



# Werkkaarten actieaanpak toegankelijke cruciale ggz

Bijlage bij Inventarisatie knelpunten  
en oplossingen, eindrapportage  
toegankelijke cruciale ggz

Definitief | 16 februari 2026



# Overzicht van knelpunten en oplossingen toegankelijke cruciale ggz

Dit document is een afzonderlijke bijlage bij het eindrapport Inventarisatie knelpunten en oplossingen, actieaanpak toegankelijke cruciale ggz, dat is opgesteld door het Zorginstituut. In dit eindrapport worden knelpunten en oplossingen gepresenteerd voor het tot stand brengen van een toegankelijke cruciale ggz. De knelpunten en oplossingen zijn geïnventariseerd in werksessies met cliënten, naasten, zorgprofessionals, beleidsmedewerkers en andere deskundigen betrokken bij de cruciale ggz in 2025. De in de werksessies opgehaalde knelpunten en oplossingen zijn vooral gebaseerd op praktijkervaringen. Feiten die de omvang van de knelpunten en impact van oplossingen kunnen aantonen, kwamen in de sessies niet aan bod en ontbreken vaak nog.

In deze bijlage lichten we in zogenaamde werkkaarten deze knelpunten en oplossingen nader toe. We geven aan wie vooral aan zet zijn om deze knelpunten en oplossingen op te pakken en welke afspraken en initiatieven hierop al lopen. Ook vermelden we voorbeelden en geven we waar mogelijk de stand van zaken aan. De informatie wordt hierna gepresenteerd naar de volgende oplossingen:

- 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 sociaal en andere relevante domeinen (algemeen en specifiek acute ggz).
  - c. Meer focus op multiproblematiek en het doorbreken daarvan (algemeen).
  - d. Beperken 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, 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 crisisdienst).
- 3. Versterken regionale samenwerking (*algemeen*).**
- 4. Aanpassen financiering en bekostiging (*algemeen en specifiek acute ggz (HIC/IHT)*).**
- 5. Verbeteren informatievoorziening en overig**
  - a. Vergroten inzicht in wachttijden, vraag en aanbod (algemeen).
  - b. Verbeteren gegevensuitwisseling tussen zorgprofessionals (algemeen).

## 1a Versterken coördinatie van zorg en ondersteuning – algemeen

<b>Knelpunten</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Geen (tijdige) plek voor mensen met (hoog)complexe psychische problemen:</b> Vooral mensen met (hoog)complexe psychische problemen krijgen vaak niet tijdig de juiste hulp op de juiste plaats door lange wachttijden in de ggz. Zij komen steeds opnieuw op een wachtlijst omdat zorgaanbieders waarnaar zij worden verwezen hen niet kunnen helpen vanwege hun combinatie aan problemen. Soms is er helemaal geen adequate plek zowel bij instroom als doorstroom en uitstroom uit de ggz. Dit wringt vooral bij mensen die subacuut (op korte termijn) hulp nodig hebben. Huisartsen hebben hier onlangs weer aandacht voor gevraagd <a href="#">op basis van een nieuwe peiling van de Landelijke Huisartsen Vereniging</a> (LHV) onder huisartsen.</li><li>• <b>Onvoldoende inzicht in benodigd en beschikbaar aanbod:</b> Verwijzers naar en in de ggz hebben geen goed inzicht in het benodigde en beschikbare aanbod, zowel in de ggz als in het sociaal domein (zie ook oplossing 5a Vergroten inzicht in (regionale) wachttijden, vraag en aanbod).</li></ul>
<b>Oplossingen</b>	<p><b>Het versterken van coördinatie door het inrichten van transfermechanismen</b>, genoemd zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• domeinoverstijgend casuoverleg (DOCO);</li><li>• transfermechanismen/transfertafel;</li><li>• werkafspraken (bijvoorbeeld <a href="#">verwijsafspraken Arnhem</a>);</li><li>• actieve centrale zorgtoeleiding;</li><li>• overlegtafels (complexe) casuïstiek;</li><li>• doorzettingsmacht;</li><li>• urgentiebepaling;</li><li>• zorgbemiddeling door zorgverzekeraars.</li></ul>
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mentale Gezondheidsnetwerken (MGN) (transfer en DOCO);</li><li>• regio's (doorzettingsmacht);</li><li>• zorgverzekeraars (zorgbemiddeling).</li></ul>
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<p><i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• (Verdere) implementatie, doorontwikkelen en monitoren van MGN's en hun kernfuncties (waaronder DOCO en transfermechanismen/-tafel), <a href="#">Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'</a> (IZA)/ voortzetting activiteiten programma MGN door thematafel mentale zorg en ondersteuning IZA-AZWA. <b>Trekker:</b> De Nederlandse ggz. <b>Planning:</b> 2026 en verder.</li><li>• Ervaring op doen/inzicht delen met transfermechanismen door regio's met ondersteuning van programma Toegankelijkheid en Wachttijden ggz tot en met 2027. Eén van de transfermechanismen is Regionale doorzettingsmacht. <b>Trekker:</b> <a href="#">Stuurgroep Toegankelijkheid en wachttijden</a>. <b>Planning:</b> Evaluatie herpositionering Doorzettingsmacht: 2<sup>e</sup> helft 2025. Vervolgactiviteiten, waaronder monitoren en overdracht van activiteiten naar IZA-AZWA thematafel mentale zorg en ondersteuning, 2026 en verder.</li><li>• Actieve zorgbemiddeling zorgverzekeraars mogelijk maken en inzicht in wachtlijsten verbeteren. <a href="#">Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord</a> (AZWA, blz. 41). <b>Trekker:</b> ZN. <b>Planning:</b> Uitwerken proces proactieve bemiddeling fase 1: bemiddeling wachtenden boven de Treeknorm. Q3, 2025.</li><li>• Passend vervolg (<a href="#">AZWA</a>, blz. 49). <b>Trekker:</b> De Nederlandse ggz. <b>Planning:</b> Continuüm van afspraken overdracht EPA-patiënten naar huisarts, uiterlijk Q1 2026.</li><li>• Actualiseren normen voor wachttijden ggz (<a href="#">AZWA</a>, blz. 47), <b>Trekker:</b> VWS, <b>Planning:</b> Fase 1: In kaart brengen van de bestaande normen en evalueren waar deze nog voldoen en waar nieuwe normen nodig zijn, gereed 1 december 2025.</li></ul>

**Achtergrond-  
informatie  
afspraken/  
programma's/  
initiatieven**

Er lopen diverse trajecten om de coördinatie (transfermechanismen) en de toegang tot de (cruciale) ggz voor mensen met psychische problemen te versterken:

- In alle regio's zijn er MGN's oftewel samenwerkingsverbanden tussen sociaal domein, huisartsen en ggz in oprichting (IZA, blz. 74-78). In het [landelijk programma MGN](#) is de ontwikkeling hiervan in 2024 en 2025 gefaciliteerd. Vanaf 2026 wordt de vervolgactiviteiten van dit programma ondergebracht bij de werkgroep Domeinoverstijgende samenwerking sociaal domein-huisartsen-ggz IZA-AZWA van de thematafel Mentale zorg en ondersteuning. Door samen te werken zorgen de MGN's ervoor dat de hulpvraag van mensen met psychische klachten snel en op de juiste plek wordt opgepakt. De kernfuncties van de MGN's bestaan uit het bieden van verkennende gesprekken, organiseren van domeinoverstijgend casuoverleg (DOCOC), onderhouden van een transfermechanisme (transfertafel) en zorgen voor informatie over wachttijden en aanbod in sociaal domein en ggz. Bij dit transfermechanisme geven aanbieders elkaar inzicht in aantal en soort zorgvragers op hun afzonderlijke wachtlijsten staan. Ze bespreken periodiek het aantal wachtenden boven de treeknorm aan de transfertafel en proberen oplossingen tot stand te brengen.
- In 2026 wordt ingezet op de verdere implementatie van MGN's, een doorontwikkelagenda, uitwisselen van resultaten en monitoring van uitvoering, effecten en kosten. De werkgroep Domeinoverstijgende samenwerking sociaal domein-huisartsen-ggz/thematafel mentale zorg en ondersteuning IZA-AZWA geeft hieraan samen met de MGN's invulling.
- In het traject [Toegankelijkheid en Wachttijden ggz](#) werken landelijke partijen sinds 2022 samen met regio's om de wachtlijsten terug te brengen. Daarbij inspireren en faciliteren zij alle betrokkenen om meer en anders te gaan (samen)werken en transfermechanismen in te richten. In 2022 zijn er onder leiding van de Landelijke stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden afspraken gemaakt over Regionale Doorzettingsmacht (RDM) voor mensen die vastlopen in hun zoektocht naar passende ggz-behandeling. Mensen met psychische problemen, hun zorgverleners, zorgverzekeraars en unit complexe zorgvragen van VWS kunnen via RDM via een aantal treden escaleren wanneer de benodigde zorg voor hen niet tijdig of passend beschikbaar is en er via de reguliere transfermechanismen geen oplossing is gevonden. Elke regio heeft daarvoor een bestuurlijke overlegtafel ingericht. Daarnaast zijn er 8 bovenregionale tafels en is er een handreiking geschreven, [Regionale doorzettingsmacht \(RDM\): oplossen of escaleren](#) om de implementatie te stimuleren. In de 2<sup>e</sup> helft van 2025 heeft door de stuurgroep een evaluatie plaatsgevonden (Herpositionering Regionale doorzettingsmacht), waarbij is voorgesteld om een aantal escalatietreden te herpositioneren. In 2026 wordt dit voorstel verder uitgewerkt. Het voornemen is de (monitor)activiteiten van de stuurgroep in 2026 over te dragen aan de thematafel mentale zorg en ondersteuning IZA-AZWA.
- In het [AZWA](#) (Traject transparantie wachttijden ggz (Zvw) en proactieve bemiddeling, blz. 43-44) zijn afspraken gemaakt om de zorgbemiddeling door zorgverzekeraars te versterken. Het is de bedoeling dat vanaf 2026 op basis van geschoonde gegevens actief hierop wordt ingezet. Deze afspraak wordt uitgewerkt door de werkgroep Verbeteren toegang tot de ggz van de IZA-AZWA thematafel mentale zorg en ondersteuning.
- Met Passend vervolg ([AZWA](#) blz. 49) worden de afspraken bedoeld die De Nederlandse ggz, LHV, InEen, MIND en de beroepsgroepen maken over de wijze waarop patiënten met een chronische aandoening (binnen de zogenaamde EPA-groep) waarbij de klachten (tijdelijk) zijn gestabiliseerd op een goede manier worden overgedragen aan de huisarts. Onderdeel van de afspraken is het uitwerken een terugvalaanbod. Uitwerking van de

	<p>afspraken vindt plaats door werkgroep Verbeteren toegang tot de ggz van de IZA-AZWA thematafel mentale zorg en ondersteuning.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er zijn in het kader van het <a href="#">AZWA</a>-afspraken gemaakt om de normen voor wachttijden tot passende zorg (blz. 50) in ieder geval voor de medisch specialistische zorg en ggz te actualiseren. Ook wordt daarbij bekeken hoe de opgebouwde wachttijd – bijvoorbeeld bij verhuizing of bij weigering van zorg op grond van exclusiecriteria – meegenomen kan worden naar een andere zorgaanbieder. VWS is de trekker van dit project.</li> </ul>
<p><b>Voorbeelden</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verwijsafspraken Arnhem:</b> In de regio Arnhem zijn in 2022 duidelijke verwijsafspraken gemaakt tussen huisartsen en alle zorgaanbieders. Belangrijke elementen zijn dat er binnen 5 werkdagen na verwijzing een grove triage plaatsvindt door de ggz-aanbieder. Daarbij zijn de taken, verantwoordelijkheden en informatie-uitwisseling tussen huisartsen en zorgaanbieders vastgelegd. Mocht - bij uitzondering - bij de intake blijken dat de ggz-aanbieder toch niets kan bieden, dan verwijst deze zelf door naar een andere aanbieder, waarbij elkaars wachttijden worden overgenomen, zie <a href="#">Stroomschema Wachttijden GGZ</a>. Deze afspraken zijn onlangs geëvalueerd en de betrokken partijen zijn over het algemeen tevreden met de resultaten. Er is een aantal verbeterpunten geïdentificeerd, zoals het optimaliseren van de directe verwijzing. Er is daartoe een scholing voor huisartsen ontwikkeld, waarin bijvoorbeeld het onderscheid tussen basis-ggz en specialistische ggz en het belang van verwijzen naar een aanbieder met klinische detoxplaatsen bij alcoholverslaving onder de aandacht wordt gebracht. Hoewel de verwijsafspraken algemeen zijn, bieden ze belangrijke oplossingen voor mensen met (hoog)complexe problemen: snelle triage, ondersteuning voor huisartsen bij het vinden van de juiste zorg, het overnemen van wachttijden en een sterke focus op samenwerking tijdens de behandeling.</li> <li>• <b>Urgentiebepaling;</b> In de regio's Zwolle, Noord Holland Noord, 't Gooi en Rotterdam zijn er afspraken gemaakt over urgentie. Huisartsen geven aan als de urgentie subacuut is. In de regio's Zaanstreek Waterland, WSD en Waardenland is een afzonderlijk aanbod voor deze groep georganiseerd. Bron: <a href="#">Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden</a> ggz, d.d. oktober 2025.</li> <li>• <b>Afspraken bij uitstroom in Noord-Holland Noord:</b> In Noord-Holland Noord werken ggz aanbieders en huisartsen in een pilot aan een werkwijze rondom de uitstroom uit de ggz, genaamd het <a href="#">Doorstroom- en AfstemmingsGesprek, kortweg: het DAG-gesprek</a>.</li> </ul>
<p><b>Stand van zaken</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uit de monitor Mentale Gezondheidsnetwerken blijkt dat medio 2025 in ongeveer 76% van de regio's een domeinoverstijgend casusoverleg en in 21% een transfertafel functioneert.</li> <li>• Uit de <a href="#">monitor van de Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz</a> van medio 2025 blijkt dat vrijwel alle regio's regionale taskforces hebben ingesteld met een afvaardiging van veel partijen en Doorzettingmacht en transfermechanismen hebben ingericht.</li> <li>• Uit <a href="#">onderzoek van Trimbos</a> in 2024 blijkt dat de transfermechanismen/ transfertafels in regio's vooral gericht zijn op de brede instroom.</li> <li>• Zorgverzekeraars hebben in 2024 voor ruim 28.000 cliënten zorg bemiddeld. Gemiddeld is 87,5% van de zorgbemiddelingen succesvol. Dat wil zeggen: de client heeft een korter bemiddelingsvoorstel gekregen (en is aangemeld bij andere zorgaanbieders), zie <a href="#">factsheet Inzichten in zorgbemiddeling</a>.</li> </ul>



## 1b Versterken integrale aanpak met netwerk hulpvrager en sociaal en andere relevante domeinen – algemeen

<b>Knelpunten</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Grote instroom in ggz en verdringing van zorg voor mensen met complexe problemen:</b> Het aantal mensen dat een beroep doet op ggz neemt toe. Hierdoor kan de zorg voor mensen met (hoog) complexe problemen worden verdrongen.</li><li>• <b>Te veel hulpvragen worden gemedicaliseerd:</b> Er wordt te weinig gebruik gemaakt van en geïnvesteerd in de vele mogelijkheden die beschikbaar zijn in eigen netwerk en sociaal domein. Deze mogelijkheden kunnen zorgvragen voorkomen en oplossingen bieden voor psychische problemen die mede ontstaan door eenzaamheid, onvoldoende meedoen, zingeving of financiële problemen.</li><li>• <b>De zorg en ondersteuning door sociaal domein én ggz voor mensen met complexe problemen wordt te weinig integraal geboden.</b> Hierdoor wordt niet altijd passende zorg en ondersteuning geboden.</li></ul>
<b>Oplossingen</b>	<p><b>Veel mensen met (complexe) psychische problemen kunnen op een laagdrempelige manier in hun eigen netwerk en door initiatieven in het sociaal domein worden ondersteund door:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Investeren in bestaanszekerheid en sociale cohesie.</li><li>• Als belangrijke voorzieningen in het sociaal domein zijn genoemd herstellen regiecentra, allerlei buurt- en bewonersinitiatieven en e-communities.</li><li>• 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 op het gebied van<ul style="list-style-type: none"><li>○ werk;</li><li>○ opleiding;</li><li>○ inkomen;</li><li>○ schuldsanering;</li><li>○ laagdrempelige ondersteuning;</li><li>○ Wmo-voorzieningen; et cetera.</li></ul></li><li>• Een herstelgerichte benadering waarbij professionals cliënten vanaf de intake stimuleren om hun eigen kracht en mogelijkheden te ontdekken en te benutten bij het omgaan met hun psychische kwetsbaarheden;</li><li>• Ook kan er rond mensen met complexe psychische problemen nauwer worden samengewerkt tussen wijk- en ggz-teams en met andere partners in wonen, welzijn, maatschappelijke ondersteuning, sport en veiligheid. Dit met de inzet om de zorg en ondersteuning zo passend mogelijk te maken.</li></ul>
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mentale gezondheidsnetwerken (kernfunctie: verkennend gesprek);</li><li>• regio's (samenwerkingsafspraken zorg en welzijn en andere domeinen);</li><li>• zorgaanbieders (herstelgerichte intake en inzet netwerk);</li><li>• overheden (randvoorwaarden voor burgers/sociaal domein).</li></ul>
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<p><i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Versterkingsagenda mentale gezondheid en ggz met aandacht voor <a href="#">randvoorwaarden mentale gezondheid</a>. <b>Trekker:</b> VWS. <b>Planning:</b> 2026 en verder.</li><li>• Het tot stand brengen van een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten in 2027 (IZA). Er is een landelijk <a href="#">Loket Laagdrempelige Steunpunten</a> ingericht. <b>Trekker:</b> VNG. <b>Planning:</b> ondersteuning steunpunten in 2025 en 2026.</li><li>• Inzetten op het versterken van de basisvoorzieningen in wijken en buurten op het gebied van gezondheid, ondersteuning, welzijn en zorg (<a href="#">AZWA</a>, blz 68). Er komt o.a. structurele financiering van laagdrempelige steunpunten en sociaal verwijzen als basisfunctionaliteit. <b>Trekkers:</b> VNG, ZN en VWS. <b>Planning:</b> opleveren set landelijke afspraken Q1 2026.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inzetten op het versterken van de mogelijkheden van sociaal verwijzen en het vergroten van de leefbaarheid en veiligheid in stedelijke gebieden (<a href="#">AZWA</a>, blz. 68).</li> <li>• Versterken/borging e-communities (<a href="#">IZA</a>, blz. 70). <u>Trekker</u>: MIND. <u>Planning</u>: voorstel gereed medio 2026.</li> <li>• MGN's richten vormen van oriënterende of verkennende gesprekken in samenwerking met het sociaal domein. Het IZA-doel is dat eind 2025 in alle regio's een MGN actief is (oplossingsrichting 1a). <u>Trekker</u>: ZN. <u>Planning</u>: inrichting structuur 1/1/2026.</li> </ul>
<p><b>Achtergrond afspraken/ programma's/ initiatieven</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is steeds meer aandacht voor randvoorwaarden voor burgers om mentaal gezond te leven. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werkt met andere ministeries en partijen aan de Versterkingsagenda mentale gezondheid en ggz. Hierin wordt gewerkt aan de thema's versterken van mentale veerkracht, wachttijdondersteuning, overgang jeugdhulp naar volwassenen-ggz, waakvlamondersteuning en vrouwengezondheid.</li> <li>• Op steeds meer plekken in het land zijn er laagdrempelige steunpunten, waaronder zelfregie- en herstelorganisaties (ZHO's) voor en door mensen met psychische kwetsbaarheden en ontwrichting. Laagdrempelig en met ervaringsdeskundigheid helpen zij mensen zelf weer grip op hun herstel en daarmee hun leven te krijgen. De <a href="#">MIND Atlas</a> en de <a href="#">Nederlandse vereniging voor zelfregie en herstel (NVZH)</a> biedt een overzicht van aangesloten zelfregie- en herstelorganisaties op hun website. In het <a href="#">AZWA</a> (blz. 12) zijn afspraken gemaakt over het structureel financieren van de basisfunctionaliteiten in het sociaal domein, zoals sociaal verwijzen en laagdrempelige steunpunten. De IZA-AZWA activiteiten worden opgepakt door de werkgroep laagdrempelige steunpunten van de thematafel Medisch-sociaal en preventie.</li> <li>• E-communities kunnen zowel voor mensen met algemene lichte klachten en vragen als voor mensen met (complexe) psychische problemen van waarde zijn. De <a href="#">IZA-AZWA</a>-werkgroep e-communities/thematafel mentale ondersteuning en zorg brengt de komende periode in beeld hoe deze voor beide doelgroepen verder kunnen worden geborgd en structureel kunnen worden gefinancierd.</li> <li>• Er wordt steeds nauwer samengewerkt tussen teams in de wijk op gebied van bijvoorbeeld veiligheid, wonen, jeugd/gezin, zorg en ondersteuning. Juist voor mensen met complexe psychische problemen, die vaak met meerdere vormen van zorg en ondersteuning te maken hebben en daarmee een groot aantal hulpverleners, kunnen deze samenwerkingsverbanden bijdragen aan een integrale aanpak van zorg en ondersteuning. Dit geldt onder andere voor mensen met EPA in FACT-teams, in de zorg aan gezinnen en in de acute keten, waar de acute ggz onderdeel van uitmaakt.</li> <li>• In regio's zijn er tal van initiatieven om de samenwerking tussen zorg en sociaal domein in de breedte en het netwerk van de cliënt te versterken, o.a. door het instellen van domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO/MGN, oplossingsrichting 1a), het inrichten van gezamenlijke teams, afspraken over consultatiemogelijkheden van ggz naar sociaal domein en andersom. Ook wordt er samengewerkt rondom doelgroepen: rondom mensen met een justitiële maatregel, o.a. in zorg- en veiligheidshuizen (zie ook oplossingsrichting 1b, acute ggz), mensen die langdurig gebruik maken van zorg en ondersteuning (EPA) en rondom gezinnen. In de Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028 en het Toekomstscenario Kind- en Gezinsbescherming staat in de visie en werkwijze het gezin als geheel centraal. Uitgangspunt is een systemische benadering waarbij niet alleen naar het kind of jongere wordt gekeken, maar naar het hele huishouden. In o.a. het programma</li> </ul>

	<p><a href="#">Toekomstscenario's kind en gezinsbescherming</a> wordt in proeftuinen daaraan gewerkt.</p>
<p><b>Voorbeelden</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In oktober 2025 is het landelijk platform <a href="#">Welkom bij In je bol</a> officieel gelanceerd, een initiatief van MIND Us, MIND (inclusief de MIND Hulplijn), Stichting 113 Zelfmoordpreventie, @ease, Join Us, Transformers Community en De Kindertelefoon. <i>In je bol</i> wordt gezien als dé landelijke 'landingsplaats' waar jongeren (16-27 jaar) met lichte mentale klachten en vragen, gratis en anoniem terecht kunnen. Het platform wil het voor jongeren makkelijk maken om snel ondersteuning te vinden die aansluit bij hun behoeften. Dit om te voorkomen dat ze juist in deze voor hun zo belangrijke 'vormende' jaren, mentale problemen ontwikkelen. En het platform wil dé plek zijn waar huisartsen, overheden, influencers, vrijwilligers, etc., jongeren naar kunnen verwijzen.</li> <li>• In Groningen wordt in het project Voorzorg hulp geboden aan mensen die op een wachtlijst staan voor specialistische ggz. Tijdens de wachttijd krijgen de deelnemers hulp van ervaringsdeskundigen met ondersteuning van andere ggz-professionals en het sociaal domein. Zie de <a href="#">factsheet Omdenker Voorzorg</a>.</li> <li>• In alle regio's wordt ingezet op het gezamenlijk terugbrengen van wachtlijsten, o.a. door vanaf de start goed te kijken welke ondersteuning in sociaal domein en/of ggz nodig is (verkennd gesprek). In Zuid-Limburg is bijvoorbeeld door alle gezamenlijke zorgaanbieders een <a href="#">Het Uniform Instroommodel</a> ontwikkeld.</li> <li>• In verschillende regio's wordt gewerkt met de aanpak Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM). Hierbij wordt ingezet op de zelfregie van personen (op het mentale vlak) en de kracht en mogelijkheden die al aanwezig zijn bij de persoon (en zijn netwerk). Voorbeelden zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="#">Gezond Veluwe</a>;</li> <li>○ <a href="#">Mentale gezondheid Groningen</a>.</li> </ul> </li> <li>• Ggz-aanbieders richten zich bij intake en het vervolg van de behandeling steeds meer op de mogelijkheden van cliënten en hun netwerk, zie o.a. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="#">Netwerkintake e-Learning</a>;</li> <li>○ <a href="#">GGZ Noord-Holland-Noord infographic</a>;</li> </ul> </li> <li>• In de ggz wordt erop steeds meer plekken gewerkt met <a href="#">Resourcegroepen</a>, waarbij met de hulpvrager een netwerk om hem heen wordt ingericht.</li> <li>• Samenwerking rondom patiënten met complexe zorgvraag, zoals de EPA-aanpak in Friesland, Drenthe en Utrecht. In Friesland zijn er FACT-gemeenteteams en een FACT-team inclusief <a href="#">IPS</a>-trajectbegeleiders en ervaringsdeskundigen. Ook wordt samengewerkt met het UWV. Uitgangspunt is één team, één plan, één dossier, zoals in <a href="#">Friesland, gemeenten en ggz, samen voor epa</a>. Bij <a href="#">Optimaal leven in Drenthe</a> werken ggz, verslavingszorg, huisartsen gemeenten en zorgverzekeraars nauw samen rondom de EPA-doelgroep. In de provincie <a href="#">Utrecht</a> wordt er eveneens gebiedsgericht samengewerkt rondom deze doelgroep tussen wijkteams, huisarts en ggz-zorgaanbieders.</li> </ul>
<p><b>Stand van zaken</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Landelijk zijn er in 2025 ongeveer 300-350 laagdrempelige steunpunten. 56 organisaties met 210 locaties zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Zelfregie en Herstel (NVZH), zie eindrapport '<a href="#">de waarde en inbedding van de zelfregie- en herstelbeweging</a>'.</li> <li>• In 225 gemeenten is Welzijn op recept beschikbaar, <a href="#">Landelijke kennisnetwerk Welzijn op recept   welzijnoprecept.nl</a>.</li> </ul>

## Specifiek voor clusters cruciale ggz

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

<b>Knelpunten</b>	<p><b>De zorg en ondersteuning voor mensen in (potentiële) acute crisis wordt te weinig integraal geboden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Organisaties in de verschillende domeinen maken te weinig gebruik van elkaars kennis en aanwezigheid.</li><li>• Er wordt onvoldoende geïnvesteerd in voorkomen van acute ggz, zoals bemoeizorg, opvolging van meldingen of stabiele woonplekken.</li><li>• De hulp is te veel gericht op zorg en te weinig op veiligheid.</li><li>• Veel meldpunten maar niet duidelijk wie actie neemt.</li><li>• Te veel accent op brandjes blussen, te weinig op structurele oplossingen.</li><li>• Uitstroom is complex, geen goede overdracht en onvoldoende mogelijkheden zoals beschermd wonen en maatschappelijke opvang.</li><li>• Elke domein werkt vanuit eigen referentiekader, dit werkt afschuiven in de hand in plaats van gezamenlijke oplossingen tot stand brengen.</li><li>• Handelingsperspectief voor professionals is complex. Zij signaleren dat er iets moet gebeuren, maar vervolgens lopen zij tegen allemaal barrières op, in eisen, regels, et cetera.</li></ul>
<b>Oplossingen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Korte lijnen en elkaar helpen in crisissituaties.</li><li>• Tijd en geld voor bemoeizorg.</li><li>• Adequate opvolging van signalen.</li><li>• Wegnemen van oorzaken van crises.</li></ul>
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	regio's met partners uit sociaal, zorg en veiligheidsdomein
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<p><i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Werkgroep cruciale ggz IZA: normenkader HIC/IHT. Trekker: NVvP, gereed 1<sup>e</sup> helft 2026.</li><li>• <a href="#">Actieprogramma Grip op onbegrip</a>. Trekker: ZonMw, Planning 2025-2027</li><li>• Interdepartementale aanpak in vervolg op eindrapportage <a href="#">commissie verward-onbegrepen gedrag en veiligheid</a>. Trekker: Minister van BZK. Planning: jaarlijks een voortgangsrapportage.</li><li>• Onderzoek Movisie naar bemoeizorg in opdracht van het Ministerie van VWS, november 2025, zie <a href="#">factsheet: van vangnet naar bemoeizorg</a>.</li><li>• Rapport Toezicht sociaal domein, <a href="#">Rapport Klem in het systeem. Complexiteit stelsel belemmert effectieve samenwerking in de zorg en ondersteuning aan mensen met verward of onbegrepen gedrag   Toezicht Sociaal Domein</a>, december 2025.</li></ul>
<b>Achtergrond afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• In het normenkader HIC/IHT, dat op 26 september 2025, ter consultatie aan betrokken partijen bij de cruciale ggz is voorgelegd, wordt geconstateerd dat er verbeteringen in de in- en doorstroom van de acute ggz nodig zijn. Dit kan o.a. door te investeren in de openbare ggz en beschermd wonen. Er wordt vanuit gegaan dat dit knelpunt wordt meegenomen in de actieaanpak cruciale ggz.</li><li>• In het <a href="#">Actieprogramma Grip op Onbegrip</a> wordt gewerkt aan het verder brengen van goede praktijken en het duurzaam verbinden van praktijk en kennis en het stimuleren van een lerende cyclus:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Twaalf van de 25 veiligheidsregio's zijn bezig met de implementatie van een Aanpak ter voorkomen van escalaties (AVE).</li><li>○ Ook zet het programma in op het versterken van de samenwerking</li></ul></li></ul>

tussen ketenpartners binnen het zorg-, veiligheids- en sociaal domein die te maken hebben met personen met onbegrepen gedrag. Dit gebeurt onder ander op het gebied van vroegsignalering en samenwerkingsinitiatieven bij triage en opvolging van meldingen.

- In vervolg op de Parlementaire Verkenning verward/onbegrepen gedrag en veiligheid is een interdepartementale aanpak opgezet onder regie van het ministerie met andere ministeries (JenV, VWS, VRO en SZW [Brief - Voortgangsbrief beleidsreactie eindrapportage commissie verward-onbegrepen gedrag en veiligheid](#)). Het ministerie van BZK zet zich specifiek in op het bewaken van de voortgang in de opvolging van de aanbevelingen en opvolgingen van de parlementaire verkenning. Belangrijke aanbevelingen die in de Parlementaire Verkenning zijn opgenomen zijn het aanwijzen van de burgemeester als probleemeigenaar bij complexe casuïstiek, structurele financiering van de levensloopaanpak en Zorg- en veiligheidshuizen en zorg voor regionale voorzieningen bij en na een acuut veiligheidsrisico en het versterken van vroeg signalering in wijken en bemoeizorg. Veel van deze activiteiten vormen onderdeel van het Actieprogramma Grip op Onbegrip (zie hiervoor). Ook wordt ingezet op het versterken van bestaanszekerheid, verminderen van schulden, huisvesting en werk ter preventie.
- Om meer inzicht te krijgen in de samenwerking tussen betrokken partners in het netwerk van bemoeizorg, heeft Movisie, in opdracht van het ministerie van VWS, een praktijkonderzoek naar bemoeizorg uitgevoerd, zie [factsheet: van vangnet naar bemoeizorg](#). Met de informatie uit het onderzoek wordt een handreiking opgesteld waarin 'best practices' worden gedeeld.
- In december 2025 heeft het Toezicht sociaal domein in samenwerking met enkele andere inspecties het [Rapport Klem in het systeem. Complexiteit stelsel belemmert effectieve samenwerking in de zorg en ondersteuning aan mensen met verward of onbegrepen gedrag | Toezicht Sociaal Domein](#) uitgebracht. In het rapport wordt geconcludeerd dat de hulp aan mensen met verward of onbegrepen gedrag veel beter moet. Er moeten er meer wettelijke mogelijkheden komen om 'bemoeizorg' te geven aan mensen die zelf hulp mijden, als zij een gevaar voor zichzelf of hun omgeving zijn. Ook moeten er meer plekken komen voor mensen om te wonen of behandeling te krijgen. De maatregelen zijn nodig zodat de zorg, gemeenten en politie eerder of beter kunnen ingrijpen als dat nodig is. De inspecties doen een dringende oproep aan de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) om hier als regievoerder voor te zorgen.

### Voorbeelden

- In het kader van het ZonMw programma wordt samengewerkt in diverse projecten [Zorg en Veiligheid rond onbegrepen gedrag](#):
  - Goede voorbeelden zijn straattriage, geconeerde teams zoals het 'Eropaf-team' in Utrecht, de Rapid Responder GGZ in Friesland én de 'psycholance', maar ook domeinoverstijgende samenwerking zoals bij de 24/7
  - Op gebied van vroegsignalering: In Zuid-Limburg is de rol van Wijk-ggd-er in een aantal gemeenten geïmplementeerd. In Groningen is een wijk-ggz-er aan de wijkteams toegevoegd aan lokale teams.
- Samenwerking tussen ervaringsdeskundigen én huisartsen in Noord- en Midden Limburg. Huisartsen kunnen mensen verwijzen naar Zelfregie. Dit doen ze vooral voor ex-cliënten van de kerninstelling. Dus mensen waar groter risico op crisis aanwezig is. Op deze manier wordt crisis in deze doelgroep voorkomen én dus ook de druk op functies zoals IHT of crisisdienst verlaagd. Samenwerking tussen ervaringsdeskundigen én huisartsen in Noord- en Midden Limburg. Huisartsen kunnen mensen verwijzen naar Zelfregie. Dit doen ze vooral voor ex-cliënten van de kerninstelling. Dus mensen waar groter risico op crisis aanwezig is. Op deze manier wordt crisis in deze doelgroep voorkomen én dus ook de

	druk op functies zoals IHT of crisisdienst verlaagd.
<b>Stand van zaken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantal meldingen overlast door verward en onbegrepen gedrag bij politie: 2023: 141.724 en in 2024: 149.85 (E33-meldingen). <a href="#">Jaarcijfers politie: stijging overlast personen met verward gedrag houdt aan   politie.nl</a>.</li> <li>• <a href="#">Aantal meldingen bij acute ggz</a>: 79.200 (23 van 28 regio's); met grote verschillen naar regio. Meer dan de helft van de verwijzingen naar de acute ggz komen via de huisarts. Een op de vijf via de politie. Verder betreft 16% zelf- of verwijzingen door naasten en komt 3% van verwijzingen uit sociaal domein. De regionale verschillen zijn ook hier groot.</li> <li>• Gemiddeld wordt de helft van de acute ggz ambulante geleverd en een kwart wordt klinisch opgenomen (<a href="#">Akwa GGZ, 2022</a>). Per regio zijn grote verschillen te zien: ambulante: 32 - 76%; klinische opname: 16 - 38%; geen vervolgzorg: 7 - 47%.</li> </ul>

## 1c Meer focus op aanpak multiproblematiek en het doorbreken daarvan – algemeen

<b>Knelpunt</b>	<b>Onvoldoende oplossingen op maat voor cliënten met multiproblematiek, waardoor hoger of ondoelmatig gebruik van o.a. (cruciale) ggz en ondersteuning dan wenselijk:</b> Een relatief kleine groep cliënten met multiproblematiek op verschillende leefgebieden zoals gezondheid, financiën en sociale relaties, legt een groot en langdurig beslag op de zorg en voorzieningen in het sociaal domein. Zij zien veel verschillende hulpverleners. Vaak ontbreekt een integrale aanpak gericht op de langer termijn, voldoen standaard oplossingen niet en is er sprake van botsende regels en wetten (schotten) waardoor tijdige, juiste en doelmatige zorg en ondersteuning onvoldoende tot stand komt.
<b>Oplossing</b>	<b>Een doorbraak aanpak voor mensen met multiproblematiek:</b> Samen met partners uit zorg, welzijn, veiligheid, werk en wonen de kern van de multiproblematiek van mensen vroegtijdig en gezamenlijk aanpakken binnen zogenaamde maatwerk-, doorbraak- of levenslooptrajecten. Hierbij staan vroegsignalering, een persoonlijke benadering en een naadloze samenwerking tussen alle betrokken organisaties centraal, zodat hulp op maat en tijdig kan worden geboden, met als doel duurzame verbetering van de leefsituatie en het doorbreken van vastgelopen patronen.
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aanbieders en financiers in zorg, sociaal en veiligheidsdomein (bijdragen aan gezamenlijke oplossingen);</li><li>• Overheid (randvoorwaarden in wet- en regelgeving).</li></ul>
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<p><i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Maatwerktrajecten multiproblematiek worden in veel gemeenten toegepast. Vaak wordt daarbij de doorbraakmethode van het Instituut voor Publieke Waarden (IPW) gebruikt. IPW zorgt voor goede lokale escalatieroutes binnen de bestaande kaders bij. Desgewenst kunnen gemeenten ondersteuning door <a href="#">Professionals voor Maatwerkproblematiek</a> (PMM) voor complexe multiproblematiek in het sociaal domein inzetten.</li><li>• Gezamenlijke aanpak voor mensen met onbegrepen gedrag en (hoge) veiligheidsrisico's, waaronder de werkagenda <a href="#">Verbeteren van de aansluiting tussen de forensische zorg en reguliere zorg</a>.</li></ul>
<b>Achtergrond-informatie afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Om maatwerktrajecten bij aangesloten gemeenten te stimuleren en faciliteren is het netwerk <a href="#">PMM</a> opgezet. In het netwerk PMM werken gemeenten samen met verschillende ministeries en landelijke uitvoeringsorganisaties. Het netwerk biedt o.a. een register om snel de juiste professional te vinden, een loket om casussen in te brengen, een landelijk escalatieteam om te helpen bij escalatie en een overbruggingsprocedure om helderheid te brengen in wie moet betalen.</li><li>• Er wordt regionaal en landelijk steeds meer samengewerkt rondom mensen met verward gedrag en een (hoog) veiligheidsrisico (zie ook oplossing 1b Integrale aanpak, zorg en veiligheid - acute ggz). De werkagenda <a href="#">Verbeteren van de aansluiting tussen de forensische zorg en reguliere zorg</a> richt zich specifiek op het deel van deze doelgroep, mensen met een hoog veiligheidsrisico. Voor hen is o.a. de Levensloopaanpak <a href="#">Zorg en veiligheid voor inwoners</a> ingericht met een verankering in alle regio's. Voor deze cliënten wordt in de levensloopaanpak geregeld dat forensische zorg langdurig betrokken blijft (casemanagement) en er samenhang wordt gerealiseerd tussen ondersteuning, zorg en veiligheid.</li></ul> <p>In deze trajecten werken regionale partners uit verschillende domeinen nauw samen om vroegtijdig in te grijpen en gezamenlijk duurzame oplossingen te vinden. Dit vindt vaak plaats in samenwerkingsverbanden, die in oplossingsrichtingen 1a en 1b worden beschreven. Specifiek aan deze</p>

	<p>oplossingsrichtingen is het accent op doorbraken in de aanpak van de problematiek. Ook leren ze van concrete casussen en onderzoeken ze of aanpassingen in wet- en regelgeving nodig zijn om de aanpak te verbeteren.</p>
<b>Voorbeelden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De gemeenten Amsterdam, Den Haag, Heerenveen, Utrecht, Leeuwarden en Zwolle zijn voorlopers op het gebied van het tot stand brengen van maatwerkoplossingen, een voorbeeld hiervan is de <a href="#">Doorbraakroutes gemeenten bij vastlopende casuïstiek</a>. Ook andere gemeenten zetten dat steeds vaker in.</li> <li>• Het Coördinatiepunt beveiligde bedden (LCBB) heeft de routes (<a href="#">Escalatie</a>)routes bij ingewikkelde casuïstiek in beeld gebracht die kunnen worden ingezet om passende zorg bij ingewikkelde problematiek te organiseren. Het LCBB, dat per 1 september 2025 onderdeel is geworden van het Landelijk Bureau Zorg- en Veiligheidshuizen, kan hierbij ook adviseren.</li> <li>• <a href="#">Het Bouwdepot</a> is een aanpak voor jongeren in een kwetsbare situatie. Zij krijgen een jaar lang elke maand 'leef- en leergeld' van € 1.150. Daarmee leren zij bouwen aan hun toekomst. De aanpak heeft op de korte en op de lange termijn een gunstige impact: het leidt tot vermindering van financiële stress, verbeterde mentale gezondheid, meer zelfvertrouwen en grotere zelfstandigheid.</li> </ul>
<b>Stand van zaken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantal maatwerktrajecten is niet bekend.</li> <li>• <a href="#">Aantal cliënten levenslopaanpak</a>, 2025, ca. 600</li> </ul>

## 1d Beperken en afspraken over exclusiecriteria ggz – algemeen

<p><b>Knelpunten</b></p>	<p><b>Er worden te veel exclusiecriteria door zorgaanbieders gehanteerd:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mensen met (hoog) complexe psychische problemen vinden vaak lastig tijdig een juiste plek omdat veel zorgaanbieders exclusiecriteria hanteren. Hierdoor komen zij steeds opnieuw op een wachtlijst. Ook bestaat er een kans dat ze helemaal niet worden geholpen, omdat er geen geschikt aanbod is.</li> <li>• Exclusiecriteria worden ingezet omdat zorgaanbieders zich vaak richten op specifieke doelgroepen o.a. als gevolg van specialisaties of om financiële redenen.</li> </ul> <p>Veel voorkomende uitsluitingsgronden zijn comorbiditeit en postcode (niet wonen in het verzorgingsgebied van de zorgaanbieder). Bij comorbiditeit wordt bedoeld op meerdere aandoeningen tegelijk of een combinatie van een aandoening tezamen met problematiek, zoals crisisgevoeligheid, suïcidaliteit, (te laag) BMI, verslaving, een licht verstandelijke beperking (LVB) en autisme.</p>
<p><b>Oplossingen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Er zijn regionale en landelijke afspraken tussen zorgaanbieders in de specialistische ggz en zorgverzekeraars nodig over het gebruik/beperken van exclusiecriteria.</b> Door exclusiecriteria terug te dringen worden patiënten met complexe psychische problemen sneller geholpen en wordt er voorkomen dat zij van aanbieder naar aanbieder worden doorverwezen. Voor huisartsen wordt het verwijzen eenvoudiger en overzichtelijker.</li> <li>• Minder exclusiecriteria betekent ook dat de <b>deskundigheid bij zorgaanbieders versterking vraagt</b>, zodat zij beter toegerust zijn om mensen met comorbiditeit, waaronder LVB, autisme, et cetera te behandelen. Dit kan o.a. door consultatie (zie oplossing 1e) en een verdergaande samenwerking tussen bijvoorbeeld organisaties in de ggz en verslaving en verstandelijk gehandicaptenzorg (zie ook oplossing 1f en 1g). Ook deskundigheidsbevordering, bijvoorbeeld door het investeren in een infrastructuur van kennis en expertise (zie oplossing 2) en het aanpassen van zorgstandaarden op het gebied van comorbiditeit (zie oplossing 5.c) zijn essentieel.</li> </ul>
<p><b>Wie zijn vooral aan zet</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zorgverzekeraars en aanbieders van specialistische ggz (afspraken over exclusiecriteria bij contractering);</li> <li>• regio's (afspraken over wijze van samenwerken).</li> </ul>
<p><b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b></p>	<p><i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In het <a href="#">AZWA</a> (blz. 55), is afgesproken dat zorgaanbieders vanaf 2026 stoppen met het hanteren van exclusiecriteria (blz. 55), behalve wanneer dit strikt noodzakelijk is voor zorginhoudelijk te onderbouwen uitzonderingsgevallen. <i>Trekker:</i> p.m. <i>Planning:</i> p.m.</li> </ul>
<p><b>Achtergrond-informatie afspraken/ programma's/ initiatieven</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In het <a href="#">AZWA</a> (blz. 55) is vastgelegd dat het beperken van inclusiecriteria kan worden gerealiseerd door de samenwerking in de regio's tussen grote geïntegreerde instellingen en andere ggz-aanbieders te verstevigen. Enkel voor een aantal "laag volume, hoog complexe zorgvragen" zouden exclusiecriteria kunnen gelden op basis waarvan vanuit een regio kan worden doorverwezen naar een landelijke (3e lijns) voorziening. Zorgverzekeraars nemen het inperken van exclusiecriteria mee in het inkoopbeleid voor de ggz vanaf 2027. Zij hanteren hierbij het principe van redelijkheid en billijkheid, met aantoonbare inachtneming van de belangen van patiënten en zorgprofessionals. De uitwerking van deze afspraken vindt plaats door de werkgroep cruciale ggz, onderdeel van de thematafel mentale zorg en ondersteuning.</li> </ul>
<p><b>Voorbeelden</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Verwijsafspraken Arnhem</a>. Bij oplossingsrichting 1a lichten we dit voorbeeld nader toe. In deze afspraken zijn ook oplossingsrichtingen opgenomen om exclusiecriteria te beperken. "Na intake start in principe</li> </ul>

	<p>de behandeling. Mocht men niet de gehele behandeling kunnen vormgeven (omdat er bijvoorbeeld specifieke expertise mist) dan start er minimaal een deel van de behandeling. De benodigde aanvullende expertise wordt dan door de behandelaar in het werkveld gezocht, de regionale overlegtafel fungeert hierbij als vangnet, wanneer deze niet wordt gevonden". En "Bij uitzondering - omdat de behandelinstelling niets kan bieden - is het mogelijk door te verwijzen naar een andere instelling of terug te verwijzen naar de huisarts (met een advies)". Daarbij geldt de spelregel dat de betrokken behandelaar die de intake heeft uitgevoerd, voor consultatie beschikbaar blijft voor respectievelijk de overnemende behandelaar en de huisarts.</p>
<p><b>Stand van zaken</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uit het <a href="#">MIND onderzoek</a> van 2023, waarin de ervaringen van cliënten onderzocht werden, bleek dat de helft van de respondenten, die na 2021 hulp zocht én daarbij problemen ondervond, de toegang tot één of meerdere behandelingen werd geweigerd. De helft van hen kreeg te horen dat zij te complex waren, een derde hoorde dat er geen passend zorgaanbod was.</li> <li>• Uit een <a href="#">peiling LHV van 2025</a> onder huisartsen kwam naar voren dat in de samenwerking met de ggz het grootste knelpunt de wachttijden (92%) zijn en het afwijzen van verwijzingen (72%). Met betrekking tot de specialistisch ggz geven huisartsen aan dat er onvoldoende gespecialiseerde zorg beschikbaar is (74%).</li> <li>• In de factsheet <a href="#">Zorgbemiddeling 2022-2024</a> werden de volgende inzichten vermeld: Zorgbemiddeling lijkt met name lastig bij ADHD-diagnostiek, diagnostiek en behandeling autisme/ASS, transgenderzorg, traumabehandeling, ernstige eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornis, dissociatieve stoornissen, dubbel diagnose, meerdere diagnoses tegelijk en anderstaligen.</li> </ul>

## Specifiek voor clusters cruciale ggz

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

<b>Knelpunten</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Crisisgevoeligheid wordt soms uitgesloten door zorgaanbieders in de specialistische ggz.</b></li><li>• <b>De crisisdienst weigert soms zorg te verlenen aan mensen die al in behandeling zijn in de ggz en in een acute crisis verkeren.</b></li></ul> <p>Dit kan ertoe leiden dat er geen of niet de juiste hulp wordt verleend aan cliënten met crisisgevoeligheid, al dan niet in een acute crisis. Of dat er voor hen extra lange wachtlijsten gelden.</p>
<b>Oplossingen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Afspraken tussen ggz-aanbieders en crisisdienst over verwijzen en behandelen bij crisisgevoeligheid.</li></ul>
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	regionale crisisdienst, huisartsen, ggz-behandelaren en zorgverzekeraars
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<p><i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• In het <a href="#">AZWA</a> (blz. 55) is afgesproken dat zorgaanbieders vanaf 2026 stoppen met het hanteren van exclusiecriteria, behalve wanneer dit strikt noodzakelijk is voor zorginhoudelijk te onderbouwen uitzonderingsgevallen. <u>Trekker</u>: p.m. <u>Planning</u>: p.m.</li><li>• Afspraken over hulp in avond, nacht en weekend en bij crises, worden jaarlijks opgenomen in het <a href="#">Kwaliteitsstatuut</a> van de zorgaanbieder.</li><li>• <a href="#">Regioplan acute ggz</a>, jaarlijks op te stellen.</li></ul>
<b>Achtergrond afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Afspraken in <a href="#">AZWA</a> (blz. 55) over exclusiecriteria, zie hiervoor bij oplossingsrichting 1d, algemeen).</li><li>• In elk kwaliteitsstatuut van een ggz-aanbieder is opgenomen waar de cliënt terecht kan gedurende avond/nacht/weekend/crises en welke afspraken er zijn met HAP, SEH, en GGZ-crisisdienst, deze minimale kwaliteitsnormen zijn gebord in het <a href="#">landelijk kwaliteitsstatuut</a>.</li><li>• In de Zorgstandaard Acute psychiatrie en de <a href="#">Triagewijzer</a> is als uitgangspunt opgenomen dat discussie over terechte of onterechte verwijzing achteraf plaatsvindt.</li><li>• In het kader van de uitvoering van de Zorgstandaard Acute Psychiatrie (ZAP) en de bekostiging acute ggz (18+) tot maximaal 3 dagen door de NZa waarbij zorgverzekeraars in representatie de zorg inkopen) wordt er voor elke regio <a href="#">acute ggz jaarlijks een regioplan</a> opgesteld. Het regioplan dient als basis voor de inrichting van de keten acute ggz in de regio én als de basis voor de budget overeenkomst die per regio tussen budgethouder en de representerende zorgverzekeraar gesloten moet worden. Afstemming vindt plaats met alle bij de acute ggz betrokkenen.</li></ul>

## 1e Versterken consultatie – algemeen

<b>Knelpunten</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>De (cruciale) ggz is onvoldoende bereikbaar voor consultatie door huisartsen, het sociaal domein en ggz-professionals onderling.</b> Dit belemmert tijdige en passende afstemming en leidt tot extra of onjuiste verwijzingen, ongeschikte hulp en onnodige werkdruk. Het kan dan zowel gaan om consultatie van de behandelaar als bij meer algemene vragen het inroepen van deskundigheid van een psychiater, bijvoorbeeld voor vragen rondom medicatie, behandeling. Er is op veel plekken nog geen cultuur in de ggz dat behandelaren van de cliënt bereikbaar zijn voor huisartsen en andere betrokkenen in het sociaal domein.</li><li>• <b>De huidige bekostiging sluit niet goed aan.</b> Financiële prikkels en administratieve lasten belemmeren consultatie. Als de huisarts of medewerker uit het sociaal domein of andere ggz-professional een behandelaar van de cliënt wil raadplegen, dan kan de behandelaar geen directe tijd schrijven. De ondersteuning wordt geacht in de tarieven te zitten. Bij consultatievragen van huisartsen voor niet in de ggz ingeschreven patiënten kunnen huisartsen een vergoeding afspreken en kan de ggz-professional de huisarts een rekening sturen. Dit vereist echter veel administratieve handelingen. Ggz-aanbieders kunnen bij vragen van een ggz-professional alleen directe tijd in rekening brengen bij inschrijving van een cliënt en een face-to-face contact. Dit is niet altijd nodig en gewenst. Voor het sociaal domein is een regeling gemaakt om hulp te vragen bij kerninstellingen. Deze is nog niet overal bekend.</li></ul>
<b>Oplossingen</b>	<p><b>De mogelijkheden voor consultatie met en in de ggz uitbreiden, o.a. door:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Regionaal/binnen MGN's afspraken hierover te maken en</li><li>• de bekostiging, waar nodig, aan te passen.</li></ul> <p>Dit geldt voor consultatie door het sociaal domein, huisarts én ggz-aanbieders onderling. Betere toegang tot laagdrempelig overleg en advies door consultatie kan eraan bijdragen dat de patiënt in behandeling kan blijven bij de eigen behandelaar die door de consultatie ook zijn eigen kennis vergroot. Dit draagt bij aan minder doorverwijzingen of betere gerichte verwijzingen. Ook de wachttijd kan daarmee afnemen. Consultatie kan een oplossing bieden wanneer minder exclusiecriteria worden toegepast (oplossingsrichting 1d). Juist bij mensen met comorbiditeit is samenwerking van belang, o.a. door middel van onderlinge consultatie.</p>
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ggz-aanbieders (bereikbaarheid voor consultatie vergroten);</li><li>• Mentale gezondheidsnetwerken/regio's (afspraken over consultatie);</li><li>• landelijke organisaties/NZa (bekostiging).</li></ul>
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<p><i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• In het <a href="#">AZWA</a> is afgesproken dat onderzoek wordt gedaan naar de knelpunten rond de inzet van de consultatiefuncties 'huisartsen – ggz' en 'sociaal domein – ggz' (blz. 54). Het onderzoek brengt in kaart hoe deze functies beter ingezet kunnen worden en wat er nodig is voor opschaling. <u>Trekker</u>: De Nederlandse ggz. <u>Planning</u>: oplevering onderzoek in Q1 2026.</li><li>• TOPGGz zet in op het <a href="#">versterken van de consultatie</a> vanuit TOPGGz-afdelingen voor andere ggz-aanbieders.</li><li>• Akwa GGZ voert met ondersteuning van ZonMw een pilot uit, <a href="#">versterking consultatie in de ggz uit</a>. <u>Trekker</u>: Akwa GGZ. <u>Planning</u>: 2025 en 2026</li></ul>
<b>Achtergrond-informatie afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• In het <a href="#">AZWA</a> (blz. 54) is afgesproken dat onderzoek wordt gedaan naar de knelpunten rond de inzet van de consultatiefuncties 'huisartsen – ggz' en 'sociaal domein – ggz'. Het onderzoek brengt in kaart hoe deze functies beter ingezet kunnen worden en wat er nodig is voor opschaling. Dit onderwerp wordt opgepakt door de werkgroep Domeinoverstijgende samenwerking sociaal domein-huisartsen-ggz.</li><li>• TOPGGz ontwikkelde in samenwerking met CCE de <a href="#">Consultatiewijzer ggz</a>,</li></ul>

	<p>die de beschikbare informatie over consultatie overzichtelijk samenbrengt en wijst op de mogelijkheden (inclusief processen en methodieken van consultaties en de bekostiging). TOPGGz signaleert dat de bekostiging van consultatie onvoldoende bijdraagt, o.a. vanwege administratieve lasten verbonden aan het onderling verrekenen van consultatie tussen huisarts en ggz of onvoldoende bekostiging van de consultatiegever.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akwa GGZ is in mei 2025 een pilot gestart '<a href="#">consultatie in de ggz</a>' om de meerwaarde van consultatie binnen de ggz te onderzoeken. Doel is inzicht te verkrijgen wat nodig is om de consultatie in de ggz te versterken. Er kan een vraag worden voorgelegd aan consultatiegevers op het gebied van psychische klachten én verslaving, depressie, eetstoornissen of autisme. Voor consultatie in de ggz bestaat op dit moment geen reguliere vergoeding. In deze pilot ontvangen consultatiegevers een vergoeding van 70 euro per consultatie.</li> </ul>
<p><b>Voorbeelden</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">De Wijkpraktijk</a> is een voorbeeld van een organisatie die desgewenst de consultatie voor huisartsen regelt, in dit geval in Zuid-Limburg. Zowel wat betreft aanvragen, contractering en betaling van ggz-professionals.</li> <li>• Diverse regio's, zoals <a href="#">Haaglanden</a>, zijn in 2025 gestart met regionale projecten om consultatiemogelijkheden onderling van ggz-aanbieders in kaart te brengen en te verbeteren.</li> <li>• Vanuit het <a href="#">Topreferent netwerk Hardnekkige depressie</a> verscheen de <a href="#">Handreiking voor hoogspecialistische consultatie bij depressie</a>; een eerste aanzet tot kwaliteitskaders voor consultatie bij (hardnekkige) depressie en passende vormen voor consultatie geven.</li> </ul>

## 1f Versterken samenwerking ggz en verslavingszorg

<b>Knelpunten</b>	<p><b>Mensen met verslaving en een andere psychische aandoening wachten lang op zorg of krijgen geen hulp</b> omdat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verslaving en psychische problematiek vaak <a href="#">samen voorkomen</a>, maar de zorg voor mensen die met beide te maken hebben, vaak apart is georganiseerd.</li> <li>• Huisartsen en andere zorgprofessionals niet altijd weten naar wie te verwijzen, waardoor dit proces moeizaam verloopt.</li> <li>• Veel zorgaanbieders exclusiecriteria hanteren voor verslaving of andere psychische stoornis (oplossingsrichting 1d).</li> <li>• Bij de behandeling van verslaving in combinatie met andere psychische problematiek voelen professionals in de verslavingszorg én ggz zich vaak onvoldoende bekwaam.</li> </ul>
<b>Oplossingen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het maken van <b>regionale afspraken over verwijzing bij middelengebruik in combinatie met psychische aandoeningen</b>.</li> <li>• Het realiseren van <b>geïntegreerde behandeling</b> door middel van regionale samenwerkingsafspraken.</li> </ul>
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ggz-aanbieders (samenwerking versterken);</li> <li>• MGN's/regio's (afspraken over verwijzing/consultatie).</li> </ul>
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<p><i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AZWA-afspraken exclusiecriteria, waaronder dubbele diagnose (oplossingsrichting 1d).</li> <li>• <a href="#">Werkkaart</a> regionaal afspraken maken over verwijzingen, stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden.</li> <li>• <a href="#">Deskundigheidsbevordering</a> door Verslavingskunde Nederland en het Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD).</li> </ul>
<b>Achtergrond-informatie afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Door de stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden is een <a href="#">werkkaart</a>, verwijzing bij middelengebruik en psychische problematiek (psychopathologie) opgesteld. Dit hulpmiddel wil huisartsen ondersteunen bij de verwijzen en ook een advies te bieden aan de ggz en verslavingszorg.</li> <li>• Op steeds meer plaatsen wordt de regionale samenwerking versterkt, o.a. in gezamenlijke <a href="#">behandelcentra en/of gezamenlijke FACT-teams</a>.</li> <li>• In 2024 organiseerden Verslavingskunde Nederland (VKN), NIP, NVvP, Stichting het Zwarte Gat en Akwa GGZ drie webinars '<a href="#">verslaving en psychiatrie</a>' over het herkennen en organiseren van deze zorg. Het vanaf de voordeur herkennen en goed in beeld brengen van de mogelijke dubbele diagnoses en het zo veel mogelijk inzetten van het geïntegreerde behandeling door kennis op te nemen in het eigen team of samen te werken in het netwerk wordt belangrijk vonden.</li> <li>• Het <a href="#">Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose</a> zet in op het versterken van de kennis en methodiekontwikkeling over de combinatie verslaving en een psychiatrische aandoening (de zogenaamde dubbele diagnose).</li> </ul>
<b>Voorbeelden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geïntegreerde FACT-teams in Rotterdam, <a href="#">Bemoeizorg in Rotterdam: 'Ons team gaat door waar anderen stoppen'   Movisie</a>. Het FACT-team LOPP (LOPP-team) levert zorg aan mensen, die niet alleen ernstige psychische (psychotische) problemen, maar ook vaak dakloos, verslaafd zijn en onvoldoende inkomen en geen steunend netwerk hebben.</li> </ul>

## 1g Versterken samenwerking ggz en verstandelijk gehandicaptenzorg

<b>Knelpunten</b>	<p><b>Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en psychische problemen wachten lang op zorg of krijgen niet de juiste of geen hulp omdat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een verstandelijke beperking en psychische problematiek vaak samen voorkomen (<a href="#">40 tot 67 % van de patiënten in de GGZ</a>), maar de verstandelijke beperking vaak niet wordt herkend, waardoor passende behandeling uitblijft.</li> <li>• En als het wel bekend is, dat is het nogal eens reden om deze cliënten uit te sluiten van zorg door (oplossingsrichting 1d).</li> <li>• Door schotten tussen zorgaanbod en wet- en regelgeving (Zvw/Wlz) waarbij het bijvoorbeeld lastig is om mensen met een Wlz-indicatie op te nemen in instelling voor gespecialiseerde ggz.</li> </ul>
<b>Oplossingen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versterken kennis LVB in en ggz/beperken exclusiecriteria (oplossingsrichting 1d).</li> <li>• Kennisuitwisseling tussen VG en GGZ, o.a. in expertisecentra.</li> <li>• Samenwerking tussen vg- en ggz-organisaties.</li> </ul>
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ggz-aanbieders (samenwerking versterken);</li> <li>• MGN's/regio's (afspraken over verwijzing/consultatie).</li> </ul>
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<p><i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trajecten bij landelijk kenniscentrum LVB, samenwerking VG en ggz op gebied van onderzoek en kennisbevordering.</li> <li>• Doorbraaktraject LVB in de ggz door Phrenos en VGGNet.</li> <li>• In steeds meer regio's werken zorgaanbieders in vg en ggz/verslavingszorg samen om de zorg aan mensen met lvb te versterken.</li> </ul>
<b>Achtergrond-informatie afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het <a href="#">kenniscentrum LVB</a> zet zich in om kennis over een licht verstandelijke beperking (LVB) gebaseerd op wetenschappelijk en praktijkgericht onderzoek toepasbaar te maken in de samenleving, waaronder de zorg. Zij signaleren dat steeds meer ggz-instellingen zich inzetten op screening, herkenning en aangepaste behandeling van mensen met een LVB.</li> <li>• In 2024 is een doorbraakproject <a href="#">Licht Verstandelijke Beperking in de ggz</a> door kenniscentrum Phrenos en VGGNet gestart, waarin 12 ggz-teams in intensieve behandelsettings meedoen. In dit doorbraakproject staat het toepassen van instrumenten voor screening en diagnostiek van LVB/ZB, het toepassen van aangepaste behandeling en interventies voor mensen met LVB/ZB en het verbeteren van LVB/ZB-bestendige organisatie van zorg centraal.</li> </ul>
<b>Voorbeelden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In West-Brabant West werken Amarant, SDW, Prisma, GGZ WNB, Novadic-Kentron, Lievegoed, Novafarm-Grip en Het Adriano Huis samen om de zorg aan mensen met een lvb te verbeteren in hun regio West-Brabant West. <a href="#">Amarant - Ambitieuze samenwerking in West-Brabant</a></li> </ul>

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

<b>Knelpunt</b>	<b>Onvoldoende doorstroom in de (cruciale) ggz, waardoor minder capaciteit voor mensen met complexe problemen.</b> Dit wordt onder andere veroorzaakt doordat zorgvragers en professionals het lastig vinden behandelingen af te sluiten. Ook liggen er belemmeringen bij introductie van andere zorgvormen, bijvoorbeeld meer digitaal en meer groepsbehandeling, die de capaciteit van de ggz kunnen vergroten.
<b>Oplossingen</b>	<b>Vergroten doorstroom en uitstroom door:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandelduur verkorten door tijdig afsluiten behandeling met inzet van hulpmiddelen als verwachtingsmanagement en stellen van behandeldoelen, monitoren/periodieke evaluatie van behandeling (inclusief behandelrelatie) en gestructureerd beëindigen van de therapie.</li> <li>• Waakvlamzorg/ terugval optie zonder wachtlijst.</li> <li>• Afspraken over uitstroom.</li> <li>• Denken in op- en afschalen van zorg i.p.v. in- en uitschrijven.</li> <li>• Meer digitale ggz.</li> <li>• Meer groepstherapie.</li> </ul>
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ggz-aanbieders (integreren afspraken over behandelduur, -vorm en -duur in behandeling en zetten in op tijdig afronden van behandeling)</li> <li>• ggz-aanbieders/zorgverzekeraars (contractafspraken hybride- en groepsbehandeling)</li> <li>• richtlijnpartijen GGZ (aanpassen richtlijnen)</li> </ul>
<b>Afspraken/ programma(s) / initiatieven</b>	<p><i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herijken behandelduur, -vorm en -doelstelling <a href="#">AZWA</a> (blz. 49). <b>Trekker:</b> Zorginstituut i.s.m. partijen en Akwa GGZ, <b>Planning:</b> Q1 2026 oplevering analyse naar de verschillen in behandelduur b. Q1 2026 plan van aanpak voor verrijking van richtlijnen c. Aanpassen richtlijnen vanaf 1-1-2026</li> <li>• Hybride- en groepsaanbod is voorliggend <a href="#">AZWA</a> (blz. 49). <b>Trekker:</b> ZIN. <b>Planning:</b></li> <li>• <a href="#">Traject Versterken Kwaliteitstransparantie</a>, gesprekstafel doelstelling, gesprekstafel evalueren en tijdig bijstellen of beëindigen van de behandeling (DEBB). <b>Trekker:</b> Zorginstituut, <b>Planning:</b> oplevering voorstel vervolg begin 2026.</li> <li>• Passend vervolg <a href="#">AZWA</a> (blz. 49), <b>Trekker:</b> De Nederlandse ggz, LHV, InEen, MIND. <b>Planning:</b> Continuüm van afspraken overdracht EPA-patiënten naar huisarts, uiterlijk Q1 2026.</li> </ul>
<b>Achtergrond-informatie afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In het <a href="#">AZWA</a> (blz. 49) is afgesproken dat: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Richtlijnpartijen met ondersteuning van het Zorginstituut en in samenwerking met <a href="#">Akwa</a> GGZ passende behandelduur en -vorm (waaronder groeps- en digitale behandelingen) in richtlijnen en zorgstandaarden opnemen.</li> <li>○ Aanbieders integreren (1) behandelduur, (2) - vorm en (3) het vaststellen van gedeelde behandeldoelen door patiënt en behandelaar, (4) evenals het periodiek evalueren hiervan, standaard in een behandeling.</li> <li>○ Aanbieders zetten in op het tijdig afronden van behandelingen. Hierbij worden de resultaten van de gesprekstafel 'doelstelling, evaluatie en beëindiging' uit het programma Versterken Kwaliteitstransparantie in de ggz en lopende acties van Akwa GGZ meegenomen.</li> </ul> </li> <li>• In het <a href="#">AZWA</a> (blz. 53) is over "Hybride en groepsaanbod is voorliggend (tenzij)" afgesproken dat er door alle ggz-aanbieders contractueel een groeipad wordt afgesproken voor hybride- en groepsbehandeling waar dat passend is. De IZA-afpraak om 6% behandelcapaciteit vrij te spelen blijft daarbij onverkort van kracht. Aanvullend wordt een groeipad van tenminste 6% hybride (t.o.v. 2022) en 6% groepsbehandeling (t.o.v.</li> </ul>

2025) in het totaalaanbod van elke aanbieder in 2027 gevraagd (inkoop 2026). Dit vraagt om het investeren in digitale toepassingen en groepsbehandelingen, het opleiden van professionals (zie ook B3) en het versneld in kaart brengen van opschaalbare digitale toepassingen en groepsbehandeling. Door de werkgroep Aanspraak, richtlijnen, behandelduur en behandelvorm van de thematafel mentale zorg en ondersteuning worden deze afspraken nader uitgewerkt.

- Het traject [Versterken Kwaliteitstransparantie](#) bracht professionals, cliënten en verzekeraars samen om met kwaliteitsinformatie te leren, verbeteren en passende zorg te bevorderen. In gesprekstafels werden eerste conceptadviezen ontwikkeld met criteria en variabelen om zorg inzichtelijker te maken. De uitkomsten hiervan/vervolgafspraken worden meegenomen door werkgroep Aanspraak, richtlijnen, behandelduur en behandelvorm/thematafel mentale zorg en ondersteuning.
- Met [Passend vervolg](#) (blz. 54) worden de afspraken bedoeld die De Nederlandse ggz, LHV, InEen, MIND en de beroepsgroepen maken over de wijze waarop patiënten met een chronische aandoening (binnen de zogenaamde EPA-groep) waarbij de klachten (tijdelijk) zijn gestabiliseerd op een goede manier worden overgedragen aan de huisarts. Onderdeel van de afspraken is het uitwerken een terugvalaanbod. De partners in het sociaal domein worden daarbij betrokken (zie oplossingsrichting 1a, versterken van coördinatie van zorg en ondersteuning).

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

<b>Knelpunten</b>	<b>Onvoldoende aandacht voor (her)diagnostiek</b> 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.
<b>Oplossingen</b>	Versterken diagnostisch proces, ook voor mensen met een langdurige zorgvraag
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	zorgaanbieders
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Versterken kwaliteitstransparantie: <a href="#">diagnostiek (IZA)</a></li><li>• Akwa GGZ: implementatie Zorgstandaard diagnostiek</li></ul>
<b>Achtergrond-informatie afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het Programma Versterken kwaliteitstransparantie ggz brengt professionals, cliënten en verzekeraars samen om met kwaliteitsinformatie te leren, verbeteren en passende zorg te bevorderen. Door de gesprekstafel wordt diagnostiek aan de hand van gegevens nader in beeld gebracht. Doel is een betere duiding te maken van verschillen in de inzet van diagnostiek en op basis daarvan na te gaan hoe leren en verbeteren verder kan worden versterkt.</li><li>• In 2022 is de Zorgstandaard diagnostiek geïmplementeerd. De <a href="#">generieke module Diagnostiek</a> beschrijft waar goede diagnostiek in de ggz volgens patiënt, naaste en professional aan moet voldoen. In de generieke module wordt aanbevolen om gedurende het hele zorgproces de diagnose, classificatie, indicatie, behandeling en zorgplan te evalueren en bij te stellen. Uit een enquête van Akwa GGZ zorgpanel, zie <a href="#">uitkomstuitkomsten online panel Akwa GGZ - diagnostiek</a>, blijkt dat de inhoudelijke screening door veel organisaties wordt uitgevoerd en dat dit meestal gebeurt door een inhoudelijk professional. De beschrijving van de diagnose is uitgebreid en er wordt zo nodig extra expertise betrokken bij de diagnostiek. Er een aantal punten benoemd die nog aandacht vragen. Zo is de informatieoverdracht bij de verwijzing vaak onvolledig en wordt in de evaluatiefase nog weinig naar diagnose, classificatie en de indicatie gekeken.</li></ul>
<b>Voorbeelden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Door GGZ Net is het <a href="#">DITSMI-zorgmodel</a> (Diagnose, Indicate, Treat Severe Mental Illness) bij EPA ontwikkeld. Bij DITSMI staat een actuele persoonlijke beschrijvende diagnose centraal en is het regelmatig evalueren van de behandeling cruciaal. Uit onderzoek blijkt dat bij toepassing van het model het aantal opnamedagen afnam vanwege het centraal stellen van de zorgvraag. Ook veranderde 49% van de beschrijvende diagnoses en 67% van de behandelindicaties en daalde het medicijngebruik met 14%.</li></ul>

## Specifiek voor clusters cruciale ggz

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

<b>Knelpunten</b>	<p><b>Binnen de High &amp; Intensive Care (HIC) is er te weinig aandacht voor behandeling en voor daginvulling en -structurering.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mensen met psychische problemen en naasten geven aan dat in de acute nauwelijks sprake is van behandeling en herstel.</li><li>• Er is vaak geen zinvolle daginvulling. Dit leidt tot verveling en gevoelens van eenzaamheid bij cliënten op de HIC.</li></ul> <p>Als oorzaken worden genoemd de huidige visie op HIC/IHT, die sterk gericht is op stabilisatie, en een gebrek aan financiële en personele capaciteit.</p>
<b>Oplossingen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het onderscheid tussen crisisopvang en behandeling laten vervallen, zodat ook in acute situaties behandeling kan plaatsvinden, bij voorkeur in samenwerking met de reguliere behandelaar en andere afdelingen binnen de instelling. Dit geldt zowel voor de HIC als bij IHT.</li><li>• Intensieve thuisbehandeling (IHT) vaker inzetten.</li><li>• Op de HC meer dagstructurering en -invulling om herstel en stabilisatie beter te ondersteunen. Hierbij kan ook worden gedacht aan de inzet van vrijwilligers en naasten.</li></ul>
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	zorgaanbieders
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<p><i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• In het kader van het aanpassen van bekostiging van HIC en IHT wordt de normering van HIC en IHT gezien. <u>Trekker</u>: de Nederlandse ggz/V&amp;VN/MIND, <u>planning</u>: november 2025</li><li>• Het voornemen is de Zorgstandaard <a href="#">acute psychiatrie</a> te herzien. <u>Trekker</u>: Akwa GGZ.</li><li>• Veel instellingen laten zich toetsen op het HIC - en IHT model. Deze modellen worden landelijk en periodiek gemonitord en doorontwikkeld.</li></ul>
<b>Achtergrond-informatie afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• De bekostiging van HIC/IHT wordt momenteel herzien (zie oplossingsrichting 4). Afsproken is dat een normenkader wordt vastgesteld dat als basis dient voor de bekostiging.</li><li>• <a href="#">Akwa GGZ</a> monitort de uitkomsten van de zorgstandaard acute psychiatrie, o.a. voor de herziening van deze standaard.</li><li>• Het <a href="#">HIC model</a> kent een landelijke aanpak en een concrete werkwijze voor de acute psychiatrie. Het model is gericht op het combineren van interventies om verplichte zorg te voorkomen en om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Centraal staat het terugdringen van dwang en drang. Er is een werkboek en monitor waaraan een HIC-afdeling zich kan laten toetsen om zo implementatie van het model te kunnen bevorderen. Het CCAF voert intercollegiale audits.</li><li>• Het Amsterdam UMC verricht wetenschappelijk onderzoek naar het <a href="#">HIC model</a> in samenwerking met een groot aantal ggz instellingen. Eén van de onderzoeken (2022-2024) richt zich onder andere op de invloed van de Wvggz op de HIC, de ervaren veiligheid op de HIC en op drijfveren van professionals om op een HIC te werken. Een hoog personeelsverloop, dwang, samenwerking met extramuraal zorg, planmatig werken en de verschuiving van controle naar contact bleken de belangrijkste ontwikkelingen sinds de invoering van het model.</li><li>• Ook voor IHT is een landelijk model ontwikkeld <a href="#">`Platform IHT   Psychiatrische crisisbehandeling thuis</a>. De toepassing van dit model kan worden getoetst aan de hand van een <a href="#">audit: Modelgetrouwheidsschaal IHT</a>.</li></ul>

## Specifiek voor clusters cruciale ggz

### 1i. Meer focus op behandeling en daginvulling - kliniek

<b>Knelpunt</b>	<b>Onvoldoende nadruk op behandelen in klinische zorg:</b> In veel klinieken ligt de nadruk nog te veel op verblijf als afzonderlijke functie in plaats van dat verblijf gezien wordt als ondersteunend aan behandeling. Daarnaast speelt ook onvoldoende personele capaciteit een rol (zie oplossingsrichting 2).
<b>Oplossingen</b>	Vergroten van het behandelaanbod in de kliniek: <ul style="list-style-type: none"><li>• Combineren van ambulante en klinische teams, om continuïteit en een soepele in- en uitstroom te bevorderen.</li><li>• Flexibel kennis en expertise naar binnen halen, bijvoorbeeld via consultatie (oplossingsrichting 1d) of tijdelijke inzet van externe behandelaren (oplossingsrichting 2).</li><li>• Breder inzetten van behandelaren, ook met minder specialistische profielen (zoals hbo-behandelaren of POH-GGZ), vooral in de beginfase van opname</li><li>• Versterken van de samenwerking tussen het klinische team én met betrokkenen buiten de instelling, zoals naasten, wijkteam, huisarts of ggz-behandelaar (indien van toepassing) (oplossingsrichting 1b).</li></ul>
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	zorgaanbieders

## 1j Meer regie op capaciteit in (cruciale) ggz en overige sectoren – algemeen

<b>Knelpunt</b>	<b>Onvoldoende sturing op benodigde behandelplekken in (cruciale) ggz in samenhang met andere domeinen.</b> Het ontbreekt aan regionale en landelijke sturing op het aantal behandelplekken in de (cruciale) ggz. Ook andere domeinen en zorgsectoren zijn relevant voor de instroom, doorstroom en uitstroom uit de cruciale ggz. Zo stukt deze uitstroom uit de cruciale ggz door o.a. onvoldoende woningen (privaat (huur/eigendom) en woonplekken in maatschappelijke opvang en beschermd en beveiligd wonen (Wmo, Wlz) en behandel- plekken langdurig verblijf Zvw).
<b>Oplossingen</b>	<b>Meer regie op capaciteit in de (cruciale) ggz en andere domeinen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer regie vereist als eerste dat er inzicht komt in de vraag naar en benodigde capaciteit in de (boven)regionale (cruciale) ggz (zie ook oplossing 5).</li> <li>• Door de instroom, doorstroom en uitstroom in beeld worden de 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.</li> </ul>
<b>Wie zijn vooral aanzet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• regio's (in beeld brengen en contracteren benodigde capaciteit);</li> <li>• landelijke partijen (faciliteren (boven)regionaal aanbod).</li> </ul>
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<p><i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regio's zijn gevraagd op basis van regiobeelden en regioplannen op te stellen <a href="#">IZA</a> (blz. 43) <a href="#">Planning</a>: 2025.</li> <li>• Regio's is gevraagd om de zorgvraag en de benodigde (boven)regionale cruciale ggz-capaciteit in beeld te brengen. <a href="#">Trekker</a>: BO cruciale ggz, <a href="#">Planning</a>: eind 2025 zijn de gesprekken hierover gestart en is de <i>governance</i> ingericht. Vanaf 2026 zijn de regionale afspraken leidend bij de inkoop van cruciale ggz.</li> <li>• Het BO cruciale ggz c.q. landelijke tafel monitort de voortgang <a href="#">IZA</a> (blz. 61). <a href="#">Planning</a>: inrichten overleg eind 2024, (gelijkgericht), contracteren cruciale ggz 2026.</li> <li>• Ook in andere domeinen en zorgsectoren wordt gewerkt aan meer (regionaal) inzicht in en het versterken van de benodigde capaciteit, o.a.             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ werkagenda <a href="#">Betekenisvol leven met een langdurige aandoening</a> (Wlz);</li> <li>◦ werkagenda <a href="#">Verbeteren van de aansluiting tussen de forensische zorg en reguliere zorg</a>;</li> <li>◦ toekomstagenda zorg en ondersteuning voor <a href="#">mensen met een beperking</a></li> <li>◦ woonvisie gemeenten in kader van Wetsvoorstel Versterking Regie Volkshuisvesting.</li> </ul> </li> <li>• <a href="#">Waardenetwerk Wonen</a> van de Nederlandse ggz waarin gezamenlijk met andere organisaties wordt gewerkt aan sterkere regionale woonafspraken, zodat ggz-doelgroepen een vaste plek krijgen in huisvestingsverordeningen en urgentieregelingen.</li> </ul>
<b>Achtergrond-informatie afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het is de bedoeling dat de regioplannen richting geven aan het aanpakken van specifieke zorgproblemen door gezamenlijke afspraken te maken over de <a href="#">Juiste Zorg op de Juiste Plek</a>. De regioplannen vertalen het regiobeeld, dat knelpunten en kansen in kaart brengt, naar concrete acties, prioriteren belangrijke opgaven, en bepalen hoe deze worden aangepakt, welke resultaten worden nagestreefd, en hoe de voortgang wordt gemonitord om de zorg toekomstbestendig, toegankelijk en betaalbaar te houden.</li> <li>• Landelijke partijen in de ggz hebben in het <a href="#">IZA</a> afgesproken om de toegankelijkheid van cruciale ggz beter te borgen. Dit krijgt inhoud door de regio te laten bespreken welk aanbod nodig is. Regionale partijen kennen immers de inwoners en hun patiënten, het aanbod en de context in hun regio en buurregio's het beste en kunnen knelpunten zelf oplossen. Zij halen waar nodig expertise naar de patiënt in hun regio toe.</li> </ul>

Of bieden - andersom – voor bijzondere zorgvragen expertise aan patiënten van buiten de regio. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen vervolgens hiermee beter individuele contractafspraken maken om voldoende aanbod van cruciale ggz te borgen, zie [Gespreksleidraad cruciale ggz](#). Waar de regio knelpunten niet kan oplossen, ondersteunt een landelijke tafel om de regionale zorgvraag en het aanbod met elkaar te verbinden.

- Landelijk hebben partijen in de ggz afgesproken is dat cruciale ggz niet wordt afgebouwd om financiële reden.
- Ook rondom mensen met een langdurige zorgvraag wordt steeds meer structureel tussen landelijke en regionale organisaties in sociaal domein (WMO) en langdurige zorg (Wlz) en Zvw samengewerkt. In de Werkagenda '[Een betekenisvol leven met een langdurige psychische aandoening](#)' 2025-2028, zetten betrokken partijen zich in om meer grip te krijgen op de ontwikkelingen in de zorg en ondersteuning voor deze doelgroep, de samenwerking over domeinen heen te verbeteren en knelpunten in wet- en regelgeving weg te nemen. In de regio werken zorgkantoren en zorgaanbieders aan plannen om knelpunten voor mensen met een complexe zorgvraag en een Wlz-indicatie op te lossen. Hierbij brengen ze per thema het tekort aan aanbod in kaart en maken ze concrete werkafspraken om plaatsingsproblemen in complexe situaties aan te pakken. Daarnaast onderzoeken ze of er aanvullende afspraken nodig zijn en hoe ze bekendheid hiervan kunnen vergroten, bijvoorbeeld door middel van een 'wegwijzer complexe langdurige ggz'.
- In de zomer van 2023 is door de Ministeries van Justitie en Veiligheid (JenV) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gezamenlijk bestuurlijk besloten tot het opstellen van deze [werkagenda: Verbeteren van de aansluiting tussen de forensische zorg en reguliere zorg](#). Het doel van de werkagenda is om te zorgen dat personen met behoefte aan een combinatie van zorg en beveiliging of behandeling gericht op begrenzen en beheersen van risicovol gedrag de hulp krijgen die zij nodig hebben. Samen met de Nederlandse ggz, DJI, VGN, Valente, VNG en ZN aan de uitvoering van 11 maatregelen met betrokkenheid van een groot aantal ketenpartners. Onderdeel van de 11 maatregelen is om 60 extra plekken voor een langdurige (beveiligde) woonvoorziening (Zvw/Wlz) voor personen die vanwege de ernst van hun problematiek, vaak met forensische profiel, nu nergens terecht kunnen. Vaak hebben zij een lange (minstens 15 jaar) behandelhistorie en veel verhuizingen vanwege ongewenst, teamontwrichtend gedrag.
- Het wetsvoorstel [Versterking Regie Volkshuisvesting](#) richt zich op een betere woningmarkt door o.a. meer regie op aantallen (betaalbare) woningen en evenredige verdeling voor mensen in urgentie. Het opstellen van een woonvisie is daarbij verplicht.
- Het Ministerie van VWS, SZW en VRO hebben in 2022 het [Nationaal Actieplan Dakloosheid: Eerst een Thuis](#) gelanceerd. Het plan heeft als doel om ervoor te zorgen dat er in 2030 niemand meer dakloos is. Daarbij wordt o.a. ingezet op het versterken van bestaanszekerheid, voorkomen van dakloosheid en genoeg woonplekken zijn die betaalbaar zijn voor alle groepen die extra aandacht nodig hebben.
- Een aantal landelijke organisaties in de ggz, verenigd in het waardenetwerk Wonen van de Nederlandse ggz heeft onlangs richting politiek en gemeenten een [pleidooi](#) gehouden om de doelgroep mensen met psychische kwetsbaarheden wettelijk te verankeren. Ook vraagt het waardenetwerk om regie en doorzettingsmacht om woonconcepten als Skaeve Huse te realiseren en beschermde wonen en maatschappelijke opvang te faciliteren. Dit is nodig voor herstel en uitstroom uit klinieken en nieuwe instroom mogelijk te maken. Het waardenetwerk brengt in beeld hoe groot de groep is die wacht op een passende woonplek.

<b>Specifiek voor clusters cruciale ggz</b>	
<b>1j. Meer regie op capaciteit in (cruciale) ggz en overige sectoren – acute ggz (HIC en IHT)</b>	
<b>Knelpunten</b>	<p><b>Beperkte capaciteit HIC en IHT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Het aantal beschikbare HIC-bedden is te laag ten opzichte van de vraag.</li> <li>Het zogeheten 'WIBO'-principe ('worst in, best out') is onwenselijk; patiënten die relatief het beste functioneren, verlaten als eerste de HIC.</li> <li>Verstopping van uitstroom: Er is sprake van stagnatie zoals onverzekerden, toeristen, mensen zonder verblijfsstatus, dak- en thuislozen, en cliënten die wachten op langdurige klinische zorg, verslavingszorg of begeleid/beschermd wonen.</li> </ul>
<b>Oplossingen</b>	<p><b>Vergroten capaciteit HIC/IHT en verbeteren van instroom, doorstroom en uitstroom</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er zijn meer acute behandelplekken nodig binnen HIC en IHT.</li> <li>Inzet van crisisbedden zou beter moeten aansluiten bij de praktijk. Dit vraagt om herziening van instroomcriteria en het aanpassen van de functie van deze bedden aan de actuele behoefte.</li> <li>Loslaten van de koppeling tussen acute ggz en HIC: in de acute ggz zijn klinische bedden nodig, maar niet altijd op het hoogste zorg- of beveiligingsniveau.</li> <li>Het maken van afspraken met partners in ggz en andere domeinen over vervolgzorg, inclusief prioritering.</li> </ul> <p>Een bredere samenwerking met alle organisaties in de regio is nodig om instroom te beperken en uitstroom te vergroten.</p>
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zie hiervoor bij algemeen; regio's is gevraagd de capaciteit van cruciale ggz in beeld te brengen. Afgesproken is dat cruciale ggz in de overgangsfase niet wordt afgebouwd om financiële redenen.</li> <li>Adviezen <a href="#">NZa Budgetbekostiging/Tariefverhoging</a> voor cruciale zorg om arbeidsvoorwaarden te verbeteren, werkdruk te verlichten en de kwaliteit van zorg te waarborgen. <b>Trekker:</b> NZa. <b>Planning:</b> 1<sup>e</sup> Advies gereed: februari 2026, 2<sup>e</sup> advies juli 2026.</li> <li>Ontwikkeling normenkader HIC/IHT, 1<sup>e</sup> helft 2026.</li> </ul>
<b>Achtergrond-informatie afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De NZa is voornemens in februari 2026 een verkenning budgetbekostiging HIC en IHT te publiceren. Na oplevering van de verkenning zullen in afstemming met partijen de varianten worden besproken en wordt een roadmap opgesteld kan voor de in 2026 en verder te nemen stappen.</li> <li>Door partijen is een normenkader HIC/IHT in ontwikkeling. De bekostiging van HIC/IHT wordt momenteel herzien (zie oplossingsrichting 4). Afgesproken is dat een normenkader wordt vastgesteld dat als basis dient voor de bekostiging.</li> </ul>
<b>Voorbeelden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">De Thuiskomst in Amsterdam</a>, een kleinschalige woonvoorziening voor 10 mensen die voorheen langdurig in een kliniek woonden. Deze woonvorm is mogelijk dankzij intensieve samenwerking tussen ggz-instelling Arkin en woonzorgaanbieder HVO-Querido.</li> <li>In een aantal gemeenten wordt ingezet op het realiseren van Skaeve Huse, zoals Rotterdam en Nijmegen.</li> </ul>

## Specifiek voor clusters cruciale ggz

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

<b>Knelpunten</b>	<b>Onvoldoende regie op capaciteit</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Onvoldoende zicht op of de klinische capaciteit (inclusief beveiligde bedden) aansluit op de regionale vraag.</li><li>• Te veel cliënten verblijven langdurig op LIZ-afdelingen (Langdurige Intensieve Zorg), mede door tekort aan plaatsen in KIB's (Kliniek Intensieve Behandeling) of andere passende voorzieningen.</li><li>• Onvoldoende regie op de door- en uitstroom, wat leidt tot opstoppingen in de keten.</li><li>• Beperkte afstemming met justitiële instellingen over beveiligde plekken.</li></ul>
<b>Oplossingen</b>	<b>Meer/andere verdeling/meer regie op capaciteit</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Inzichtelijk maken van de benodigde en beschikbare capaciteit (LIZ, KIB, beveiligd), en hierop regionale afspraken maken tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten.</li><li>• Duidelijke plaatsbepaling van de KIB als tussenvoorziening met specifieke inzet en doorstroomcriteria. Capaciteit uitbreiden of anders benutten waar nodig.</li><li>• Betere afstemming en gezamenlijke regie met justitie en forensische zorg over instroomcriteria, plaatsing en uitplaatsing van cliënten die beveiligde zorg nodig hebben.</li></ul> <p>Structurele samenwerking bevorderen tussen klinieken, ambulante ggz, sociaal domein en beschermd en begeleid wonen om uitstroom naar lichtere vormen van zorg tijdig en soepel te laten verlopen.</p>
<b>Wie zijn vooral aanzet</b>	regio's (in beeld brengen en contracteren benodigde (boven)regionale capaciteit)
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zie hiervoor bij algemeen; regio's is gevraagd de <a href="#">capaciteit van cruciale ggz in beeld te brengen</a>. Afsproken is dat cruciale ggz in de overgangsfase niet wordt afgebouwd om financiële redenen.</li></ul>

## Specifiek voor clusters ggz

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

<b>Knelpunten</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• De huidige bekostiging is vooral gebaseerd op geleverde productie (behandeling), en niet op het beschikbaar houden van klinische capaciteit. Hierdoor ontstaat er geen financiële ruimte om beveiligde of intensieve bedden beschikbaar te houden als reservecapaciteit.</li></ul>
<b>Oplossingen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Ontwikkel een toekomstbestendig model voor KIB waarbij capaciteit, kwaliteit en financiering afgestemd worden op actuele zorgvraag en complexiteit.</li><li>• Versterk de samenwerking tussen GGZ-instellingen en justitie om de inzet, indicatiestelling en doorstroom van beveiligde bedden beter op elkaar af te stemmen.</li></ul>
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	regio's (in beeld brengen en contracteren benodigde (boven)regionale capaciteit).
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zie hiervoor bij algemeen; regio's is gevraagd de <a href="#">capaciteit van cruciale ggz in beeld te brengen</a>. Afgesproken is dat cruciale ggz in de overgangsfase niet wordt afgebouwd om financiële redenen.</li></ul>

## 2a. Versterken personele capaciteit (algemeen)

<b>Knelpunten</b>	<b>Er is onvoldoende personele capaciteit in de ggz</b> , 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 (zie hieronder).
<b>Oplossingen</b>	<p>Om de <b>personele capaciteit in de GGZ te versterken</b> kunnen onder andere de volgende acties worden ingezet:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Meer versnelde en flexibele opleidingen voor zij-instromers en duale leertrajecten.</li><li>• Duo-constructies (twee verschillende functies)</li><li>• Grotere inzet van ervaringsdeskundigen als bruggenbouwers tussen cliënten en zorgverleners</li><li>• Taakverschuiving, bijvoorbeeld van psychologen naar SPV'ers</li><li>• Ontregelen van zorg en meer professionele ruimte</li><li>• Verminderen administratieve lasten door inzet van ICT en AI.</li><li>• Goed werkgeverschap met aandacht voor waardering en zeggenschap. Opleidings-ontwikkel- en mentorschapsprogramma's kunnen dit ondersteunen.</li><li>• Het creëren van horizontale ontwikkelmogelijkheden (naast verticale ontwikkelmogelijkheden).</li><li>• Versterken arbeidsvoorwaarden</li><li>• Vergroten van het aantal opleidingsplaatsen</li><li>• Betere structurele bekostiging, o.a. door meerjarencontracten tussen zorgverzekeraars en ggz aanbieders</li></ul> <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>
<b>Wie is vooral aanzet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• zorgaanbieders;</li><li>• regio's.</li></ul>
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<p><i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Werkgeversorganisaties in zorg en welzijn werken (regionaal) samen bij het vernieuwen van de arbeidsmarkt zorg en welzijn binnen <a href="#">RegioPlus</a>.</li><li>• In het Programma <a href="#">Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn</a> (TAZ) werkt het ministerie van VWS met werkgeversorganisaties, zorg- en welzijnsorganisaties, zorginkopers, onderwijs en beroepsorganisaties aan oplossingen om de urgente uitdagingen die er liggen op de arbeidsmarkt in zorg en welzijn op te lossen.</li><li>• In het <a href="#">IZA</a> en <a href="#">AZWA</a> zijn afspraken gemaakt om de arbeidsmarkt in zorg en welzijn te verbeteren, o.a. op het gebied van beperken administratieve lasten, elektronische gegevensuitwisseling, versterken van de lerende omgeving.</li></ul>
<b>Achtergrond-informatie afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Belangrijke samenwerkingsthema's binnen <a href="#">RegioPlus</a> zijn o.a. duurzame inzetbaarheid, verbeteren van instroom, leren en ontwikkelen. De komende jaren zijn het versterken van veranderkracht, inzetten op regionaal werkgeverschap en het verbinden van informele en formele zorg als belangrijkste speerpunten in dit proces.</li><li>• Het programma <a href="#">TAZ</a> richt zich op drie thema's:<ul style="list-style-type: none"><li>○ innovatieve werkvormen (zoals sociale en technologische innovaties);</li><li>○ behoud van medewerkers (door goed werkgeverschap en werkplezier);</li><li>○ leren en ontwikkelen (door aandacht voor nieuwe ontwikkelingen en meegroeien met de veranderingen in de zorg).</li></ul></li><li>• In het <a href="#">IZA</a> zijn afspraken gemaakt over o.a. het verlagen van de</li></ul>

	<p>regeldruk, het verhogen van het werkplezier met meer professionele ruimte en marktconforme lonen. Ook wordt ingezet op slimmere organisatie van zorg, digitalisering, het stimuleren van regionale samenwerking en innovatie. In eerdergenoemde trajecten van Regioplus en het programma TAZ wordt hieraan gewerkt. In regio- en transitieplannen vormt personele capaciteit een belangrijk aandachtspunt o.a. door vraag en aanbod in beeld te brengen en gezamenlijk oplossingen tot stand te brengen om dit bij elkaar te brengen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In het <a href="#">AZWA</a> zijn aanvullende afspraken gemaakt op het gebied van het verminderen van administratieve lasten, digitalisering en de inzet van Artificial Intelligence en versterken van opleidingen en zij-instroom. Zo is afgesproken dat het transitieprogramma ggz wordt opgeschaald. In dit programma is een groep van vier koplopers in vier regio's met zorgverzekeraars bezig om maximaal 20 procent administratietijd binnen één jaar te reduceren.</li> </ul>
<p><b>Voorbeelden</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centiv koos voor <a href="#">Radicaal Ontregelen: meer vertrouwen, betere zorg</a>; het radicaal inzetten op minder regels.</li> <li>• Door het tekort aan personeel en eisen aan instellingen is het voor geïntegreerde ggz-instellingen steeds moeilijker om 's nachts voldoende zorgpersoneel te organiseren. Bij GGzE maken ze gebruik van domotica, ofwel huisautomatisering, om de nachtzorg te centraliseren. Hulpvragen van cliënten worden direct gesignaleerd en per nacht zijn minder zorgmedewerkers nodig. <a href="#">Centralisatie nachtzorg   Zorginstituut Nederland</a></li> </ul>
<p><b>Stand van zaken</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Kerncijfers Arbeidsmarkt Zorg &amp; Welzijn</a> (AZW), oktober 2025: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aantal arbeidsplaatsen ggz: 113.600</li> <li>○ 78% van de werknemers is enthousiast over zijn/haar baan</li> <li>○ 43% van de werknemers had te maken met langdurige onderbezetting op de werkvloer</li> </ul> </li> <li>• <a href="#">Vacaturegraad</a> ggz 1<sup>e</sup> kwartaal 2025: 74 vacatures op elke 1000 banen.</li> <li>• <a href="#">Ziekteverzuim</a> 1<sup>e</sup> kwartaal 2025 sector ggz: 8,3%</li> </ul>

## Specifiek voor clusters cruciale ggz

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

<b>Knelpunten</b>	<b>Onvoldoende personeel in de cruciale ggz:</b> 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. Ook sluit de beloning niet aan bij de zwaarte van het werk en wordt klinisch werk minder gewaardeerd dan ambulante werk (bron: <a href="#">V&amp;VN-onderzoek</a> ).
<b>Oplossingen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Investeer in trainingen, scholingsprogramma's die medewerkers beter toerusten in het herkennen en behandelen van somatische problematiek en agressieregulatie.</li><li>• Ontwikkel en implementeer mentorprogramma's waarin ervaren professionals intensief jonge medewerkers coachen en begeleiden.</li><li>• Introduceer en professionaliseer specialistische rollen binnen de kliniek, vergelijkbaar met functies op de Spoedeisende Hulp (SEH) of Intensive Care (IC).</li><li>• 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.</li><li>• Zet ervaringsdeskundigen in.</li><li>• Voer flexibele werktijden/roosters in die aansluiten bij wensen en behoeften van personeel.</li><li>• Verbeter de financiële en niet-financiële compensatie voor onregelmatige diensten</li><li>• Pas salarisstructuur aan voor klinische functies.</li><li>• Verbeter de bekostiging (oplossingsrichting 4a).</li></ul>
<b>Wie is vooral aan zet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• zorgaanbieders</li></ul>
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<p><i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• In het BO cruciale ggz is afgesproken een Actieaanpak arbeidsmarktproblematiek Cruciale GGZ te maken. <b>Trekker:</b> De Nederlandse ggz. <b>Planning:</b> Aanpak, december 2025, uitrol 2026.</li><li>• Verkenning taakdifferentiatie en 'skillsgerichte' aanpak met startpunt in acute ggz <a href="#">AZWA</a> (blz. 55). <b>Trekkers:</b> De Nederlandse ggz, beroepsgroepen, MIND, toezichthouders. <b>Planning:</b> Q1 2026.</li><li>• Tariefverhoging voor acute ggz om arbeidsvoorwaarden te verbeteren, werkdruk te verlichten en de kwaliteit van zorg te waarborgen (<a href="#">AZWA</a>). <b>Trekkers:</b> VWS en de Nederlandse ggz. <b>Planning:</b> Na ruimte in het macrokader (budgetplafond).</li></ul>
<b>Achtergrond-informatie afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het doel van de Actieaanpak arbeidsmarktproblematiek is het opstellen van een breed gedragen actieaanpak. In het <a href="#">AZWA</a> (blz. 55) is afgesproken dat voor het vrijmaken van personele capaciteit de Nederlandse ggz samen met de betrokken beroepsgroepen, MIND en toezichthouders de mogelijkheden voor taakdifferentiatie of een 'skillsgerichte aanpak' inzichtelijk maakt (C6). Behoud van kwaliteit en (verhoging van) werkplezier is hierbij een randvoorwaarde. Startpunt voor deze 'skillsgerichte inzet' is de acute ggz en de high intensive care units (HIC's). De mogelijkheden worden vervolgens met voorrang ingepast in de betreffende zorgstandaarden. De Nederlandse ggz heeft deze aanpak met beroepsorganisaties, ervaringsdeskundigen, NFU, HR-afdelingen en leidinggevenden en opleiders opgesteld. In deze aanpak worden de AZWA-acties C6 6 Taakdifferentiatie/skillsgerichte inzet ggz, te starten bij acute ggz en HIC en D7 Bezetting ANW- en crisisdiensten psychiaters en actieaanpak cruciale ggz samengevoegd tot één aanpak.</li></ul>

---

In 2026 worden de uitkomsten van de actieaanpak gemonitord en besproken aan de thematafel Mentale zorg en ondersteuning.

- Als er ruimte is in het makro kader kunnen de tarieven voor cruciale zorg worden verhoogd zodat instellingen kunnen investeren in de zorg voor deze meest complexe doelgroep. De tariefsverhoging wordt macroneutraal en binnen de huidige NZa-tarieven gerealiseerd. Aanpassing van de tarifiering vindt pas plaats nadat er ruimte is gecreëerd in het makro kader ggz (bijvoorbeeld door aanscherping van de Zvw-aanspraak ggz zoals in het [AZWA](#) (blz. 53) omschreven).

## Specifiek voor clusters cruciale ggz

### 2b. Continuïteit van ANW-diensten (crisisdienst)

<b>Knelpunten</b>	<b>In de acute ggz zijn de avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten) moeilijk in te vullen.</b> De bezettingsproblemen in deze diensten spelen bij psychiaters, SPV-ers en basisartsen.
<b>Oplossingen</b>	<b>Bezetting ANW-diensten crisisdienst vergroten door:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Samenwerking met andere regionale partners in ggz: beschikbaarheid acute ggz is een gezamenlijk probleem. Oproep tot meer medisch specialistisch leiderschap; met elkaar regelen dat ANW-diensten worden ingevuld</li><li>• Goed werkgeverschap: zorgen voor professionele autonomie, minder regels en werken aan cultuur van samen met elkaar.</li><li>• Investeer in kennis en vaardigheden en ontwikkelingsmogelijkheden van medewerkers.</li><li>• Meer beroepen inzetten, bijvoorbeeld SPV-ers en psychologen;</li><li>• Deelname aan diensten door externe medewerkers/partners mogelijk maken, nu zitten toegang tot ICT-systeem, et cetera in de weg</li><li>• Eisen stellen aan diverse beroepsgroep. Bijvoorbeeld wettelijk of bij (her)registratie m.b.t. ANW-diensten.</li></ul>
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	aanbieders van acute ggz in afstemming met regio
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt?</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Doorbraakprogramma cruciale GGZ, gericht op het aanpakken van de personele knelpunten in ANW-diensten in de geestelijke gezondheidszorg <a href="#">AZWA</a> (blz. 73). <u>Trekkers</u>: De Nederlandse ggz, NVvP, NIP, V&amp;VN. <u>Planning</u>: uiterlijk 2027, kwartaalrapportages aan BO IZA.</li><li>• Wetgevingsverkenning voor het vergroten van doorstroommogelijkheden, het verbeteren van de personeelsbezetting en het ontlasten van zorgprofessionals (<a href="#">AZWA</a>), <u>Trekker</u> VWS. <u>Planning</u>: Q3 2025.</li></ul>
<b>Achtergrond-informatie afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• In het AZWA is afgesproken dat alle partijen bijdragen aan de continuïteit en kwaliteit van de invulling van de ANW- en crisisdiensten. Voor de ggz wordt een doorbraakprogramma gestart. De gezamenlijke doelstelling van het programma is dat er uiterlijk 1-1-2027 vanuit elke regio een robuuste continuïteit in dekking van de ANW- en crisisdiensten in de ggz is. Dit betekent een verhoging van de inzetbaarheid van psychiaters om in de regio de werkdruk te verdelen. Er wordt gestreefd naar 70% participatie van psychiaters zowel van geïntegreerde organisaties die 24/7 bereikbaarheid hebben, zorgaanbieders die geen 24/7 bereikbaarheid hebben als vrijgevestigd psychiaters. Door de Nederlandse ggz is samen met de andere organisaties een actieaanpak opgesteld (zie hiervoor versterken personele capaciteit acute ggz en kliniek).</li><li>• Ook is afgesproken dat VWS wetgeving overweegt wanneer er vanuit de regio's de continuïteit van ANW- en crisisdiensten onder druk blijft staan én minder dan 70% van de inzetbare psychiaters een bijdrage levert. Er heeft door VWS een verkenning plaatsgevonden van de wettelijke mogelijkheden daartoe. Uit de inventarisatie blijkt dat de bestaande wetten op dit moment niet vanzelfsprekend aanknopingspunten bieden om de beschikbaarheid van ANW- en crisisdiensten dwingend te regelen.</li></ul>
<b>Voorbeelden</b>	<b>ANW-diensten</b> (opgehaald in gesprekken met regio's)GGzE <ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="#">Lentis Groningen</a>:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Nieuwe roostering: fysieke aanwezigheid vanaf 15:00 uur i.p.v. bereikbaarheidsdiensten.</li></ul></li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inzet psychologen in ANW-diensten: uitbreiding capaciteit én betere zorginhoudelijke dekking.</li> <li>○ Samenwerking met regiopartners: zorgverzekeraar Menzis stimuleert deelname van gecontracteerde aanbieders aan crisisdiensten.</li> <li>• GGzE (Brabant): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Taakdifferentiatie: verpleegkundig specialisten en klinisch psychologen als voor-/tussenwacht.</li> <li>○ Psychiater alleen bereikbaar op afstand, dit verlicht werklust.</li> </ul> </li> <li>• Antes (Rotterdam en Rijnmond): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="#">Geen stapeling van diensten</a>: alleen avonddienst draaien.</li> <li>○ <a href="#">Centrale crisisdienst met intensieve samenwerking</a> (huisartsenpost, ambulance, SEH, gemeente, politie).</li> <li>○ Psychiater als achterwacht vanuit huis (kliniek).</li> <li>○ Pilot waaraan psychiaters van verschillende organisatie meedoen. In de pilot wordt nagegaan of activiteiten, die nu psychiaters van Antes op zich nemen, kunnen worden herverdeeld. Het gaat daarbij o.a. om beoordelingen Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Nagegaan wordt of er zo meer ruimte ontstaat voor de invulling van de crisisdienst.</li> </ul> </li> <li>• GGZ Friesland: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Regionale afspraken met kleine aanbieders en zelfstandig gevestigde psychiaters.</li> <li>○ Toetreding tot acute keten → wederkerigheid: toegang tot crisisopnames.</li> </ul> </li> <li>• <a href="#">GGzE i.s.m. Catharina Ziekenhuis en Máxima MC</a>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gezamenlijk klinisch dienstenrooster. Eén psychiater dekt diensten in drie instellingen.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Stand van zaken</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 43% van de aanbieders van acute ggz geeft aan te weinig personeel te hebben voor de ANW-diensten van de crisisdienst.</li> <li>• 50% van aanbieders van acute ggz geeft aan te weinig personeel te hebben voor de ANW-diensten in de kliniek.</li> <li>• De problemen in de bezetting zijn het grootste in de disciplines psychiater, assistent wel of niet in opleiding (AIOS/ANOS) en SPV-er of verpleegkundig specialist.</li> </ul> <p><a href="#">Bron</a>: Samenvatting resultaten uitvraag bezetting 24x7 diensten, Eerste analyse bezetting, werkgroep Bezetting ANW-diensten, medio 2025</p>

### 3. Versterken regionale samenwerking

<b>Knelpunten</b>	<p><b>Onvoldoende regionale samenwerking in netwerk gericht op het gezamenlijk verbeteren van zorg voor mensen met (hoog) complexe psychische problemen.</b> Als oorzaken zijn genoemd:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• elkaar onvoldoende kennen;</li><li>• veel betrokkenen met verschillen in taal, cultuur, taken en verantwoordelijkheden;</li><li>• gebrek aan urgentiebesef en onvoldoende gezamenlijke eigenaarschap: het individueel belang prevaleert boven het gezamenlijk belang;</li><li>• onvoldoende betrokkenheid, zeggenschap en eigenaarschap van bewoners en mensen met psychische problemen en naasten</li><li>• onvoldoende betrokkenheid van gemeenten en het sociaal domein</li><li>• onvoldoende betrokkenheid en zeggenschap van professionals, samenwerking wordt nog te veel vanuit bestuurlijk niveau ingezet;</li><li>• het oplossen van knelpunten in de (cruciale) ggz wordt bij regio gelegd, te weinig richting vanuit landelijk niveau;</li><li>• onvoldoende financiële ondersteuning;</li><li>• veel schotten en verkeerde prikkels in financiering en bekostiging (zie oplossing 4. Financiering en bekostiging).</li></ul>
<b>Oplossingen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bouw gezamenlijk aan een visie en koers met alle betrokken regiopartners inclusief het sociaal domein.</li><li>• Geef daarbij een belangrijke stem aan inwoners, mensen en psychische problemen en naasten, bijvoorbeeld via aansluiting bij participatiehubs en benut het MIND-huis. We denken vooral nog uit het perspectief van zorg in plaats van gezondheid en kwaliteit van leven. Juist inwoners en mensen met psychische problemen en hun naasten kunnen het perspectief van kwaliteit van leven uitstekend inbrengen.</li><li>• Bied tijd en ruimte voor professionals om elkaar te leren kennen en te ontmoeten en bij het uitwerken van de afspraken de lead te nemen.</li><li>• Landelijke partijen: geef regio's de ruimte maar óók richting. Richt je daarbij vooral op de transformatie en niet op de invulling daarvan in de regio's.</li><li>• Landelijke partijen: Bied inhoudelijke ondersteuning waar nodig o.a. via kennisuitwisseling en -ontwikkeling.</li><li>• Landelijke partijen: Bied financiële ondersteuning voor samenwerking.</li><li>• Landelijke partijen: Neem verkeerde prikkels weg op gebied van bekostiging en financiering.</li></ul>
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Regio's (verbeteren van gezondheid en kwaliteit en beperken van kosten van zorg en ondersteuning).</li><li>• Landelijke partijen bij het geven van richting op hoofdlijnen en het inrichten van voorwaarden voor regio's.</li></ul>
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<p><i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• In regio's wordt de afgelopen jaren steeds meer samengewerkt om de gezondheid van de bevolking en de kwaliteit van zorg en ondersteuning te verbeteren en de groei in uitgaven daaraan te beperken.</li><li>• In het IZA en AZWA zijn afspraken gemaakt om deze samenwerking te verbeteren.</li><li>• Er zijn diverse financiële regelingen beschikbaar voor regionale samenwerking (<a href="#">subsidies ZonMW</a>, <a href="#">SPUK-gelden</a>, <a href="#">transformatiegelden</a>, reguliere bekostiging) en er wordt een aanvullende regelingen voorbereid om regio's te ondersteunen bij de samenwerking op het gebied van cruciale ggz (subsidieregeling).</li><li>• MIND en INVOLV bouwen aan een <a href="#">MIND-huis</a> voor regionale beleidsparticipatie. Dit is een netwerk van goed getrainde cliënten- en naastenvertegenwoordigers, ondersteund door de opleiding Regionale Patiënten- en Cliëntenparticipatie. Deelnemers vormen een lerend</li></ul>

	<p>netwerk dat regio's en landelijk beleid verbindt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ZonMw ontwikkelt Regionale participatiehubs. MIND en INVOLV sluiten hierbij aan met het MIND-huis en de opleiding.</li> </ul>
<p><b>Achtergrond-informatie afspraken/ programma's/ initiatieven</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er wordt door een aantal regio's al langdurig samengewerkt. Het RIVM bracht de samenwerking onder de noemer <a href="#">Proeftuinen Toekomstbestendige Zorg</a> in 2018 in beeld en constateerde dat voor alle proeftuinen de opgave moeilijker bleek dan ze vooraf verwacht hadden. Op interventieniveau waren eerste resultaten zichtbaar, maar er waren nog geen resultaten te verwachten op het niveau van de regionale populatie.</li> <li>• In het <a href="#">IZA</a> en <a href="#">AZWA</a> wordt ingezet op het verder versterken van de regionale samenwerking: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Met als belangrijke principes 'gezondheid en leefstijl centraal' en 'een passend en integraal aanbod van zorg en ondersteuning in het regionaal verzorgingsgebied (IZA).</li> <li>○ Aan regio's is gevraagd een regiobeeld en regioplan te maken (IZA).</li> <li>○ Regio's hebben de afgelopen jaren transformatieplannen kunnen indienen (IZA).</li> <li>○ Diverse afspraken waarbij regio's een belangrijke rol hebben. Voor mensen met psychische problemen zijn dat onder andere Mentale Gezondheidsnetwerken (zie oplossing 1a Versterken zorgcoördinatie), cruciale ggz (zie oplossing 1j meer regie op capaciteit cruciale ggz en projecten op het gebied van personele capaciteit/arbeidsmarkt (zie oplossing 2).</li> </ul> </li> </ul>

## 4. Aanpassen financiering en bekostiging - algemeen

<b>Knelpunten</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>De schotten en verschillende regels</b> in Zvw, Wlz, WMO, WPG en Jeugdwet zorgen ervoor dat mensen met (hoog) complexe problemen niet altijd de juiste zorg en ondersteuning krijgen. De regels zijn complex en soms tegenstrijdig. De huidige financiële prikkels en kaders geven onvoldoende ruimte voor de beweging richting gezondheid en welzijn. Investeren in oplossingen levert soms weinig op omdat de baten van investeringen bij andere organisaties of in een andere domein of sectoren vallen. Dat geldt onder andere voor laagdrempelige ondersteuning en bemoeizorg (zie ook oplossing 1b).</li><li>• <b>De brede toegang tot de ggz via de Zvw zorgt voor verdringing van zorg voor mensen met (hoog) complexe psychische problemen.</b> Er is een grote toestroom naar de ggz en het bieden van lichte zorg is aantrekkelijker zowel inhoudelijk als financieel.</li><li>• <b>De definities in het Zorgprestatiemodel (ZPM) sluiten onvoldoende aan op de clusters acute ggz en de tarieven sluiten onvoldoende aan op de kosten van mensen met (hoog) complexe psychische problemen/cruciale ggz:</b> Door onvoldoende dekkende tarieven treden er problemen op bij het in stand houden van onderdelen van cruciale ggz.</li><li>• <b>De prikkels in de bekostiging</b> stimuleren zorgaanbieders niet om te investeren in beschikbaarheid en indirecte taken, zoals afstemming en samenwerking. Juist bij sommige clusters is beschikbaarheid van belang. Juist voor mensen met (hoog) complexe problemen zijn genoemde indirecte taken van belang.</li><li>• <b>De tarieven voor consultatie binnen de ggz</b> dekken niet de directe tijd en expertise, wat zorgt voor inefficiënte zorgverlening (zie oplossingsrichting 1d).</li><li>• <b>De contracten van zorgverzekeraars zijn onvoldoende (gelijkgericht).</b> Door omzetplafonds en verschillen in contracten is er onvoldoende compensatie voor cruciale ggz functies en is het aantrekkelijker lichtte zorg te bieden.</li><li>• <b>De risicoverevening bij zorgverzekeraars</b> werkt niet goed voor mensen met hoog complexe psychische problemen. De ggz-kosten van deze mensen zijn hoog en lastig te voorspellen. Hierdoor is er onvoldoende compensatie voor mensen met hoge ggz-kosten en is de incentive om voldoende zorg voor mensen met hoog (complexe) zorg in te kopen voor zorgverzekeraars minder groot. Ook wordt investeren in preventie, substitutie en innovatie onvoldoende beloond in het huidige risicovereveningsmodel.</li></ul>
<b>Oplossingen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aanpassingen van (regels binnen) stelsels: bijvoorbeeld door cliëntvolgende financiering, regiobudgetten of meer investeringsruimte voor gemeenten en zorgverzekeraars</li><li>• Aanpassen aanspraken ggz waarbij duidelijker wordt wie wel en niet aanspraak heeft op geneeskundige ggz</li><li>• Aanpassen definities en tarieven in ZPM, waarbij (hoog)complexe zorg/cruciale ggz beter wordt bekostigd (AZWA).</li><li>• Verbeteren risicoverevening waardoor zorgverzekeraars beter worden gecompenseerd voor hoge kosten</li><li>• Meer gelijkgericht inkopen van cruciale ggz.</li><li>• Aanspreken zorgverzekeraars op zorgplicht.</li></ul>
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	overheid en landelijke organisaties
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<p><i>Wat loopt al of wordt binnenkort opgepakt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Voorbereidingen Inrichting Staatscommissie ten behoeve van onderzoek naar een toekomstbestendige en weerbare inrichting van het zorgstelsel.</li><li>• Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) <a href="#">Onderzoek Mentale gezondheid</a>, planning, d.d. 3 oktober 2025.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In <a href="#">IZA</a> en <a href="#">AZWA</a> verband vindt overleg plaats over de noodzaak tot aanpassing van (regels binnen) het stelsel in relatie tot verschillende transitiedoelen en doorbraakafspraken.</li> <li>• AZWA: Onderzoek bijdrage aanspraken en pakketbeheer aan een toekomstbestendige ggz. <a href="#">Trekker</a> Zorginstituut Nederland. <a href="#">Planning</a>: 2026</li> <li>• Aanpassing Zorgprestatiemodel cruciale ggz. <a href="#">Trekker</a>: NZa. <a href="#">Planning</a>: jaarlijkse aanpassing op basis van doorontwikkelagenda. De aanpassing van de tarieven cruciale ggz vinden pas plaats nadat ruimte er ruimte is gecreëerd in het makrokader ggz.</li> <li>• Onderzoek naar zorgplicht in ggz en opvolging daarvan, NZa.</li> <li>• Onderzoek Ministerie van VWS naar omzetplafonds en de impact op de toegankelijkheid van zorg voor mensen met een complexe zorgvraag. <a href="#">Trekker</a>: VWS. <a href="#">Planning</a>: resultaat eind 2025.</li> <li>• Aanpassen risicoverevening ggz via de Werkagenda risicoverevening. <a href="#">Trekker</a>: Ministerie van VWS <a href="#">Planning</a>: onderzoek in 2025 en 2026, aanpassing in 2028.</li> </ul>
<b>Achtergrondinformatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In het kader van de Motie Krul (<a href="#">kamerstuk nummer: TK, 29389-nr. 138</a>) heeft het Kabinet de voorbereidingen voor het inrichten van een staatscommissie gestart ten behoeve van onderzoek naar een toekomstbestendige en weerbare inrichting van het zorgstelsel.</li> <li>• Het IBO-onderzoek brengt diverse beleidsopties voor mentale gezondheid en ggz in beeld. Verwacht wordt dat een deel daarvan ook betrekking heeft op (regels in) het stelsel van Zvw, WMO en Wlz zoals van toepassing voor de ggz. Zie <a href="#">Uitstelbrief actieprogramma Mentale gezondheid &amp; ggz</a></li> <li>• In <a href="#">IZA</a> en <a href="#">AZWA</a> verband vindt overleg plaats over de noodzaak tot aanpassing van (regels binnen) het stelsel in relatie tot verschillende de transitiedoelen Het gaat dan om o.a. om algemene (transformatiegelden, domeinoverstijgende bekostiging, et cetera) en specifieke aanpassingen. Voor de ggz zijn o.a. de volgende doorbraakafspraken in gang worden gezet: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zo zijn voor de <a href="#">Mentale Gezondheidsnetwerken</a> afspraken gemaakt over de bekostiging van het verkennend gesprek en functies als transfertafel, domeinoverstijgend casusoverleg en informatievoorziening (zie oplossing 1a).</li> <li>○ Er komt o.a. structurele financiering van laagdrempelige steunpunten en sociaal verwijzen als basisfunctionaliteit (zie oplossingsrichting 1b).</li> </ul> </li> <li>• In het <a href="#">AZWA</a> (blz. 54) is opgenomen dat het Zorginstituut in samenwerking met andere organisaties in de ggz in beeld brengt op welke manier aanspraken en pakketbeheer een bijdrage kunnen leveren aan een toekomstbestendige ggz. Uitgangspunt is dat behandelcapaciteit wordt vrijgespeeld voor patiënten met complexe zorgvragen, waarbij het van belang blijft dat ook mensen met lichtere problematiek toegang hebben tot passende zorg of ondersteuning. De eerste stap is een inventarisatie van mogelijke oplossingsrichtingen. Dit wordt uitgewerkt in de werkgroep Aanspraak, richtlijnen, behandelduur en behandelvorm, thematafel Mentale zorg en ondersteuning.</li> <li>• In 2022 is voor de bekostiging van de ggz het ZPM geïntroduceerd, waarmee een betere bekostiging van (hoog)complexe cliënten c.q. cruciale functies tot stand wordt nagestreefd. De afgelopen periode zijn er geen grote veranderingen in het model doorgevoerd. De tarieven zullen op basis van een kostprijsonderzoek in 2026 worden aangepast. Zie <a href="#">registreren en declareren ggz/fz</a>.</li> <li>• De NZa heeft in 2024 onderzoek gedaan naar de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Eén <a href="#">zorgverzekeraar is onder verscherpt toezicht wegens zorgplicht</a> gesteld. Dit verscherpt onderzoek werd eind 2025 opgeheven</li> <li>• In de <a href="#">kamerbrief over verzamelbrief curatieve ggz</a> van 3 oktober 2025 kondigt de minister aan dat zij op korte termijn onderzoek zal uitvoeren naar de werking van omzetplafonds in de ggz.</li> </ul>

- 
- Per 2028 wordt het risicovereveningsmodel fundamenteel gewijzigd en gebaseerd op gegevens uit het ZPM. Vooruitlopend hierop wordt in 2025/2026 diepgaand onderzoek gedaan naar de beschikbare gegevens en de wijze waarop zorgkosten voorspeld kunnen worden.

## Specifiek voor clusters ggz

### Acute ggz (HIC/IHT)

<b>Knelpunten</b>	<b>De kosten van HIC en IHT worden onvoldoende (gelijkgericht) bekostigd.</b> 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.
<b>Oplossingen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aanpassen contractering en bekostiging van acute ggz (HIC/IHT)</li></ul>
<b>Wie is vooral aan zet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Overheid (NZa, aanpassen bekostiging)</li><li>• Partijen (opstellen normenkader)</li></ul>
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	Adviezen NZa Budgetbekostiging Tariefverhoging voor cruciale zorg om arbeidsvoorwaarden te verbeteren, werkdruk te verlichten en de kwaliteit van zorg te waarborgen. <u>Trekker</u> : NZa. <u>Planning</u> : 1 <sup>e</sup> Advies gereed: februari 2026, 2 <sup>e</sup> advies juli 2026
<b>Achtergrond-informatie afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	Op verzoek van het Ministerie van VWS brengt de NZa in beeld of de budgetbekostiging met inkoop in representatie, zoals nu deels geldt voor de acute ggz (GMAP), kan worden uitgebreid naar de volledige HIC en IHT. Hierdoor wordt concurrentie in de inkoop beperkt tot meer dan alleen de eerste drie dagen. Voor de afbakening en normering is een werkgroep opgericht met vertegenwoordigers van VWS, NZa, zorgverzekeraars, MIND en de Nederlandse ggz. Deze werkgroep stelt een normenkader op (zie ook oplossing 1j, Meer regie op capaciteit in de cruciale ggz en overige sectoren, specifiek acute ggz (HIC/IHT)).

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

<b>Knelpunten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Er is onvoldoende inzicht in de beschikbare en benodigde capaciteit binnen de (cruciale) ggz en het sociaal domein.</b> 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</li> <li>• <b>Overzicht van uitstroommogelijkheden ontbreekt</b>, zoals naar beschermd wonen of andere passende ondersteuning. Dit belemmert de doorstroom, verlengt opnames en vergroot de wachttijden.</li> </ul>
<b>Oplossingen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergroten van inzicht in regionale wachttijden, vraag en aanbod (ook van cruciale ggz).</li> <li>• Vergroten inzicht in uitstroommogelijkheden in ggz en andere domeinen en sectoren.</li> </ul>
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mentale gezondheidsnetwerken/regio's (regionale informatievoorziening ten behoeve van transfer en planning);</li> <li>• zorgaanbieders (delen van informatie);</li> <li>• zorgverzekeraars (zorgbemiddeling en zorginkoop);</li> <li>• NZa (retrospectieve wachttijden).</li> </ul>
<b>Afspraken/programma's/initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De NZa ontwikkelt een <a href="#">openbaar dashboard</a> dat wachttijdgegevens voor de ggz landelijk en regionaal op één plek samenbrengt op basis van verwijsdatum. <u>Trekker</u>: NZA. <u>Planning</u>: dashboard gereed eind 2025.</li> <li>• <a href="#">Mentale gezondheidsnetwerken</a> hebben als kernfunctie de informatievoorziening in de regio te versterken. De Nederlandse ggz en ZN ontwikkelen in samenwerking met regio's een prospectief datamodel waarmee regio's actief kunnen sturen op zorg en ondersteuning (Mentaal Schakelpunt). <u>Trekker</u>: ZN en de Nederlandse ggz. <u>Planning</u>: 2026</li> <li>• KPMG heeft in opdracht van VWS en in samenwerking met de werkgroep cruciale ggz onderzocht welke gegevens nodig zijn voor het regionale gesprek over cruciale ggz en hoe deze kunnen worden ontsloten. <u>Trekker</u>: VWS. <u>Planning</u> eind 2025, <a href="#">rapport gepubliceerd</a>.</li> <li>• Er vindt in opdracht van de Nederlandse ggz een onderzoek door het Trimbos plaats naar <a href="#">vraag en aanbod in acute en outreachende zorg</a>. <u>Trekker</u>: de Nederlandse ggz. <u>Planning</u>: Najaar 2025.</li> <li>• Het Waardenetwerk wonen inventariseert de <a href="#">uitstroommogelijkheden uit de ggz</a> (oplossingsrichting 1j). <u>Trekker</u>: de Nederlandse ggz. <u>Planning</u>: najaar 2025</li> </ul>
<b>Achtergrondinformatie afspraken/programma's/initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De NZa publiceert tweemaal per jaar een informatiekaart over wachttijden en wachtplekken ggz. Om deze informatie te verbeteren en de registratielast te verminderen is een dashboard ontwikkeld. Met verwijs- en declaratiedata kan de wachttijd retrospectief in beeld worden gebracht. De data komen met ingang van 2026 en 2027 (voor instellingen met meerdere locaties) beschikbaar voor regionale en landelijke organisaties.</li> <li>• Samen met regio's wordt verkend hoe de informatievoorziening rond wachtlijsten, zorgvraag en capaciteit verder kan worden verbeterd, ook prospectief. Gewerkt wordt aan het tot stand brengen van een Mentaal Schakelpunt (MSP) dat huisartsen kan ondersteunen bij het verwijzen van mensen met mentale klachten naar de juiste plaats. Het maakt een match tussen de zorgvraag en passend zorgaanbod.</li> <li>• Specifiek voor de cruciale ggz is door KPMG met de regio's en landelijke partijen verkend welke data rondom zorgvraag en zorgaanbod in de cruciale ggz benodigd zijn en hoe deze beschikbaar kunnen worden gesteld.</li> <li>• Een aantal landelijke organisaties in de ggz, verenigd in het</li> </ul>

	waardennetwerk Wonen van de Nederlandse ggz brengt momenteel in beeld hoe groot de groep in de ggz is die wacht op een passende woonplek.
<b>Voorbeelden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• In de regio Arnhem hebben huisartsen en ggz-organisaties in het kader van de Verwijsafspraken (zie oplossing 1a) afgesproken dat zorgaanbieders in de ggz in zorgdomein hun aanbod en wachttijden vermelden.</li><li>• Equalis ontwikkelt in samenwerking met Arkin, GGz InGeest en Gemeente Amsterdam een model voor toekomstprognoses cruciale ggz regio Amsterdam.</li></ul>

## 5b. Verbeteren gegevensuitwisseling tussen professionals – algemeen

<b>Knelpunten</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Wettelijke kaders, zoals de AVG en het medisch beroepsgeheim, staan informatie-uitwisseling in de weg.</b> 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.</li></ul>
<b>Oplossingen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meer duidelijkheid verschaffen welke gegevens wel en niet mogen worden gedeeld</li><li>• Aanpassen wettelijke kaders</li></ul>
<b>Wie zijn vooral aan zet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zorgaanbieders en regio's (uitdragen) beleid over delen van gegevens met derden)</li></ul>
<b>Afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het platform sociaal domein heeft een handreiking <a href="#">gegevensdeling in sociaal, zorg- en veiligheidsdomein</a> opgesteld.</li><li>• De VNG heeft een handreiking <a href="#">inleiding op de handreiking gegevensdeling bij preventie, toezicht en handhaving in het sociaal domein</a> en een <a href="#">stappenplan samenwerking en gegevensdeling</a> ontwikkeld.</li><li>• De Nederlandse ggz heeft een <a href="#">Handreiking gegevensuitwisseling met samenwerkingspartners buiten de zorg gepubliceerd</a>   de GGZ Community</li><li>• Wetsvoorstel Aanpak meervoudige problematiek sociaal domein (WAMS), aanbieding aan Tweede Kamer, najaar 2025 (<a href="#">kamerstuknummer 36295</a>)</li></ul>
<b>Achtergrond-informatie afspraken/ programma's/ initiatieven</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Voor professionals is het medisch beroepsgeheim (WBIG), andere zorgwetgeving en de AVG essentieel. Er zijn verschillende handreikingen daarvoor opgesteld door het platform sociaal domein, de VNG en de Nederlandse ggz.</li><li>• Gemeenten zijn als gevolg van decentralisatie van jeugdzorg en WMO steeds meer gegevens gaan verwerken. Een overkoepelende wettelijke regeling voor de domeinoverstijgende verwerking van persoonsgegevens bij meervoudige problematiek in het sociaal domein ontbrak nog.</li><li>• Het wetsvoorstel WAMS wijzigt de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 en voorziet in grondslagen voor het uitwisselen van de benodigde gegevens. Het <a href="#">wetsvoorstel</a> regelt ook een expliciete grondslag voor de "openbare geestelijke gezondheidszorg" en gegevensverwerking voor de "meldpunten niet-acuut".</li></ul>