scp.nl).

4.3.1 Samenwerking tussen organisaties is lastig

Elkaar onvoldoende kennen belet samenwerking

Om te weten welke ondersteuning er beschikbaar is en om goed te kunnen verwijzen, is een goed functionerend netwerk van dienstverlenende organisaties die elkaar kennen van belang. Het gaat dan zowel om organisaties waar hulpvragen binnenkomen (zoals gemeentelijke afdelingen op het terrein van werk en inkomen of zorg- of welzijnsaanbieders) als om organisaties uit aanpalende terreinen, zoals het medisch domein of het (speciaal) onderwijs (Plaisier et al. 2024).

Een gebrek aan kennis van elkaars bestaan, elkaars mogelijkheden en beperkingen en een gedeelde organisatietaal kan een goede samenwerking tussen organisaties en daarmee passende ondersteuning in de weg staan (Vilans 2019). Het sociaal domein en het medisch domein hebben bijvoorbeeld ieder een eigen focus, logica, doelstelling en terminologie (Hilhorst en Van den Wijngaart 2024). Om contacten in het netwerk te onderhouden en op elkaars deskundigheid te vertrouwen, hebben hulpverleners tijd en ruimte nodig van de (gemeentelijke) organisaties waar zij werken (Ledoux et al. 2020; Plaisier et al. 2024; zie ook hoofdstuk 3).

Ook bij sociale wijkteams werken organisaties nog te veel langs elkaar heen en houden zij elkaar onvoldoende op de hoogte om tijdig de juiste ondersteuning te kunnen inzetten (Van Arum et al. 2023). Van Arum (2024) wijst erop dat wijkteams belemmerd worden door interne regels, dat ze met schotten tussen de verschillende wetten te maken hebben en dat ze bij verschillende afdelingen van hun gemeente moeten aankloppen. De samenwerking in wijkteams kan ook belemmerd worden doordat deelnemers verbonden zijn aan organisaties met verschillende belangen. Professionals worden soms geïnstrueerd om belangen van hun organisatie voorop te stellen, en langer door te behandelen dan strikt noodzakelijk (zie hoofdstuk 5).

Verskillende doelen nastreven en verschil in aanpak belemmert samenwerking

Samenwerken is ook lastig omdat partijen eigen regels en doelstellingen hebben, vaak op basis van verschillende wetgeving en financieringsstromen (Kromhout et al. 2020). In theorie streven hulpverleners hetzelfde doel na, bijvoorbeeld meer kwaliteit van leven van een cliënt, maar in de praktijk hebben organisaties hun eigen uitgangspunten, belangen en doelstellingen. Daardoor is het niet vanzelfsprekend wat de beste aanpak voor een cliënt is (Kromhout et al. 2020). Zo is het doel van de Wmo om de zelfredzaamheid te vergroten (Kromhout et al. 2018) en het doel van de Participatiewet om mensen aan het werk te helpen (Van Echtelt et al. 2023). Verschillen in doelen kunnen leiden tot verschillende taakopvattingen. Als zorgverleners zich richten op de hulpvraag en professionals van werk en inkomen zich richten op het opleggen van verplichtingen, dan kan dat de samenwerking belemmeren (Kromhout et al. 2020). Een passend aanbod van zorg en ondersteuning leveren kan dan lastig zijn door het verschil in aansturing, cultuur, protocollen, prikkels in bekostiging (ZiN 2023; zie ook hoofdstuk 5).

Informatie delen kan lastig zijn

Als mensen ondersteuning aanvragen dan moeten zij vaak ingewikkelde formulieren invullen. En dat bij iedere aanvraag opnieuw: gegevensuitwisseling tussen overheidsorganisaties is niet altijd

mogelijk vanwege privacywetgeving (Plaisier et al. 2024).¹³ Het werken met verschillende administratieve systemen beperkt het zicht op wat er bij iemand speelt en bemoeilijkt samenwerking. Het is niet altijd voor iedereen duidelijk welke informatie gedeeld mag worden en met wie. Anderzijds lijkt er soms meer mogelijk dan professionals of organisaties beseffen (Hilhorst en Van den Wijngaart 2024; Voogt 2025). Een gebrek aan kennis over de mogelijkheden van de AVG en angst om fouten te maken maakt mensen terughoudend om gegevens uit te wisselen (TSD 2025b). Ook het Instituut voor Publieke Waarden wijst erop dat gegevensuitwisseling vaker mag dan mensen denken (Voogt 2025). Soms is inzage in elkaars systeem niet per se nodig, zeggen uitvoerders, maar moet informatie over de hulp die een cliënt ontvangt of nodig heeft wel gedeeld worden (Van Echtelt et al. 2024).

‘AVG is natuurlijk een heel belangrijk dingetje. Ik moet zeggen dat dat ons werk ontzettend bemoeilijkt. We mogen bijna niks in de rapportage zetten. Dus de burger doet bij ons zijn hele verhaal, en met name natuurlijk als je het hebt over medische of psychische problematiek. “Iemand heeft iets aan zijn bewegingsapparaat”: dat is dan ongeveer wat je op mag schrijven.’

(klantmanager, Van Echtelt et al. 2024: 44)

‘AVG, ammehoela, dus dat heb ik intern uitgezocht en ook de punten opgeschreven. En dat mocht prima, want als het gaat om het bedienen van de inwoner, als dat helpt, mag je alles delen.’ (beleidsmedewerker, Van Echtelt et al. 2024: 44)

4.3.2 Samenwerking op beleidsniveau is lastig

Een van de gedachten achter de decentralisaties is dat wanneer gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de drie wetten (Wmo, Participatiewet en Jeugdwet), het eenvoudiger is om integraal te werken. Met name wanneer er sprake is van domeinoverstijgende problematiek (Kromhout et al. 2020). Een nauwe samenwerking op beleidsniveau bevordert samenhang in het oppakken van hulpvragen van mensen met problemen in verschillende levensdomeinen (Plaisier et al. 2024). Zo is een goede lokale politiek-bestuurlijke samenwerking tussen bijvoorbeeld het domein werk en inkomen en het domein zorg van belang om verkokering tussen afdelingen te voorkomen (Van Echtelt et al. 2024; Plaisier et al. 2024). In de praktijk blijkt echter dat gemeentelijke beleidsmakers van verschillende afdelingen elkaar lang niet altijd kennen en weten te vinden. Dat geldt zeker voor grotere gemeenten waar de fysieke afstanden tussen afdelingen groter zijn (Van Echtelt et al. 2024). Zo geeft een afdelingshoofd uit een grote gemeente aan:

‘We kennen elkaar niet eens. We zien elkaar nooit. Er zijn nooit gesprekken. Als je al een gesprek wil initiëren, dan gaat dat via beleid, dus het is best wel moeilijk.’ (afdelingshoofd, Van Echtelt et al. 2024: 44)

Ook binnen gemeentelijke afdelingen kan er sprake zijn van verschillende doelen en uitgangspunten die samenwerking in de weg staan. Binnen het domein werk en inkomen richten inkomensconsulenten zich bijvoorbeeld vooral op rechtmatigheid en richten re-integratie-consulenten zich vooral op participatie. De regels in de Participatiewet die zich richten op verplichtingen en handhaving kunnen de re-integratie naar werk en participatie soms in de weg staan (Van Echtelt et al. 2024).

¹³ Het voorstel voor de Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein (Wams) beoogt om de gegevensuitwisseling te vereenvoudigen, zodat hulpverleners uit verschillende domeinen beter kunnen samenwerken.

4.4 Onduidelijkheden in de verantwoordelijkheidsverdeling

Onduidelijkheden in de verantwoordelijkheidsverdeling vormt een ander belangrijk structureel knelpunt in het stelsel voor zorg en ondersteuning. Die onduidelijkheid kan zich onder meer voordoen tussen uitvoeringsinstanties, tussen overheden onderling en in de relatie tussen overheid en burger. Die onduidelijkheid kan (in)direct nadelige gevolgen hebben voor mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben.

4.4.1 Onduidelijke verantwoordelijkheden tussen uitvoeringsinstanties

Eerder in dit hoofdstuk zagen we dat de afbakening tussen wetten niet altijd duidelijk is. Hierdoor is ook niet altijd helder wie er verantwoordelijk is voor welke hulp en wie de regie voert als mensen ondersteuning krijgen op basis van verschillende wetten (Kromhout et al. 2020).

Onduidelijkheid over de afbakening van verantwoordelijkheden kan tevens leiden tot afwenteling. Organisaties schuiven cliënten naar elkaar toe, vaak vanuit het vooropstellen van hun eigen financiële belang (Kromhout et al. 2020). Organisaties moeten zich staande zien te houden in de markt en kiezen daarom voor werkwijzen die doelmatig en doeltreffend zijn volgens de principes van New Public Management (Bussemaker et al. 2023; Quené 2023; zie ook hoofdstuk 5). Er wordt dikwijls gekozen voor het standaardiseren van processen en werkwijzen, wat kosten bespaart. Dit maakt het moeilijk om aan te sluiten bij persoonlijke behoeften van cliënten waardoor zij tussen wal en schip belanden en niet de benodigde ondersteuning krijgen. Organisaties verwijzen hulpvragers die niet bij hun aanbod passen dan door naar anderen. Dit komt onder meer voor bij mensen met complexere psychische problematiek, wanneer er onvoldoende specialistische ondersteuning is binnen een wijkteam en geen andere partij zich verantwoordelijk voelt om dit op te pakken (Plaisier et al. 2024; Te Velde et al. 2018). Dit speelt onder meer bij John: iemand met onbegrepen gedrag waarbij het onduidelijk is wie de regie heeft. En wanneer netwerkpartners elkaar ook als concurrent beschouwen, kan dit de onderlinge samenwerking nog verder bemoeilijken (Hageraats et al. 2020; Plaisier et al. 2024; Reeves en Pelone 2018; zie ook hoofdstuk 5). Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer sociale (wijk)teams taken uitvoeren die andere aanbieders ook uitvoeren (Kromhout et al. 2018). Tot slot is er soms onduidelijkheid over wie wat mag doen en wie eindverantwoordelijk is. Het gaat dan bijvoorbeeld om de vraag of een wijkverpleegkundige een Wmo-indicatie mag stellen (Hilhorst en Van den Wijngaart 2024).

Een ander voorbeeld gaat over thuiszitters. Dit zijn kinderen die langdurig niet naar school gaan, bijvoorbeeld vanwege psychische problemen. Zij missen niet alleen hun onderwijs maar ook sociale contacten, wat gevolgen kan hebben voor hun welzijn. Er zijn verschillende oorzaken waarom kinderen thuis zitten, zoals een gebrek aan duidelijkheid over verantwoordelijkheden tussen onderwijs en (jeugd)zorg (Kinderombudsman 2024) en het schotten tussen financiering voor onderwijs en (jeugd)zorg (zie ook § 5.3.2).¹⁴ Doordat de grens tussen ondersteuning in het onderwijs en jeugdhulp onduidelijk is, zijn verantwoordelijkheden ook onduidelijk (Ledoux et al. 2020).

4.4.2 Onduidelijke verantwoordelijkheden tussen overheden

De afgelopen decennia zijn veel taken en verantwoordelijkheden op het terrein van zorg en ondersteuning van het rijk naar gemeenten en regio's overgeheveld (Reijnders et al. 2023). Omgekeerd heeft het rijk bepaalde ingrepen gedaan vanuit een stelselverantwoordelijkheid, zoals

¹⁴ Scholen werken samen om passend onderwijs in de regio te verzorgen. Deze samenwerkingsverbanden ontvangen geld voor extra ondersteuning (bv. extra begeleiding of extra leermateriaal).

met de wettelijk verplichte tegenprestatie binnen de Participatiewet (Inspectie SZW 2013) en de recentralisatie van onderdelen van de jeugdzorg (Boogaard 2020). Dat soort verschuivingen gaan vaak gepaard met onduidelijkheden over verantwoordelijkheden. Denk aan de onzekerheid waarin gemeenten verkeerden tijdens de aanloop naar de grootschalige decentralisatieoperatie in 2015, waarbij er onder meer lang onduidelijkheid was over de regels. Ook wisten ze lange tijd niet voor welke vormen van zorg en ondersteuning zij precies verantwoordelijk zouden worden (Schalk et al. 2014). Voorbeelden zijn discussies over de stelsel- of systeemverantwoordelijkheid van de rijksoverheid (Kromhout et al. 2020; ROB 2018). Of meer recentelijk: de langlopende politiek-bestuurlijke discussies over de hervormingsagenda voor de jeugdzorg, waarbij de verantwoordelijkheidsverdeling tussen verschillende betrokken overheden een relevant thema was (zie bv. Commissie van Wijzen 2021).

Dergelijke verschuivingen van en onduidelijkheden in de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheden lijken (in)direct negatieve effecten te hebben gehad voor de hulp en ondersteuning van mensen. Een voorbeeld is de invoering van het verplichte abonnementstarief voor huishoudelijke hulp binnen de Wmo 2015, die een dusdanige stijging van het aantal aanvragen van Wmo-voorzieningen met zich meebracht, dat er wachtlijsten ontstonden. Niet iedereen kon de hulp krijgen die nodig was (CBS 2023a; Onstenk et al. 2022). Ook leidt onduidelijkheid over wie verantwoordelijk is tot problemen bij de opvang en ondersteuning van dak- en thuislozen. Daarbij is een voorbeeld bekend van een jongen die lang door Nederland zwierf en door geen enkele gemeente werd geholpen, tot er na zes jaar een gemeente was die hem wilde hebben. Men vond niet dat hij niet geholpen hoefde te worden, maar dat een ander dat moest doen (Meester 2025).

Decentralisatie heeft ook regionalisering van bepaalde vormen van ondersteuning met zich meegebracht. Daarmee komen gemeenteraden vaak (nog) verder op afstand te staan en is het (nog) lastiger voor inwoners om invloed op het beleid uit te oefenen (Boogers en Reussing 2018; Van de Bovenkamp en Vollaard 2015). Dit alles kan ertoe leiden dat de geboden ondersteuning minder goed past bij de hulpbehoefte in de gemeenten.

4.4.3 Onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en burger

Een belangrijk overheidsdoel van de decentralisaties van het sociaal domein in 2015 was een zorgzame samenleving (Kromhout et al. 2020). Hulp vanuit de overheid zou vooral een aanvulling moeten zijn op de informele hulp die burgers elkaar geven, zo was de gedachte. Burgers zien dat echter anders: zij vinden de zorg voor mensen met gezondheidsproblemen meer een taak voor de overheid dan voor burgers en vinden dat de overheid juist meer verantwoordelijkheid zou moeten nemen dan ze nu doet (De Boer et al. 2020; Wagemans et al. 2023). Kortom, de beelden en verwachtingen van beleidsmakers en burgers lopen uiteen.

In de praktijk zien we dit probleem onder meer nadrukkelijk terug in de (discussie over) verantwoordelijkheidsverdeling tussen formele en informele ondersteuning. Mensen die (veel) ondersteuning nodig hebben, krijgen deze voor een groot deel van mantelzorgers (Verbeek-Oudijk et al. 2017). Knelpunt hierbij is dat afstemming met professionele hulpverleners van bijvoorbeeld de thuiszorg niet altijd goed verloopt. Dit speelt vooral bij helpers van niet-huisgenoten (De Boer et al. 2020). De laatste jaren is er veel aandacht voor de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers in zorginstellingen en daarmee ook voor de vraag wat mantelzorgers en vrijwilligers mogen doen en wie waarvoor verantwoordelijk is (De Klerk et al. 2015). Zo is niet altijd duidelijk wie er verantwoordelijk is als er iets misgaat als iemand diens partner helpt met de persoonlijke verzorging in een

zorginstelling (ZiN 2024). Daarnaast is het belangrijk om de grenzen van een informele helper te respecteren (Vilans 2025).

4.4.4 Verschillen in aanbod tussen gemeenten

Gemeenten verschillen in de toegang en de inkoop van maatwerkondersteuning, zo blijkt uit onderzoek van het RIVM en Cebeon (Oosterhoff et al. 2025). Het is voor mensen onduidelijk waarom zorg en ondersteuning in bepaalde gemeenten wordt vergoed en in andere niet, en waar zij dan zelf recht op hebben (Van Treeck et al. 2022).

Door deze verschillen weten burgers niet goed waar zij op kunnen rekenen. Daardoor ervaren ze een gevoel van willekeur en rechtsongelijkheid als het toegangsbeleid per gemeente verschillend wordt uitgevoerd. Dit leidt bijvoorbeeld tot ongelijkheid in de inkomensondersteuning van mensen op of rond het sociaal minimum tussen gemeenten (Van Gaalen en Wieman 2024). Ook kunnen inkomensregelingen tussen gemeenten verschillen (Van Dijk et al. 2025). Verschillen tussen gemeenten leiden er ook toe dat mensen na verhuizing naar een andere gemeente opnieuw een aanvraag moeten doen voor bijvoorbeeld een Wmo-voorziening, terwijl hun situatie niet is veranderd en ze nog steeds hulp nodig hebben (Plaisier et al. 2024).

4.5 Samenvatting

Mensen met meervoudige problemen hebben vaak ondersteuning van verschillende organisaties nodig, maar vinden het lastig om te achterhalen welke ondersteuning van welke organisaties er beschikbaar is. Zij ervaren allerlei drempels in de toegang tot ondersteuning. Het stelsel is complex, doet een groot beroep op gezondheidsvaardigheden van mensen en er zijn allerlei regels die lastig uitvoerbaar of tegenstrijdig zijn waardoor mensen niet de ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. Ook hulpverleners kunnen het systeem niet altijd overzien.

Een belangrijke reden waarom mensen niet direct de hulp krijgen die zij nodig hebben is een schaarste aan personeel, waardoor er wachtlijsten ontstaan. Dit hangt onder meer samen met de krapte op de arbeidsmarkt, wachtlijsten bij andere vormen van ondersteuning en hoge administratieve lasten.

Als organisaties niet samenwerken krijgen mensen geen integrale zorg en kunnen zij tussen wal en schip vallen. Samenwerking is echter lastig, vooral omdat organisaties vaak eigen belangen en doelstellingen hebben, die samenhangen met verschillen in wetgeving en financieringsstromen. Dit kan leiden tot afwenteling. Ook verschillen in werkwijzen, een gebrek aan kennis over elkaars werkwijzen en mogelijkheden, verschillen in taalgebruik en gebrekkige gegevensuitwisseling spelen een rol. Samenwerking tussen organisaties kan extra lastig zijn als zij elkaar als concurrent beschouwen.

Er zijn onduidelijkheden over de verantwoordelijkheden tussen overheden, uitvoeringsinstanties en burgers (mantelzorgers). Dat kan leiden tot afwenteling: organisaties schuiven elkaar cliënten toe (vaak vanwege financiële prikkels, zie hoofdstuk 5), waardoor mensen van het kastje naar de muur worden gestuurd.

5 Financiering

In dit hoofdstuk staat de financiering van de zorg en ondersteuning centraal. Zoals eerder aangegeven bestaat het Nederlandse systeem van zorg en ondersteuning uit een groot aantal wetten en regelingen. Elk van deze wetten heeft eigen financiële regels en de financiering is meestal strikt gescheiden (zie bv. BZK 2025; Ormel et al. 2024; RVS 2023; TK 2023/2024; WRR 2021), zie ook kader 5.1. Die regels gaan onder meer over budgetten, wie de financiële verantwoordelijkheid draagt, wie het aanbod bepaalt en in hoeverre mensen moeten bijdragen aan de kosten. Voor sommige voorzieningen, zoals de voorzieningen die vallen onder de Wet langdurige zorg (Wlz), stelt het rijk een landelijk budget vast, waarmee het totale aanbod is begrensd. Andere wetten, zoals de Jeugdwet, kennen een open einde financiering. Hiermee zijn er prikkels om het aanbod te beperken, en strikte eisen te stellen aan de toegang. De financiële verantwoordelijkheid van de diverse wetten valt onder verschillende actoren, zoals het rijk, de gemeenten of de zorgverzekeraars. Daarnaast is er in delen van het systeem sprake van (gereguleerde) marktwerking, waarbij concurrentie, inkoop en aanbesteding een rol spelen. Dit betekent dat er voor de diverse partijen financiële prikkels in het systeem zitten (zie bv. Jeurissen et al. 2018). Dit alles heeft gevolgen voor de keuzes die overheden, aanbieders en burgers maken, waardoor deze niet per se leiden tot optimale ondersteuning.

De uitgaven aan zorg en ondersteuning groeien al decennia. Zo werd in 2023 naar schatting 99 miljard euro uitgegeven aan de medische zorg via de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wlz, maatwerkvoorzieningen uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet.¹⁵ In 2017 werd aan deze voorzieningen nog ongeveer 71 miljard euro uitgegeven, een groei van ruim 40%.

Er wordt dan ook al geruime tijd geprobeerd de uitgaven te beheersen. De groei van de uitgaven aan zorg en ondersteuning gaan immers ten koste van uitgaven aan andere sectoren als onderwijs, huisvesting en defensie. Vanaf de jaren tachtig werd getracht het aanbod te beperken door onder meer het invoeren van budgetteringssystemen, met name bij ziekenhuizen. Dit beperkte de kostenstijging, maar leidde ook tot wachtlijsten. Daarom werd de budgettering weer losgelaten. Vanaf circa 2005 werden elementen van marktwerking geïntroduceerd, met name in de curatieve zorg. Hiermee zou de zorg beter moeten aansluiten bij de behoeften (Vonk 2013) en zouden wachtlijsten voorkomen kunnen worden. Hierbij veranderde de verantwoordelijkheidsverdeling. Zo werden zorgverzekeraars financieel verantwoordelijk voor de curatieve zorg (Zvw) en gemeenten sinds 2015 voor het sociaal domein (Wmo 2015, Jeugdwet en de Participatiewet). Er is breed ingezet op marktwerking, waarin aanbestedingen en onderhandelingen met aanbieders over prijs, kwaliteit en volumen een belangrijke rol spelen. Ook zou marktwerking de keuzevrijheid voor mensen moeten vergroten. Inmiddels wint het gedachtegoed van New Public Management ook in de zorg en ondersteuning terrein, met zuinigheid, doelmatigheid en doeltreffendheid als speerpunten (Bussemaker et al. 2023; Quené 2023).

¹⁵ Er zijn veel verschillende bronnen voor uitgaven aan zorg en ondersteuning. Wel laten ze vergelijkbare ontwikkelingen zien. De cijfers in deze paragraaf zijn daarom indicatief. De uitgaven aan de Zvw groeiden van 43 miljard euro in 2017 tot 54 miljard euro in 2023 (ZiN 2025). In dezelfde periode groeiden de uitgaven van de Wlz van 20 tot 33 miljard euro (ZiN 2025), voor maatwerkvoorzieningen uit de Wmo van 4,5 tot 5,5 miljard euro (CBS 2025), en aan de Jeugdwet van 3,9 tot 6,2 miljard euro (Bosman et al. 2024).

Kader 5.1 Wie is financieel verantwoordelijk

Zorgverzekeringwet (Zvw)

De zorgverzekeraars voeren de Zvw uit (o.a. medische zorg en ggz) en dragen de financiële risico's van de medische zorg die onder de Zvw valt. De Zvw wordt betaald uit premies van verzekerden, werkgevers en uitvoeringsorganisaties van uitkeringen. Het rijk betaalt de premies voor minderjarige kinderen vanuit belastingmiddelen.

Wet langdurige zorg (Wlz)

De Rijksoverheid is verantwoordelijk voor de uitgaven aan de langdurige zorg. De uitvoering ligt bij de regionale zorgkantoren. De middelen komen uit belastingen en Wlz premies (werkgevers en uitvoeringsorganisaties)

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet en Participatiewet

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor ondersteuning vanuit de Wmo, Jeugdwet en de Participatiewet. Zij krijgen een niet-geoordeeld budget van het rijk (Gemeentefonds), en mogen eventuele overschotten behouden maar moeten eventuele tekorten aanvullen.

Schuldhelpverlening

Gemeenten bekostigen de minnelijke schuldhelpverlening, waarin mensen met schuldeisers afspraken kunnen maken of afbetalen, via de Wet gemeentelijke schuldhelpverlening (Wgs), en voeren deze uit. Dit betreft het grootste deel van de schuldhelpverlening. Gemeenten ontvangen hiervoor middelen vanuit het Gemeentefonds.

Als het minnelijke traject niet lukt komen mensen via de rechter terecht in de Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wnsp) die onder het Rijk valt (uitvoering). Dit wordt betaald door de gebruikers, zie kader 5.4).

Passend onderwijs

De Rijksoverheid financiert het onderwijs. Scholen (ook in het speciaal onderwijs) ontvangen een vast budget per kind. Daarnaast bekostigt het rijk extra ondersteuning. Die middelen worden via samenwerkingsverbanden verdeeld over scholen. Het rijk financiert dit met belastingmiddelen.

In dit hoofdstuk geven we inzicht in de knelpunten die ontstaan door de (diversiteit van de) verschillende financieringssystemen. Wat betekent dit voor de geleverde zorg en ondersteuning en voor mensen die ondersteuning nodig hebben? We bespreken hierbij vier thema's. Ten eerste kijken we naar de wens tot kostenbeheersing die het aanbod van zorg beperkt en daarmee leidt tot strikte toegangseisen (§ 5.1). Vervolgens beschrijven we hoe de concurrentie van aanbieders van invloed is op de versnippering van het aanbod en samenwerking waardoor mensen niet integraal worden ondersteund (§ 5.2). Daarna beschrijven we hoe marktwerking niet altijd leidt tot passende ondersteuning voor mensen (§ 5.3). Ten vierde gaan we in op de gevolgen van de verdeling van de kosten tussen overheid en burger, ofwel de eigen betalingen van gebruikers (§ 5.4).

5.1 Onvoldoende aanbod door kostenbeheersing

In het huidige systeem van (gereguleerde) marktwerking bepalen verschillende partijen samen het aanbod zorg en ondersteuning. Vaak loopt dit via een systeem van inkoop en aanbesteding (zie kader 5.2). Daarbij worden van tevoren afspraken gemaakt met aanbieders over het aanbod. Inkopers

(gemeenten en zorgverzekeraars) onderhandelen met aanbieders over de prijs, de kwaliteit en het volume van het aanbod.¹⁶

Het resulterende aanbod past niet altijd bij de ondersteuningsbehoefte van de bevolking. Gemeenten of zorgverzekeraars kunnen bijvoorbeeld minder zorg en ondersteuning inkopen dan er nodig is (§ 5.1.1), specifieke vormen van zorg en ondersteuning inkopen en zich richten op de mensen met lichte problematiek (§ 5.1.2), of kiezen voor de goedkoopste aanbieder en daarmee kwalitatief minder goede ondersteuning inkopen (§ 5.1.3).

Kader 5.2 Inkoop en aanbesteding

Zvw (zorgverzekeraars)

Zorgverzekeraars sluiten contracten met zorgaanbieders voor het leveren van bepaalde zorg tegen een bepaalde prijs en stellen daarbij eisen over bijvoorbeeld de kwaliteit of de wachttijden. Steeds vaker gaat het om meerjarige contracten (Patiëntenfederatie 2025b).

Wlz (zorgkantoren)

Het ministerie van VWS stelt een Wlz-budget vast, en de NZa verdeelt dat over zorgkantoorregio's. De zorgkantoren kopen jaarlijks zorg in bij zorgaanbieders op basis van de zorg die zij verwachten dat nodig is (Zorgverzekeraars Nederland 2025).

Wmo, Jeugdwet en Participatiewet (gemeenten)

Gemeenten hebben de taak te zorgen voor maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg en re-integratie vanuit de Participatiewet. Zij hebben drie manieren om dat te laten uitvoeren door zorgaanbieders (TK 2023/2024):

- Met een open house-procedure geeft de gemeente alle zorgaanbieders die aan (door de gemeente bepaalde) minimeisen voldoen de mogelijkheid om zorg en ondersteuning in de gemeente te leveren.
- Bij inkoop via aanbesteding kan de gemeente een selectie maken van zorgaanbieders op basis van vooraf vastgestelde minimeisen en overige (selectie)criteria.
- De gemeente verstrekt subsidies aan een zorgaanbieder die aan minimeisen voldoet om bepaalde zorgactiviteiten te leveren.

Schuldhelpverlening

Gemeenten ontvangen middelen voor schuldhelpverlening (via de Wgs) uit het gemeentefonds. Zij verlenen daarmee zelf de schuldhelp, of kopen dat in bij externe partijen. De WNSP wordt niet betaald met overheidsmiddelen, maar door de schuldenaar (Bosman et al. 2024; Raad voor de Rechtsbijstand 2025).

(Passend) onderwijs

Het rijk stelt een budget voor passend onderwijs vast, en verdeelt dat over de samenwerkingsverbanden die de ondersteuning inkopen (zo nodig via aanbestedingen).

¹⁶ Dit wordt de zorginkoopmarkt genoemd. Daarnaast is er een zorgverleningsmarkt waar cliënten zorg en ondersteuning ontvangen van aanbieders. In de curatieve zorg (Zvw) is er nog een derde markt (zorgverzekeringsmarkt) waar cliënten een verzekering afsluiten bij zorgverzekeraars om de kosten van hun zorg te financieren (zie bv. Platform Zó werkt de zorg 2023; WRR 2021).

5.1.1 Aanbod schaars door krappe budgetten

Er is niet voor iedereen passende zorg en ondersteuning beschikbaar. Vanuit allerlei vormen van de zorg en ondersteuning wordt gemeld dat er onvoldoende financiële mogelijkheden zijn om te zorgen voor voldoende aanbod. Dit past bij de nadruk op efficiëntie en doeltreffendheid uit het New Public Management. De overheid kan immers niet onbeperkt inzetten op zorg en ondersteuning. Daarnaast kan passend aanbod beperkt zijn doordat de beschikbare middelen niet efficiënt worden ingezet (bv. bureaucratie of administratieve lasten, zie hoofdstuk 4), of geen passende interventies worden ingezet (doeltreffendheid) (zie bv. Van Tongerloo 2024 en hoofdstuk 3). Sommige wetten, zoals de Jeugdwet, kennen een open einde financiering, wat betekent dat de gemeenten de kosten moeten dragen ongeacht de omvang van de kosten. Hiermee hebben de gemeenten prikkels om het aanbod te beperken. Voor andere voorzieningen is een landelijk budget vastgesteld door het rijk, zoals voor de langdurige zorg en het passend onderwijs. Ook daarmee wordt het aanbod aan zorg en ondersteuning begrensd. We gaan hier in op verschillende vormen van aanbodbeperking via de financiering, en op de gevolgen daarvan.

Krappe budgetten gemeenten beperken inkoop sociaal domein

Veel gemeenten hebben tekorten op de begroting en zeggen te moeten bezuinigen vanwege de hoge uitgaven aan het sociaal domein (zie kader 5.3). Gemeenten bezuinigen dan ook op het sociaal domein (BZK 2025; Ormel et al. 2024). Hierdoor blijft het aanbod achter bij de vraag, bijvoorbeeld in de jeugdhulp, waardoor wachtlijsten ontstaan (Jeugdautoriteit 2023). Ook gemeentelijke aanbestedingsbudgetten voor schuldhulpverlening zijn vaak beperkt, zo geven experts en uitvoerders aan (NLA 2024a).

Sinds de decentralisaties moeten gemeenten ondersteuning inkopen of aanbesteden. Dit vergt kennis en personeel. Als bepaalde problemen weinig voorkomen in een gemeente, zoals complexe problematiek bij jongeren, is het echter niet efficiënt als gemeenten dit afzonderlijk van elkaar doen (Kromhout et al. 2020).

Kader 5.3 Gemeentelijke financiële positie: Ravijnjaar

Gemeenten hebben niet alleen taken op het sociaal domein, maar ook voor bijvoorbeeld basisvoorzieningen zoals bibliotheken, zwembaden en cultuur, woningbouw, veiligheid en wegenonderhoud (Patiëntenfederatie 2025b; ROB 2025a). Om deze taken te bekostigen ontvangen gemeenten (mede) geld van het rijk via het gemeentefonds. Hoewel de uitgaven voor het sociaal domein toenemen, groeien de middelen daarvoor niet evenredig mee (BDO 2025; BZK 2025; Ormel et al. 2024). Vooral de uitgaven voor jeugdhulp groeien sterk (BZK 2024; Hilderink et al. 2020; VNG/Divosa 2021). De gemeenten spreken van het Ravijnjaar 2026, waarin veel gemeenten hun begroting niet rondkrijgen. Hoewel sommige gemeenten forse reserves hebben en daarmee de problemen in 2026 grotendeels zouden kunnen oplossen, is dat geen structurele oplossing voor de tekorten na 2026. Gemeenten moeten daarom bezuinigen, ook op delen van het sociaal domein. Zij doen dat bijvoorbeeld op preventie, welzijnsinstellingen en wijkteams (BZK 2025; Ormel et al. 2024).

Het ROB signaleert dat gemeenten financieel verantwoordelijk zijn voor het sociaal domein, maar onvoldoende beleidsvrijheid hebben om daarop te sturen (zie bv. ROB 2025b; RVS 2023; WRR 2021; zie ook kader 5.1). Zo kunnen gemeenten de toegang tot de jeugdzorg niet in de hand houden, maar dragen ze wel de kosten (TK 2021/2022b). Door deze disbalans tussen taken, middelen en beleidsvrijheid is bijsturen van het sociaal domein dan ook lastig volgens gemeenten (BZK 2025).

Met de structurele en incidentele maatregelen uit de recente voorjaarsnota lijken de problemen voor 2026 verminderd en worden de financieringsproblemen voor de gemeenten verschoven naar 2028 (VNG 2025).

Macrobudgetten beperken ondersteuning

Voor de langdurige zorg via de Wlz stelt het rijk jaarlijks een macrobudget vast (zie kader 5.2). Dit bepaalt de mogelijkheden van zorgkantoren om langdurige zorg in te kopen bij aanbieders. Het aanbod van langdurige zorg is daardoor beperkt waardoor er wachtlijsten zijn voor instellingszorg (Actiz 2023). Maar ook de mogelijkheden voor Wlz-zorg in de thuissituatie worden beperkt door de budgetten. Zo zijn zorgkantoren streng in het toekennen van extra pgb-middelen voor mensen die meer zorg nodig hebben dan op basis van de indicatie wordt vergoed (Vermaat 2025).¹⁷ Ook de (macro-)uitgaven van de curatieve zorg (Zvw) worden vooral gestuurd door het macrobudget dat het rijk vaststelt. Dat is op hoofdlijnen bepalend voor de zorg die zorgverzekeraars contracteren bij aanbieders.¹⁸ Een krap macrobudget leidt daarmee tot een krap aanbod van zorg.

Ook het passend onderwijs kent een vast budget van het rijk. De rijksmiddelen worden door (regionale) samenwerkingsverbanden verdeeld over scholen. Dit gebeurt niet op basis van de daadwerkelijke behoefte, maar op basis van verwachtingen per school (Rijksoverheid 2025b). Krappe budgetten en onjuiste inschattingen kunnen dan leiden tot te weinig (passende) ondersteuning. De gemeentelijke schuldhulpverlening (Wgs) wordt betaald door de gemeenten. Hiervoor zijn er

¹⁷ Het gaat hier om de Regeling langdurige zorg (Rlz). Wanneer iemand meer dan 125% zorg nodig heeft dan in het geïndiceerde zorgprofiel is opgenomen, kan het zorgkantoor beslissen dit toch te vergoeden.

¹⁸ Er is wettelijk vastgelegd dat de kosten van de Zvw voor de helft vanuit het zorgverzekeringsfonds komen (uit belastingen en inkomensafhankelijke premies van werkgevers en uitkeringsinstanties), en voor de helft van de nominale premie, eigen risico, eigen bijdragen en de rijksbijdrage voor kinderen (Platform Zó werkt de zorg 2023).

middelen in het gemeentefonds opgenomen. De gemeenten hebben een zekere vrijheid in het stellen van toelatingseisen tot deze regeling, en kunnen daarmee de uitgaven beïnvloeden.

Krap budget leidt tot strikte regels voor toegang omzetplafond of personeelstekort

Wanneer budgetten krappere worden hebben gemeenten de neiging drempels op te werpen (RVS 2019). Zo hanteren gemeenten strenge voorwaarden aan de toegang tot de schuldhelpverlening (Jungmann 2014). Soms wordt de toegang beperkt door een omzetplafond, wat betekent dat aanbieders aan het einde van het jaar geen vergoedingen meer krijgen voor geleverde zorg omdat het afgesproken budget op is. Hierdoor kunnen aanbieders nieuwe cliënten niet meer helpen (Jeugdautoriteit 2023; Patiëntenfederatie 2025b). Deze mensen komen dan op de wachtlijst. Dit speelt bijvoorbeeld in ziekenhuizen, maar ook in de jeugdzorg en de ggz (zie bv. Algemene Rekenkamer 2024).¹⁹

Door de krappe budgetten ontstaan ook belemmeringen op het personele vlak. Zo hebben bijstandsgerechtigden vaak geen vaste klantmanager door de hoge caseload. En doordat klantmanagers lang niet altijd in vaste dienst zijn van de gemeente (Arts 2020; Van Echtelt et al. 2024). Een ander voorbeeld is dat de gemeenten steeds minder middelen voor schuldhelpverlening ontvangen. Niet alle gemeenten kunnen of willen voldoende personeel vrijmaken voor vroegsignalering van schuldenproblematiek en bijvoorbeeld een huisbezoeken afleggen, zo constateert de Nationale Ombudsman (2024). In hoofdstuk 4 wordt dieper ingegaan op de belemmeringen in de toegang.

5.1.2 Weinig intensieve hulp door financiële prikkels

Gegeven de beschikbare budgetten moeten er keuzes worden gemaakt welke groepen geholpen worden. Gemeenten en aanbieders lijken vaak te kiezen voor het ondersteunen van een bredere groep mensen met een lichte hulpvraag ten koste van mensen met een grote, vaak kostbare hulpvraag (Eggink en De Klerk 2024; De Klerk et al. 2022; Plaisier en Den Draak 2021; Plaisier et al. 2023a). Keuzes worden dus niet altijd gemaakt vanuit het oogpunt van passende ondersteuning, maar vanuit eigenbelang van (uitvoerings)organisaties en financiële overwegingen op korte termijn (Liefhebber et al. 2025; NLA 2024b).

Zo zeggen klantmanagers uit de Participatiewet dat financiële sturing vanuit de gemeente hen soms dwingt tot lastige keuzes. Om het aantal bijstandsuitkeringen te beperken begeleiden gemeenten bijvoorbeeld vooral mensen met een korte afstand tot de arbeidsmarkt naar werk, ten koste van de ondersteuning aan bijstandsgerechtigden met een grotere afstand tot de arbeidsmarkt en complexe problematiek (zie bv. Van Echtelt et al. 2019; Heekelaar en Van Eldik 2021; Kromhout et al. 2020; SZW 2024). RVS (2024) spreekt van parkeergedrag waarbij mensen wel ondersteuning krijgen, maar deze minimaal is.

'Ik zie wel dat er door de huidige financiering voor lichtere gevallen van zorg veel meer aanbod is dan voor zwaardere gevallen. En dat knelt. Die lichtere gevallen zouden meer geholpen kunnen worden in de context van wijkteams en het onderwijs. Door de zorg beter te integreren in andere domeinen, kunnen kinderen hopelijk eerder en beter worden geholpen.'

(Jeugdautoriteit 2024: 6)

¹⁹ In ziekenhuizen wordt er soms wel een doorleververplichting afgesproken, waardoor het ziekenhuis zorg moet leveren zonder vergoeding (Patiëntenfederatie 2025b).

Ook voor zorgaanbieders kan het financieel gunstiger zijn om zich vooral te richten op eenvoudigere problematiek. De tarieven voor complexe problematiek zijn volgens aanbieders niet altijd kostendekkend (in economische termen: *adverse selection*, zie Arrow 1984). Zo is in de ggz het behandelen van relatief milde klachten zoals angst en depressie lucratiever voor zorginstellingen dan het behandelen van psychoses of andere ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Aanbieders van ggz zorg richten zich daarom ook liever op de eerste groep, waardoor er relatief minder aanbod is voor mensen met EPA (Algemene Rekenkamer 2020; Boumans et al. 2023). Met bekostiging via het zorgprestatiemodel dat in 2022 werd ingevoerd probeert de overheid deze ongewenste prikkel voor het focussen op lichte zorg weg te nemen (Algemene Rekenkamer 2024). Ook in de jeugdzorg lijken de tarieven van complexe ondersteuning als jeugdbescherming te laag, al is daar nog geen sluitende bewijs voor (Algemene Rekenkamer 2020, 2023). In de jeugdzorg maken aanbieders van lichte ambulante hulp vaak winst, terwijl aanbieders van complexe hulp juist verlies lijden (TK 2021/2022b).

Verder is het mogelijk dat de zorgaanbieder ‘dure cliënten niet alle zorg en ondersteuning biedt die nodig is wanneer daar geen extra vergoedingen tegenover staan. De kwaliteit van de zorg en ondersteuning laat dan te wensen over. Ook zorgverzekeraars, die met elkaar concurreren, zullen proberen verzekerden met een hoog gezondheidsrisico buiten te sluiten van de basisverzekering en de risico’s op andere verzekeraars af te wentelen (zie bv. Algemene Rekenkamer 2024).²⁰

Een gevolg van deze focus op lichte zorg is dat hulpverleners moeten beginnen met het verlenen van lichte zorg, ook als zij al weten dat dat niet voldoet. Toch mogen zij deze pas opschalen naar zwaardere zorg wanneer de lichte zorg niet voldoet (*stepped care*). Telkens komen zij dan weer op een wachtlijst (probleem van ketenwachtlijsten, zie bv. Plaisier et al. 2024). In de praktijk kan het uitgaan van kostenbeheersing dan juist leiden tot escalatie en extra kosten (Boumans et al. 2023; RVS 2019).

5.1.3 Minder kwaliteit door goedkope aanbieder

Er zijn signalen dat de aanbestedingsbudgetten van gemeenten voor schuldhelpverlening te laag zijn. Hierdoor staan de vergoedingen voor aanbieders niet in verhouding tot de kosten van de dienstverlening. Wanneer prijzen onrealistisch zijn, wordt het aantal aanbieders waar de gemeente uit kan kiezen kleiner. In de uitvoering kunnen dan problemen ontstaan en de kwaliteit van de dienstverlening kan slecht zijn (NLA 2024a). Ook blijkt uit onderzoek van BDO (2022) dat kleine zorgaanbieders zich bij het contracteren vooral richten op doelmatigheid en dat er weinig aandacht is voor kwaliteit. Een voorbeeld zien we bij de inkoop van vervoer voor mensen met een beperking of voor kinderen in het speciaal onderwijs (Enneking 2024; zie ook hoofdstuk 3). Kostenbeheersing lijkt de centrale drijfveer van gemeenten bij het aanbesteden van het zogenoemde doelgroepenvervoer. Dit leidt soms tot contracten met dusdanig lage tarieven dat de kwaliteit in het geding komt (Walz en Witkamp 2023).

²⁰ Vanwege de acceptatieplicht door verzekeraars, worden verzekeraars gecompenseerd voor extreem hoge lasten (risicoverevening). Dit is een belangrijke pijler voor solidariteit in het Nederlandse zorgsysteem. Overigens zullen mensen die verwachten veel zorgkosten te moeten maken meer geneigd zijn zich aanvullend te verzekeren dan anderen. Hiermee lopen de uitgaven van de verzekeraars op, en zullen zij de verzekeringspremies verhogen. Hierdoor nemen de zorglasten toe voor alle verzekerden.

5.2 Versnippering door gescheiden geldstromen

De partijen in de zorg en ondersteuning hebben hun eigen budget en financieringsmethode. Er kan niet met middelen worden geschoven tussen de diverse domeinen: de financiering van de verschillende domeinen en aanbieders zijn strikt gescheiden. Doordat elk van de aanbieders een stukje van de zorg levert, zijn er geen prikkels om de zorg als geheel efficiënter in te richten. In deze paragraaf lichten we een aantal gevolgen van de gescheiden financiering toe. We gaan in deze paragraaf in op de machtsverschillen tussen aanbieders (§ 5.2.1), het gebrek aan samenwerking (§ 5.2.2), de diversiteit aan hulpverleners (§ 5.2.3) en het gebrek aan preventie (§ 5.2.4).

5.2.1 Declaratiesysteem beperkt samenwerking

Het (financiering)systeem van zorg en ondersteuning is niet afgestemd op samenwerking over domeinen heen, maar op het bekostigen van ondersteuning van één zorgverlener voor één cliënt binnen één domein (Timans et al. 2024). Professionals uit verschillende domeinen kunnen elkaar niet makkelijk consulteren (zie ook hoofdstuk 3 en 4). Om de tijd die daaraan besteed wordt te kunnen declareren, moet aan allerlei ingewikkelde administratieve eisen worden voldaan (ZiN 2023). Maar ook binnen één wettelijk kader kunnen er financiële barrières zijn voor samenwerking. NZa (2021) noemt als voorbeeld de samenwerking tussen huisarts, fysiotherapeut en orthopeed bij knieartrose, waarbij overleg lastig is. TSD (2025b) geeft een voorbeeld over re-integratie na detentie waar verschillende organisaties bij betrokken zijn. Een ander voorbeeld is een klantmanager die vanuit de Participatiewet een hoge caseload heeft en de opdracht heeft om mensen zo snel mogelijk aan het werk te helpen. De klantmanager kan dan mensen stimuleren om werk te accepteren dat eigenlijk niet goed past omdat hij niet kan overleggen met andere professionals die bij deze client betrokken zijn. Bij Storm²¹ werken professionals langs elkaar heen, waardoor zijn situatie verslechtert.

Storm vertoont soms onbegrepen gedrag en krijgt dan veel conflicten die voortkomen uit zijn autisme en verslavingsgevoeligheid. Inmiddels krijgt hij bijstand met re-integratie- en inlichtingenplicht – wat moeilijk matcht met zijn sterke behoefte aan autonomie. Hierdoor krijgt hij maatregelen opgelegd waardoor hij onder de armoedegrens leeft en schulden opbouwt. De klantmanager weet niet voldoende over psychiatrische aandoeningen en welke bejegening daarbij past. Storm woont nu op een kamer. Dit gaat niet goed, maar hij ziet dat zelf niet in en vraagt geen (Wmo-)hulp.

Een maatschappelijk werker beschrijft het gebrek aan samenwerking als volgt:

‘Ik ervaar het nog wel als twee verschillende werelden. Vanuit Welzijn worden wij niet taakgericht gefinancierd, waardoor we veel vrijheid hebben om samen op te trekken in een casus. In ggz of huisartsenzorg is er sprake van heel specifieke financiering. Hierdoor is er niet altijd tijd om aan te sluiten bij een casus, of samen op te trekken, terwijl dit wel in het belang van de inwoner is.’ (algemeen maatschappelijk werker bij een sociaal werk organisatie, Liefhebber et al. 2025: 49)

Voor overleg en consultatie zouden structureel middelen beschikbaar moeten zijn. Vaak zijn er alleen tijdelijke middelen, bijvoorbeeld voor pilots zoals de leefstijlloketten in ziekenhuizen (Velpen 2025). Wanneer een (succesvolle) pilot afloopt, en daarmee de middelen verdwijnen, komt de samenwerking onder druk te staan (TSD 2025b).

²¹ Storm is een van de persona's in dit onderzoek. Het persona-overzicht is te raadplegen via www.scp.nl bij deze publicatie.

5.2.2 Meerdere hulpverleners door gescheiden financiering

Mensen met problemen op verschillende levensdomeinen hebben vaak te maken met verschillende hulpverleners die elk een deel van de ondersteuning verzorgen (zie hoofdstuk 3 en 4). Dit komt door de strikte scheiding van de financiering van de diverse domeinen. Zo krijgen zorgmedewerkers alleen specifiek afgesproken taken vergoed en bijvoorbeeld niet de samenwerking met welzijnswerk, die wel van belang kan zijn voor de cliënt (Liefhebber et al. 2025). Dit belemmert de samenwerking tussen organisaties. De gemeentelijke sociaal domein-middelen zijn weliswaar niet geoormerkt, maar de diverse regelingen kennen toch veelal hun eigen begroting. Andere regelingen vallen soms onder het rijk (bv. Wlz, of onderwijs) of de zorgverzekeraars (Zvw). In de uitvoering kan niet zomaar met budgetten worden geschoven tussen deze verschillende wetten (Kromhout et al. 2020).

5.2.3 Minder preventie door gescheiden financiering

Baten van investeringen landen soms bij andere partijen (wrong-pocket-probleem)

Het idee van preventie is dat dit kan voorkomen dat problemen ontstaan of erger worden (zie ook hoofdstuk 3). Denk aan bewegen als preventie van gezondheidsproblemen (zie GALA-akkoord, VWS 2023). De strikte scheiding van geldstromen vermindert echter de prikkels tot investering in preventieve ondersteuning. Zo kunnen investeringen in de ene wet tot uitdrukking komen in een andere wet, en bij een andere financier (zie bv. Van Driesten en Blink 2021; SER 2023). Als de baten niet terechtkomen bij de investerende partijen, zullen zij niet snel geneigd zijn om te investeren. Een voorbeeld is dat investeren in de schuldhulpverlening door gemeenten kan leiden tot minder psychische problemen en uitkeringen. Daardoor zijn er minder zorguitgaven voor zorgverzekeraars en het rijk, terwijl de gemeente daar zelf niet de baten van heeft (Van Geuns et al. 2011; Kruiter et al. 2024b). En het inzetten van een schoolmaatschappelijk werker (ten laste van de gemeente) kan problemen in het onderwijs (rijksoverheid) voorkomen of verminderen.

Baten van investeringen preventie onzeker en pas op langere termijn

Een andere reden voor partijen om niet in te zetten op preventie, is dat de effectiviteit van preventie vaak lastig aan te tonen is (Reijnders et al. 2023). Wanneer gemeenten, zorgverzekeraars of aanbieders willen inzetten op preventie, dan moeten zij op korte termijn investeren terwijl het niet zeker is wat de baten zijn. Deze zullen pas op langere termijn zichtbaar zijn (zie bv. Nixdorf et al. 2025; Reijnders et al. 2023). Daarom zullen gemeenten en aanbieders met kortlopend contract niet snel zulke investeringen in preventief aanbod doen.

5.3 Marktwerving belemmert passende zorg en ondersteuning

Zorgverzekeraars concurreren met elkaar, evenals aanbieders. In dit systeem heeft gedrag van burgers, maar ook van aanbieders en bijvoorbeeld zorgverzekeraars, gevolgen voor de mogelijkheden van andere mensen en aanbieders. Zij hebben dus te maken met financiële prikkels die niet altijd overeenkomen met het belang van de burger of de samenleving als geheel. De gedachte achter marktwerving is dat aanbieders gaan concurreren op prijs en kwaliteit, en dat de mensen meer vrijheid hebben in welke aanbieder zij kiezen. In de praktijk wordt de keuzevrijheid voor burgers beperkt door de inkoop en aanbesteding van ondersteuning. Denk aan naturapolissen in de Zvw waarbij alleen zorg van gecontracteerde aanbieders wordt vergoed, of het contracteren van slechts één Wmo-aanbieder in een gemeente.

Aanbieders, meestal commerciële organisaties, zijn erbij gebaat om de tarieven zo hoog mogelijk te houden en om cliënten zo lang mogelijk te helpen (§ 5.3.1). Ook concurreren zij met elkaar, en kunnen vanuit winstoogpunt de hulp aan mensen op elkaar proberen af te wentelen (§ 5.3.2). Tot slot leidt het systeem van aanbesteding tot wisselingen in de hulpverleners van de mensen met problemen (§ 5.3.3). Meer in het algemeen zal de overheid bij het overlaten van de uitvoering aan marktpartijen toezicht moeten houden op de wijze op de verlening van zorg en ondersteuning. Daarvoor is het nodig om over voldoende informatie te beschikken. Dit leidt tot meer regeldruk en extra administratieve lasten, waardoor personeel minder tijd heeft voor de daadwerkelijke zorgverlening (Hanekamp et al. 2019).

5.3.1 Lang doorbehandelen door winstoogmerk

Zorgaanbieders zijn veelal commerciële partijen voor wie winst maken een belangrijk doel is, waardoor zij niet altijd het belang van de cliënten voorop stellen. Sommige zorginstellingen en instellingen voor passend onderwijs maken grote winsten en de zorg wordt voor hen een verdienmodel genoemd (Follow the Money 2024b; Pointer 2019). Met het wetsvoorstel Wet integrale bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz) wil het kabinet ervoor zorgen dat maatschappelijke belangen zoals kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voorop staan bij aanbieders. Dit kwam ook aan bod in een van de focusgroepen, waar het onder meer over Aleksander ging.

‘Dat zijn allemaal commerciële partijen, die allemaal één prioriteit hebben, en dat is niet de zorg maar dat ze geld verdienen. En daarom heb je ook allemaal van die hele kleine zorgkantoorpjes, die allemaal zogenaamd een specialiteit hebben, en die alleen maar geld willen verdienen. Dat is in de daklozenzorg precies hetzelfde.’
(hulpverlener en ervaringsdeskundige, focusgroep 4)

Het aanbod van zorg en ondersteuning wordt aanbesteed of ingekocht door gemeenten en zorgverzekeraars. Aanbieders hebben echter meer inzicht in de kosten en inhoud van de zorg en ondersteuning dan de inkopers, en zullen vanuit winstoogmerk in zetten op het leveren van zorg die voor hen financieel aantrekkelijk is (Jeurissen et al. 2018).

Zo hebben zorgaanbieders er vaak financiële baat bij snel een diagnose te stellen en te behandelen: pas als er een diagnose is kan de aanbieder behandelen en een vergoeding ontvangen. De RVS stelt dat er een trend is van steeds meer diagnostiek, onder meer door meer medische mogelijkheden en de *health checks* die verzekeraars soms vergoeden (RVS 2025).

Ook hebben aanbieders financiële prikkels om langer te behandelen dan nodig is of meer patiënten te behandelen. Zij worden veelal betaald per behandeling of verrichting (aanbodgestuurde zorg). In het systeem van diagnose behandelcombinaties (dbc's) dat bijvoorbeeld in ziekenhuizen geldt, zijn behandelduren trapsgewijs vastgelegd. Het kan voor de behandelaar lonen om de maximumduur vol te boeken. Ook alternatieven als betaling per verrichting is een financiële prikkel om zo lang mogelijk te behandelen. Zie bijvoorbeeld het zorgprestatiesysteem in de ggz (Zorgprestatiemodel z.d.). Het Actieprogramma ggz wil daarom de door- en uitstroom in de ggz vergroten (TK 2024/2025d). Maar ook in de jeugdzorg is er een financiële prikkel om langer door te behandelen (TK 2021/2022b). Daar worden de kostenstijgingen in de jeugdzorg voor een groot deel veroorzaakt door een stijgende behandelduur (AEF 2020). Langer behandelen van patiënten leidt tot meer zorgkosten en druk op de zorg en wachtlijsten.

5.3.2 Afwenteling door onduidelijke verantwoordelijkheden

Niet alleen voor mensen met meervoudige problemen is afstemming tussen domeinen nodig, maar ook voor mensen die problemen hebben op de grens tussen twee domein. De krappe budgetten en financieringssystemen leiden er echter toe dat partijen proberen de ondersteuning op elkaar af te wentelen. Portrait et al. (2023) laten zien dat in gemeenten met een slechte financiële positie relatief vaker Wlz-zorg wordt aangevraagd dan elders. Dit kan erop wijzen dat de gemeenten proberen het gebruik van Wmo te beperken door mensen door te verwijzen naar de Wlz (zie ook bv. Actiz 2023; Fin 2019).

Afwenteling op raakvlakken tussen domeinen

Soms is ondersteuning nodig op het raakvlak tussen domeinen, zoals bij mensen met beginnende dementie die te zware problematiek hebben voor de Wmo, maar te lichte problematiek voor de Wlz. Een ander voorbeeld is het raakvlak tussen (speciaal) onderwijs en (jeugd)zorg (zie ook hoofdstuk 4). Het is dan niet altijd duidelijk welke partij de verantwoordelijkheid moet nemen en daar kosten voor moet maken. Kan een intern begeleider van de school de ondersteuning doen of is er jeugdzorg nodig? Ouders worden soms van het kastje naar de muur gestuurd en worden speelbal van financiële discussies en afwenteling tussen onderwijs en (jeugd)zorg (Ledoux et al. 2020; NJi 2025c; Peeters 2018). Hier speelt ook dat de budgetten in de zorg aan individuen worden toegekend, terwijl de budgetten voor passend onderwijs gebonden zijn aan de onderwijsinstelling (zie § 5.2.1). Deze middelen kunnen niet buiten de onderwijsinstelling worden besteed.

Afwenteling bij meervoudige problematiek

De financiering bemoeilijkt ook de samenwerking tussen organisaties uit verschillende domeinen. Verschillende financieringssystemen bemoeilijken bijvoorbeeld de combinatie van geneeskundige hulp uit het medische domein en maatschappelijk werk uit het sociale domein (Hilhorst en Van den Wijngaart 2024). Aanbieders van langdurige zorg en medische zorg wijzen naar elkaar voor de ondersteuning van mensen met zowel een verstandelijke beperking als verslavingsproblematiek, waardoor de ondersteuning niet van de grond komt (NZa 2021). In de praktijk leiden dit soort afbakeningsproblemen regelmatig tot een juridische strijd. Dit ondermijnt het vertrouwen van de burger in de overheid (ROB 2025a). In een van de focusgroepen is een voorbeeld genoemd op het raakvlak tussen onderwijs en jeugdzorg.

‘Dus je wentelt ook af. [...] In dit geval [bij persona Sepp] bijvoorbeeld tussen alles wat vanuit onderwijs, passend onderwijs komt en de Jeugdwet. Twee financieringsstromen zitten daaronder. De één zegt: “Ik red het binnen hoe ik mijn taakopvatting heb uitgevoerd niet. Soms heb ik daar jeugdhulp bij nodig, maar soms ook niet. Maar ik wentel het alsnog op jeugdhulp af, want dat is voor mij als onderwijs de meest makkelijke gang naar meer geld.” Voor een gemeente vervolgens, die komt met enorme tekorten voor jeugdzorg te zitten. Dat is het gevolg. Dus dan krijg je afwenteling eigenlijk van rijks gelden naar gemeente.’
(beleidsprofessional gemeente, focusgroep 3)

5.3.3 Wisseling hulpverleners door inkoop en aanbesteding hulpverleners

Gemeenten en zorgverzekeraars sluiten voor een of meerdere jaren contracten met aanbieders. Bij iedere aanbestedingsronde kunnen aanbieders wisselen. Ook doen aanbieders soms niet mee met nieuwe aanbestedingen, bijvoorbeeld vanwege lage tarieven of mogelijkheden voor inschrijving op rendabele hulp (Jeugdautoriteit 2023). Daarnaast kunnen gemeenten bij nieuwe aanbestedingen kiezen voor andere aanbieders, bijvoorbeeld vanuit overwegingen van prijs of kwaliteit (Algemene

Rekenkamer 2023; SER 2021). En (commerciële) aanbieders kunnen failliet gaan. Wanneer aanbieders niet langer in een gemeente actief zijn, of de zorgverzekeraar bepaalde aanbieders niet langer contracteert, krijgen mensen te maken met andere hulpverleners dan voorheen (Peeters 2018). Hoewel er inmiddels vaker meerjarige contracten worden afgesloten, zijn de contracten in het sociaal domein relatief vaak kortlopend (Jeugdautoriteit 2023; Pasma 2025; Peeters 2018). Dit komt de hulpverlening niet altijd ten goede. Wanneer bijvoorbeeld vertrouwde hulp wegvalt, kan het moeilijk zijn voor mensen om weer nieuwe hulp te vinden en daar vertrouwd mee te raken. Het kan zelfs tot vraagweerstand leiden: mensen die de moed volledig zijn verloren en niet (weer) op zoek gaan naar nieuwe hulp, terwijl zij die hulp nog wel steeds nodig hebben (Grootegoed 2013; Grootegoed en Van Dijk 2012; Reijnders 2020).

5.4 Zorgmijden, armoede en ongelijkheid door eigen betalingen

In het Nederlandse systeem wordt een groot deel van de zorg en ondersteuning vergoed door belastingopbrengsten van de overheid, zoals ondersteuning vanuit de Jeugdwet. Daarnaast betalen mensen premies voor hun zorgverzekering en de langdurige zorg. Het zorgsysteem gaat uit van solidariteit: mensen met een hoog inkomen en een goede gezondheid betalen via de zorgverzekering en belastingen mee aan de zorg voor mensen met een lager inkomen en een slechtere gezondheid (zie bv. Eggink en De Klerk 2024).

Mensen betalen niet (alle) kosten van de zorg die zij ontvangen, waardoor zij geen financiële prikkels hebben om weinig zorg te gebruiken (in economische termen: *moral hazard*). Wanneer veel mensen onnodig veel zorg gebruiken (passend bij een mensbeeld van calculerende burgers, zie hoofdstuk 2), zullen de kosten van de zorg toenemen en zal de zorg onbetaalbaar worden. Met eigen betalingen voor ontvangen zorg probeert de overheid het gebruik van zorg te beperken (remgeldeffect). Deze zogenoemde eigen betalingen verschillen tussen de verschillende wettelijke kaders (kader 5.4). Zo geldt een eigen bijdrage voor maatwerkondersteuning vanuit de Wmo en voor langdurige zorg vanuit de Wlz, en een eigen risico voor zorg vanuit de Zvw. Voor sommige zorg en ondersteuning moet de cliënt de aanbieder zelf betalen, zoals voor medische zorg die niet onder het verzekerde pakket valt.

Kader 5.4 Eigen betalingen in de zorg en ondersteuning

Voor sommige vormen van zorg en ondersteuning moeten gebruikers meebetalen. Dit kan in de vorm van (verzekerings)premies, eigen bijdragen of een eigen risico.

Zvw

Alle volwassenen hebben verplicht een zorgverzekering en betalen daarvoor een premie. Daarnaast is er sprake van een eigen risico: mensen betalen een eigen bijdrage voor de zorg die zij ontvangen tot de hoogte van het eigen risico. Hogere verzekerde kosten worden door de zorgverzekeraar vergoed. Naast het verplichte eigen risico kunnen mensen kiezen een hoger eigen risico tegen een lagere premie (Rijksoverheid 2025b).

Wlz

Mensen met een betaalde baan of een uitkering betalen een premie voor de langdurige zorg. Daarnaast moeten Wlz-gebruikers een eigen bijdrage betalen. Deze eigen bijdrage is afhankelijk van het inkomen en vermogen van de gebruiker (Platform Zó werkt de zorg 2023).

Wmo

Voor het gebruik van maatwerk-voorzieningen (bv. huishoudelijke hulp) geldt op dit moment een vast abonnementstarief dat onafhankelijk is van het volume en type ondersteuning. Voor het gebruik van zogenoemde algemene voorzieningen (bv. buurthuis), waarvoor geen indicatie nodig is, geldt geen eigen betaling (Platform Zó werkt de zorg 2023).

Jeugdwet

Het gebruik van jeugdzorg wordt geheel door de overheid vergoed (Platform Zó werkt de zorg 2023).

Participatiewet

Over de ondersteuning die vanuit de Participatiewet wordt geboden worden geen eigen betalingen geheven.

Schuldhulpverlening

Sommige gemeenten rekenen kosten voor gemeentelijke schuldhulpverlening (Wgs). De kosten schuldhulp vanuit de Wsnp worden betaald door de schuldenaar (Raad voor de Rechtsbijstand 2025). Soms wordt dit vergoed vanuit de (gemeentelijke) bijzondere bijstand (Rechtwijzer schulden 2024).

Passend onderwijs

Het basis- en middelbaar onderwijs (zowel speciaal als regulier) kent geen (verplichte) eigen betalingen van ouders, met uitzondering van het particuliere onderwijs. Voor voortgezet onderwijs moet wel lesgeld of collegegeld worden betaald.

Deze eigen betalingen raken mensen op diverse manieren. Zo kunnen zij vanwege de kosten afzien van hulp (§ 5.4.1). Ook kunnen zij in de financiële problemen raken door de kosten van de ondersteuning óf juist door het uitblijven van hulp (§ 5.4.2). Daarnaast kunnen de eigen betalingen leiden tot ongelijkheid tussen groepen (§ 5.4.3).

5.4.1 Geen hulp vragen vanwege de kosten

Hulp mijden vanwege kosten

Voor sommige mensen zijn de eigen bijdragen en eigen risico een reden om niet om hulp te vragen, zoals voor Anoushka in Plaisier et al. (2023b) (zie ook Meijer 2023; Meijer et al. 2023; RVS 2019; ZiN 2022). Onderzoek in diverse zorgsectoren onderschrijft dat de hoogte van de eigen betalingen gevolgen heeft voor het gebruik. Zo heeft een verhoging van het eigen risico bijvoorbeeld geleid tot een lager gebruik van ggz-ondersteuning, vooral door lage inkomensgroepen (Lambregts en van Vliet 2018; Vargas Lopes et al. 2022), terwijl het invoeren van een (relatief laag) abonnementstarief in de Wmo leidde tot een hoger gebruik, vooral door hoge inkomensgroepen (CBS 2023a; Onstenk et al. 2022).²² Remmerswaal en Boone (2020) laten zien dat een verhoging van het eigen risico leidt tot minder zorggebruik en kosten.

Een reden om geen ondersteuning te gebruiken is dat mensen denken dat het te duur is (De Klerk et al. 2023). Daarbij gaat het niet altijd om de kosten die zij daadwerkelijk moeten maken, maar soms ook om wat mensen denken dat zij moeten betalen. Zo weet niet iedereen dat een bezoek aan de huisarts niet ten koste gaat van het eigen risico (Meijer 2023). Ook kunnen mensen vrezen dat zij kosten moeten maken wanneer zij bijvoorbeeld verwezen worden naar een medisch specialist (Van Esch et al. 2015). Er is dan onduidelijkheid over de eigen betalingen (Glimmerveen et al. 2019). Voorbeelden zijn oudere huiseigenaren die geen woningaanpassingen vanuit de Wmo aanvragen omdat zij bang zijn dat dit de waarde van hun woning zal doen verminderen terwijl ze nog niet weten of de aanpassing in de toekomst echt nodig zal zijn (Plaisier en Den Draak 2021). In de sociale zekerheid speelt daarnaast ook dat mensen bang zijn dat zij een uitkering aanvragen en deze dan later moeten terugbetalen (bv. Inspectie SZW 2021). Denk aan de sancties die de gemeente kan opleggen als bijstandsgerechtigden zich niet aan de informatie- of sollicitatieplicht houden. Denk aan de kinderopvangtoeslagaffaire, maar ook aan fouten die zijn gemaakt bij Wajong en WIA-uitkeringen. Mensen wantrouwen dan de overheid. Dit wantrouwen kan ertoe leiden dat mensen dan maar geen hulp vragen, ook al hebben zij daar recht op (zie bv. Plaisier et al. 2024).

Het mijden van zorg kan problematisch zijn voor mensen wanneer het leidt tot verergering van hun problemen (Van Esch et al. 2015; Meijer et al. 2023). Ze hebben dan uiteindelijk juist meer zorg nodig, met de bijbehorende extra kosten voor zowel de cliënt als voor de overheid (Eggink en De Klerk 2024; Lambregts en van Vliet 2018; Meijer et al. 2023; Plaisier et al. 2023a; RVS 2019).

‘Meerdere keren werd afgezien van medicijnen omdat het eigen risico dan betaald moest worden. [...] Het is ook best een bedrag wat mensen met een bijstandsuitkering betalen als zij veel zorg nodig hebben.’
(Hermens et al. 2020: 19)

²² Het vervangen van het abonnementstarief door inkomensafhankelijke eigen bijdragen raakt vooral de groep mensen met een chronische ziekte of beperking. Voor hen kunnen de kosten oplopen (zie bv. Patiëntenfederatie 2025c).

‘Door de eigen bijdrage gaat een aantal ouderen [...] niet naar de geadviseerde onderzoeken die de huisarts of de specialist heeft ingesteld, want dat kost geld. En ook medicatie ophalen, doen ze ook niet.’
(medewerker ouderenbelangenorganisatie, Plaisier en Den Draak 2021: 49)

Kiezen voor niet-passende hulp

Soms hebben mensen zorg of ondersteuning nodig die vanuit verschillende regelingen geleverd kan worden (zie hoofdstuk 4 en § 5.3.2). Denk aan persoonlijke verzorging (Wmo of Zvw) of zorg thuis vanuit Wlz of Wmo. De eigen betalingen verschillen tussen de wettelijke kaders. Soms gaat het om een vast bedrag (bv. Wmo), maar het kan ook afhankelijk zijn van de hoogte van het inkomen en het vermogen (bv. Wlz), of ontvangen zorg (bv. eigen risico Zvw) (zie kader 5.4). Mensen kunnen de voorkeur geven aan wijkverpleging vanuit de Zvw boven de Wmo als ze dan goedkoper uit zijn. Iets soortgelijks speelt zich af op het raakvlak tussen de Wmo en de Wlz. Mensen blijven wellicht langer thuis wonen dan verantwoord is (zie bv. Actiz 2023; hoofdstuk 4). Zie Jolanda:

Jolanda woont nog op hogere leeftijd zelfstandig thuis. Zij gaat zowel lichamelijk als cognitief achteruit. Jolanda zegt: ‘Ik heb niks nodig, ik red het nog prima, ik ga niet naar een verpleeghuis’. Maar volgens haar naaste omgeving kan Jolanda niet meer zo goed voor zichzelf zorgen. Jolanda loopt een verhoogd risico om op de spoedeisende hulp terecht te komen door een val, waardoor ze letterlijk en figuurlijk verder van huis is.

5.4.2 Armoede door kosten van ondersteuning

De eigen betalingen voor zorg en ondersteuning kunnen hoog oplopen, bijvoorbeeld wanneer mensen te maken hebben met een chronische ziekte, behandelingen die niet door de zorgverzekeraar worden vergoed, of met een stapeling van kosten voor verschillende vormen van zorg (zie bv. het verhaal van Rosa of dat van Anoushka in Plaisier et al. (2023b)).²³ Niet iedereen kan die zorgkosten betalen: vooral mensen met veel zorgkosten door een slechte gezondheid en mensen met een laag inkomen hebben daar moeite mee. Deze groepen hebben ook minder vaak een (dure) aanvullende verzekering die de zorgkosten voor hen kan beperken (Aalbers en Roos 2022; Bruggink 2022). Voor mensen met een laag inkomen kunnen hoge zorguitgaven leiden tot armoede (RVS 2023; Studiegroep Begrotingsruimte 2020, 2023). Voor hen bieden de zorgtoeslag en andere financiële tegemoetkomingen dan onvoldoende soelaas. Zo kan de zorgtoeslag niet altijd voorkomen dat er betalingsachterstanden ontstaan op de zorgverzekeringspremie (CBS 2024b). De eigen betalingen in de zorg kunnen zo leiden tot extra druk op de sociale zekerheid en een toename van de ongelijkheid in de samenleving. Ook bijkomende kosten zoals vervoerskosten naar medische afspraken zijn een aanslag op het budget van mensen (Patiëntenfederatie 2025d; Plaisier et al. 2023b). In de verhalenbundel *Gehoord, gezien en geholpen willen worden* (Plaisier et al. 2023b) vertelt Anoushka over de kosten die zij moet betalen:

Anoushka en haar man leven van haar uitkering en haar spaargeld. Maar daar komen ze niet van rond, omdat Anoushka ook voor haar behandelingen moet gaan betalen. ‘Ze worden maar gedeeltelijk vergoed. Mijn klacht is zo chronisch en complex, dat het niet op de lijst van de verzekering staat.’ (Plaisier et al. 2023b: 34)

²³ Om stapeling van zorgkosten te verminderen is in 2019 het abonnementstarief voor de Wmo ingesteld. Dit leidde echter tot een sterke toename in het gebruik van huishoudelijke hulp (CBS 2023b; Onstenk et al. 2022). Ook onder cliënten met een hoog inkomen, die ook particuliere hulp zouden kunnen inkopen.

5.4.3 Ongelijkheid door eigen betalingen

Eigen betalingen kunnen onnodig zorggebruik voorkomen, het zogenoemde remgeldeffect (zie bv. RVS 2023; WRR 2021), maar kunnen ook negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid. Dit leidt mogelijk tot versterking van ongewenste gezondheidsverschillen tussen groepen in de bevolking, omdat sommigen eerder zorg (moeten) mijden dan anderen (Pharos 2022). Bijvoorbeeld mensen met een laag inkomen die vaker een slechte gezondheid hebben en dus meer zorgkosten (Huijgen et al. 2024; ZiN 2022). Zij zullen eerder dan mensen met een hoger inkomen zorg mijden (Eggink en De Klerk 2024; Hofland et al. 2024) en zullen hun eigen risico vaker volledig moeten gebruiken, terwijl zij die kosten wellicht niet goed kunnen dragen. Ook hebben mensen met een goede financiële situatie meer mogelijkheden om voor beter passende maar duurdere vormen van zorg en ondersteuning te kiezen (Eggink en De Klerk 2024; Plaisier en Den Draak 2019; Plaisier et al. 2023a).

Om de toegankelijkheid van de zorg beter te waarborgen was kabinet-Schoof voornemens het eigen risico met ingang van 2027 te verlagen (PVV et al. 2024). Te lage eigen bijdragen kunnen echter een aanzuigende werking hebben, zo berekende het CPB (Remmerswaal en Boone 2020). Denk ook aan het relatief lage Wmo-abonnementstarief voor huishoudelijke hulp dat leidde tot veel meer gebruik, ook voor mensen die voldoende middelen hebben om dit zelf te betalen (CBS 2023a; Onstenk et al. 2022). Door die aanzuigende werking kunnen mensen met een laag inkomen worden verdrongen, terwijl zij niet zelf particuliere ondersteuning kunnen betalen. Kortom: door een verlaging van het eigen risico zal het gebruik toenemen, waardoor de houdbaarheid van de ondersteuning onder druk wordt gezet.

5.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk staat de financiering van de levensbrede zorg en ondersteuning centraal en hoe die kan leiden tot knelpunten. Over het algemeen streeft de overheid naar kostenbeheersing, om de druk op de overheidsfinanciën niet te groot te laten worden. De budgetten die het rijk beschikbaar stelt voor zorg en ondersteuning zijn daardoor soms krap. Ook gemeenten willen de uitgaven aan het sociaal domein beperken. Om de kosten te beheersen kopen zij vaak beperkt zorg in. Gemeenten stellen bijvoorbeeld strenge eisen aan de toegang tot de zorg en ondersteuning, waardoor mensen soms buiten de boot vallen. De concurrentie van aanbieders leidt er verder toe dat zij zich vooral richten op lichte vragen die met relatief weinig kosten op te lossen zijn. Daarnaast zijn er prikkels om goedkope zorg in te kopen, wat de kwaliteit niet altijd ten goede komt.

Een tweede thema is de strikte scheiding tussen de financiering van diverse domeinen. Aanbieders richten zich op een klein deel van het aanbod, waardoor het aanbod sterk gefragmenteerd is. Samenwerking komt niet goed van de grond omdat aanbieders geen taken zullen verrichten waar zij geen vergoeding voor ontvangen. Consultatie, wat samenwerking vergemakkelijkt, kost tijd, en kan vaak niet worden gedeclareerd. Daarnaast komt preventie niet goed van de grond. Dat komt doordat preventie onzekere opbrengsten kent die pas op lange termijn zichtbaar zijn en vaak bij andere partijen terechtkomt dan de partij die de investeringen betaalt.

Door de marktwerking, ofwel de concurrentie tussen aanbieders, staan de belangen van de burger en de samenleving niet altijd voorop. Er zijn prikkels voor langer doorbehandelen en hogere tarieven dan strikt noodzakelijk. Door de concurrentie en financieel organisatiebelang wordt zorg en ondersteuning ook afgewenteld op andere partijen. Het systeem van aanbesteden leidt daarnaast tot steeds wisselende aanbieders en daarmee wisselende hulpverleners.

Tot slot speelt de financiële verantwoordelijkheid van de burger een rol. Het gaat dan om de eigen betalingen van de gebruiker. Deze kunnen gebruik van zorg en ondersteuning remmen, maar op de langere termijn leiden tot meer gebruik en hogere kosten voor burger en samenleving. Soms zijn eigen betalingen van noodzakelijke hulp dusdanig hoog dat mensen daardoor in armoede geraken. Ook kunnen eigen betalingen de ongelijkheid in de samenleving vergroten. Mensen met een slechte gezondheid en een laag inkomen hebben minder mogelijkheden om goede zorg te verkrijgen dan anderen.

Literatuur

- Aalbers, Rob en Anne-Fleur Roos (2022). *Zorguitgaven, ons een zorg?* Den Haag: Centraal Planbureau.
- Actiz (2023). *Hoe staat het met: de wachtlijsten voor verpleeghuizen?* Geraadpleegd 17 juli 2024 via www.actiz.nl/hoe-staat-het-met-de-wachtlijsten-voor-verpleeghuizen.
- AEF (2020). *Stelsel in de groei. Een onderzoek naar financiële tekorten in de jeugdzorg*. Utrecht: Andersson Elffers Felix.
- Algemene Rekenkamer (2020). *Geen plek voor grote problemen. Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Algemene Rekenkamer (2023). *Georganiseerde onmacht. Over de rol van de rijksoverheid bij de jeugdbescherming*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Algemene Rekenkamer (2024). *Verantwoordingsonderzoek ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI). Rapport bij het jaarverslag 2023*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Alzheimer Nederland (2024). *Logeerszorg voor mensen met dementie*. Amersfoort: Alzheimer Nederland.
- Amagir, Aisa en Monique Kremer (2024). *Instantiekapitaal: de onzichtbare drempel tot hulp en erkenning*. In: *Sociaal Bestek*, 22 januari 2024. Geraadpleegd 12 mei 2025 via sociaalbestek.nl/blog/instantiekapitaal-de-onzichtbare-drempel-tot-hulp-en-erkenning.
- Arrow, K. (1984). *The economics of agency*. Stanford: Stanford University.
- Arts, Josien (2020). *Klantmanagers zitten klem tussen wens en werkelijkheid*. In: *Zorg+Welzijn*, 19 juni 2020. Geraadpleegd 27 juni 2024 via www.zorgwelzijn.nl/magazine-artikelen/klantmanagers-zitten-klem-tussen-wens-en-werkelijkheid.
- Arum, Silke van (2024). *De kwaliteitsverschillen tussen wijkteams zijn nog zo groot*. In: Piet-Hein Peeters en Marcel Ham (red.), *Als we dat hadden geweten. Naar een beter lokaal sociaal domein. 10 jaar Wmo, jeugd- en participatiewet in de gemeente* (p. 53-62). Amsterdam: Van Gennep.
- Arum, Silke van, Sonja van Rooijen en Koen Kros (2023). *Sociale (wijk)teams: peiling 2022. Vijfde landelijke peiling onder Nederlandse gemeenten*. Utrecht: Movisie.
- Arum, Silke van, René Broekroelofs en Hilde van Xanten (2020). *Sociale (wijk)teams: vijf jaar later*. Utrecht: Movisie.
- Autisme.nl (2024). *Amsterdam stopt met vergoeding ABA-behandelingen*. Geraadpleegd 11 juli 2025 via www.autisme.nl/2024/10/02/amsterdam-stopt-met-vergoeding-aba-behandelingen.
- Balt, Elias, Stefan Vrinzen, Salim Salmi, Merijn Eikelenboom en Saskia Mérelle (2025). *Samen Leren, Minder Suicide. Rapportage Psychosociale autopsie 2025*. Amsterdam: 113 Zelfmoordpreventie.
- BDO (2022). *Onderzoek contracteringsproces kleine zorgaanbieders wijkverpleging*. Amsterdam: BDO. Geraadpleegd 1 mei 2025 via www.eerstekamer.nl/overig/20230327/onderzoek_contracteringsproces/meta.
- BDO (2025). *Sterk versnipperd landschap, gedeelde onzekerheid. Balanceren tussen overschotten en tekorten. BDO benchmark Nederlandse gemeenten 2025*. Amsterdam: BDO.
- Berenschot (2024). *Benchmark care 2023*. Geraadpleegd 18 juni 2025 via www.berenschot.nl/media/zsdlivq3/rapportage-benchmark-care-2023.pdf.
- Berg, Jonathan, Jeroen van Wijngaarden en Lieke Oldenhof (2022). *Los maken wat vast zit. Evaluatie van het PRIO programma, gericht op het helpen van kwetsbare Rotterdammers die vastlopen in het systeem*. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Beugelsdijk, Sjoerd, Joep de Hart, Pepijn van Houwelingen en Maroesjka Versantvoort (2019). *Denkend aan Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2019*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bhugwandass, Jason (2024). *Hoe Jason Bhugwandass de ZIKOS-afdelingen wist te sluiten*. In: *Sociale Vraagstukken*. Geraadpleegd 4 mei 2025 via www.socialevraagstukken.nl/hoe-jason-bhugwandass-de-zikos-afdelingen-wist-te-sluiten.
- Blijleven, Wieke, Franziska de Koning, Said Sarwary, Peteke Feijten, m.m.v. Astrid Mangnus en Roel Willems (2023). *Mensbeelden achter beleid. Lessen over de rol van mensbeelden bij het LLO-beleid en de covid-vaccinatiestrategie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Blom, Michiel, Bram Jenster, Maaïke Jongerius en Suzanne Kluft (2023). *Rechtshulp en sociaal domein: wat werkt? Overkoepelend onderzoek naar negen pilots Divosa*. Utrecht: Significant Public.
- Boer, Alice de, Mirjam de Klerk, Debbie Verbeek-Oudijk en Inger Plaisier (2020). *Blijvende bron van zorg. Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, Marjolijn de en Sylvana van den Braak (2019). *Verhuizen om wél hulp te krijgen?* Geraadpleegd 11 juni 2025 via www.groene.nl/artikel/verhuizen-om-wel-hulp-te-krijgen.
- Bogoy, Julia (2024). *Werkdruk in de zorg: analyse van oorzaken*. Geraadpleegd 18 juni 2025 via www.effactory.com/nl/kennis/werkdruk-in-de-zorg/#wat-voor-impact-heeft-werkdruk-in-de-zorg.
- Bokhorst, Meike en Godfried Engbersen (2024). *Kennisversterking in het sociaal domein. Ervaren en opties uit het veld*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Boogaard, G. (2020). *Decentraliseren kan je leren*. Deventer: Wolters Kluwer.
- Boogers, Marcel en Rik Reussing (2018). *Decentralisatie, schaalvergroting en lokale democratie: samenvattend onderzoek naar gevolgen voor rollen en posities van lokale bestuurders en naar gevolgen voor bestuurskracht en democratie*. Geraadpleegd 4 april 2025 via www.tweedekamer.nl/sites/default/files/atoms/files/decentralisatie_schaalvergroting_en_lokale_democratie_gevolgen_bestuurskracht_en_democratie_universiteit_twente.pdf.
- Bosman, Jan, Julia van Beeck, Michelle van Kuijzen, Gillian Lustermans en Ashantè Pocorni (2024). *Uitgavenonderzoek jeugdzorg 2023 & 2024*. Utrecht: Improven.
- Boumans, Jenny, Hans Kroon en Bert van der Hoek (2023). *Ggz uit de knel. Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Bouteh, Kaveh en Anne de Haan (2019). *Cultuursensitief werken met jeugdigen en gezinnen*. Geraadpleegd 19 juni 2025 via www.pharos.nl/wp-content/uploads/2019/06/Cultuursensitief-werken-met-jeugdigen-en-gezinnen_Pharos_2019-1.pdf.
- Bovenkamp, Hester van de en Hans Vollaard (2015). De democratische vertegenwoordiging van cliënten en patiënten bij de decentralisaties. In: *Beleid en Maatschappij*, jg. 42, nr. 2, p. 102-121 ([doi:10.5553/BenM/138900692015042002003](https://doi.org/10.5553/BenM/138900692015042002003)).
- Brooks, Helen, Angela Devereux-Fitzgerald, Laura Richmond, Penny Bee, Karina Lovell, Neil Caton, Mary Gemma, Cherry Bethan, Mair Edwards, James Downs, Laura Bush, Karina Vassilev, Bridget Young en Anne Rogers (2022). Assessing the effectiveness of social network interventions for adults with a diagnosis of mental health problems: a systematic review and narrative synthesis of impact. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, jg. 57, nr. 5, p. 907-925.
- Bruggink, Jan Willem (2022). *Gezondheid, zorggebruik en verzekeringsvorm*. Geraadpleegd 29 januari 2024 via www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/gezondheid-zorggebruik-en-verzekeringsvorm/4-conclusie.
- Bureau Burgerberaad (2024). *Niet zonder ons. Aanbevelingen burgerpanel Staatscommissie Rechtsstaat*. Geraadpleegd 30 mei 2025 via www.staatscommissierechtsstaat.nl/documenten/publicaties/2024/04/04/verslag-burgerpanel-niet-zonder-ons.
- Bussemaker, Jet, Eduard Schmidt, Jelmer Schalk, Robert Vonk en Jan-Luuk Hoff (2023). Zorgtoegankelijkheid in een gezonde zorgsector? Voorbij het onhoudbaarheidsframe. In: Overmans, Tom, Marlies Honingh en Mirko Noordegraaf (red.) *Maatschappelijke bestuurskunde: Hoe verbindende bestuurskundigen (kunnen) inspelen op maatschappelijke vraagstukken* (p. 209-229). Den Haag: Boom Bestuurskunde.
- BZK (2024). *Verslag onderzoek begrotingen gemeenten 2024*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- BZK (2025). *Verslag onderzoek begrotingen gemeenten 2025*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Campen, Crétien van en Debbie Verbeek-Oudijk (2017). *Gelukkig in een verpleeghuis? Ervaren kwaliteit van leven en zorg van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- CBS (2023a). Wmo-cliënten; type maatwerkarrangement, persoonskenmerken, regio. Geraadpleegd 25 januari 2024 via opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85043NED/table?ts=1694768173852.
- CBS (2023b). Kwart meer gebruik. Hulp bij het huishouden via Wmo dan in 2019. Geraadpleegd 8 januari 2024 via www.cbs.nl/item?sc_itemid=7bod6004-1b8d-4e64-a531-fdf95337a516&sc_lang=nl-nl.
- CBS (2024a). Arbeidsmarkt zorg en welzijn. Geraadpleegd 10 maart 2025 via www.cbs.nl/nl-nl/dossier/arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn.
- CBS (2024b). Betalingsachterstand zorgpremie met een zorgtoeslag per 31 december. Geraadpleegd 21 februari 2025 via opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/85983NED/table?ts=1740144032967.
- CBS (2025). Landelijke ontwikkelingen in de Wet maatschappelijke ondersteuning. Geraadpleegd 4 juli 2025 via www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2025/landelijke-ontwikkelingen-in-de-wet-maatschappelijke-ondersteuning/2-totaalbeeld-wmo-maatwerkvoorzieningen.
- Commissie van Wijzen (2021). Jeugdzorg: een onderwerp van aanhoudende zorg. Geraadpleegd 1 april 2025 via www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/05/18/jeugdzorg-een-onderwerp-van-aanhoudende-zorg.
- Coöperatie VGZ (2025). Personeelstekort zorg: oorzaken en oplossingen. Geraadpleegd 20 mei 2025 via www.cooperatievgz.nl/cooperatie-vgz/zorg/personeelstekort-zorg.
- Dehue, Trudy (2014). *De depressie-epidemie. Over de plicht het eigen lot in handen te nemen*. Amsterdam: Atlas.
- Dekker, Jeroen, Mary Amsing, Ingrid van der Bij-de Puij, Marieke Dekker, Hans Grietens, Annemiek Harder, P.C.M. Koedijk, Sanne Parlevliet, Pauline Schreuder, Mandy Talhout en Margaretha Timmerman (2012). *Jeugdzorg in Nederland 1945-2010: Resultaten van deelonderzoek 1 van de commissie-Samson. Historische schets van de institutionele ontwikkeling van de jeugdsector vanuit het perspectief van het kind en de aan hem/haar verleende zorg*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Dijk, Jasper van, Yannick Feld en Julia van Rijn (2025). *Eerlijker en eenvoudiger armoedebeleid. Landelijke basis, lokaal maatwerk*. Den Haag: Instituut voor Publieke Economie.
- Driesten, Gertrude van en Sara Blink (2021). *Zo werkt het sociaal domein*. Amsterdam: De Argumentenfabriek.
- Driesten, Gertrude van, Kees Kraaijeveld, Suze van Scheer en Thomas Klein Goldewijk (2023). *Werken vanuit waarden in het sociaal domein*. Amsterdam: De Argumentenfabriek.
- Echtelt, Patricia (2020). *Werk, zaligmakend of ziekmakend? De relatie tussen arbeid en gezondheid*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Echtelt, Patricia van, Klarita Sadiraj, Stella Hoff, Sander Muns, Kasia Karpinska, Djurre Das, Maroesjka Versantvoort, m.m.v. Lisa Putman (2019). *Eindevaluatie van de Participatiewet*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Echtelt, Patricia van, Evelien Eggink en Klarita Sadiraj (2023). *Een brede blik op bijstand*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Echtelt, Patricia van, Sabrina Dinmohamed, Evelien Eggink, Peggy Schyns, m.m.v. Khadija Kadrouch-Outmany (2024). *Vertrouwen in de bijstand. Een kwalitatieve studie naar de ondersteuning aan bijstandsgerechtigden die (nog) niet betaald kunnen werken*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Eggink, Evelien en Mirjam de Klerk (2024). Zorg en ondersteuning. In: Lotte Vermeij, Yvonne de Kluizenaar, Mark Reijnders en Marcel Coenders (red.), *Koersen op kwaliteit van de samenleving. Sociale en Culturele Ontwikkelingen 2024* (p. 121-134). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Eggink, Evelien, Isolde Woittiez en Mirjam de Klerk (2020). *Maatwerk in meedoen. Een vergelijking van zelfredzaamheid, hulpbronnen en kwaliteit van leven tussen mensen met en zonder een verstandelijke beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Engbersen, Radboud, Thijs Jansen en Rienk Janssens (2022). *Het geheim van de lange relatie. Continuïteit als voorwaarde voor een effectief sociaal domein*. Utrecht: Movisie.
- Enneking, Koen (2024). De hobbels van het Wmo-vervoer. In: *Sociale Vraagstukken*. Geraadpleegd 8 juni 2025 via www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/wmo-en-mantelzorg/de-hobbels-van-het-wmo-vervoer.
- Esch, T.E.M. van, A.E.M. Brabers, C. van Dijk, P.P. Groenewegen en J.D. de Jong (2015). *Inzicht in zorgmijden. Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*. Utrecht: Nivel.

- Fenger, M. (2016). *Van wie is de verzorgingsstaat? Over het eigenaarschap van publieke instituties* (oratie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Fin (2019). *Wie heeft er een beperking? Interdepartementaal beleidsonderzoek Mensen met een licht verstandelijke beperking*. Den Haag: Ministerie van Financiën, Inspectie der Rijksfinancien/Bureau Strategische Analyse.
- FNI (2025). *Canon van de gezinsverzorging*. Culemborg: Florence Nightingale Instituut. Geraadpleegd 22 mei 2025 via www.fni.nl/canon-van-de-gezinszorg.
- FNV (2025). *Wat is het probleem rondom WIA*. Geraadpleegd 26 februari 2025 via www.fnv.nl/acties/wia/wat-is-het-probleem.
- Follow the Money (2024a). *Jeugdbeschermers zien geen uitweg in hopeloze zaak van Tara (16)*. Geraadpleegd 4 april 2025 via www.ftm.nl/artikelen/tara-6-terug-of-niet.
- Follow the Money (2024b). *Kinderen voor wie geen plaats is op school zijn een goudmijn voor slimme ondernemers*. Geraadpleegd 26 mei 2025 via www.ftm.nl/artikelen/interteach-profiteert-van-groeiend-aantal-thuiszitters.
- Frissen, P.H.A. (2013). *De fatale staat. Over de politiek noodzakelijke verzoening met tragiek*. Amsterdam: Van Gennep.
- Gaalen, Corinne van en Guus Wieman (2024). *Verschillen in gemeentelijk minimabeleid. Vergelijking van 20 gemeenten*. Utrecht: Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting.
- Gebhardt, Winnie en Peteke Feijten (2022). *Mensbeelden bij beleid. Bewust worden, bespreken en bijstellen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Gestel, Nicolette van, Paul de Beer en Marc van der Meer (2009). *Het hervormingsmoeras van de verzorgingsstaat: veranderingen in de organisatie van de sociale zekerheid*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Geuns, Roeland van, Nadja Jungmann, Geerten Kruis, Pauline Calkoen en Marc Anderson (2011). *Schuldhulpverlening loont! Een onderzoek naar de kosten en baten van schuldhulpverlening*. Amsterdam: Regioplan.
- GGD Amsterdam (2017). *De Zelfredzaamheid-Matrix. Factsheet over het eenvoudig en gestandaardiseerd meten van zelfredzaamheid*. Amsterdam: Gemeente Amsterdam.
- Glimmerveen, Ludo, Lian Stouthard en Kelsey Benning (2019). *Van thuis naar het verpleeghuis – Op weg naar een soepele overgang*. Utrecht: Vilans.
- Grootegoed, E.M. (2013). *Dignity of dependence: welfare state reform and the struggle for respect*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Grootegoed, E. en D. van Dijk (2012). The return of the family? Welfare state retrenchment and client autonomy in long-term care. In: *Journal of Social Policy*, jg. 41, nr. 4, p. 677-694.
- Hageraats, Rutger, Gerrie van den Berg en Bram van den Berg (2020). *Betere zorg voor kinderen, jongeren en gezinnen in de meest kwetsbare omstandigheden en/of met de meest complexe problemen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Hanekamp, Marvin, Simon Heesbeen, Ide van der Helm en Roy Valks (2019). *Administratieve belasting langdurige zorg 2019. Uitkomsten onderzoek*. Utrecht: Berenschot.
- Hanse, Danny, Paula Brredveld, Cheryl Elshot en Jop Schampers (2022). *Met te weinig genoeg nemen. Een onderzoek naar het niet benutten van inkomensvoorzieningen door ouderen in een financieel kwetsbare positie*. Geraadpleegd 11 april 2025 via www.nationaleombudsman.nl/publicaties/rapporten/2022111.
- Harnas, S. en P. Schout (2017). *Meldactie 'Ouderen met een kwetsbare gezondheid'. Op weg naar een ouderenvriendelijke samenleving*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland.
- Heekelaar, Martin en Irene van Eldik (2021). *Ondersteuning en dienstverlening aan langdurig bijstandsgerechtigden*. Utrecht: Berenschot.
- Heijmans, M., A. Brabers en J. Rademakers (2018). *Health literacy in Nederland*. Utrecht: Nivel.
- Hermens, Niels, Maarten Kwakernaak, Mariam Badou en Onno de Zwart (2020). *Ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen. Maatregelen van gemeenten en zorgverzekeraar*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Hilderink, Aukje, Irene Niessen, Annemiek de Nooijer, Carmen van Schoubroeck, Djoeko Schoonenberg, Gillian Lustermans, Carlijn van Helmond, Lieke Groen, Vivian Hemmelder,

- Thijs van den Broek en Ruben Jansen (2020). *Stelsel in groei. Een onderzoek naar financiële tekorten in de jeugdzorg*. Utrecht: Andersson Elffers Felix.
- Hilhorst, Pieter en Mary van den Wijngaart (2024). *Samenwerking sociaal en medisch domein. Een verkenning*. Den Haag: EMMA.
- Hofland, Maud, Kati Gaspar en Jan Boone (2024). *Responses to cost-sharing: do socio-demographic characteristics matter*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Homan, Lennart, Patrick Jansen, Eline Lubbes en Evelien Rijken (2018). *Rapportage: Onderzoek naar het gebruik, wachttijden en wachtlijsten Casemanagement Dementie 2018*. Enschede: Bureau HHM.
- Hoogenraad, Henrike en Lonneke van Kampen (2025). *Doe je mee?! Perspectieven op 'zinvolle' participatie. Deel 3: Ouderen en Langer Thuis*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Huber, M., J.A. Knottnerus, Green L., H. van der Horst, A.R. Jadad, D. Kromhout, B. Leonard, K. Lorig, M.I. Loureiro, J.W.M. van der Meer, P. Schnabel, R. Smith, C. van Weel en H. Smid (2011). How should we define health? In: *British Medical Journal*, jg. 343, nr. 4163, p. 235-237.
- Huijgen, Sanne, Marloes Meijer, Judith de Jong en Anne Brabers (2024). *Kennisvraag: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen*. Utrecht: Nivel.
- Hulst, F.J.P. van der, A.E.M. Brabers en J.D. de Jong (2023). *Barometer Vertrouwen in de Gezondheidszorg*. Geraadpleegd 27 november 2023 via www.nivel.nl/consumentenpanel-gezondheidszorg/resultaten-vertrouwen.
- IGJ (2024). *Kwaliteit langdurige zorg voor ouderen thuis nog vaak onder de maat*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd 31 oktober 2024 via www.igi.nl/zorgsectoren/wijkverpleging/publicaties/publicaties/2024/07/02/kwaliteit-langdurige-zorg-voor-ouderen-thuis-nog-vaak-onder-de-maat.
- Inspectie SZW (2013). *Voor wat hoort wat. Een beschrijving van de uitvoering van de tegenprestatie naar vermogen door gemeenten*. Den Haag: Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Inspectie SZW (2021). *Niet-gebruik van de algemene bijstand. Een onderzoek naar de omvang, kenmerken, langdurigheid en aanpak*. Den Haag: Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Jansen, Patrick, Ingrid Hollander, Anouk van der Veen en Frank Terpstra (2021). *Gebruik casemanagement dementie 2020*. Geraadpleegd 4 juni 2025 via www.eerstekamer.nl/overig/20210316/gebruik_casemanagement_dementie_in/meta.
- Jeugddautoriteit (2023). *De stand van de jeugdzorg*. Den Haag: Jeugddautoriteit.
- Jeugddautoriteit (2024). *De stand van de jeugdzorg*. Den Haag: Jeugddautoriteit.
- Jeurissen, Patrick, Hans Maarse en Marit Tanke (2018). *Betaalbare zorg*. Den Haag: Sdu.
- Jong, Sabine de, Niels Agterberg, Florian Vaessen, Emily May 't Hoen, Riemke Born, Kristel Nijssen en Paula Bakhuis (2024). *Everyday Heroes, maatwerk werkt*. Laren: Everyday Heroes.
- Jonge, Adriaan de (2024). *Deskundigheid onder druk. Inzichten uit de gemeentelijke praktijk*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Jungmann, Nadja (2014). Een oplossing voor 'onoplosbare schulden'. Over een brij van belemmeringen. In: *WMO Magazine*, jg. 8, nr. 6, p. 18-21.
- Jungmann, Nadja, Tamara Madern, Roeland van Geuns en André Moerman (2018a). *Knellende schuldenwetgeving*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.
- Jungmann, Nadja, Hendrien Kaal, Vivian den Hartogh en Bruno Fermin (2018b). *LVB, schulden en werk. Verkenning van de ondersteuningsbehoefte van mensen met een licht verstandelijke beperking bij de aanpak van financiële problemen ter bevordering van hun arbeidsmarktparticipatie*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Kinderombudsman (2024). *Te veel kinderen krijgen geen onderwijs, zorgen om blijvende problematiek van thuiszitters*. Geraadpleegd 2 april 2025 via www.kinderombudsman.nl/nieuws/te-veel-kinderen-krijgen-geen-onderwijs-zorgen-om-blijvende-problematiek-van-thuiszitters.
- Klaveren, Susan van, Kees-Jan van de Werfhorst, Naomi Meys, Lieke Brouwer, Arthur van der Harg en Gert Cazemier (2017). *Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Ervaringen van aanvragers en professionals*. Geraadpleegd 11 februari 2025 via www.bmc.nl/binaries/content/assets/bmcnl/pdfs/toegang-tot-zorg-vanuit-de-wet-langdurige-zorg.pdf.

- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns en Sjoerd Kooiker (2015). *Informeel hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Debbie Verbeek-Oudijk, Inger Plaisier en Maaïke den Draak (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Evelien Eggink, Patricia van Echtelt, Mariska Kromhout, m.m.v. Esther van den Berg (2022). *Uitdagingen in het sociaal domein. Nieuwe gemeentebesturen aan zet*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Evelien Eggink, Inger Plaisier en Klarita Sadiraj (2023). *Zicht op zorgen. Kerncijfers over de problematiek, hulpbronnen, leefsituatie en ondersteuning van mensen in het sociaal domein*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klosse, S. (2003). *Moderne sociale zekerheid: efficiency met behoud van fundamentele waarden*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Koekoek, Bouke (2024). *Factsheet verward/onbegrepen gedrag*. Den Haag: Parlement en Wetenschap.
- Koster, Yolanda de (2018). De jeugdwet langs de meetlat: knelpunten zitten vooral in de uitvoering. Interview van Janke de Groot. In: *Binnenlands Bestuur*, jg. 16, p. 24-27.
- Kremer, Monique (2023). Instantiekapitaal, of hoe te dealen met instanties. In: *Sociale Vraagstukken*. Geraadpleegd 22 november 2023 via www.socialevraagstukken.nl/overheid-bedoelt-het-goed-maar-kan-het-niet.
- Kromhout, Mariska, Nora Kornalijslijper en Mirjam de Klerk (red.) (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kromhout, Mariska, Patricia van Echtelt en Peteke Feijten (2020). *Sociaal domein op koers? Verwachtingen en resultaten van vijf jaar decentraal beleid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kruiter, Harry en Floor Kellerman (2019). *Stapelingsproblematiek in het sociale domein*. Utrecht: Instituut voor Publieke Waarden.
- Kruiter, Albert Jan, Manasse Visser, Femke Stoffels, Iris Voogt en Nathalie Grahame (2024a). *Een verkenning naar interferentieproblematiek*. Utrecht: Instituut voor Publieke Waarden.
- Kruiter, Harry, Rosa Snuverink, Sander Meiberg en Jop Munneke (2024b). *Kansrijke interventies*. Utrecht: Instituut voor Publieke Waarden.
- Kwakkelstein, Tobias en Aart Dam (2012). *Van verzorgingsstaat naar waarborgstaat: nieuwe kansen voor overheid en samenleving*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Lambregts, Timo en René van Vliet (2018). GGZ-gebruik daalt door invoering eigen bijdrage. In: *Economisch Statistische Berichten*, jg. 103, nr. 4757, p. 20-21.
- Ledoux, G., S. Waslander, m.m.v. T. Eimers (2020). *Evaluatie passend onderwijs*. Amsterdam/Tilburg/Nijmegen: Kohnstamm Instituut/TIAS School for Business and Society/Tilburg University/KBA Nijmegen.
- Leeuwen, Barbara van (2022). *De illusie van de maakbaarheid* (oratie). Groningen: University of Groningen Press.
- Liefhebber, Sonja, Barbara Panhuijzen, Jasmijn Pronk, Julia Ketel, Toine Broekhuis en Mariël van Pelt (2025). *De stem van sociaal werkers. De Grote Raadpleging van het Sociaal Werk 2025*. Utrecht: Movisie.
- Linden, Maarten van der (2016). *Basisboek geschiedenis sociaal werk in Nederland*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- MantelzorgNL (2023). *Mantelzorger vier uur per week belast met regelkolder*. Geraadpleegd 28 februari 2025 via www.mantelzorg.nl/pro/nieuws/mantelzorger-vier-uur-per-week-belast-met-regelkolder.
- Marseille, A.T. (2015). *Bestuurlijke organisatie en geschilbeslechting in het sociaal domein*. Groningen: Universiteit Groningen. Geraadpleegd 25 april 2025 via pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/22841201/150623_oratie_Marseille.pdf.
- McMahon, J. (2014). Behavioral economics as neo-liberalism: Producing and governing homo economicus. In: *Contemporary Political Theory*, jg. 14, nr. 2, p. 137-158.

- MEE NL (2023a). *Doorbraak voor mensen met een complexe zorgvraag*. Geraadpleegd 28 februari 2025 via www.mee.nl/nieuws/doorbraak-voor-mensen-met-een-complexe-zorgvraag.
- MEE NL (2023b). *MEE Signaleringsrapportage 2022. Cliëntondersteuners luiden noodklok over zorginfarct*. Geraadpleegd 27 februari 2025 via www.meenoord.nl/actueel/mee-trend--en-signaleringsrapportage-2022.
- Meester, Evelien (2025). *Eén loket voor elke vraag: van het 'wie' naar het 'hoe'*. Inwoners beter en sneller ondersteunen. Amsterdam: Binnenlands Bestuur. Geraadpleegd 18 juni 2025 via www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/stimulansz/een-loket-voor-elke-vraag-van-het-wie-naar-het.
- Meijer, Marloes (2023). *Bijna één op de tien Nederlanders zegt te bezuinigen op zorg*. Geraadpleegd 5 september 2023 via www.nivel.nl/nl/nieuws/bijna-een-op-de-tien-nederlanders-zegt-te-bezuinigen-op-zorg.
- Meijer, Marloes, Anne Brabers en Judith de Jong (2023). *Zorgmijding vanwege financiële redenen*. In: VGE Bulletin, jg. 5, p. 3-5.
- Menting, J. en A. Brabers (2024). *Zorggebruikers maken zich zorgen over de toekomstige toegankelijkheid*. In: Sociaal Bestek, jg. 86, nr. 4, p. 16.
- Mind (2023). *Stop met 'resultaatgericht werken' in de Wmo*. Geraadpleegd 22 mei 2025 via mindplatform.nl/nieuws/stop-met-resultaatgericht-werken-in-de-wmo.
- Modderman, C.B., T. Robbe en G. Boogaard (red.) (2024). *Juridische vragen in het sociaal domein 3*. Den Haag: Boom Juridisch.
- Movisie (2025). *Zelfredzaamheid voor iedereen?* Geraadpleegd 8 mei 2025 via www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Zelfredzaamheid-voor-iedereen%20%5BMOV-4544237-1.0%5D.pdf.
- Muusse, Christien, Planije Michel, Jenny Boumans en Hans Kroon (2025). *Perspectief in de langdurige ggz: Een verdiepende studie naar beleid en praktijk*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Nationale Ombudsman (2017). *Omdat de overheid er voor de burger is*. Den Haag: Nationale Ombudsman.
- Nationale Ombudsman (2024). *Hoe eerder, hoe beter. Vroegsignalering van schulden door gemeenten*. Den Haag: Nationale Ombudsman.
- Nieuwenhuis, Jeanet (2022). *A blind spot. Screening for mild intellectual disabilities and borderline intellectual functioning in psychiatric patients in specialized mental health care in the Netherlands: prevalence and associations* (proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Nixdorf, Elena, Marjane Piena en Anne-Fleur Roos (2025). *Economisch perspectief op gezondheid en preventie*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- NJi (2025a). *Cijfers over schoolverzuim en thuiszittende leerlingen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd 5 mei 2025 via www.nji.nl/cijfers/schoolverzuim.
- NJi (2025b). *Veelgestelde vragen over de jeugdsector*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd 10 april 2025 via www.nji.nl/impact-maken-met-jeugdbeleid/veelgestelde-vragen-jeugdsector#jeugdhulp-de-rol-van-gemeenten.
- NJi (2025c). *Wie betaalt de ondersteuning op school?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd 17 april 2025 via www.nji.nl/verbinding-onderwijs-en-jeugdhulp/wie-betaalt-de-ondersteuning-op-school.
- NLA (2024a). *De weg naar een schone lei. Onderzoek naar de doeltreffendheid van de gemeentelijke schuldhulpverlening*. Den Haag: Nederlandse Arbeidsinspectie.
- NLA (2024b). *Re-integratiedienstverlening in het kader van de Participatiewet. Een onderzoek onder gemeentelijke klantmanagers naar de risico's voor doeltreffendheid van de dienstverlening*. Den Haag: Nederlandse Arbeidsinspectie.
- Nocross, J.C. en M.J. Lambert (2011). *Evidence-based therapy relationships*. In: J.C. Nocross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (p. 3-21). Oxford: Oxford University Press.
- NOS (2024a). *Hoe de aanpak van verwarde personen faalt*. Hilversum: Nederlandse Omroep Stichting. Geraadpleegd 9 juli 2025 via nos.nl/nieuwsuur/video/2541646-hoe-de-aanpak-van-verwarde-personen-faalt.

- NOS (2024b). *Rapport Erasmusschutter: instanties hadden moorden niet kunnen voorkomen*. Hilversum: Nederlandse Omroep Stichting. Geraadpleegd 11 juli 2025 via nos.nl/artikel/2526307-rapport-erasmusschutter-instanties-hadden-moorden-niet-kunnen-voorkomen.
- NTVG (2022). *Richtlijnen voor passende zorg bij multimorbiditeit*. Geraadpleegd 1 juli 2025 via www.ntvg.nl/artikelen/richtlijnen-voor-passende-zorg-bij-multimorbiditeit.
- Nu.nl (2023). *Medewerkster Haagse supermarkt doodgestoken, verdachte zit vast*. Geraadpleegd 19 juni 2025 via www.nu.nl/binnenland/6268781/medewerkster-haagse-supermarkt-doodgestoken-verdachte-zit-vast.html.
- Nu.nl (2025). *Meisje (11) doodgestoken in Nieuwegein, verdachte (29) opgepakt*. Geraadpleegd 19 juni 2025 via www.nu.nl/binnenland/6344426/meisje-11-doodgestoken-in-nieuwegein-verdachte-29-opgepakt.html.
- NZa (2021). *Informatiekaart sectoroverstijgende betaaltitel*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. Geraadpleegd 4 maart 2025 via puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_640562_22/1/.
- NZa (2023). *Informatiekaart wachttijden casemanagement dementie - juli 2023*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Octas (2024). *Toekomst van het arbeidsongeschiktheidsstelsel. Meer aandacht, vertrouwen en zekerheid*. Den Haag: Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel.
- Onstenk, Annemarijn, Anne Slagman, Maarten Batterink, Michiel Blom, Nienke Bilo, Renee van Haaren, Roel van Weert en Wouter Oosterom (2022). *De boeggolf voorbij? Vierde meting monitor abonnementstarief Wmo*. Utrecht: Significant.
- Oomkens, Rosanne, Anne Drijverts, Lotte Salomé, Anja Eleveld, Sanne Kistemaker en Heleen Bouma (2022). *Hardvochtige effecten op burgers door knelpunten in (uitvoering) wet- en regelgeving binnen de sociale zekerheid. Werknemersregelingen, de Participatiewet, de Toeslagenwet en uitbetaling van het pgb*. Zoetermeer: Panteia.
- Ormel, Erwin, Henrieke Esselink, Björn Peters en Bart van Minnen (2024). *Financieel perspectief gemeenten nauwelijks verbeterd*. Geraadpleegd 7 maart 2025 via www.bmc.nl/actueel/financieel-perspectief-gemeenten-nauwelijks-verbeterd.
- Pasman, Danny (2025). *Trends in gemeentelijke zorginkoop 2024*. Geraadpleegd 14 maart 2025 via www.pprc.eu/app/uploads/2025/02/Deal-1-2025-Zorginkoop-1-1.pdf.
- Patiëntenfederatie (2024). *Ervaringen met wijkverpleging*. Utrecht: Patiëntenfederatie. Geraadpleegd 28 februari 2025 via www.patiëntenfederatie.nl/downloads/rapporten/1662-rapport-over-ervaringen-met-wijkverpleging/file.
- Patiëntenfederatie (2025a). *Zorgkaart Nederland helpt je met het kiezen van de best passende zorgaanbieder*. Utrecht: Patiëntenfederatie. Geraadpleegd 11 juli 2025 via www.zorgkaartnederland.nl.
- Patiëntenfederatie (2025b). *Hoe werkt zorginkoop*. Utrecht: Patiëntenfederatie. Geraadpleegd 25 februari 2025 via oud.patiëntenfederatie.nl/extra/patientgerichte-zorginkoop/hoe-werkt-zorginkoop.
- Patiëntenfederatie (2025c). *Afschaffing abonnementstarief Wmo raakt patiënten hard*. Utrecht: Patiëntenfederatie. Geraadpleegd 26 mei 2025 via www.patiëntenfederatie.nl/nieuws/afschaffing-abonnementstarief-wmo-raakt-patiënten-hard.
- Patiëntenfederatie (2025d). *'Verborgen' kosten drukken zwaar op patiënten*. Utrecht: Patiëntenfederatie. Geraadpleegd 28 februari 2025 via www.patiëntenfederatie.nl/actueel/nieuws/verborgen-kosten-drukken-zwaar-op-patiënten.
- Peeters, Piet-Hein (2023). *Ombudsman over Wmo: 'Gemeente laat iemand opnieuw slachtoffer zijn'*. In: *Sociale Vraagstukken*. Geraadpleegd 18 juli 2023 via www.socialevraagstukken.nl/interview/ombudsman-over-wmo-gemeente-laat-iemand-opnieuw-slachtoffer-zijn.
- Peeters, René (2018). *Met andere ogen. Advies voor versnelling en bestending van de samenwerking onderwijs-zorg-jeugd*. Den Haag: Zunderdorp Advies en Management.
- Pellikaan, Huib (2006). *De politieke ruimte en ideologische kenmerken van een partij*. In: Huib Pellikaan en Sebastiaan van der Lubben (red.), *Ruimte op rechts? Conservatieve onderstroom in de Lage Landen* (p. 21-43). Utrecht: Het Spectrum.

- Pharos (2021). *Samenhang armoede, schulden en gezondheid*. Infographic. Utrecht: Pharos. Geraadpleegd 2 mei 2025 via www.pharos.nl/kennisbank/samenhang-armoede-schulden-en-gezondheid.
- Pharos (2022). *Sociaal economische Gezondheidsverschillen (SEGV)*. Utrecht: Pharos. Geraadpleegd 31 mei 2023 via www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv.
- Plaisier, Inger en Maaïke den Draak (2019). *Wonen met zorg. Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plaisier, Inger en Maaïke den Draak (2021). *Passende zorg voor ouderen thuis: knelpunten in kaart*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plaisier, Inger, Evelien Eggink, Freek Bucx en Mirjam de Klerk (2023a). Zorg en ondersteuning. In: Willem Huijnk, Debbie Verbeek-Oudijk en Roel Willems (red.), *Kwesties voor het kiezen. Maatschappelijke thema's voor de Tweede Kamerverkiezingen 2023* (p. 39-48). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plaisier, Inger, Peggy Schyns, Khadija Kadrouch-Outmany, Anne Louise Schotel en Mirjam de Klerk (2023b). *Gezien, gehoord en geholpen willen worden. Ervaringsverhalen uit het sociaal domein over gemiste ondersteuning*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plaisier, Inger, Mark Reijnders en Anne Louise Schotel (2024). *Zien, luisteren en helpen. Wat gemeenten kunnen doen voor een beter bereik in het sociaal domein*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plaisier, Inger, Evelien Eggink, Mirjam de Klerk en Mark Reijnders (2025). *Synthese van knelpunten bij de ondersteuning van mensen met meervoudige problemen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Platform Zó werkt de zorg (2023). *Zo werkt de zorg*. Geraadpleegd 29 augustus 2023 via app.zwdz.nl.
- Pointer (2019). *Minstens 85 grote zorgbedrijven maken twee jaar op rij uitzonderlijk hoge winst*. Geraadpleegd 26 mei 2025 via pointer.kro-ncrv.nl/minstens-85-grote-zorgbedrijven-maken-twee-jaar-op-rij-uitzonderlijk-hoge-winst.
- Portrait, France, Yvonne Krabbe-Alkemade, Tjerk Budding en Marcel Canoy (2023). Passing on the hot potato. Dutch municipalities under financial pressure have incentives to shift the costs of social care for older people to the central government. In: *Health Policy*, nr. 137 (doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104914).
- Prognosemodel Zorg en Welzijn (2025). *Prognosemodel Zorg en Welzijn*. Geraadpleegd 2 mei 2025 via prognosemodelzw.databank.nl/dashboard/dashboard-branches.
- Putten, Robert van (2020). *De ban van beheersing: Naar een reflexieve bestuurskunst*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam/Boom bestuurskunde.
- PVV/VVD/NSC/BBB (2024). *Regeerprogramma. Uitwerking van het hoofdlijnenakkoord door het kabinet*. Geraadpleegd 20 mei 2024 via www.kabinetsformatie2023.nl/documenten/publicaties/2024/05/16/hoofdlijnenakkoord-tussen-de-fracties-van-pvv-vvd-nsd-en-bbb.
- Quené, Marjolein (2023). New public management: discontinuïteit gevolg van veelkoppig monster. In: *Sociale Vraagstukken*. Geraadpleegd 20 augustus via www.socialevraagstukken.nl/new-public-management-discontinuïteit-gevolg-van-veelkoppig-monster/.
- Raad voor de Rechtsbijstand (2025). *Problematische schulden oplossen met de Wsnp. Wet schuldsanering natuurlijke personen*. Geraadpleegd 2 mei 2025 via www.bureauwsnp.nl/burgers/brochures-burgers.
- Rademakers, Jany en Monique Heijmans (2024). *Gezondheidsvaardigheden in Nederland. Actuele kennis en inzichten*. Utrecht: Nivel.
- Rahmawan-Huizenga, Sabrina, Peggy Schyns, Mark Reijnders en Inger Plaisier (2025). *Persona's met meervoudige problemen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rechtwijzer schulden (2024). *Wat kost beschermingsbewind of schuldhulpverlening?* Geraadpleegd 28 maart 2025 via rechtwijzer.nl/schulden/schuldhulpverlening-minnelijk-traject/geldproblemen-rekeningen-betalen/kost-beschermingsbewind.
- Reeves, S. en F. Pelone (2018). Interdisciplinary Collaboration in Healthcare: Insights from Research and Practice. In: *Journal of Interprofessional Care*, jg. 32, nr. 3, p. 268-277.
- Reijnders, Mark (2020). *Non-take-up of social support and the implications for social policies*. Leiden: Universiteit Leiden.

- Reijnders, Mark, Freek Bucx, Roelof Schellingerhout en Evelien Eggink (2023). Adequate ondersteuning van mensen in kwetsbare situaties. In: Debbie Verbeek-Oudijk, Sarah Hardus, Andries van den Broek en Mark Reijnders (red.), *Sociale en Culturele Ontwikkelingen. Stand van Nederland 2023* (p. 70-84). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Remmerswaal, Minke en Jan Boone (2020). *Eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet. Bijlage bij het rapport Zorgkeuzes in Kaart 2020*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Rijksoverheid (2021). *Infographic met toelichting - Checken 10 punten pgb-vaardigheid*. Den Haag: Rijksoverheid.
- Rijksoverheid (2023). *Programma Vereenvoudiging Inkomensondersteuning voor Mensen*. Geraadpleegd 2 juli 2025 via www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-sociale-zaken-en-werkgelegenheid/programmas/programma-vim.
- Rijksoverheid (2025a). *Welke regels gelden er voor de bijstand voor jongeren tot 27 jaar?* Geraadpleegd 27 februari 2025 via www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijstand/vraag-en-antwoord/welke-regels-gelden-er-voor-de-bijstand-voor-jongeren
- Rijksoverheid (2025b). *Bekostiging passend onderwijs*. Geraadpleegd 18 april 2025 via www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/passend-onderwijs/bekostiging-passend-onderwijs.
- Rijksoverheid (2025c). *Wanneer betaal ik een eigen risico voor mijn zorg?* Geraadpleegd 24 februari 2025 via www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/eigen-risico-zorgverzekering.
- RIVM (2019). *Armoede, chronische stress en gezondheid in de gemeente Den Haag. Een verkenning op basis van group model building*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- ROB (2018). *Advies n.a.v. uw adviesaanvraag van 28-11-2017 over informatievoorziening TK over decentralisaties*. Den Haag: Raad voor het Openbaar Bestuur.
- ROB (2021). *Rust-reinheid-regelmaat. Evenwicht in de bestuurlijk-financiële verhoudingen*. Den Haag: Raad voor het Openbaar Bestuur.
- ROB (2025a). *Essaybundel Geld, gezondheid en gemeenten*. Den Haag: Raad voor het Openbaar Bestuur.
- ROB (2025b). *Afrekenen met disbalans. Naar goed samenspel in de bestuurlijke en financiële verhoudingen*. Den Haag: Raad voor het Openbaar Bestuur.
- RVS (2017). *Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving.
- RVS (2019). *Essay complexe problemen, eenvoudige toegang. Botsende waarden bewuster afwegen*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- RVS (2021). *Machtige mensbeelden. Kiezen voor menswaardig bestaan*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- RVS (2022). *Van schuld naar schone lei*. Den Haag: Raad Volksgezondheid en Samenleving. Geraadpleegd 19 juni 2025 via www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2022/04/20/van-schuld-naar-schone-lei/Van+schuld+naar+schone+lei.pdf.
- RVS (2023). *Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving.
- RVS (2024). *Van overleven naar bloeien*. Den Haag: Raad Volksgezondheid en Samenleving.
- RVS (2025). *Iedereen bijna ziek. Over de keerzijden van diagnose-expansie*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving.
- Schalk, J., M.A.W. Reijnders, R. Vielvoye, I. Kouijzer en M. de Jong (2014). Decentralization in the Netherlands: from blueprints to tailor-made services? In: *The Hague Governance Quarterly*, jg. 2, nr. 1.
- Schellingerhout, Roelof, Evelien Eggink, Jeroen Boelhouwer en Ingrid Ooms (2021). *Voorzieningen in 3D. Gebruik van voorzieningen in het sociaal domein 2015-2019 vanuit verschillende perspectieven: personen, huishoudens, regio's en trends*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schmidt, E., B. Bernards en S. van der Pas (2025). Breaking the rules, but for whom? How client characteristics affect frontline professionals' prosocial rule-breaking behavior. In: *Journal of Public Administration Research and Theory*, jg. 35, nr. 3, p. 367-381 (doi.org/10.1093/jopart/muafo10).
- Schuyt, C.J.M. (1991). *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat*. Leiden: Stenfert Kroese.

- Schuyt, K. (2013). *Noden en wensen: de verzorgingsstaat gezien als een historisch fenomeen* (oratie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schyns, Peggy (2015). Vrijwilligers in zorg en ondersteuning: wie, wat, hoe en waarom. In: Mirjam De Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns en Sjoerd Kooiker (red.), *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Seligman, Martin E.P. en Csikszentmihalyi, Mihaly (2014). Positive Psychology: An Introduction. In: Csikszentmihalyi, Mihaly. *Flow and the Foundations of Positive Psychology* (p. 279-298). Dordrecht: Springer. (doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8_18).
- SER (2021). *Jeugdzorg: van systemen naar mensen. Tien aanbevelingen voor de korte termijn*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
- SER (2023). *Gezond opgroeien, wonen en werken. Naar een structurele gezondheidsaanpak en bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
- Stellaard, Sharon (2023). *Boemerangbeleid: over aanhoudende tragiek in passend onderwijs- en jeugdzorgbeleid* (proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Steyaert, Jan en Rick Kwekkeboom (red.) (2010). *Op zoek naar duurzame zorg, vitale coalities tussen formele en informele zorg*. Utrecht: Movisie.
- Studiegroep Begrotingsruimte (2020). *Koers bepalen. Kiezen in tijden van budgettaire krapte*. Den Haag: Ministerie van Financiën.
- Studiegroep Begrotingsruimte (2023). *Bijsturen met het oog op de toekomst*. Den Haag: Ministerie van Financiën.
- SZW (2024). *Probleemanalyse Participatiewet*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Timans, Rob, Anne Willems, Madelon Kroneman en Judith de Jong (2024). *Kennissynthese. Bekostigingsmodellen voor domeinoverstijgende initiatieven in de zorg In het kader van de Juiste Zorg Op de Juiste Plek-kennisagenda*. Utrecht: Nivel.
- TK (2016/2017). *Wie niet past loopt vast. Jaarverslag van de Nationale ombudsman over 2016*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2016/2017, 34696, nr. 2.
- TK (2021/2022a). *Hoofdpijnenbrief toekomst Wmo*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2021/2022, 29538, nr. 332.
- TK (2021/2022b). *Jeugdzorg*. Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van de minister voor Rechtsbescherming. Tweede Kamer, vergaderjaar 2021/2022, 31839, nr. 853.
- TK (2022/2023). *Hervormingsagenda jeugd*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2022/2023, 31839, nr. 917.
- TK (2023/2024). *Kwaliteit van zorg*. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2023/2024, 31765, nr. 846.
- TK (2024/2025a). *Kamerbrief hervormingsagenda inkomensondersteuning*. Brief van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 19 november 2024. Tweede Kamer, vergaderjaar 2024/2025, 26448.
- TK (2024/2025b). *Hoofdpijnenbrief Zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 20 december 2024. Tweede Kamer, vergaderjaar 2024/2025, 29538, nr. 365.
- TK (2024/2025c). *Voortgang Professionals voor Maatwerk Multiproblematiek*. Brief van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 8 juli 2025. Tweede Kamer, vergaderjaar 2024/2025, 34477, nr. 91.
- TK (2024/2025d). *Geestelijke gezondheidszorg*. Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2024/2025, 25424, nr. 731.
- Tongerloo, Michelle van (2024). *Komt een land bij de dokter. Nederland door de ogen van een straatarts*. Amsterdam: De Correspondent Uitgevers.
- Trappenburg, Margo (2020). *Wie hulp nodig heeft, wil maatwerk. De historische zoektocht naar een rechtvaardige bijstand*. In: Thomas Kampen, Melissa Sebrechts, Trudie Knijn en Evelien Tonkens (red.), *Streng maar onrechtvaardig. De bijstand gewogen* (p. 23-41). Amsterdam: Van Gennep.

- Treeck, Jorien van, Suzanne Tan, Aldien Poll en Karen Hosper (2022). *In gesprek met... Ervaringen van zorggebruikers met toegang tot zorg, gezond leven en de zorgverzekering*. Geraadpleegd 7 april 2025 via www.pharos.nl/kennisbank/in-gesprek-met.
- Trommel, W.A. en R. van der Veen (1999). *De herverdeelde samenleving: De ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- TSD (2025a). *Thema 1 Gezin 1 Plan 1 Regisseur*. Utrecht/Heerlen: Toezicht Sociaal Domein. Geraadpleegd 22 mei 2025 via www.toezichtsociaaldomein.nl/onderwerpen/lokale-netwerk-na-veilig-thuis/themas-lnvt/1gezin1plan1regisseur.
- TSD (2025b). *Samenwerken en signaleren binnen het sociaal domein moet beter. Terugblik Meerjarenprogramma 2021-2024*. Utrecht/Heerlen: Toezicht Sociaal Domein.
- UWV (2025). *Wel ziek, geen WIA*. Amsterdam: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen. Geraadpleegd 3 juni 2025 via www.uwv.nl/nl/publicaties/kennis/2025/wel-ziek-geen-wia.
- V&VN (2017). *Personeelstekorten in de zorg. Oplossingen van de werkvloer*. Utrecht: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Geraadpleegd 18 juli 2024 via www.venvn.nl/media/zz1d4zv/personeelstekorten-zorg-oplossingen-van-de-werkvloer.pdf.
- Vargas Lopes, Francisca, Carlos J. Riumallo Herl, Johan P. Mackenbach en Tom van Ourti (2022). Patient cost-sharing, mental health care and inequalities: A population-based natural experiment at the transition to adulthood. In: *Social Science & Medicine*, jg. 296 (doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114741).
- Vektis (2025). *Factsheet ggz*. Geraadpleegd 3 maart 2025 via www.vektis.nl/inzichten/factsheet-ggz-2024.
- Velde, Berthe te, Loeska Bos, Tinka Floor, Peter van Linschoten en Nicolette Woestenburg (2018). *Op zoek naar passende zorg: problemen die ggz-patiënten ervaren*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Veldheer, Vic, Jedid-Jah Jonker, Lonneke van Noije en Cok Vrooman (2012). *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vellekoop, Heleen, Isabelle Konst, Carolien Smits en Roshnie Kolste (2024). *Inclusieve langdurige ouderenzorg. Hoe inclusief is de Nederlandse langdurige zorg voor ouderen met een migratieachtergrond?* Utrecht: Pharos.
- Velpen, Paul (2025). *Elk ziekenhuis een leefstijlloket? Vanzelfsprekend, maar dat past nog niet in het stelsel*. Geraadpleegd 1 mei 2025 via nieuwsbriefzorgeninnovatie.nl/elk-ziekenhuis-een-leefstijlloket-vanzelfsprekend-maar-dat-past-nog-niet-in-het-stelsel.
- Verbeek-Oudijk, Debbie, Lisa Putman en Mirjam de Klerk (2017). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015. Ontvangen hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verhaeghe, Paul (2019). *Over normaliteit en andere afwijkingen*. Amsterdam: Prometheus.
- Verkaik, Renate, Kim de Groot en Anke de Veer (2021). *Zorg voor mensen met een vervuld huishouden. Knelpunten en oplossingsrichtingen voor de wijkverpleging*. Utrecht: Nivel.
- Vermaat, Matthijs (2025). *Meer zorg wordt sluipend veel minder zorg: hoe sommige zorgkantoren hun cliënten tot wanhoop drijven*. Geraadpleegd 26 mei 2025 via sociaalweb.nl/nieuws/meer-zorg-wordt-sluipend-veel-minder-zorg-hoe-sommige-zorgkantoren-hun-clienten-tot-wanhoop-drijven.
- Vilans (2019). *Domeinoverstijgende financiering - meer dan een gesprek over euro's*. Geraadpleegd 27 februari 2025 via www.vilans.nl/actueel/verhalen/domeinoverstijgende-financiering-meer-dan-gesprek-over-euros.
- Vilans (2022). *Kennisdossier domeinoverstijgend samenwerken*. Geraadpleegd 11 juli 2025 via www.vilans.nl/kennis/kennisdossier-domeinoverstijgend-samenwerken.
- Vilans (2025). *Grenzen verkennen – anno 2024. Wat zijn de juridische en wettelijke aspecten van informele zorg?* Geraadpleegd 10 juni 2025 via www.vilansmagazine.nl/voorjaar-2025/inhoud/wat-informele-zorg-wel-niet-mag-doen.
- VNG (2025). *Uitkomsten Overhedenoverleg en Voorjaarsnota*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Geraadpleegd 10 juni 2025 via vng.nl/sites/default/files/2025-04/20250418-ledenbrief-uitkomsten-overhedenoverleg-en-voorjaarsnota.pdf.

- VNG/Divosa (2021). *De winst van het sociaal domein. Een slimme investering in bestaanszekerheid, kansengelijkheid en gezondheid*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
- Vonk, Robert Arnoldus Antoon (2013). *Recht of Schade: Een geschiedenis van particuliere ziektekostenverzekeraars en hun positie in het Nederlandse zorgverzekeringsbestel 1900-2006* (proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Voogt, Iris (2025). *Het mag niet van de AVG, feit of fabel*. Geraadpleegd 16 april 2025 via publiekewaarden.nl/artikelen/het-mag-niet-van-de-avg-feit-of-fabel.
- Vos de Wael, Nic (2024). *De toegangspoort van de Wlz*. Geraadpleegd 27 februari 2025 via bureaulenz.nl/artikelen/de-toegangspoort-van-de-wlz.
- Vrooman, J.C. (2016). *Meedoen in onzekerheid: verwachtingen over participatie en protectie*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- VWS (2023). *GALA. Gezond en Actief Leven Akkoord*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2024). *Historische analyse Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015)*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2025). *Geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de zorgwetten*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd 28 februari 2025 via www.regelhulp.nl/onderwerpen/psychische-klachten/wetgeving.
- VWS/MO-Groep/VNG (2011). *Welzijn Nieuwe Stijl Uitgangspunten Wmo*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/MO-Groep/Vereniging Nederlandse Gemeenten.
- Wagemans, Fieke, Sabine Peters, m.m.v. Anja Steenbekkers en Stella Hoff (2023). *Roep om een overheid die verantwoordelijkheid neemt. Burgers over de verdeling van verantwoordelijkheden bij grote maatschappelijke opgaven*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Wachter, Dirk de (2012). *Borderlinde Times. Het einde van de normaliteit*. Leuven: Lannoo Campus.
- Wallage, Bastiaan Rogier Simons (2024). *Het sociaal domein als onderdeel van een mensgericht bestuursrecht?* In: *Tilburg Law Review*, jg. 29, nr. 1, p. 174-193 ([doi:10.5334/tilr.365](https://doi.org/10.5334/tilr.365)).
- Walz, Gregor en Auke Witkamp (2023). *Niet zomaar op reis. Onderzoek naar doelgroepenvervoer in Nederland*. Utrecht: College voor Rechten van de Mens.
- Wevers, Julie (2022). *Groeiende wachtlijsten huishoudelijke hulp*. Amsterdam: Binnenlands Bestuur. Geraadpleegd 1 februari 2025 via www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/ravijnjaar/groeiende-wachtlijst-huishoudelijke-hulp.
- Willard, Merel, Noëlle Terpstra, Listet van Dijk en Juliane Menting (2025). *Ervaren toegankelijkheid van de zorg. Een perspectief van mensen met een chronische ziekte*. Utrecht: Nivel.
- Willen, Sjoerd (2017). *Als de zorgaanbieder omvalt*. Amsterdam: Binnenlands Bestuur. Geraadpleegd 24 juni 2025 via www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/water/als-de-zorgaanbieder-omvalt.
- WRR (2003). *Waarden, normen en de last van het gedrag*. Amsterdam: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- WRR (2017). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- WRR (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Geraadpleegd 4 januari 2022 via www.wrr.nl/adviesprojecten/houdbare-zorg/documenten/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg.
- ZEVMB (2024). *Ernstig tekort aan logeer- en woonfaciliteiten voor mensen met ZEVMB: 71 procent wil logeren, maar er is geen plek*. Geraadpleegd 5 mei 2025 via www.zevmb.nl/nieuws/ernstig-tekort-aan-logeren-en-wonen.
- ZiN (2022). *Huidige zorg in Nederland*. Diemen: Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd 21 januari 2025 via www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2022/01/27/onderzoek-huidige-zorg-in-nl-2022.
- ZiN (2023). *Niemand kan het alleen. Signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- ZiN (2024). *Van zelfredzaam naar samenredzaam. Signalement passende langdurige zorg*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

- ZiN (2025). *Zorgcijfersdatabank*. Diemen: Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd 3 juli 2025 via www.zorgcijfersdatabank.nl.
- ZiN/NZa (2020). *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg*. Diemen/Utrecht: Zorginstituut Nederland/Nederlandse Zorgautoriteit.
- Zoon, Mariska, Karen van Rooijen en Tijne Berg-le Clercq (2021). *Wat werkt in de hulp aan gezinnen met meervoudige en complexe problemen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Zorg en Welzijn (2025). *Dossier: hoe ga je om met mensen met verward gedrag?* Geraadpleegd 26 juni 2025 via www.zorgwelzijn.nl/dossier-hoe-ga-je-om-met-mensen-met-verward-gedrag.
- Zorgprestatiemodel (z.d.). *Zorgprestatiemodel: de bekostiging voor ggz en fz*. Geraadpleegd 17 april 2025 via www.zorgprestatiemodel.nl.
- Zorgverzekeraars Nederland (2024). *Landelijke rapportage wachtlijsten verpleegzorg (Wlz) 1E kwartaal 2024*. Geraadpleegd 25 februari 2025 via www.zn.nl/app/uploads/2024/06/Rapport-Wachtlijsten-Verpleeghuiszorg-Q1-2024-DEF.pdf.
- Zorgverzekeraars Nederland (2025). *Inkoop van langdurige zorg*. Geraadpleegd 25 februari 2025 via www.zn.nl/zorgkantoren/over-zorgkantoren/inkoop-van-langdurige-zorg.
- Zwaard, Willemijn van der (2021). *Omwille van fatsoen. De staat van menswaardige zorg*. Den Haag: Boom Bestuurskunde.

