



Zorginstituut Nederland

Inventarisatie knelpunten en oplossingen

Eindrapportage *actieaanpak toegankelijke cruciale ggz*

Definitief | 16 februari 2026

| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

	Samenvatting	3
1	Aanleiding	6
2	Doel en aanpak	8
3	Opgehaalde knelpunten en oplossingen	9
3.1	Een breed scala aan knelpunten en oplossingen	9
3.2	Wat valt op?	10
4	Hoe verder?	12
4.1	Doorpakken in de verschillende verbetertrajecten	12
4.2	Advies aan bestuurlijk overleg	12
4.2.1	Eerst goed inzicht creëren, daarna pas definities aanpassen	12
4.2.2	Geef inwoners, mensen met psychische problemen en hun naasten, verwijzers en sociaal domein meer inspraak	13
4.2.3	Extra aandacht: concrete stappen	13
	Bijlage 1: Wat verstaan we onder cruciale ggz?	18
	Bijlage 2: Beknopt overzicht oplossingen met knelpunten	19
	Colofon	28

Afzonderlijke bijlage: *Werkkaarten actieaanpak toegankelijke cruciale ggz.*



Samenvatting

Inleiding en opdracht

Zorginstituut Nederland zocht in 2025 in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uit welke knelpunten en oplossingen er zijn voor de zorg en ondersteuning voor mensen met (hoog)complexe problemen. Het ministerie van VWS en landelijke organisaties van cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgprofessionals in de zorg hebben afgesproken om de zorg aan mensen met (hoog)complexe psychische problemen te verbeteren. Zij werken samen daaraan in een zogenaamd bestuurlijk overleg cruciale ggz. De uitkomsten van de 'actieaanpak toegankelijke cruciale ggz' gebruiken ze om te bepalen welke aanvullende acties noodzakelijk zijn.

Urgentie: mensen krijgen te vaak niet de juiste hulp

Mensen met (hoog)complexe psychische problemen krijgen vaak te laat of zelfs helemaal geen passende hulp. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn samen verantwoordelijk voor een passend aanbod. Maar zij lopen tegen knelpunten aan, zoals:

- een toenemende vraag;
- personeelstekorten;
- een aanbod van zorg en ondersteuning dat niet passend is en niet op elkaar aansluit;
- ingewikkelde en niet op elkaar aansluitende vergoedingsregels om de juiste zorg en ondersteuning te kunnen geven.

Aanpak en analyse

Het Zorginstituut bracht knelpunten en mogelijke oplossingen in kaart in werksessies met mensen met psychische problemen, hun naasten, zorgprofessionals en medewerkers van diverse landelijke en regionale organisaties in welzijn en zorg en kennisorganisaties.

Uit de werksessies kwamen veel knelpunten en oplossingen naar voren die we hebben ingedeeld naar:

1. instroom, doorstroom, uitstroom en capaciteit;
2. personele capaciteit;
3. samenwerking;
4. financiering en bekostiging;
5. informatievoorziening en overig.

Het overzicht met details staat in bijlage 2. We hebben de knelpunten en oplossingen gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.

Oplossingen en voorbeelden

Veel knelpunten en oplossingen zijn algemeen van toepassing op de zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problemen. Een deel is specifiek gericht op onderdelen van de cruciale ggz: acute, *outreaching*¹, klinische, beveiligde of hoog specialistische ggz. Voor elke oplossing hebben we in kaart gebracht wie vooral verantwoordelijk is voor de uitvoering, welke trajecten op dit onderwerp lopen en welke goede voorbeelden er zijn. Waar mogelijk hebben we de stand van zaken van de implementatie weergegeven aan de hand van beschikbare data. Deze gegevens zijn opgenomen in de afzonderlijke bijlage *Werkkaarten actieaanpak toegankelijke cruciale ggz*. Wij hopen dat dit overzicht met de voorbeelden betrokkenen bij de cruciale ggz inspiratie biedt.

Samenwerking vormt de sleutel

Uit de inventarisatie blijkt dat veel factoren de zorg en ondersteuning aan mensen met complexe problemen en de toegankelijkheid van de cruciale ggz beïnvloeden. Organisaties kunnen samen op verschillende terreinen in actie komen om dat te verbeteren. De oplossingen liggen niet alleen in het verbeteren en borgen van het aanbod van cruciale ggz, maar juist ook

¹ *Outreaching* betekent zorg die thuis wordt aangeboden, vaak ongevraagd en op initiatief van teams van zorgverleners.

in samenwerking met mensen met psychische problemen, hun naasten, het sociaal domein, huisartsen en andere onderdelen van de ggz. Deze samenwerking kan bijdragen aan een kleinere, meer gerichte instroom in de cruciale ggz en een grotere uitstroom uit de cruciale ggz. De hulpvraag van mensen met psychische problemen staat centraal. En vanaf het begin kunnen aanbieders van zorg en ondersteuning samen bepalen hoe ze deze het beste kunnen organiseren.

We hebben de vele genoemde oplossingen gegroepeerd naar een aantal hoofdonderwerpen (zie voor overzicht hoofdstuk 3). Als concrete oplossingen zijn bijvoorbeeld genoemd:

- overleggen tussen verschillende organisaties en hulpverleners, zodat de aanpak goed op elkaar aansluit (zoals domeinoverstijgend casuoverleg en transfertafels);
- duidelijke regionale werkafspraken voor het doorverwijzen en terugverwijzen van mensen;
- het organiseren van steungroepen voor mensen met psychische problemen (resourcegroep, netwerkintake);
- het openen van plekken waar mensen makkelijk hulp kunnen krijgen (laagdrempelige steunpunten);
- ‘verkennende’ gesprekken met hulpverleners uit het sociaal domein en de ggz om samen te kijken welke hulp nodig is;
- maatwerk- en doorbraaktrajecten, gericht op hulp afgestemd op wat iemand nodig heeft;
- het beperken van regels waardoor mensen uitgesloten raken van hulp (zogenaamde exclusiecriteria);
- behandelingen afronden zodra dat kan en nazorg samen regelen;
- afspraken om de avond-, nacht- en weekenddiensten van de crisisdienst gezamenlijk bezetten; en
- zorgen voor genoeg veilige woonplekken.

*Quick wins*² hebben we niet opgehaald. Het kiezen voor andere werkwijzen in de zorg en ondersteuning aan mensen met (hoog)complexe psychische problemen vraagt om tijd, een vertaling naar de eigen situatie en afstemming tussen regionale en landelijke organisaties. Wel zijn er veel mooie voorbeelden verzameld die als inspiratie kunnen dienen.

Voor vrijwel alle oplossingen bestaan al landelijke afspraken of andere initiatieven. Aan sommige oplossingen werken partijen al meerdere jaren samen binnen trajecten van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en samenwerkingsinitiatieven zoals de landelijke stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz. Bijvoorbeeld het gerichter verwijzen naar de juiste plek op het juiste moment, het realiseren van voldoende laagdrempelige steunpunten in het sociaal domein en het realiseren van veilige woonplekken. Ook werken we aan het inzichtelijk maken van beschikbare en benodigde cruciale ggz en aan een andere bekostiging van de acute ggz. Andere oplossingen zijn opgenomen in het in 2025 afgesloten Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), zoals het verminderen van uitsluitingscriteria en het maken van afspraken over behandelduur en in- en uitstroom.

Vervolg: doorpakken en monitoren

Voor de toegankelijkheid van de cruciale ggz is het belangrijk om op de oplossingen en daarvoor ingestelde trajecten en initiatieven door te pakken. Dat blijkt in de praktijk niet altijd eenvoudig. Bij veel oplossingen zijn regio's aan zet. Aan hen is gevraagd de leiding nemen bij het voorzien van toegankelijke regionale zorg en ondersteuning. De regio's en hun lokale en landelijke partners staan nog aan het begin van het invullen van deze maatschappelijke opgave. Voor regio's is het vaak onduidelijk wat er van hen wordt gevraagd. Er is geen overzicht en er zijn veel overlappende landelijke trajecten. Daarnaast hebben zij op onderdelen ondersteuning van landelijke organisaties nodig. Bijvoorbeeld bij het wegnemen van knelpunten in de bekostiging en financiering of informatievoorziening.

Het gezamenlijk bepalen van de richting, het invullen van randvoorwaarden en het actief monitoren van de voortgang zijn belangrijk. Wij verwachten dat dit beter invulling kan krijgen in de nieuwe IZA-AZWA-structuur die nu wordt ingericht. Hierin worden diverse IZA-AZWA-trajecten mentale zorg en ondersteuning en gerelateerde trajecten beter verbonden. Ook geeft

² Een snelle, eenvoudige verbetering of actie die met minimale inspanning snel zichtbare en positieve resultaten oplevert.

het mogelijkheden om de regio's beter te faciliteren. Bijvoorbeeld met continue, actieve afstemming tussen regionale en landelijke betrokkenen. Het Zorginstituut wil de voortgang op de oplossingen actief monitoren samen met andere bij de cruciale ggz betrokken organisaties.

Ons belangrijkste advies aan het bestuurlijk overleg cruciale ggz is om samen met de regio's een actueel actie- en implementatieplan op stellen, waarin duidelijk is hoe regionale en landelijke partijen de komende periode verder samenwerken aan een toegankelijke cruciale ggz. Dit plan moet duidelijk maken hoe de samenwerking op diverse vraagstukken rondom cruciale ggz wordt ingevuld en oplossingen daadwerkelijk in de tijd worden gerealiseerd.

Daarnaast hebben we nog een aantal andere adviezen geformuleerd, zoals:

- Investeer in het verzamelen van en de toegang tot data over cruciale ggz en het voeren van gesprekken hierover.
- Versterk regionaal en landelijk de inspraak van cliënten- en naastenorganisaties en organisaties uit andere domeinen en sectoren.
- Neem regie bij regionale samenwerkingsafspraken over exclusiecriteria.
- Stimuleer heldere en bij ieder bekende regionale werkafspraken bij verwijzing³, waaronder afstemmen en oplossen van complexe casussen.

³ Het gaat dan niet alleen over verwijzing naar de ggz, maar ook daarbinnen en weer naar de huisarts of andere hulpverleners bij beëindiging van de behandeling.

1 Aanleiding

Veel mensen met (hoog)complexe psychische problemen wachten lang op een behandeling in de ggz of krijgen soms helemaal geen hulp.⁴ De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) signaleerde dit in 2025 opnieuw naar aanleiding van een uitvraag bij hun achterban over verwijzingen naar de ggz.⁵ Ook uit een analyse van zorgbemiddeling door zorgverzekeraars blijkt dat het lastig is voor mensen met complexe problemen een plek te vinden.⁶ Dit komt door tekorten aan personeel, een zorgaanbod dat niet goed past en versnipperd is en problemen met door- en uitstroom in en uit de ggz. Schotten in de financiering en prikkels in de bekostiging zitten ook in de weg. Mensen met (hoog)complexe psychische problemen krijgen vaak hulp via de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Wet langdurige zorg (Wlz) met ieder hun eigen regels. Die regels zijn ingewikkeld en sluiten niet goed op elkaar aan. En de manier waarop zorg wordt vergoed, sluit niet altijd aan op de daadwerkelijke kosten.

In het bestuurlijk overleg cruciale ggz werken partijen uit de ggz aan oplossingen.⁷ Afspraken daarover zijn vastgelegd in het Integraal Zorgakkoord⁸ (IZA) en het Aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (AZWA)⁹. Cruciale ggz is gespecialiseerde zorg voor mensen met (hoog) complexe psychische problemen. Dit kan bijvoorbeeld acuut, outreachend, klinisch, beveiligd of hoogspecialistisch worden verleend.¹⁰

Regionale aanpak is insteek

Bij het realiseren van oplossingen voor een toegankelijke cruciale ggz is een leidende rol voor de regio's voorzien. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor voldoende cruciale ggz in hun regio. Er is een *Gespreksleidraad cruciale ggz*¹¹ opgesteld om regio's handvatten te bieden bij het voeren van de regionale gesprekken hierover. Zorgaanbieders en de grootste zorgverzekeraars brengen samen in kaart hoeveel cruciale ggz nodig is. Dit doen zij samen met cliënten, andere zorgaanbieders in zorg en welzijn, financiers en gemeenten. Het streven is dat eind 2025 de gesprekken hierover zijn gestart en de *governance* is ingericht. Vanaf 2026 baseren zij hun afspraken over capaciteit op deze gesprekken.

Landelijke trajecten

Er zijn meer landelijke trajecten gestart om regio's te ondersteunen, waaronder:

- Versterking van *High Intensive Care* (HIC) en *Intensieve Home Treatment* (IHT). Onderzoek naar budgetbekostiging voor de HIC/IHT, onderdeel van de acute ggz.
- Actieaanpak arbeidsmarkt cruciale ggz. Gericht op behoud en aantrekken van professionals in de cruciale ggz.
- Monitoring van de voortgang van de regionale tafels cruciale ggz. Hoe verloopt de vorming en inrichting van regionale tafels en wat zijn aandachtspunten?
- Landelijke tafel cruciale ggz. Ondersteuning van de regio's bij het vinden van de juiste balans tussen zorgvraag en -aanbod in de cruciale ggz.¹²

⁴ Precies inzicht in wachttijden voor deze groep ontbreekt; landelijk en regionaal wordt gewerkt aan het verbeteren van dit inzicht.

⁵ [Landelijke Huisartsen Vereniging](#) (LHV). 3 juli 2025. *Doorverwijzing naar ggz onverminderd problematisch: LHV pleit voor snelle overname behandelverantwoordelijkheid*. Geraadpleegd op 16 september 2025.

⁶ Zorgverzekeraars hebben in 2024 voor ongeveer 28.000 cliënten zorg bemiddeld in de ggz. 12,5% van de cliënten kon niet succesvol worden bemiddeld. Redenen waren o.a. geen beschikbaar aanbod/zorgverlener of specifieke expertise en of complexiteit zorgvraag en exclusiecriteria zorgaanbieders: bij vermeende hoge complexiteit worden patiënten geweigerd door zorgaanbieders. Zie [factsheet Zorgbemiddeling](#).

⁷ MIND, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging voor Psychiaters (NVVP), de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Nederlandse ggz, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Zorg (VWS) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) nemen deel aan het Bestuurlijk Overleg (BO) cruciale ggz. Ook de Inspectie van Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut nemen hieraan deel.

⁸ [Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'](#).

⁹ [Aanvullend zorg- en welzijnsakkoord](#).

¹⁰ In bijlage 1 wordt verder toegelicht wat wordt verstaan onder cruciale ggz. Door betrokken partijen is een werkdefinitie ontwikkeld en is cruciale ggz gedefinieerd zowel vanuit de vraag als vanuit het aanbod. Het aanbod van cruciale zorg is gedefinieerd aan de hand van een zestal zorgvormen of clusters: acute, *outreachende*, klinische, beveiligde ggz en hoogspecialistische ggz in ggz-instellingen of PAAZ-en en poliklinische afdelingen van universitair medische centra (UMC's). Wij sluiten in de actieaanpak op deze definities aan (zie ook [hoofdstuk 3.1](#)).

¹¹ [De Juiste Zorg op de Juiste Plek](#). 23 juli 2025. *Gespreksleidraad cruciale ggz*. Geraadpleegd op 16 september 2025.

¹² [Landelijke tafel ondersteunt regio's bij passend zorgaanbod cruciale ggz | Nieuwsbericht | Zorginstituut](#).

- Implementatieondersteuning. Het ministerie van VWS heeft eenmalig 2 miljoen euro subsidie beschikbaar gesteld voor ondersteuning in de regio's. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse ggz zijn bezig met de uitwerking van deze subsidieregeling zodat regio's eenmalig een beroep kunnen doen op een bedrag voor bijvoorbeeld secretariële ondersteuning, het aanstellen van een onafhankelijke voorzitter of het beter betrekken van cliëntvertegenwoordiging.
- Actieaanpak toegankelijke cruciale ggz. Identificatie van knelpunten en oplossingen in de toegang tot cruciale ggz, inclusief eventuele *quick wins*.

Actieaanpak toegankelijke cruciale ggz

In dit rapport legt het Zorginstituut uit wat het doel, de aanpak en resultaten zijn van de *actieaanpak toegankelijke cruciale ggz*. De actieaanpak is uitgevoerd in opdracht van het ministerie VWS. Het Zorginstituut wil bijdragen aan een toegankelijke cruciale ggz vanuit zijn rol in het bevorderen van kwaliteit en het beheren van het basispakket. Ook sluit de opdracht aan bij de ambitie van het Zorginstituut om de beweging naar passende zorg te ondersteunen.

2 Doel en aanpak

De actieaanpak richtte zich op het in kaart brengen van knelpunten en mogelijke oplossingen, inclusief *'quick wins'*, om de toegankelijkheid van cruciale ggz te vergroten. Dit gebeurde samen met mensen met psychische problemen, naasten, ervaringsdeskundigen, professionals, beroepsorganisaties, overheidspartijen en andere deskundigen.

Hoe hebben we het aangepakt?

Van februari tot en met april 2025 organiseerden we drie werksessies. Er deden ongeveer 95 mensen mee.

- Eerste sessie: 30 zorgprofessionals, -inkopers en -adviseurs van zorgverzekeraars.
- Tweede sessie: 35 cliënten en vertegenwoordigers van cliënten- en familieraden.
- Derde sessie: 30 afgevaardigden van beroeps-, branche- en kennisorganisaties, overheidsorganisaties (zoals de Dienst Justitiële Instellingen (DJI), NZa en IGJ) en aanbieders of financiers uit het sociaal- en zorgdomein.

In deze sessies haalden we knelpunten en oplossingen op en vulden deze aan in onderlinge gesprekken.

Wat hebben we gedaan met de resultaten van de werksessies?

De uitkomsten van de werksessies verwerkten we in een overzicht met knelpunten en oplossingen dat we tussen juni en september 2025 hebben voorgelegd aan betrokken organisaties uit zorg en welzijn en andere deskundigen (zie bijlage 2). Deze knelpunten en oplossingen hebben we bewust compact en zonder veel nuances geformuleerd. Ze zijn vooral gebaseerd op praktijkervaringen van de deelnemers aan de werksessies. Gegevens die de omvang van knelpunten kunnen aantonen, kwamen in de sessies niet aan bod en ontbreken vaak nog. Dat geldt ook voor inzicht in de impact van de oplossingen. In de praktijk verschillen de knelpunten per regio of situatie en zijn de oplossingen dus niet overal in dezelfde mate toepasbaar.

We keken ook naar welke oplossingen al in gang zijn gezet en wat de voortgang daarvan is. Hiervoor gebruikten we beschikbare documenten en spraken we met betrokken organisaties. We verwerkten ook signalen die zijn ingebracht bij de landelijke tafel cruciale ggz.¹³ Per oplossing verzamelden we voorbeelden die werden genoemd in de werksessies of vervolgesprekken. Waar mogelijk beschreven we aan de hand van beschikbare gegevens wat de stand van zaken is. Met de werkgroep cruciale ggz bespraken we ons advies voor het vervolg.

¹³ De landelijke tafel ondersteunt sinds maart 2025 de IZA-regio's bij het vinden van de juiste balans tussen zorgvraag en zorgaanbod van cruciale ggz in de regio. In het voorjaar heeft de landelijke tafel de IZA-regio's gevraagd naar knelpunten die de regio's niet zelf kunnen oplossen in de afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod.

3 Opgehaalde knelpunten en oplossingen

In dit hoofdstuk beschrijven wij welke knelpunten en oplossingen wij hebben opgehaald tijdens de werksessies en gesprekken (zie paragraaf 3.1 en bijlage 2). Ook leggen wij uit wat ons is opgevallen (paragraaf 3.2).

3.1 Een breed scala aan knelpunten en oplossingen

Tijdens de werksessies kwamen veel verschillende knelpunten en oplossingen naar voren. Vaak is er meer dan één oplossing voor een knelpunt. Daarom hebben wij gekozen om de informatie te ordenen naar oplossingen.

Veel van deze oplossingen zijn algemeen en gelden voor mensen met psychische problemen, ook als deze problemen (hoog)complex zijn. Sommige knelpunten en oplossingen zijn specifiek gericht op onderdelen van de cruciale ggz. Vaak gaat het dan om acute ggz en opname in een kliniek, inclusief beveiligde bedden.

De hoofdonderwerpen van oplossingen zijn:

1. Instroom, doorstroom, uitstroom en capaciteit aan plekken of bedden

- a. Versterken coördinatie van zorg en ondersteuning (*algemeen*).
- b. Versterken integrale aanpak met netwerk hulpvrager en organisaties in sociaal domein en andere relevante domeinen (*algemeen en specifiek acute ggz*).
- c. Meer focus op multiproblematiek en het doorbreken daarvan (*algemeen*).
- d. Beperkingen en afspraken over exclusiecriteria (*algemeen en specifiek acute ggz*).
- e. Versterken consultatie (*algemeen*).
- f. Versterken samenwerking ggz en verslavingszorg (*algemeen*).
- g. Versterken samenwerking ggz en verstandelijk gehandicaptenzorg (*algemeen*).
- h. Afspraken over behandeldoel, vorm of duur en periodieke evaluatie van de behandeling (*algemeen*).
- i. Meer focus op (her)diagnostiek (*algemeen*) en meer focus op behandeling en daginvulling (*specifiek acute ggz en kliniek*).
- j. Meer regie op capaciteit in cruciale ggz en overige sectoren (*algemeen en specifiek acute ggz (HIC/IHT), kliniek en beveiligde bedden*).

2. Borgen personele capaciteit

- a. Zorg voor voldoende personele capaciteit (*algemeen en specifiek acute ggz/kliniek*).
- b. Continuïteit ANW-diensten (*specifiek acute ggz*).

3. Versterken regionale samenwerking (*algemeen*).

4. Aanpassen financiering en bekostiging (*algemeen en acute ggz (HIC/IHT)*).

5. Verbeteren informatievoorziening en overig

- a. Vergroten inzicht in wachttijden, vraag en aanbod (*algemeen*).
- b. Verbeteren gegevensuitwisseling tussen zorgprofessionals (*algemeen*).

In bijlage 2 beschreven we deze knelpunten en groepen van oplossingen in detail en meer concreet. Hier zijn worden concrete oplossingen genoemd zoals:

- overleggen tussen verschillende organisaties en hulpverleners, zodat de aanpak goed op elkaar aansluit (zoals domeinoverstijgend casuoverleg en transfertafels);
- duidelijke regionale werkafspraken voor het doorverwijzen en terugverwijzen van mensen;
- het organiseren van steungroepen voor mensen met psychische problemen (resourcegroep, netwerkintake);

- het openen van plekken waar mensen makkelijk hulp kunnen krijgen (laagdrempelige steunpunten);
- 'verkenkende' gesprekken met vertegenwoordigers van om samen te kijken welke hulp nodig is;
- maatwerk- en doorbraaktrajecten, gericht op hulp afgestemd op wat iemand nodig heeft;
- het beperken van regels waardoor mensen uitgesloten raken van hulp (zogenaamd exclusiecriteria);
- behandelingen afronden zodra dat kan en nazorg samen regelen;
- afspraken om de avond-, nacht- en weekenddiensten van de crisisdienst gezamenlijk bezetten; en
- zorgen voor genoeg veilige woonplekken

In de afzonderlijke bijlage *Werkkaarten actieaanpak toegankelijke cruciale ggz* is een uitgebreider overzicht per oplossing opgenomen met:

- welke organisaties als eerste aan zet zijn (bijvoorbeeld regio's, individuele zorgaanbieders of landelijke organisaties);
- welke trajecten er – voor zover ons bekend – lopen of op korte termijn starten om deze oplossing te realiseren (denk aan afspraken zoals IZA of programma's of initiatieven van het ministerie van VWS, ZonMw, landelijke kenniscentra en regio's);
- goede voorbeelden; en
- de stand van zaken aan de hand van beschikbare gegevens.

3.2 Wat valt op?

Hierna benoemen we een aantal punten die ons opvielen tijdens het ophalen en bespreken van de knelpunten en oplossingen. Deze punten nemen wij mee in ons advies voor het vervolg (zie hoofdstuk 4).

Definities staan ter discussie, inzicht ontbreekt nog

We zijn bij onze inventarisatie uitgegaan van de bestuurlijke afspraken over wat onder cruciale ggz valt (zie bijlage 1). Tijdens de werksessies gaven deelnemers aan dat deze definities niet scherp genoeg zijn, bijvoorbeeld omdat ze sterk aanbodgericht zijn, op sommige onderdelen te ruim of juist te smal en omdat forensische zorg of langdurige zorg niet zijn meegenomen. In onze aanpak hebben we deze discussie terzijde gelaten. De huidige afbakening, de cruciale ggz in de Zvw, was het vertrekpunt. De samenhang met andere domeinen en andere onderdelen van de zorg wordt zichtbaar in de opgehaalde knelpunten en oplossingen (zie ook het volgende punt).

Verder is er nog weinig zicht op de vraag naar, wachttijden voor en omvang van het aanbod cruciale ggz volgens de huidige definities. In verschillende trajecten wordt al gewerkt aan het verbeteren van dit noodzakelijke inzicht (zie oplossingsrichting 5a, bijlage *Werkkaarten actieaanpak toegankelijke cruciale ggz*). Door het gebrek aan landelijke en regionale gegevens richten regionale tafels zich vooral op het oplossen van de belangrijkste knelpunten. Dit gebeurt steeds vaker in samenwerking met netwerkpartners.

Breder dan cruciale ggz

Veel knelpunten en oplossingen gaan over de hele zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problemen. Mensen met (hoog)complexe psychische aandoeningen krijgen vaak gelijktijdig of opeenvolgend verschillende soorten zorg en ondersteuning. Knelpunten binnen bijvoorbeeld het sociaal domein, de huisartsenzorg, de niet-cruciale ggz, de forensische zorg of de langdurige ggz kunnen directe gevolgen hebben voor de cruciale ggz. Maar cruciale ggz kan ook juist invloed hebben op de andere soorten zorg en ondersteuning. Zo kan een tekort aan personele capaciteit of bedden in de cruciale ggz zorgen voor extra druk op de huisartsenzorg of het sociaal domein, of juist andersom. Daarom is samenwerken in netwerken steeds belangrijker. Alleen als verschillende organisaties - regionaal en landelijk - in de verschillende domeinen en sectoren goed samenwerken, kan cruciale ggz passend en duurzaam worden ingezet.

Regionale aanpak vraagt ruimte en tijd wat botst met urgentie en verwachtingen

Veel van de oplossingen vragen om regionale invulling. Dat geldt bijvoorbeeld voor het bepalen van hoeveel plekken en zorgcapaciteit er nodig is voor cruciale ggz (zie bijlage *Werkkaarten actieaanpak toegankelijke cruciale ggz*, oplossing 1i Meer regie op cruciale ggz). De urgentie voor oplossingen is groot, maar er is ruimte en tijd nodig om afspraken te maken en deze te laten werken. Uit de werksessies en gesprekken blijkt dat veel regio's stappen zetten, maar vaak nog aan het begin van dit proces staan. Van regionale partners wordt daarbij gevraagd het maatschappelijk belang boven het organisatiebelang te stellen. Dit vraagt om gedeeld eigenaarschap, voldoende draagvlak en intrinsieke motivatie. De ontwikkeling en implementatie van veel oplossingen vereisen bovendien kennis en inzet van professionals, die in de praktijk beperkt beschikbaar zijn. Daarnaast zijn zorg en welzijn nog steeds vooral per sector georganiseerd, met weinig structurele prikkels voor domein- en sectoroverstijgende samenwerking. Ook hebben regio's soms onvoldoende geld of middelen.

Geen quick wins, wel inspirerende praktijkvoorbeelden

Wij hebben geen oplossingen gevonden die binnen een jaar en overal toepasbaar zijn met direct grote effecten. Wel zijn er inspirerende voorbeelden verzameld die – als ze goed aansluiten bij de lokale situatie – navolging verdienen in andere regio's (zie bijlage *Werkkaarten actieaanpak toegankelijke cruciale ggz*).

Landelijke acties lopen, maar overzicht en samenhang missen

Voor vrijwel alle oplossingen zijn landelijke acties gestart of in voorbereiding (zie bijlage *Werkkaarten actieaanpak toegankelijke cruciale ggz*). Een aantal oplossingen uit de sessies zijn inmiddels opgenomen in AZWA, zoals het beperken van exclusiecriteria en het maken van afspraken hierover, het verbeteren van consultatiemogelijkheden en het maken van afspraken over behandelduur en -vorm. Veel van deze oplossingen bevatten verwachtingen van de regio's. Tegelijkertijd is het voor regiopartners vaak onduidelijk wat er landelijk gebeurt, welke invloed dit heeft en wat zij zelf moeten doen. Daarnaast ervaren zij veel overlap tussen de verschillende landelijke verbetertrajecten en bijbehorende acties. In gesprekken, bijvoorbeeld met de landelijke tafel cruciale ggz, geven zij aan dat ze behoefte hebben aan meer overzicht en samenhang in deze trajecten. Beter overzicht helpt om effectiever te werken en dubbel werk te voorkomen.

4 Hoe verder?

In dit hoofdstuk geeft het Zorginstituut advies over het vervolg. Dit advies is besproken met de werkgroep cruciale ggz.

4.1 Doorpakken in de verschillende verbetertrajecten

Uit hoofdstuk 3 blijkt dat toegang tot cruciale ggz een ingewikkeld vraagstuk is met onderling samenhangende inhoudelijke, organisatorische en systeemvraagstukken. Enerzijds gaat het om knelpunten en oplossingen rond instroom, doorstroom en uitstroom, die direct invloed hebben op het aantal beschikbare behandelplekken. Anderzijds spelen hieraan verbonden vraagstukken in de randvoorwaarden mee zoals personele capaciteit en financiering en bekostiging. Een toegankelijke cruciale ggz vraagt om het leggen van veel puzzelstukjes, regionaal én landelijk, individueel en gezamenlijk door betrokken organisaties.

Er zijn op veel plekken verbetertrajecten gestart (zie *bijlage Werkkaarten actieaanpak toegankelijke cruciale ggz*). Sommige van deze trajecten gaan langzamer dan verwacht, vooral als meerdere organisaties landelijk en regionaal zijn betrokken. Duidelijk afspreken wie waarvoor verantwoordelijk is en wie wat uitvoert en elkaar goed informeren, is nodig om daadwerkelijk door te pakken. Landelijke organisaties kunnen helpen door bijvoorbeeld richting aan te geven, praktische hulpmiddelen te bieden, landelijke uitvragen samen te voegen, goede voorbeelden te delen en waar nodig regelgeving aan te passen.

We adviseren het bestuurlijk overleg cruciale ggz op basis van onze inventarisatie om een aantal vervolgstappen in gang te zetten. Sommige stappen kan het bestuurlijk overleg en de werkgroep cruciale ggz zelf oppakken. Andere vervolgstappen liggen bij andere verbetertrajecten en initiatieven, zie paragraaf 4.2. Het bestuurlijk overleg cruciale ggz kan daarvoor aandacht vragen bij de trekkers van deze trajecten of initiatieven. De vervolgstappen hebben we in paragraaf 4.2 samengevat in een tabel met initiatiefnemers en een planning.

Tijdens de werksessies kwamen ook knelpunten in de financiering en bekostiging aan bod, die de toegankelijkheid van de cruciale ggz in de weg staan. Het gaat dan bijvoorbeeld om schotten tussen stelsels en te weinig mogelijkheden in de aanspraken om de toenemende instroom van lichte problematiek in de ggz tegen te gaan. Hiervoor lopen diverse verbetertrajecten. Veel van deze trajecten zijn breder dan de cruciale ggz (zie *bijlage Werkkaarten actieaanpak toegankelijke cruciale ggz*, oplossing 4. Aanpassen financiering en bekostiging) en nemen we niet mee in dit advies. Voor de bekostiging van HIC/IHT worden al concrete stappen gezet.

4.2 Advies aan bestuurlijk overleg

4.2.1 Eerst goed inzicht creëren, daarna pas definities aanpassen

In de werksessies kwam naar voren dat de huidige definities van cruciale ggz niet scherp genoeg zijn. Ook sluiten ze niet helemaal aan op de definities in het zorgprestatie model (ZPM)¹⁴. Daarnaast zijn er regionaal en landelijk onvoldoende gegevens beschikbaar. Dat maakt het lastig om afspraken te maken over de benodigde capaciteit aan cruciale ggz. Ons advies: pas de definities nu niet aan, maar zorg eerst voor beter inzicht in de vraag van mensen met (hoog)complexe problemen en de hiervoor de benodigde capaciteit, zowel landelijk als regionaal. Gebruik hiervoor bestaande bronnen en gegevens zoals kwaliteitsregistraties (bijvoorbeeld HIC-monitor), wachtlijstinformatie (vanaf 2026), declaratiegegevens en cijfers van zorgaanbieders over instroom, doorstroom en uitstroom.

¹⁴ Niet alle zorg zoals nu als cruciaal aangemerkt wordt bijvoorbeeld als cruciaal gezien en de definities in het ZPM maken bijvoorbeeld onvoldoende onderscheid tussen acute (HIC en IHT) en outreachende en klinische ggz.

In verschillende trajecten worden deze gegevens verbeterd en verzameld (zie bijlage *Werkkaarten actieaanpak toegankelijke cruciale ggz*, oplossing 5a Vergroten inzicht in (regionale) wachttijden, vraag en aanbod).

Door deze data periodiek landelijk in de werkgroep cruciale ggz en met regio's te bespreken, wordt duidelijk wat er nog ontbreekt en hoe dit kan worden aangevuld en gedeeld. Met deze werkwijze kunnen op basis van eerste inzichten al concrete oplossingen worden gezocht. Ook wordt dan duidelijk of de definities van cruciale ggz moeten worden aangescherpt. Voor acute ggz (HIC/IHT) worden de definities naar verwachting aangepast bij de voorgenomen wijziging van de bekostiging.

4.2.2 Geef inwoners, mensen met psychische problemen en hun naasten, verwijzers en sociaal domein meer inspraak

Cruciale ggz raakt niet alleen beroepsgroepen, kerninstellingen ggz en zorgverzekeraars. Juist het betrekken van huisartsen, andere ggz-aanbieders, relevante organisaties in andere domeinen en inwoners zelf is belangrijk. Zij kunnen aangeven wat nodig is en actief bijdragen aan oplossingen.

Ons advies: ga samen met hen na hoe zij structureel beter kunnen worden betrokken bij landelijke en regionale activiteiten rondom cruciale ggz. De structuur die nu rondom het IZA-AZWA wordt ingericht kan daaraan bijdragen. Speciale aandacht is nodig voor mensen met (hoog)complexe psychische problemen en hun naasten. In de werksessies bleek dat cliënten-, familie- en naastenraden slechts beperkt worden betrokken bij vraagstukken rondom cruciale ggz. Hun ervaring is onmisbaar. MIND kan onder andere via de Kamer Cliëntenraden en de Kamer Familie- en Naastenraden helpen bij deze invulling, maar ook via het MIND Expert Center. MIND werkt ook, in samenwerking met INVOLV¹⁵, aan een opleidingsprogramma om de regionale vertegenwoordiging van mensen met psychische problemen en hun naasten te versterken. Dit krijgt vorm binnen het MIND Huis voor regionale beleidsparticipatie.

4.2.3 Extra aandacht: concrete stappen

Het Zorginstituut adviseert het bestuurlijk overleg concrete stappen in gang te zetten voor de volgende trajecten en thema's.

a. *Regie op capaciteit (1j): stimuleer en ondersteun de regionale gesprekken over cruciale ggz met een gezamenlijk actie- en implementatieplan vanuit het perspectief van de regio's.*

Er is nog weinig overzicht van de benodigde (boven)regionale capaciteit voor cruciale ggz. In veel regio's komen de gesprekken hierover op gang, maar vaak ontbreken een concreet plan en voldoende data om de zorgvraag en -capaciteit inzichtelijk te maken op basis van instroom, doorstroom en uitstroom.

Ons advies: maak samen met de regio's een actie- en implementatieplan gericht op het realiseren van voldoende regionale capaciteit aan cruciale ggz. Dit actie- en implementatieplan ondersteunt de regio's bij:

- het voeren van de regionale gesprekken;
- het opbouwen en ontsluiten van de benodigde gegevens (zie ook alinea 6.1);
- het ontwikkelen van een gezamenlijk en meerjarig beeld van de (boven)regionale capaciteit;
- een aanpak om die capaciteit in te vullen, o.a. via contractafspraken;
- een aanpak gericht op het wegnemen van knelpunten in instroom, doorstroom en uitstroom in de cruciale ggz; en
- het uitwisselen van kennis, ervaringen en voorbeelden.

Leg vast wie wat wanneer doet en welke ondersteuningsmogelijkheden er zijn. Op deze wijze ontstaat een gedeelde basis voor een doelgerichte en gefaseerde aanpak. Het actie- en implementatieplan vormt de leidraad voor het vervolg. Spreek daarin ook af wie de ondersteuning biedt en hoe dat wordt gefinancierd.

¹⁵ Een kennisorganisatie op het gebied van participatie in zorg en welzijn.

b. Integrale aanpak in het netwerk en sociaal en andere relevante domeinen (1b): werk regionaal en landelijk aan een concrete domeinoverstijgende aanpak voor mensen met acute psychische problemen

De acute ggz vormt een essentiële schakel in de zorg en ondersteuning voor mensen met acute psychische problemen. In het concept normenkader HIC/IHT wordt geconstateerd dat “er verbeteringen in de in- en doorstroom van de acute ggz nodig zijn. Dit kan bijvoorbeeld door te investeren in de openbare ggz en beschermd wonen”. Voor gemeenten en organisaties in het sociaal domein is het belangrijk dat er gerekend kan worden op voldoende capaciteit in de cruciale ggz. Er kan op dit onderdeel veel integraler worden gewerkt in alle betrokken domeinen en sectoren. Er lopen daarvoor diverse landelijke verbetertrajecten, vooral voor mensen met verward en onbegrepen gedrag (zie bijlage *Werkkaarten actieaanpak toegankelijke cruciale ggz*).¹⁶ Ook in de regio's wordt gewerkt aan samenwerking tussen deze domeinen, onder andere in het kader van het Zon-MW-traject Grip op onbegrip. Ons advies: organiseer werksessies samen met VNG, gemeenten en organisaties in zorg, sociaal en veiligheidsdomein. Breng daarbij in beeld welke trajecten en initiatieven er lopen en hoe een domeinoverstijgende aanpak gezamenlijk kan worden georganiseerd.

c. Beperken en afspraken over exclusiecriteria: ondersteun regionale afspraken met praktische handvatten (1d)

Exclusiecriteria bij ggz-aanbieders zijn zeer belemmerend voor mensen met (hoog) complexe psychische problemen. Zij krijgen daardoor niet op tijd of helemaal geen hulp. In het AZWA is afgesproken dat exclusiecriteria worden beperkt. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn via contractafspraken in de lead.

Ons advies: wij vragen het bestuurlijk overleg cruciale ggz regie te nemen op dit onderwerp en regio's hiervoor handvatten te bieden. Er is meer nodig dan contractafspraken om er voor te zorgen dat mensen met (hoog) complexe psychische problemen op de juiste wijze worden geholpen. Een voorbeeld daarvan vormt het exclusie criterium crisisgevoeligheid. Om ervoor te zorgen dat ggz-aanbieders mensen met crisisgevoeligheid goed kunnen ondersteunen zijn er sluitende afspraken tussen de crisisdienst en alle ggz-aanbieders nodig over wanneer en hoe zij een beroep op elkaar te kunnen doen. Ook zijn er afspraken nodig om mensen met psychische problemen en verwijzers over deze andere werkwijze te informeren, ggz-aanbieders bij de invulling daarvan te ondersteunen en om inhoudelijk gelijkgericht in te kopen. Geef regio's hiervoor handvatten, zowel inhoudelijk als procedureel. Wij stellen voor de uitwerking van deze afspraken in een aantal regio's te initiëren en te ondersteunen en de uitkomsten breed te delen.

d. Versterk consultatie (1e): verbeter ook de mogelijkheden tot onderlinge consultatie in de ggz

Consultatie – zowel tussen huisartsen, sociaal domein en ggz-aanbieders als tussen aanbieders onderling – wordt momenteel nog onvoldoende benut. Er bestaan verschillende knelpunten die de inzet van consultatie belemmeren. Het gaat dan niet alleen om bereikbaarheid van ggz-aanbieders maar ook om het verbeteren van vergoeding of verminderen van administratieve belasting. In het AZWA is afgesproken dat de knelpunten die spelen bij consultatie van de ggz door het sociaal domein en door de huisartsen nader worden onderzocht en opgelost.

Ons advies: neem ook belemmeringen in de consultatie van ggz-aanbieders onderling weg. Zorg dat deze consultatie beter wordt geregeld en vergoed. Juist consultatie biedt een belangrijke voorwaarde om exclusiecriteria te beperken (zie aanbeveling c hiervoor). Gebruik de uitkomsten van de inventarisatie van TOPGGz en de lopende pilot van Akwa GGZ die in 2026 beschikbaar worden (zie bijlage *Werkkaarten actieaanpak toegankelijke cruciale ggz*).

e. Versterken van coördinatie en samenwerking in de zorg (1a): maak gezamenlijke werkafspraken en heldere procedures rondom mensen met (hoog) complexe psychische problemen

Mensen met (hoog) complexe psychische problemen krijgen vaak niet op tijd passende hulp. Dit komt door lange wachttijden en doordat ze na een intake herhaaldelijk worden doorverwezen naar andere zorgaanbieders. Soms moeten ze ver reizen of is er helemaal geen

¹⁶ Dit vormt echter maar een deel van de doelgroep van de acute ggz, zie bijlage *Werkkaarten actieaanpak toegankelijke cruciale ggz*.

geschikte plek beschikbaar, vooral als ze subacute hulp nodig hebben. Huisartsen kunnen meestal moeilijk een geschikte oplossing vinden. Veel regio's werken al aan verbeteringen, maar de mogelijkheden zijn niet overal duidelijk of breed bekend.

Ons advies:

1. *Breng door- en uitstroom goed in beeld als onderdeel van de transfermechanismen en transfertafels van de MGN's*

Op veel plekken in de ggz ontstaat 'verstopping'. Mensen met (hoog)complexe psychische problemen worden vaak doorverwezen in plaats van direct behandeld al dan niet met inzet van consultatie (zie ook aanbeveling c en d). De uitstroom stopt doordat er in het beschermd of beveiligd wonen vaak geen plek is of simpelweg omdat iemand geen woning heeft. Het gezamenlijk in kaart brengen van de in-, door- en uitstroom helpt om knelpunten in zorg en ondersteuning voor verschillende groepen mensen met psychische problemen te herkennen en aan te pakken (zie ook punt a). MGN's werken al aan het verbeteren van de in- en uitstroom voor de brede groep aan hulpvragers. Zij zouden ook het verbeteren van de in-, door- en uitstroom voor mensen met (hoog)complexe psychische problemen met hun functie 'transfermechanismen' uitstekend kunnen oppakken.

2. *Maak duidelijke regionale werkafspraken bij verwijzing, inclusief door- en terugverwijzing tussen alle betrokken partijen*

Werkafspraken kunnen behulpzaam zijn bij een betere in-, door- en uitstroom in de ggz. De verwijsafspraken in Arnhem vormen hierbij een inspirerend voorbeeld. Deze afspraken kregen veel bijval tijdens de werksessie met professionals. In Arnhem is onder meer afgesproken dat binnen vijf werkdagen een globale triage plaatsvindt door een ggz-aanbieder, die vervolgens de huisarts adviseert of behandeling beter bij een andere aanbieder kan plaatsvinden. Daarnaast is afgesproken dat ggz-behandelaren waar mogelijk de behandeling starten, ook alsnog niet alle deskundigheden aanwezig zijn. Bij doorverwijzing worden elkaars wachttijden overgenomen (zie voor meer informatie bijlage *Werkkaarten actieaanpak toegankelijke cruciale ggz*). Dit kan juist voor mensen met (hoog)complexe psychische problemen bijdragen aan het zo spoedig mogelijk verkrijgen van de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plaats.

3. *Stroomlijn overleg over casuïstiek en (regionale) doorzettingsmacht.*

Er zijn veel verschillende vormen van overleg rondom casuïstiek, zoals domeinoverstijgend casusoverleg, transfertafels en (boven)regionale casuïstiektafels voor (hoog)complexe ggz inclusief escalatiemechanismen. Ook in aanpalende domeinen zijn er overlegtafels waarin de zorg rondom mensen met complexe psychische problemen wordt afgestemd (sociaal domein, Wlz, zorg- en veiligheidsdomein). Ons advies: maak duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is en zorg dat alle betrokkenen weten voor welk onderwerp bij welk overleg ze moeten zijn. Het verder stroomlijnen van de verschillende overleggen kan daarbij helpen. De stuurgroep Regionale Doorzettingsmacht heeft hiervoor onlangs een voorstel opgesteld dat daarbij als leidraad kan dienen.¹⁷

Bovengenoemde punten kunnen worden aangemeld bij de trekkers van deze onderwerpen, die vanaf 2026 wordt opgepakt in de IZA-AZWA-structuur.

¹⁷ Herpositionering Regionale Doorzettingsmacht, waaronder het opdrachtgeverschap hoogcomplexe ggz.

Tabel: Samenvatting aanbevelingen aan bestuurlijke overleg cruciale ggz

Wat	Doel / impact	Wie / wanneer
Algemeen		
<p>1. <i>Eerst goed inzicht creëren, daarna pas definities aanpassen:</i> investeer in het verzamelen van en de toegang tot data en het voeren van gesprekken hierover.</p>	<p>Meer grip op instroom, doorstroom en uitstroom en benodigde capaciteit aan cruciale ggz en inzicht in mogelijkheden om dit te borgen.</p>	<p>Betrokken organisaties bij bestuurlijk overleg cruciale ggz en regiopartners.</p> <p>1^e kwartaal 2026: maak definitief stappenplan mede op basis van advies KPMG.¹⁸</p>
<p>2. <i>Geef inwoners, mensen met psychische problemen en hun naasten, verwijzers en sociaal domein meer inspraak.</i> Ga met organisaties in andere relevante domeinen en sectoren na hoe hun inbreng, landelijk en regionaal, kan worden geregeld.</p>	<p>Borgen van voorstellen en activiteiten die andere domeinen en sectoren raken.</p>	<p>Landelijk: organisaties bestuurlijk overleg cruciale ggz: meenemen bij inrichting governance IZA-AZWA).</p> <p>Vanaf 2026.</p> <p>Regionaal: blijf hier aandacht voor vragen bij regionale organisaties.</p>
<p>3. <i>In goed samenspel richten, monitoren en bijsturen 'toegankelijke cruciale ggz'.</i> Maak een overzicht van belangrijke trajecten. Maak tussen landelijke en regionale betrokkenen heldere afspraken over doelen, activiteiten, mijlpalen en monitoring.</p>	<p>Gezamenlijk overzicht trajecten, mijlpalen, activiteiten, verantwoordelijkheden en taken, planning, et cetera.</p>	<p>Landelijk: Organisaties bestuurlijk overleg cruciale ggz en regiopartners; meenemen bij inrichting governance IZA-AZWA.</p> <p>Vanaf 2026.</p>
Voor aantal trajecten extra aandacht		
<p>4a. <i>Regie op capaciteit (ij): gezamenlijk actie- en implementatieplan:</i> stimuleer en ondersteun de voortgang van de regionale gesprekken over benodigde (boven)regionale capaciteit met een gezamenlijk actie- en implementatieplan.</p>	<p>Ondersteunen en stimuleren van regio's bij het in beeld brengen van en sturen op benodigde (boven)regionale capaciteit.</p>	<p>Betrokken organisaties bij bestuurlijk overleg cruciale ggz en regiopartners.</p> <p>Gezamenlijk actie- en implementatie-plan: 1^e kwartaal 2026.</p>

¹⁸ KPMG. Rapportage dataset cruciale ggz, [Voortgang Werkagenda Aansluiting forensische zorg en reguliere zorg | Tweede Kamer der Staten-Generaal](#).

<p>4b. <i>Versterken integrale aanpak met netwerk hulpvrager en sociaal en andere relevante domeinen (1b):</i> werk aan een concrete domeinoverstijgende aanpak voor mensen met acute psychische problemen om instroom, uitstroom en capaciteit te verbeteren.</p>	<p>Verkennen stand van zaken lopende trajecten en mogelijkheden integrale aanpak met betrokken organisaties.</p> <p>Uitkomsten kunnen worden meegenomen in 4a.</p>	<p>Betrokken organisaties bij acute ggz.</p> <p>2^e kwartaal 2026.</p>
<p>4c. <i>Beperken en afspraken over exclusiecriteria (1c):</i> regionale afspraken rondom exclusiecriteria: Handvatten voor afspraken met en voor regio's ontwikkelen.</p>	<p>Ondersteunen invoering beperken inclusiecriteria.</p>	<p>Betrokken organisaties bij bestuurlijk overleg cruciale ggz, regiopartners en enkele initiatiefregio's.</p> <p>1^e helft 2026.</p>
<p>4d. <i>Versterken consultatie (1d):</i> verbeter ook de mogelijkheden tot onderlinge consultatie in de ggz.</p>	<p>Wegnemen knelpunten in onderlinge consultatie in ggz.</p>	<p>Betrokken organisaties bij cruciale ggz en regiopartners.</p> <p>2026.</p>
<p>4e. <i>Versterken coördinatie van zorg (1a):</i> gezamenlijke werkafspraken en heldere procedures rondom mensen met (hoog)complexe psychische problemen.</p>	<p>Heldere en bij ieder bekende regionale werkafspraken bij verwijzing, inclusief door- en terugverwijzing, transfermechanismen en duidelijke procedures rondom afstemming.</p>	<p>Aandacht hiervoor vragen bij/via landelijke organisaties betrokken bij MGN's en regionale doorzettingmacht.</p> <p>1^e kwartaal 2026.</p>

Bijlage 1: Wat verstaan we onder cruciale ggz?

In de gespreksleidraad cruciale ggz¹⁹ wordt het begrip cruciale zorg nader toegelicht: “We hanteren de volgende werkdefinitie van cruciale ggz: ggz met een hoge logistieke (zorgaanbod) en inhoudelijke (zorgvraag) complexiteit, waarbij patiënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen wanneer deze zorg tijdelijk niet meer beschikbaar is”.

“We vullen deze werkdefinitie aan met een meer pragmatische, beschrijvende definitie: bij cruciale ggz gaat het om de zorgvraag van mensen die ernstig lijden, die niet in hokjes te stoppen zijn of een vastomlijnd aanbod volgen. Deze mensen delen vaak andere kenmerken, maar niet vaak genoeg om als criterium te gebruiken. Bijna altijd is het lijden van deze patiënten multifactorieel met domeinoverstijgende problematiek. Ook kent de zorg voor deze patiënten vaak een onvoorspelbaar beloop. Regelmatig zijn de voorliggende problemen uitzonderlijk zeldzaam en/of complex. Zorg voor deze mensen is er vaak op gericht om (verdere) achteruitgang te voorkomen en lijden te verlichten”.

Een andere benadering is via de zorg die deze patiënten vaak aangeboden krijgen. Een inventarisatie hiervan door Bureau HHM komt tot zes clusters van aanbod aan cruciale ggz, zie figuur 1. De partijen spraken bestuurlijk af om die aanbodvormen tot cruciale ggz te rekenen.

<ul style="list-style-type: none"> • Zorg van de crisisdiensten, acute dagbehandeling en acute thuisbehandeling. • Cruciaal vanwege acute karakter en complexiteit infrastructuur. 	 Acute zorg	 Outreachende zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Outreachende zorg voor de EPA-doelgroep. • Cruciaal vanwege complexiteit en veel samenwerking in lokale netwerk.
<ul style="list-style-type: none"> • Klinische zorg vanuit de ggz, PAAZ en PUK. • Betreft complexe zorgvragen met veel wisselingen in intensiteit. 	 Klinische zorg	 Beveiligde zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Beveiligde (opname)faciliteiten. • Cruciaal vanwege beveiligingsaspect en de complexe, langdurige zorgvraag.
<p>Cruciaal vanwege noodzakelijkheid tot dekkend aanbod hoogspecialistische voorzieningen met bovenregionale/ landelijke functie.</p>	 Hoogspecialistisch vanuit ggz	 Hoogspecialistisch vanuit ziekenhuis	<ul style="list-style-type: none"> • Bovenregionale functie vanuit MPU-units. • Complexiteit hulpvraag kan niet als losstaand aanbod vorm krijgen, maar past bij integrale aanbod ziekenhuizen.

 Regionale cruciale ggz
 Mogelijk landelijk cruciale ggz

¹⁹ [De Juiste Zorg op de Juiste Plek](#). 23 juli 2025. *Gespreksleidraad cruciale ggz*. Geraadpleegd op 16 september 2025.

Bijlage 2: Beknopt overzicht oplossingen met knelpunten

Deze bijlage bevat een beknopt overzicht met opgehaalde oplossingen en knelpunten.

De opgehaalde knelpunten en oplossingen hebben we compact geformuleerd, zonder veel nuances. Ze zijn vooral gebaseerd op praktijkervaringen van de deelnemers aan de werksessies. Feiten die de omvang van knelpunten kunnen aantonen, kwamen in de sessies niet aan bod en ontbreken vaak nog. Dat geldt ook voor inzicht in de impact van de oplossingen. In de praktijk verschillen de knelpunten per regio of situatie en zijn de oplossingen dus niet overal in dezelfde mate toepasbaar.

Een uitgebreid overzicht is opgenomen in een afzonderlijke bijlage bij dit rapport: *Werkkaarten actieaanpak toegankelijke cruciale ggz*. Hierin worden de verschillende trajecten verder toelicht, met verwijzingen naar relevante documenten. Hierin wordt aangegeven:

- welke organisaties als eerste aan zet zijn (regio's, individuele zorgaanbieders of landelijke organisaties);
- welke trajecten er – voor zover ons bekend – lopen of op korte termijn starten op om deze oplossing te realiseren (denk aan afspraken zoals IZA of programma's of initiatieven van het Ministerie van VWS, ZON-MW, landelijke kenniscentra);
- welke aanvullende actie wenselijk is vanuit het perspectief van mensen met (hoog)complexe psychische problemen;
- praktijkvoorbeelden per oplossing die tijdens de werksessies of gesprekken zijn opgehaald; en
- de huidige stand van zaken, waar mogelijk.

1a Versterken coördinatie van zorg – algemeen

Knelpunten	<ul style="list-style-type: none">• Geen tijdige plek voor mensen met (hoog)complexe psychische problemen.• Onvoldoende inzicht in benodigd en beschikbaar aanbod.
Oplossingen	Versterk coördinatie door het inrichten van transfermechanismen , zoals domeinoverstijgend casuoverleg (DOCO), transfertafels, werkafspraken (bijv. verwijsafspraken Arnhem), actieve centrale zorgtoeleiding, overlegtafels (complexe casuïstiek, doorzettingsmacht, urgentie bepaling, zorgbemiddeling zorgverzekeraars).

1b Versterken integrale aanpak met netwerk hulpvrager en organisaties in sociaal domein en andere relevante domeinen – algemeen

Knelpunten	<ul style="list-style-type: none">• Grote instroom in ggz en verdringing van zorg voor mensen met complexe problemen.• Te veel hulpvragen worden gemedicaliseerd.• De zorg en ondersteuning door sociaal domein én ggz voor mensen met complexe problemen wordt te weinig integraal geboden.
Oplossingen	Veel mensen met (hoog) complexe psychische problemen kunnen laagdrempelig worden ondersteund via hun netwerk en initiatieven in het sociaal domein. <ul style="list-style-type: none">• Investeer in bestaanszekerheid, sociale cohesie en herstelgerichte voorzieningen, zoals herstelcentra, buurtinitiatieven en e-communities.• Via sociaal verwijzen (verwijzen vanuit zorg naar hulp in het sociaal domein), verkennende gesprekken, netwerk- of herstelgerichte intakes kan de cliënt geholpen worden de juiste ondersteuning te vinden.• Stimuleer sociaal verwijzen en herstelgerichte intakes die cliënten helpen eigen kracht te benutten.• Bevorder samenwerking tussen wijk- en ggz-teams en partners in wonen, welzijn, sport en veiligheid.

Specifiek voor clusters cruciale ggz

1b Versterken integrale aanpak met netwerk hulpvrager en sociaal en andere relevante domeinen - acute ggz

Knelpunten	De zorg en ondersteuning voor mensen in potentiële acute crisis wordt te weinig integraal geboden.
Oplossingen	<ul style="list-style-type: none">• Kennis en ervaring in acute ggz en sociaal domein aan elkaar beschikbaar stellen, ook bij beginnende signalen van crisis, zorgmijding en onveiligheid. Zo wordt de inzet van de acute ggz in crisissituaties verminderd, is de verwachting.• Korte lijnen en elkaar helpen in crisissituaties.• Tijd en geld voor bemoeizorg.• Adequate opvolging van signalen.• Wegnemen van oorzaken van crises.

1c Meer focus op aanpak (doorbreken van) multiproblematiek – algemeen

Knelpunt	Onvoldoende oplossingen op maat voor cliënten met multiproblematiek, waardoor hoger dan wenselijk of ondoelmatig gebruik van bijvoorbeeld (cruciale) ggz en ondersteuning.
Oplossing	Ontwikkel een doorbraakaanpak waarin zorg, welzijn, veiligheid, werk en wonen samen vroegtijdig de kern van multiproblematiek aanpakken binnen maatwerk- of levenslooptrajecten, gericht op duurzame verbetering en doorbreken van vastgelopen patronen.

1d Beperken en afspraken over exclusiecriteria ggz – algemeen

Knelpunten	Er worden te veel exclusiecriteria door zorgaanbieders gehanteerd.
Oplossingen	<ul style="list-style-type: none">• Maak regionale en landelijke afspraken tussen ggz-aanbieders en zorgverzekeraars om exclusiecriteria te beperken. Minder uitsluiting versnelt hulpverlening en maakt verwijzen eenvoudiger.• Versterk deskundigheid en samenwerking tussen ggz, verslavings- en VG-zorg via consultatie (oplossingsrichting 1e), verdergaande samenwerking tussen bijvoorbeeld ggz- en verslavingsorganisaties (oplossingsrichting 1f en 1g) kennisdeling (oplossingsrichting 2) en aangepaste zorgstandaarden op het gebied van comorbiditeit (oplossingsrichting 5c).

Specifiek voor clusters cruciale ggz

1d Beperken en afspraken over exclusie criterium crisisgevoeligheid – acute ggz

Knelpunten	<ul style="list-style-type: none">• Crisisgevoeligheid wordt soms uitgesloten door zorgaanbieders in de specialistische ggz.• De crisisdienst weigert soms zorg te verlenen aan mensen die al in behandeling zijn in de ggz en in een acute crisis verkeren.
Oplossingen	Afspraken tussen ggz-aanbieders en crisisdienst over verwijzen en behandelen bij crisisgevoeligheid.

1e Versterken consultatie – algemeen

Knelpunten	<ul style="list-style-type: none">• De (cruciale) ggz is onvoldoende bereikbaar voor consultatie door huisartsen, het sociaal domein en ggz-professionals onderling.• De huidige bekostiging sluit niet goed aan.
Oplossingen	<ul style="list-style-type: none">• Verbeter bereikbaarheid van de (cruciale) ggz voor consultatie door huisartsen, sociaal domein en ggz-professionals.• Maak regionale afspraken en pas bekostiging aan.• Toegankelijke consultatie voorkomt onnodige verwijzingen, verkort wachttijden en versterkt deskundigheid (oplossingsrichting 1d).

1f Versterken samenwerking ggz en verslavingszorg

Knelpunten	<p>Mensen met verslaving en een andere psychische aandoening wachten lang op zorg of krijgen geen hulp omdat:</p> <ul style="list-style-type: none">• Verslaving en psychische problematiek vaak samen voorkomen, maar de zorg voor mensen die met beide te maken hebben, vaak apart is georganiseerd.• Professionals, waaronder huisartsen, niet altijd weten naar wie te verwijzen, waardoor de verwijzing moeizaam verloopt.• Veel zorgaanbieders exclusiecriteria hanteren voor verslaving of andere psychische stoornis (oplossingsrichting 1d).• Bij de behandeling van verslaving in combinatie met andere psychische problematiek voelen professionals in de verslavingszorg én ggz zich vaak onvoldoende bekwaam. Dit kan ertoe leiden dat mensen met zowel een verslaving als een andere psychische aandoening steeds worden doorverwezen of helemaal geen hulp krijgen.
Oplossing(en)	Maak regionale afspraken over verwijzing en geïntegreerde behandeling bij gecombineerde verslavings- en psychische problematiek , zodat mensen niet tussen wal en schip vallen.

1g Versterken samenwerking ggz en verstandelijk gehandicaptenzorg

Knelpunt(en)	<p>Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en psychische problemen wachten lang op zorg of krijgen niet de juiste of geen hulp omdat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een verstandelijke beperking en psychische problematiek vaak samen voorkomen (<u>40 tot 67% van de patiënten in de ggz</u>), maar de verstandelijke beperking vaak niet wordt herkend, waardoor passende behandeling uitblijft. En als het wel bekend is, dan is het nogal eens reden om deze cliënten uit te sluiten van zorg door oplossingsrichting 1d. • Door schotten tussen zorgaanbod en wet- en regelgeving (Zvw of Wlz) waarbij het bijvoorbeeld lastig is om mensen met een Wlz-indicatie op te nemen in instelling voor gespecialiseerde ggz.
Oplossing(en)	<ul style="list-style-type: none"> • Versterk kennis over LVB in de ggz en het beperken van exclusiecriteria (oplossingsrichting 1d). • Bevorder samenwerking en kennisuitwisseling tussen VG- en ggz-organisaties, bijvoorbeeld via expertisecentra.

1h Afspraken over behandelduur, -vorm en –doelstelling en periodieke evaluatie – algemeen

Knelpunt	Onvoldoende doorstroom in de ggz, waardoor minder capaciteit voor mensen met complexe problemen.
Oplossingen	<p>Vergroot doorstroom en uitstroom door:</p> <ul style="list-style-type: none"> • behandelduur te verkorten; • regelmatig te evalueren; • tijdig af te sluiten; • te werken met waakvlamzorg of terugval optie zonder wachtlijst; • afspraken te maken over uitstroom; • te denken in op- en afschalen in plaats van in- en uitschrijven; en • meer digitale en groepsbehandelingen in te zetten.

1i Meer focus op (her)diagnostiek en behandeling - algemeen

Meer focus op (her)diagnostiek – algemeen

Knelpunten	Onvoldoende aandacht voor (her)diagnostiek waardoor niet de juiste zorg en ondersteuning wordt ingezet of op de juiste plek wordt geboden. Dit geldt o.a. voor cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) die onvoldoende herstellen. Deze cliënten hebben vaak diagnoses die jaren geleden zijn gesteld en nadien niet meer zijn aangepast. Dit geldt ook voor de medicatie die aan hen is voorgeschreven.
Oplossingen	Investeer in actuele (her)diagnostiek en behandeling, ook voor langdurige zorgvragers.

Specifiek voor clusters cruciale ggz

1i Meer focus op behandeling en daginvulling in de acute ggz (HIC)

Knelpunten	Binnen de High & Intensive Care (HIC) is er te weinig aandacht voor behandeling en voor daginvulling en -structurering.
Oplossingen	<ul style="list-style-type: none"> • Vervaag de grens tussen opvang en behandeling. • Bied dagstructuur en samenwerking met reguliere behandelaren.

Specifiek voor clusters cruciale ggz

1i Meer focus op behandeling en daginvulling in de acute ggz (HIC) en kliniek

Knelpunt	Onvoldoende nadruk op behandelen in HIC/kliniek.
-----------------	--

Oplossingen	<p>Vergroten van het behandelaanbod:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ambulante en klinische teams combineren. Flexibel kennis en expertise naar binnen halen, bijvoorbeeld via consultatie (oplossingsrichting 1d) of tijdelijke inzet van externe behandelaren (oplossingsrichting 2). Samenwerking versterken tussen het klinische team én met betrokkenen buiten de instelling (oplossingsrichting 1b) en benut bredere behandelcapaciteit, ook met minder specialistische profielen.
1j Meer regie op capaciteit in (cruciale) ggz en overige sectoren/domeinen - algemeen	
Knelpunt	Onvoldoende sturing op benodigde behandelplekken in (cruciale) ggz in samenhang met andere domeinen.
Oplossingen	<p>Meer regie op capaciteit in de (cruciale) ggz en andere domeinen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Creëer inzicht in de vraag naar en benodigde capaciteit in de (boven)regionale (cruciale) ggz (oplossingsrichting 5). Hierdoor worden knelpunten en mogelijkheden om die te aan te passen inzichtelijk. Voor de uitstroom uit de (cruciale) ggz zijn bijvoorbeeld voldoende behandelplakken en veilige woonplekken elders relevant.
Specifiek voor clusters cruciale ggz	
1j. Meer regie op capaciteit in (cruciale) ggz en overige sectoren – acute ggz (HIC en IHT)	
Knelpunten	Beperkte capaciteit HIC en IHT.
Oplossingen	<p>Vergroten capaciteit HIC/IHT en verbeteren van instroom, doorstroom en uitstroom.</p> <ul style="list-style-type: none"> Vergroten aantal acute behandelplekken binnen HIC en IHT. Inzet van crisisbedden beter aansluiten bij de praktijk. Dit vraagt om herziening van instroomcriteria en het aanpassen van de functie van deze bedden aan de actuele behoefte. De koppeling tussen acute ggz en HIC loslaten: in de acute ggz zijn klinische bedden nodig, maar niet altijd op het hoogste zorg- of beveiligingsniveau. Afspraken maken met partners in ggz en andere domeinen over vervolgzorg, inclusief prioritering. Een bredere samenwerking met alle organisaties in de regio om instroom te beperken en uitstroom te vergroten.
Specifiek voor clusters cruciale ggz	
1j. Meer regie op capaciteit in (cruciale) ggz en overige sectoren – kliniek	
Knelpunten	Onvoldoende regie op capaciteit.
Oplossingen	<p>Meer of andere verdeling. Of meer regie op capaciteit.</p> <ul style="list-style-type: none"> Maak de benodigde en beschikbare capaciteit (LIZ, KIB, beveiligd) inzichtelijk. Maak regionale afspraken tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten. Bepaal een duidelijke plaats voor de KIB als tussenvoorziening met specifieke inzet en doorstroomcriteria. Capaciteit uitbreiden of anders benutten waar nodig. Verbeter de afstemming en gezamenlijke regie met justitie en forensische zorg over instroomcriteria, plaatsing en uitplaatsing van cliënten die beveiligde zorg nodig hebben. Bevorder structurele samenwerking tussen klinieken, ambulante ggz, sociaal domein en beschermd en begeleid wonen om uitstroom naar lichtere vormen van zorg tijdig en soepel te laten verlopen.

Specifiek voor clusters ggz

1j. Meer regie op capaciteit in ggz en overige sectoren – kliniek (beveiligde bedden)

Knelpunten	<ul style="list-style-type: none">• De inzet van beveiligde bedden gebeurt nu zonder landelijke of regionale regie. Ggz-aanbieders, justitie en ketenpartners stemmen onvoldoende af over indicatiestelling, doorstroom en verantwoordelijkheden.• De huidige bekostiging is vooral gebaseerd op <i>geleverde productie</i> (behandeling), en niet op het <i>beschikbaar houden van klinische capaciteit</i>. Hierdoor ontstaat er geen financiële ruimte om beveiligde of intensieve bedden beschikbaar te houden als reservecapaciteit.
Oplossing(en)	<ul style="list-style-type: none">• Stimuleer en formaliseer regionale samenwerkingen tussen zorgaanbieders, gemeenten en ketenpartners om afspraken te maken over het verdelen en benutten van klinische bedden, inclusief beveiligde bedden.• Ontwikkel een toekomstbestendig model voor KIB waarbij capaciteit, kwaliteit en financiering afgestemd worden op actuele zorgvraag en complexiteit.• Versterk de samenwerking tussen ggz-instellingen en justitie om de inzet, indicatiestelling en doorstroom van beveiligde bedden beter op elkaar af te stemmen.

2a. Versterken personele capaciteit (algemeen)

Knelpunten	<p>Er is onvoldoende personele capaciteit in de ggz, vooral in de cruciale ggz. Dit wordt veroorzaakt door een beperkte instroom van nieuw personeel door het arbeidsmarkttekort, een hoog ziekteverzuim en een hoge uitstroom van medewerkers, vaak naar andere banen in de ggz. Vooral in de acute ggz en de kliniek laat dit tekort zich gelden.</p>
Oplossingen	<p>Om de personele capaciteit in de ggz te versterken kunnen onder andere de volgende acties worden ingezet:</p> <ul style="list-style-type: none">• Meer versnelde en flexibele opleidingen voor zij-instromers en duale leertrajecten;• Duo-constructies (twee verschillende functies);• Grotere inzet van ervaringsdeskundigen als bruggenbouwers tussen cliënten en zorgverleners;• Taakverschuiving, bijvoorbeeld van psychologen naar SPV'ers;• Ontregelen van zorg en meer professionele ruimte;• Verminderen administratieve lasten door inzet van ICT en AI;• Goed werkgeverschap met aandacht voor waardering en zeggenschap. Opleidings-, ontwikkel- en mentorschapsprogramma's kunnen dit ondersteunen;• Het creëren van horizontale ontwikkelmogelijkheden (naast verticale ontwikkelmogelijkheden);• Versterken arbeidsvoorwaarden;• Vergroten van het aantal opleidingsplaatsen; en• Betere structurele bekostiging, o.a. door meerjarencontracten tussen zorgverzekeraars en ggz aanbieders <p>Tenslotte kan worden ingezet op een minder grote druk op de personele capaciteit door allerlei maatregelen zoals een grotere inzet van het sociaal domein en eigen netwerk (oplossingsrichting 1b) of de behandeling anders in te richten, bijvoorbeeld door digitalisering of groepsbehandeling (oplossingsrichting 1h).</p>

Specifiek voor clusters cruciale ggz

2a. Versterken personele capaciteit (acute ggz en kliniek)

Knelpunten	Onvoldoende personeel in de cruciale ggz: vooral in de acute ggz/HIC en klinieken is de personele bezetting vaak ontoereikend. Dit speelt vooral bij psychiaters, verpleegkundigen, agogen en verzorgenden. Dit leidt tot hoge werkdruk, uitval en instabiele teams door een gebrek aan ervaren professionals. Ook de zwaarte van het werk, complexe zorgvragen en soms agressie, draagt bij aan uitstroom. Rollen overlappen, deskundigheid op kerngebieden ontbreekt, en er is weinig ruimte voor ontwikkeling. Bovendien sluit de beloning niet aan bij de zwaarte van het werk en wordt klinisch werk minder gewaardeerd dan ambulante werk (bron: V&VN-onderzoek).
Oplossingen	<ul style="list-style-type: none">• Investeer in trainingen, scholingsprogramma's die medewerkers beter toerusten in het herkennen en behandelen van somatische problematiek en agressieregulatie.• Ontwikkel en implementeer mentorprogramma's waarin ervaren professionals intensief jonge medewerkers coachen en begeleiden.• Introduceer en professionaliseer specialistische rollen binnen de kliniek, vergelijkbaar met functies op de Spoedeisende Hulp (SEH) of Intensive Care (IC).• Pas de beloningssystematiek aan zodat klinische functies beter gewaardeerd worden, recht doen aan de complexiteit van het werk en aantrekkelijk zijn voor huidige en toekomstige medewerkers.• Zet ervaringsdeskundigen in.• Voer flexibele werktijden/roosters in die aansluiten bij wensen en behoeften van personeel.• Verbeter de financiële en niet-financiële compensatie voor onregelmatige diensten.• Pas salarisstructuur aan voor klinische functies.• Verbeter de bekostiging (oplossingsrichting 4a).

Specifiek voor clusters cruciale ggz

2b. Continuïteit van ANW-diensten (crisisdienst)

Knelpunten	In de acute ggz zijn de avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten) moeilijk in te vullen. De bezettingsproblemen in deze diensten spelen bij psychiaters, SPV'ers en basisartsen.
Oplossingen	Bezetting ANW-diensten crisisdienst vergroten door: <ul style="list-style-type: none">○ Samenwerking met andere regionale partners in ggz: beschikbaarheid acute ggz is een gezamenlijk probleem. Oproep tot meer medisch specialistisch leiderschap;○ Goed werkgeverschap: zorgen voor professionele autonomie, minder regels en werken aan cultuur van samen met elkaar;○ Investeer in kennis en vaardigheden en ontwikkelingsmogelijkheden van medewerkers;○ Zet meer beroepen in, bijvoorbeeld SPV'ers en psychologen;○ Deelname aan diensten door externe medewerkers/partners mogelijk maken, nu zitten toegang tot ICT-systeem, et cetera in de weg; en○ Eisen stellen aan diverse beroepsgroep. Bijvoorbeeld wettelijk of bij (her)registratie m.b.t. ANW-diensten.

3. Versterken regionale samenwerking

Knelpunten	Onvoldoende regionale samenwerking in netwerk gericht op het gezamenlijk verbeteren van zorg voor mensen met complexe psychische problemen. Als oorzaken zijn genoemd: <ul style="list-style-type: none">• Elkaar onvoldoende kennen;• Veel betrokkenen met verschillen in taal, cultuur, taken en verantwoordelijkheden;
-------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan urgentiebesef en onvoldoende gezamenlijke eigenaarschap - het individueel belang prevaleert boven het gezamenlijk belang; • Onvoldoende betrokkenheid, zeggenschap en eigenaarschap van bewoners en mensen met psychische problemen en naasten; • Onvoldoende betrokkenheid van gemeenten en het sociaal domein; • Onvoldoende betrokkenheid en zeggenschap van professionals, samenwerking wordt nog te veel vanuit bestuurlijk niveau ingezet; • Het oplossen van knelpunten in de (cruciale) ggz wordt bij regio gelegd, te weinig richting vanuit landelijk niveau; • Onvoldoende financiële ondersteuning; en • Verkeerde prikkels in financiering en bekostiging (oplossingsrichting 4).
Oplossingen	<ul style="list-style-type: none"> • Bouw gezamenlijk aan een visie en koers met alle betrokken regiopartners, inclusief het sociaal domein. • Geef inwoners, mensen met psychische problemen en hun naasten een betekenisvolle stem, zodat kwaliteit van leven een centraal uitgangspunt wordt. • Bied ruimte aan professionals om elkaar te ontmoeten, kennis te delen en het voortouw te nemen bij de uitwerking van afspraken. • Landelijke partijen: geef regio's de ruimte, maar ook richting. Investeer in structurele samenwerking tussen beleid, praktijk en ervaringskennis, bied inhoudelijke én financiële ondersteuning, en neem verkeerde prikkels in bekostiging en financiering weg.

4. Aanpassen financiering en bekostiging - algemeen

Knelpunten	<ul style="list-style-type: none"> • Door schotten tussen de Zvw, Wlz, Wmo, Wpg en Jeugdwet en tegenstrijdige regels krijgen mensen met (hoog)complexe psychische problemen niet altijd passende zorg en ondersteuning (oplossingsrichting 1b). • Financiële prikkels en kaders stimuleren onvoldoende de beweging naar gezondheid en welzijn: investeren in laagdrempelige of bemoeizorg loont vaak niet, omdat baten elders neerslaan. • In de huidige bekostiging sluiten definities en tarieven onvoldoende aan op de kosten en aard van cruciale ggz. • Contractering en risicoverevening belonen zorg voor complexe problematiek te weinig en maken lichte zorg relatief aantrekkelijk. • Prikkels voor samenwerking, beschikbaarheid en consultatie ontbreken (oplossingsrichting 1d), waardoor juist bij complexe casuïstiek de noodzakelijke afstemming onder druk staat.
Oplossingen	<p>Verbeter de bekostiging door:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cliëntvolgende of regionale financiering; • Aangepaste ZPM-tarieven en definities; • Betere risicoverevening; • Gelijkgerichte contractering van cruciale ggz; en • Aanspreken zorgverzekeraars op zorgplicht.

Specifiek voor clusters ggz

Acute ggz (HIC/IHT)

Knelpunten	De kosten van HIC en IHT worden onvoldoende (gelijkgericht) bekostigd. Juist aan deze functie zijn hoge kosten verbonden. De prikkels in bekostiging en contractering staan afspraken over de coördinatie en beschikbaarheid van de acute ggz in de weg.
Oplossing(en)	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassen contractering en bekostiging van acute ggz (HIC/IHT)

5a. Vergroten inzicht in (regionale) wachttijden, vraag en aanbod - algemeen

Knelpunten	<ul style="list-style-type: none">• Er is onvoldoende inzicht in de beschikbare en benodigde capaciteit binnen de (cruciale) ggz en het sociaal domein. Dit geldt zowel regionaal als landelijk. Informatie over beschikbare en benodigde zorg en ondersteuning is vaak niet actueel en wordt beperkt gedeeld Dit geldt ook voor gegevens over wachtlijsten, instroom, doorstroom en uitstroom Hierdoor is het lastig om vraag en aanbod voor de korte en lange termijn goed op elkaar af te stemmen. Ook is er een discrepantie tussen de definities van cruciale ggz en de registratie in het kader van het Zorgprestatiemodel dat als basis voor bekostiging van ggz geldt• Overzicht van uitstroombmogelijkheden ontbreekt, zoals naar beschermd wonen of andere passende ondersteuning. Dit belemmert de doorstroom, verlengt opnames en vergroot de wachttijden.
Oplossingen	Vergroot inzicht in regionale wachttijden, vraag en aanbod van (cruciale) ggz en uitstroombmogelijkheden, zodat vraag en capaciteit beter op elkaar aansluiten.

5b. Verbeteren gegevensuitwisseling tussen professionals - algemeen

Knelpunten	<ul style="list-style-type: none">• Wettelijke kaders, zoals de AVG en het medisch beroepsgeheim, staan informatie-uitwisseling in de weg. Ook is het professionals niet altijd duidelijk wat wel en niet kan worden uitgewisseld. Hierdoor ontstaat beperkte informatieoverdracht, ook wanneer dit noodzakelijk is voor goede en tijdige zorg. Dit belemmert effectieve samenwerking, zorgt voor vertraging in de hulpverlening en kan leiden tot suboptimale ondersteuning van de cliënt.
Oplossingen	Geef duidelijkheid over wat professionals wél mogen delen en pas zo nodig wettelijke kaders aan om samenwerking te verbeteren.

Colofon

Volnummer	2025028102
Contactpersoon	Jirmeja Wijngaarde +31 (0)20 797 82 27 vragen@zinl.nl
Afdeling	Zorg
Team	Geestelijke Gezondheidszorg en Sociaal Domein
Uitgebracht aan	Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport