

Valt de behoefte aan regionale cruciale ggz te voorspellen?





Valt de behoefte aan regionale cruciale ggz te voorspellen?



Colofon

Auteurs

Michel Planije
Hans Kroon

Vormgeving en productie

The Creative Hub | Canon

Beeld

www.istockphoto.com

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer

TRI-75-033

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00

© 2026, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Doel en scope van dit onderzoek	7
1.2	Aanpak	7
2	Cruciale ggz: regionale kenmerken in relatie tot het gebruik	11
2.1	Inleiding: uitdagingen en complicaties bij het in kaart brengen van de regionale cruciale ggz	11
2.2	Kerncijfers over de regionale cruciale ggz	14
2.3	Altrecht (zorgkantorregio Utrecht)	18
2.4	Antes (zorgkantorregio's Rotterdam en Zuid-Hollandse Eilanden)	22
2.5	Arkin (zorgkantorregio Amsterdam)	25
2.6	GGzE (zorgkantorregio Zuidoost Brabant)	27
2.7	GGZ NHN (zorgkantorregio Noord-Holland Noord)	30
2.8	Lentis (zorgkantorregio Groningen)	32
2.9	Mondriaan (zorgkantorregio Zuid-Limburg)	35
3	Conclusie en discussie	38
4	Bronnen	46

1 Inleiding



In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is het borgen van cruciale ggz een belangrijk thema waarover afspraken zijn gemaakt¹ in bestuurlijke overleggen met IZA partners en het ministerie van VWS. Doel is dat de toegankelijkheid van passende ggz voor burgers en patiënten met de zwaarste en meest ingewikkelde zorgvragen geborgd moet worden. Marktprikkels en krapte op de arbeidsmarkt hebben, aldus de partijen, geleid tot keuzes waarbij de zorg voor patiënten met de zwaarste en meest ingewikkelde zorgvraag juist niet geprioriteerd werd.

Samen met het ministerie van VWS is besloten dat het begrip cruciale ggz en de precieze doelgroep die daaraan behoefte heeft niet in beton kan worden gegoten. Globaal is redelijk duidelijk wat eronder wordt verstaan, maar op detailniveau is de cruciale ggz niet goed af te grenzen in zorgprestaties met scherpe in- en exclusiecriteria. Dat is begrijpelijk gezien de omschrijving van de doelgroep in de brief met bijlagen aan de Tweede Kamer¹. In de inventarisatie in 2023 naar cruciale ggz² en de afspraken met het ministerie van VWS van 20 maart 2024 worden de volgende zes clusters van cruciale ggz onderscheiden.

Figuur 1: Zes clusters van zorgvormen binnen de cruciale ggz³



De Nederlandse ggz heeft het Trimbos-instituut gevraagd onderzoek te doen naar de mogelijkheid van een landelijke onderbouwing van de behoefte aan regionale cruciale ggz, dus de bovenste twee tegels van de bovenstaande figuur. In samenspraak richten we het onderzoek op de volgende zorgvormen:

1 [Kamerbrief over voortgang aanpak cruciale ggz | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

2 [Inventarisatie aanbod cruciale ggz](#)

3 Uit: bijlage bij de kamerbrief van noot 1.

1. Acute zorg: crisisdiensten, IHT (intensive home treatment), en HIC (High & Intensive Care).
2. Outreachende zorg vallend onder setting 4 in het zorgprestatiemodel⁴ (zpm). Bijvoorbeeld FACT-teams, wijkteams, VIP-teams.

Acute zorg

Belangrijke onderdelen van de acute zorg zijn crisisdiensten, IHT-teams en HIC-opnameafdelingen. Regionaal vormen zij vaak een samenhangend netwerk⁵. Volgens het Angelsaksische Crisis Resolution Team model waarop IHT is gebaseerd (Lloyd-Evans & Johnson, 2014) zijn crisisdienst en IHT idealiter geïntegreerd, maar apart opgezette teams komen ook veel voor. Bij een gescheiden opzet biedt de crisisdienst 24/7 crisisbeoordeling en triage en IHT zo nodig de voortgezette acute behandeling, met als doel opname te voorkomen of te verkorten. IHT wordt niet alleen ingezet als voortgezette acute zorg na de crisisbeoordeling, maar ook als opschaling van bestaande ambulante behandeling of als intensieve ambulante zorg direct na een klinische opname. In al deze gevallen wordt gestreefd naar een maximale inzet van zes weken.

HIC, oftewel High & Intensive Care biedt klinische opname van mensen in acute psychiatrische crisis. Het vormt een vangnet wanneer ambulante zorg tijdelijk niet voldoende is. Een opname is meestal kortdurend en intensief, met als doel om de cliënt zo snel mogelijk weer terug te laten keren naar de thuissituatie. HIC werkt nauw samen met ambulante teams om de overgang soepel te laten verlopen. Volgens de omschrijving in figuur 1 valt deze klinische zorg eigenlijk buiten de regionale cruciale ggz, maar in de praktijk mag verwacht worden dat een HIC op regionale schaal aanwezig is. We hebben de HIC (in samenspraak met de Nederlandse ggz) daarom meegenomen in de inventarisatie.

Outreachende zorg

Outreachende zorg betekent dat hulpverleners actief naar cliënten toe gaan, in plaats van dat cliënten zelf naar een ggz-instelling komen⁶. IHT werkt ook outreachend, maar in deze tegel van de regionale cruciale ggz wordt bedoeld op langer durende outreachende zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het zorgmodel FACT (Flexible Assertive Community Treatment) structureert en organiseert deze outreachende zorg. In Nederland beschikt elke regio over meerdere FACT-teams of varianten daarop, zoals gebiedsteams, ggz-teams of ggz-wijkteams. Naast de algemene FACT-/wijkteams zijn er ook outreachende teams voor specifieke doelgroepen, zoals Vroege Interventie Psychose (VIP) teams. Deze doelgroepspecifieke teams hebben een soortgelijke teamsamenstelling en organisatie, met op de doelgroep toegesneden interventies.

Zoals gezegd wordt IHT ook ingezet als tijdelijke opschaling van ambulante zorg bij (dreigende) crises. Dit kan ook FACT-zorg betreffen, al zal deze opschaling gewoonlijk door het FACT-team zelf worden verzorgd.

4 Informatiekaart settings in het zorgprestatiemodel

5 Crisisdiensten, IHT-teams en HIC-afdelingen vormen de kern van acute zorg, maar functioneren vaak binnen een breder netwerk. De organisatie en samenwerking tussen zorgvormen en ketenpartners varieert per regio, afhankelijk van lokale afspraken, beschikbare voorzieningen en betrokken instellingen

6 Zie ook §2.4 Consulten setting, Prestatiebeschrijving setting Outreachend, in: Beleidsregel prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg 2026.

Werkwijze en organisatie van IHT, HIC en FACT zijn nader gedocumenteerd in hand- of praktijkboeken (resp. Prinsen e.a., 2016; Van Mierlo e.a., 2013, Van Veldhuizen e.a., 2015). Voor HIC en FACT bestaan modelgetrouwheidsschalen die het CCAF gebruikt voor certificering van teams/afdelingen (zie www.ccaf.nl voor actuele schalen en procedures). Voor IHT bestaat een Engelse modelgetrouwheidsschaal. Het IHT-platform en CCAF ontwikkelen momenteel een Nederlandse modelgetrouwheidsschaal voor IHT.

1.1 Doel en scope van dit onderzoek

De Nederlandse ggz formuleerde de volgende vragen aan het Trimbos-instituut:

- Kan er een landelijke onderbouwing voor de regionale gesprekken/plannen ontwikkeld worden met normen/indicaties en afwegingen voor de benodigde *regionale* capaciteit binnen de cruciale ggz?
- In welke mate beïnvloeden regiokenmerken (zoals stedelijkheid, sociaaleconomische deprivatie, overig ggz-aanbod en maatschappelijke voorzieningen) deze capaciteitsbehoefte?

In het tweede doel ligt de realisatie besloten dat er communicerende vaten zijn die de behoefte aan (onderdelen) van de regionale cruciale ggz beïnvloeden (APA, 2022). Bij een sterke bezetting van ambulante acute zorg-, en outreachende teams, kunnen minder opnamebedden nodig zijn. Als er (te) weinig andere zorg en ondersteuning beschikbaar is, kan de regionale cruciale ggz verstopt raken. In een grote stad met een kwetsbare populatie en grote huisvestingsproblematiek zal de zorgbehoefte groter zijn dan in een welvarende plattelandsgemeente.

Sommige van de bovenstaande factoren zijn kwantitatief in kaart te brengen, andere zijn meer kwalitatief van aard of ontberen een adequaat informatiesysteem. Zo wordt niet op een gestandaardiseerde manier geregistreerd welke inspanningen vanuit de Wmo vanwege psychische problemen worden gedaan (bijvoorbeeld begeleiding thuis, cliëntondersteuning, bemoeizorg). Om toch meer vat te krijgen op de bredere context waarin de regionale cruciale ggz opereert, hebben we de kwantitatieve gegevens over de regionale cruciale ggz aangevuld met groepsgesprekken met vertegenwoordigers van de cruciale voorzieningen binnen de deelnemende ggz-instelling, en hun belangrijke samenwerkingspartners.

1.2 Aanpak

Deelnemende regio's

In de zomer van 2024 polste de Nederlandse ggz bij de kerninstellingen de belangstelling voor deelname aan de verkenning van de regionale cruciale ggz. Tijdens een informatiebijeenkomst in augustus 2024 gaf het Trimbos-instituut aan de geïnteresseerden een toelichting op de onderzoeksopzet. Dit resulteerde uiteindelijk in deelname van zeven deelnemende ggz-instellingen, verspreid over acht zorgkantoorregio's, namelijk:

- Altrecht (zorgkantoorregio Utrecht)
- Antes (zorgkantoorregio's Rotterdam en Zuid-Hollandse Eilanden)
- Arkin (zorgkantoorregio Amsterdam)
- GGzE (zorgkantoorregio Zuidoost Brabant)

- GGZ NHN (zorgkantorregio Noord-Holland Noord)
- Lentis (zorgkantorregio Groningen)
- Mondriaan (zorgkantorregio Zuid-Limburg)

Operationalisatie van regionale cruciale ggz

Hoewel de (regionale) cruciale ggz niet strikt is af te bakenen in zorgprestaties, hebben wij voor de onderlinge vergelijkbaarheid van de regionale data wel een nadere operationalisatie moeten maken. In afstemming met de Nederlandse ggz kwamen wij tot de volgende afbakening in de ggz voor volwassenen (18+):

- Ambulante acute zorg: crisisdiensten en Intensive Home Treatment (IHT). De bekostiging is vanuit twee componenten. De eerste drie dagen worden als 'overige prestatie' gedeclareerd volgens de regeling van de Zorgstandaard Acute Psychiatrie (ZAP, voorheen GMAP), daarna valt de intensieve thuisbehandeling onder setting 4 (outreach) van het zorgprestatiemodel (zpm).
- FACT/ggz-wijkteams: voor zover geregistreerd onder setting 4. Dat betekent dat de outreachende forensische (setting 7) en hoog specialistische (setting 8) zorg buiten de inventarisatie vallen. De inventarisatie omvat wel outreachende teams voor een specifieke doelgroep (zoals daklozen, ouderen of mensen met een persoonlijkheidsstoornis), voor zover geregistreerd onder setting 4.
- HIC: zorg op een HIC met gebruik van het HIC (h) tarief⁷. Gaande onze inventarisatie bleek dat sommige HIC's ook gebruik maken van het f- en g-tarief en dat gebruik van het h-tarief ook buiten de HIC's voorkomt. Wij beperken ons echter tot het h-tarief.

Dataverzameling

Elk van de deelnemende ggz-instellingen wees een contactpersoon aan waarmee een oriënterend gesprek werd gevoerd, met aandacht voor de planning van de regionale verkenning, beschikbaarheid van informatie, aanbieders/organisatie van de regionale cruciale ggz en eventuele regionale bijzonderheden. Via de contactpersoon vroegen we basisdata op om zicht te krijgen op vraag en aanbod van de regionale cruciale ggz.

We informeerden naar cijfermatige gegevens over de FACT/VIP-teams, de 24/7 crisisdienst, IHT-teams en HIC. We vroegen de volgende gegevens op per relevante zorgseenheid, en daarbinnen voor elke setting binnen het zorgprestatiemodel⁸ (zpm):

- Cliënten: aantal unieke cliënten naar setting binnen het zorgprestatiemodel (op jaarbasis en peildatum),
- Personeel: fulltime equivalenten (fte), disciplinemix, vacaturegraad, aandeel personeel niet in loondienst (PNIL)
- Alleen voor HIC: bed capaciteit
- Alleen voor FACT: postcodegebied
- Alleen voor FACT: wachttijd tot intake en start behandeling
- Omzet per zpm setting/ zorgprestatie

7 Verblifsdag H is een zorgprestatie binnen de ggz die specifiek is gekoppeld aan High Intensive Care (HIC)-afdelingen. Een verblifsdag in de ggz kent verschillende verzorgingsgraden (A t/m H). De verzorgingsgraden geven aan hoeveel en welk type zorg iemand nodig heeft, en zijn gekoppeld aan een zorgzwaarteprofiel. Zie ook: §3.1 Prestaties verblifsdag ggz, in: Beleidsregel prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg 2026.

8 Informatiekaart settings in het zorgprestatiemodel

Daarnaast vroegen we om relevante beleidsstukken over de stand van zaken (ontwikkelingen/knelpunten) en overig aanbod (van andere instellingen) binnen de regionale cruciale ggz. De verstrekte cijfermatige informatie vormde het vertrekpunt voor twee groepsgesprekken per deelnemende ggz-instelling: a) met professionals van de cruciale voorzieningen binnen de deelnemende ggz-instelling, en b) met belangrijke samenwerkingspartners.

Het was aan de kerninstellingen om te selecteren welke samenwerkingspartners werden uitgenodigd. Dat varieerde van uitsluitend andere aanbieders van regionale cruciale ggz tot een uitgebreid gezelschap met vertegenwoordiging van cliënten/naastbetrokkenen, GGD, huisartsen, politie, gemeente, verslavingszorg en maatschappelijke ggz/beschermd wonen.

De gesprekken hadden als doel om de gevonden resultaten te duiden, eventuele leemtes en discrepanties te verhelderen, en om de stand van de regionale cruciale ggz in zijn geheel te bespreken. Aan de orde kwam of er bepaalde groepen waren die regionaal (in het bijzonder) onvoldoende bediend konden worden, of de samenwerkingspartners naar tevredenheid een beroep konden doen op de regionale cruciale ggz en vice versa en of er een gezamenlijk gedragen beeld was over waar de cruciale ggz wel en niet voor is.

Een evidente beperking van de data-uitvraag via de kerninstellingen is dat aanbod van andere aanbieders van regionale cruciale ggz niet is meegenomen. Wel kwam dit aan de orde in de groepsgesprekken. In sommige regio's hebben we de inventarisatie op verzoek van de deelnemende instelling uitgebreid naar samenwerkingspartners in de regio, beperkt tot de belangrijkste parameters (aantallen cliënten op peildatum en per jaar).

Kwantitatieve analyse

We hebben de data zowel op regionaal als op subregionaal niveau in kaart gebracht en geanalyseerd. De regionale analyse biedt een globaal inzicht in de omvang van de regionale cruciale ggz. Per regio hebben we (op voorstel van de instellingen) subregio's afgebakend die aansluiten bij de indeling in werkgebieden van de betreffende instelling. De analyse op subregioniveau is alleen gedaan voor de algemene FACT/wijkteams die op het niveau van een wijk/subregio opereren. De teams met een groter verzorgingsgebied vielen buiten deze analyse. We beperken ons in de gepresenteerde overzichten hoofdzakelijk tot de cliëntenaantallen op peildatum en op jaarbasis. De verhouding tussen beide is een indicatie voor doorstroming en de lengte van behandeltrajecten.

Om na te gaan of en in hoeverre regionale verschillen van invloed zijn op het gebruik van cruciale ggz, hebben we gekozen voor de variabelen sociaaleconomische status (SES) en stedelijkheid. Van deze twee factoren is bekend dat ze de prevalentie van psychische aandoeningen en het zorggebruik binnen een regio kunnen beïnvloeden (Van Os, 2022; Ten Have et al., 2023) én relevant geacht worden voor capaciteitsplanning van de regionale cruciale ggz (zie bijvoorbeeld Delespaul, 2015; Van Hoof et al, 2016).

Gemiddeld genomen hebben mensen met een lagere sociaaleconomische positie meer psychische klachten, meer psychische aandoeningen, een lager mentaal welbevinden en een hoger ggz-zorggebruik. In sterk stedelijke gebieden is vaker sprake van een hogere concentratie van complexe zorgvragen. Enerzijds vanwege de relatie met de eerdergenoemde factoren, maar ook als zelfstandige determinant. Stedelijkheid is in zichzelf een zelfstandige determinant omdat steden vaak gekenmerkt worden door minder sociale samenhang, waardoor mensen minder kunnen

terugvallen op informele steun van familie of buren. Dit vergroot de kans op eenzaamheid en psychische klachten. Daarnaast zijn er in steden vaak meer gespecialiseerde zorgvoorzieningen. Dit kan resulteren in een concentratie van mensen met complexe zorgvragen.

Het gebruik van outreachende zorg per (sub)regio stelden we vast door het aantal cliënten van outreachende zorgteams (op jaarbasis en peildatum) - vallend onder setting 4 van het zorgprestatie-model - te delen door het inwonertal van diezelfde (sub)regio. Het inwonertal is gebaseerd op het numeriek deel (PC4) van de postcodes (zie CBS), behorende bij de werkgebieden van de outreachende zorgteams, zoals aangeleverd door de deelnemende instellingen. Voor het bepalen van de *sociaaleconomische status* per (sub)regio, gebruikten we de SES-WOA⁹ (welvaart, opleiding, arbeid) scores per postcodegebied behorend bij het werkgebied van de outreachende zorgteams. De gemiddelde *stedelijkheidsklasse* per (sub)regio bepaalden we aan de hand van de indeling van het CBS¹⁰.

9 Het CBS geeft per viercijferige postcode de gemiddelde sociaaleconomische status (SES-WOA score). De status score is gebaseerd op de financiële welvaart, het opleidingsniveau en het recente arbeidsverleden van particuliere huishoudens op 1 januari van het betreffende jaar. Recent arbeidsverleden staat voor de mate waarin men de afgelopen drie jaar werkzaam was.

10 Het CBS baseert de indeling van gemeenten naar stedelijkheid op de omgevingsadressendichtheid van de gemeente. Voor ieder adres binnen een gemeente is de adressendichtheid vastgesteld van een gebied met een straal van 1 km rondom dat adres. De omgevingsadressendichtheid van een gemeente is de gemiddelde waarde hiervan voor alle adressen binnen die gemeente. De vijf stedelijkheidsklassen zijn gebaseerd op klassegrenzen van 2500, 1500, 1000 en 500 adressen per km². De volgende klassen worden onderscheiden: 1) Zeer sterk stedelijk (omgevingsadressendichtheid van 2500 of meer); 2) Sterk stedelijk (omgevingsadressendichtheid van 1500 tot 2500); 3) Matig stedelijk (omgevingsadressendichtheid van 1000 tot 1500); 4) Weinig stedelijk (omgevingsadressendichtheid van 500 tot 1000); 5) Niet stedelijk (omgevingsadressendichtheid van minder dan 500).

2 Cruciale ggz: regionale kenmerken in relatie tot het gebruik



2.1 Inleiding: uitdagingen en complicaties bij het in kaart brengen van de regionale cruciale ggz

Bij het in kaart brengen van het gebruik van cruciale ggz, kwamen diverse complicaties naar voren die de onderlinge vergelijkbaarheid van de regionale data beperkt. Door deze beperkingen moeten de bevindingen met voorzichtigheid – en vooral kennis van deze achtergronden – worden geïnterpreteerd. We noemen de belangrijkste.

Andere aanbieders van regionale cruciale ggz

De deelnemende ggz-instelling is in elke regio de grootste aanbieder van (regionale) cruciale ggz, maar de mate waarin dit speelveld gedeeld wordt met andere aanbieders wisselt. Sommige van de deelnemende instellingen bieden ook forensische en verslavingszorg, soms zijn hiervoor (overwegend) andere aanbieders. Hoe groter het aandeel van de kerninstelling binnen de regionale cruciale ggz, hoe meer cliënten de kerninstelling in zorg zal hebben.

De deelnemende instellingen hebben niet een eenduidig beeld of de andere aanbieders binnen de regio wel of niet tot de cruciale ggz behoren. Enerzijds omdat er lucht zit in de opvattingen wat 'cruciale ggz' is, anderzijds omdat men het andere aanbod niet goed kan overzien. Een goed voorbeeld is BuurtzorgT; deze organisatie heeft verspreid door het land teams die wisselend (ook binnen regio's) ingericht en opgezet zijn. Sommige teams lijken qua samenstelling op een FACT-team, andere zijn eerder psychologische behandelteams. Een verschil met de deelnemende kerninstellingen is dat BuurtzorgT geen 7x24 uurs crisisfunctie en geen opnamecapaciteit heeft. Ook zijn er in wisselende mate exclusiecriteria die niet passen bij de invulling van de regionale cruciale ggz¹¹. Al met al kunnen dergelijke teams een nuttige rol in het zorglandschap spelen, maar rekenen de deelnemers ze veelal niet tot de regionale cruciale ggz. Maar het kan wel zo zijn dat BuurtzorgT teams in sommige regio's cliënten in zorg hebben die ook (of elders) bij FACT in zorg zouden zijn.

FACT/wijkteams

- FACT-teams zijn in de verschillende regio's op uiteenlopende manieren ingericht. Meestal zijn het FACT-teams voor de doelgroep waarvoor FACT oorspronkelijk is ontwikkeld: mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). In dat geval valt (nagenoeg) al het werk van de teams onder de setting outreach van het zpm. Sommige (sub)regio's hebben de poliklinische behandelprogramma's voor (bijvoorbeeld) angst en depressie geïntegreerd binnen de FACT-teams. In dat geval valt een deel van de bekostiging onder setting multidisciplinair. Dit deel

11 Zoals crisisgevoeligheid, suïcidaliteit, een floride psychotisch beeld en/of de noodzaak tot uitgebreide diagnostiek en bemoeizorg. Deze exclusiecriteria kunnen het gevolg zijn van afspraken met zorgverzekeraars.

hebben we (volgens de operationalisatie in §1.2) niet gerekend tot de regionale cruciale ggz. Bij sommige variabelen (namelijk wachttijden en personeelsformatie/disciplinemix) was deze inperking naar setting binnen het team niet te maken.

- De deelnemende ggz-instellingen beschikken naast de generieke FACT/wijkteams ook over een wisselend arsenaal aan outreachende teams voor een specifieke functie en/of doelgroep (bijvoorbeeld ACT, bemoeizorg, FACT Ouderen, FACT Jeugd, daklozenteams, diagnosegerichte teams)¹². Dergelijke teams hebben – vanwege de kleinere doelgroep en/of beperktere functie – vrijwel steeds een groter werkgebied dan de FACT/wijkteams. De aan/afwezigheid van dergelijke teams heeft consequenties voor de taakstelling en doelpopulatie van de FACT-teams. Sommige van deze teams registreren hun activiteiten binnen setting 8 (hoog specialistisch). Zo telt in de ene regio de vroege interventie bij psychose mee bij de regionale cruciale ggz omdat deze aangeboden wordt door een generiek FACT-team, en in de andere regio niet omdat hiervoor een specialistisch team met Top-Ggz keurmerk is dat de activiteiten onder setting 8 registreert.
- Sommige teams voor bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornissen en ouderen bieden ook outreach, zij het veel minder dan de reguliere FACT-teams. Bij sommige instellingen is dit behoorlijk uitgesorteerd: (bijvoorbeeld) ouderen die (nog) sterk de outreach-functie van FACT nodig hebben blijven ook op oudere leeftijd in de reguliere FACT-teams (die dan zijn toegerust met daarbij aansluitende expertise). Bij andere instellingen gaan zij over naar leeftijdsgebonden zorg. Alleen als daarin ook een stevige outreach component zat, zijn deze teams meegenomen in de inventarisatie, dit naar het oordeel van de deelnemende instellingen.

Crisisdienst/IHT

Crisisdienst en IHT zijn soms twee verschillende eenheden, soms een geïntegreerde eenheid. IHT kan ook worden ingezet als opschaling van ambulante zorg, maar deze instroom was niet bij elke instelling naar IHT toe te rekenen. Ook was het niet altijd duidelijk in hoeverre crisisbeoordeling tot voortzetting via IHT leidde. Afhankelijk van de inrichting van de administratie kan dit tot gemiste of dubbel getelde cliënten hebben geleid.

HIC

- Rondom HIC stuiten we op verschillende definities en afbakening in financiering. Een HIC is een gesloten afdeling voor kortdurende opname waarin zo nodig opgeschaald kan worden naar 1-op-1 begeleiding (intensive care) in een aparte ruimte. Een modelgetrouwe HIC heeft daarnaast een extra beveiligde kamer (EBK). Er is binnen het zpm een aparte h (HIC) prestatiecode, maar dat wil niet zeggen dat HIC's per definitie integraal h-bekostigd zijn; het f- en g-tarief wordt ook gebruikt. En omgekeerd is het niet zo dat een HIC alleen h-bekostigde bedden heeft. Dit maakt dat de afbakening van de HIC niet eenduidig is¹³. Instellingen kunnen naast de HIC's ook andere opname-afdelingen hebben, bijvoorbeeld een medium care afdeling. Deze wisselende context aan opname-alternatieven beïnvloedt de benodigde omvang van de HIC. Hoe precies is niet in een simpele formule te vatten.

12 Deze variatie komt deels voort uit regionale kenmerken (zoals een daklozenteam in de grote stad), en is deels gegroeid op basis van (historisch gegroeide) inzichten: men ervoer dat een bepaalde groep onvoldoende passende zorg kreeg en creëerde een nieuw aanbod. Na een tijd van steeds meer specifieke teams is er al langere tijd een beweging terug waarin dergelijke teams weer opgaan in de algemene FACT-teams. Deels met hetzelfde argument (meer passende zorg), deels om fragmentatie in de zorg te gaan.

13 Om te komen tot beschikbaarheidsbekostiging voor HIC en IHT heeft VWS in 2025 een werkgroep ingesteld, waarbij de omschrijving en afbakening van IHT en HIC ten opzichte van andere zorgvormen aandacht heeft (zie Kamerstuk II, 2024/25, Nr. 748).

- HIC (als functie) wordt in een aantal regio's niet alleen aangeboden door ggz-instellingen, maar ook door (academische) ziekenhuizen, bijvoorbeeld binnen bredere afdelingen voor spoedeisende psychiatrie. De afbakening tussen 'regionale' en 'landelijke' tegels van cruciale ggz is niet messcherp. Regionale acute zorg (zoals crisisdiensten, IHT en HIC) is bedoeld voor directe opvang en behandeling van mensen in acute psychische nood binnen een regio. Daarnaast zijn er (bovenregionale) voorzieningen zoals klinische zorg voor langdurige opnames, MPU-units (Medisch Psychiatrische Units) en PUK's (Psychiatrische Universitaire Klinieken), gericht op gespecialiseerde of complexe zorg die niet overal beschikbaar is. Deze kunnen wel degelijk partner zijn in de regionale acute zorgketen.

Wachttijst informatie

Van sommige opgevraagde variabelen betwijfelden de instellingen de betrouwbaarheid. Meest gehoord waren twijfels over de wachttijst informatie. Dat waren deels algemene bezwaren over de validiteit van de berekeningswijze, maar we kwamen ook specifieke meetproblemen tegen, bijvoorbeeld bij reorganisaties of omdat de wachttijden op teamniveau bepaald werden, terwijl slechts een deel van de cliëntèle onder onze definitie van regionale cruciale ggz viel. We presenteren deze data daarom hier niet, maar hebben deze wel gedeeld in de groepsgesprekken om te bespreken wat de cijfers zeiden over de druk op de regionale cruciale ggz. Die impressies komen aan bod bij de resultaten per regio (§2.3 t/m 2.9).

Al met al wordt de omvang en het functioneren van de regionale cruciale ggz niet alleen beïnvloed door 'echte' verschillen in de organisatie ervan en de context (overig aanbod, regiokenmerken, populatiekenmerken, beschikbaarheid van personeel), maar ook door 'schijn' verschillen ontstaan door variatie in zorgregistratie en in afspraken met zorgverzekeraars (bijvoorbeeld over de bemensing van de crisisdienst en onder welke setting bepaald aanbod kan/mag worden geregistreerd). Dit hadden we ons op voorhand wel gerealiseerd, maar de uitdagingen waren in de praktijk groter dan verwacht. We hebben standaardisatie van gegevensverzameling over de regio's heen nagestreefd, maar dit was vanwege bovenstaande factoren niet volledig haalbaar.

2.2 Kerncijfers over de regionale cruciale ggz

De regio's hebben tezamen bijna 4,9 miljoen inwoners, ofwel een behoorlijk deel (27%) van Nederland. Elk van de vier grootste zorgverzekeraars is coördinerend zorgverzekeraar in ten minste één van de regio's (namelijk Zilveren Kruis in vier regio's, CZ in twee en VGZ en Menzis ieder in één). De gemiddelde stedelijkheidsklasse van de regio's is 2,5, de gemiddelde SES-score is 0¹⁴. Dat betekent dat de regio's tezamen in vergelijking tot heel Nederland eenzelfde gemiddelde SES-score en een iets hogere stedelijkheid (namelijk 2,5 versus 2,75) hebben. Al met al lijken de regio's een goede afspiegeling van heel Nederland te zijn. De details per regio komen in het vervolg aan bod.

FACT-/wijkteams

Tabel 2.1 laat voor elk van de deelnemende instellingen het gebruik op jaarbasis zien van outreachende zorg binnen zpm setting 4, afgezet tegen het aantal inwoners van de algemene bevolking, de SES en stedelijkheidsklasse. Dit is inclusief het aanbod van regionaal (in plaats van alleen wijk/subregionaal opererende) outreachende teams, maar exclusief het outreachende aanbod van andere instellingen in de regio (bijvoorbeeld FACT van een instelling voor verslavingszorg). Ook de acute outreach van IHT-teams valt buiten dit overzicht; die komt bij de acute zorg aan de orde.

Tabel 2.1. Regiokenmerken en gebruik van outreachende zorg van FACT/ggz-wijkteams, 2023

Zorggebruik zpm 4							
Instelling/Regio	Inwoners	2023 (jaar)		Peildatum in 2023		SES-WOA ^a	Stedelijkheid ^b
		N	% van inwonertal	N	% van inwonertal		
Antes (Rotterdam)	766240	10258	1,34 ^c	7461	0,97	-0,159	1,4
Antes (Zuid Hollandse Eilanden)	410755	4204	1,02 ^c	2708	0,66	0,103	2,9
GGZ NHN (Noord-Holland Noord)	640980	5738	0,90	1445	0,23	0,089	3,2
Arkin (Amsterdam)	618430	5326	0,86	3664	0,59	-0,070	1,1
Altrecht (U16)	819385	5245	0,64	2939	0,36	0,125	2,3
Mondriaan (Zuid-Limburg)	458960	2102	0,46	1605	0,35	-0,136	2,7
Lentis (Groningen)	594000	1740	0,29	1392	0,23	-0,094	3,2
GGzE (Zuidoost Brabant) ^d	572200	1604	0,28	1151	0,20	0,110	2,7
Totaal	4880950	36217	0,74	22365	0,46	0	2,5

a) De gemiddelde SES-WOA-score voor heel Nederland is 0. Bij een hogere score zijn de inwoners welvarender/ hoger opgeleid/langduriger aan het werk. De marges lopen anno 2023 op gemeentelijk niveau van -0,28 (Heerlen) tot 0,55 (Rozendaal), bron: CBS; b) De indeling in stedelijkheidsklasse loopt van 1 (=zeer sterk stedelijk) t/m 5 (niet stedelijk), bron: CBS; c) Geen onderscheid naar zpm setting. Volgens Antes betreft het grotendeels cliënten vallend binnen de setting outreachend; d) De jaarcijfers van GGzE hebben betrekking op 2022, vanwege een reorganisatie in 2023 (met vertekende data). De cijfers op peildatum zijn actueler, namelijk van 30-9-2024.

14 Zie de voetnoten bij tabel 2.1 voor scorebereik van SES-WOA en stedelijkheid.

Het zorggebruik is in tabel 2.1 uitgedrukt als fractie van de bevolking. Als voorbeeld: in regio Rotterdam waren er in 2023 per 100 inwoners 1,34 mensen die op enig moment in dat jaar gebruik maakten van outreachende zorg van Antes.

In tabel 2.1 is te zien dat op jaarbasis 36.217 cliënten outreachende zorg kregen binnen setting 4, wat overeenkomt met 0,74% van de populatie. Op peildatum (dat was een door de instellingen gekozen, representatief geachte dag in of omstreeks 2023) ging het om 22.365 cliënten, ofwel 0,46% van de bevolking.

FACT-teams hebben gewoonlijk (en volgens het handboek FACT) ongeveer 200 cliënten in een werkgebied van 30 à 50.000 inwoners, ofwel 0,4 tot 0,67 cliënten per 100 inwoners. De dekkinggraad van de outreachende ggz-teams van de zeven instellingen tezamen valt met 0,46 cliënten per 100 inwoners op peildatum binnen deze marges. Dat zou op het eerste gezicht wijzen op voldoende cruciale ggz van dit type. Echter, de variatie tussen de regio's is groot, van 0,20 (GGzE) tot 0,97 (Antes-Rotterdam) per 100 inwoners.

We voerden een regressieanalyse¹⁵ uit met stedelijkheid en SES als voorspellers van het procentuele jaargebruik binnen setting 4. De SES heeft een dusdanig lage correlatie met het zorggebruik dat deze beter uit het model gelaten kan worden. Stedelijkheid verklaart 49% van de variantie (spreiding/ verschillen) van het percentage cliënten op peildatum en 26% van het percentage cliënten op jaarbasis.

Dat zijn redelijke verbanden, maar onvoldoende om op basis daarvan een betrouwbare formule op te stellen voor het voorspellen van het verwachte zorggebruik per regio. Dat blijkt al uit inspectie van tabel 2.1. Bijvoorbeeld: Amsterdam is veel stedelijker dan de Zuid-Hollandse Eilanden en toch bereiken de Amsterdamse outreachende teams een lager percentage van de bevolking.

In sommige regio's is de outreach voor mensen met verslavingsproblematiek (primair) belegd bij een instelling voor verslavingszorg, bij andere levert de instelling dit zelf (en is het inbegrepen bij de telling in tabel 2.1). Echter, toevoeging van de factor wel/geen andere aanbieder voor FACT Verslaving leidt niet tot een betere predictie.

Op basis van stedelijkheid en de SES in een regio is de regionale variatie dus onvoldoende te verklaren. We signaleerden al dat er geen volledige uniformiteit is in de gegevensverzameling tussen de instellingen. Mogelijk is de variatie aan outreach *binnen* de regio's daarom beter te verklaren uit verschillen in stedelijkheid en SES. Dat kan dan alsnog helpen bij het bepalen van een norm of ondergrens voor regionale cruciale ggz. Een dergelijke analyse wordt vanaf §2.3 beschreven voor elk van de deelnemende instellingen.

15 Regressieanalyse is een statistische methode om de relatie tussen een afhankelijke variabele (in dit geval: outreachende zorg) en één of meer onafhankelijke variabelen (in dit geval: stedelijkheid en SES) te onderzoeken. Bij een verklaarde variantie van 100% kan de spreiding in outreach geheel worden voorspeld op basis van de onafhankelijke variabelen. Hoe kleiner de steekproef (zoals in deze analyse) hoe groter de kans dat dit resultaat op toeval berust. Als (toevallige) marginale fluctuaties in stedelijkheid precies gelijk opgaan met grote variaties in outreach is de verklaarde variantie toch 100%. Het kan ook zijn dat stedelijkheid in werkelijkheid een belangrijke voorspellende factor is, maar dat dit sterk vertroebeld wordt door een niet meegenomen factor (bijvoorbeeld personeelsgebrek); in dat geval zal de verklaarde variantie in de analyse toch laag zijn.

Tabel 2.2. Verhouding tussen cliëntenaantallen in outreach op peildatum en op jaarbasis

Zorggebruik zpm 4			
Regio	Jaar	Peildatum	Peildatum/jaar
Antes (Rotterdam)	10258	7461	0,73
Antes (Zuid Hollandse Eilanden)	4204	2708	0,64
GGZ NHN (Noord-Holland Noord)	5738	1445	0,25
Arkin (Amsterdam)	5326	3664	0,69
Altrecht (U16)	5245	2939	0,56
Mondriaan (Zuid-Limburg)	2102	1605	0,76
Lentis (Groningen)	1740	1392	0,80
GGzE (Zuidoost Brabant)	1604	1151	0,72

Tabel 2.2 bevat dezelfde informatie over cliënten op peildatum en jaarbasis als in tabel 2.1, maar nu ook met de verhouding daartussen. Dit is een indicatie voor (regionale variatie in) doorstroming en behandelduur.¹⁶ Bij een waarde van 1 is er geen enkele uitstroom; hoe lager de fractie, hoe korter de gemiddelde behandelduur. Tabel 2.2 laat een flinke variatie zien; deze variatie kan allerlei achtergronden hebben.

- **Ideologie:** FACT-teams moeten een balans vinden in het belang van relationele continuïteit in outreach versus FACT als tijdelijke, toegevoegde specialistische behandeling. Praktijken die hechten aan continuïteit laten zich bijvoorbeeld inspireren door modellen zoals Peer Supported Dialogue, waarin samenwerking en gelijkwaardigheid centraal staan, of door de ggz in Triëst, waar langdurige, relationele zorg en sociale inclusie de kern vormen. Anderen huldigen de opvatting dat écht herstelondersteunende zorg juist betekent dat FACT-zorg zo kort mogelijk moet duren. Vanuit deze visie is FACT een tijdelijke, specialistische interventie die wordt ingezet bij complexe problematiek. De kern van FACT ligt dan in het bieden van intensieve, multidisciplinaire behandeling bij een duidelijke, afgebakende hulpvraag. Zodra er geen expliciete behandelvraag meer is, vervalt in deze opvatting ook de indicatie voor FACT. Het voortzetten van FACT-zorg zonder actieve behandelcomponent wordt dan gezien als niet doelmatig en mogelijk zelfs belemmerend voor herstel, omdat het cliënten afhankelijk kan houden van specialistische zorg in plaats van hen te ondersteunen in het versterken van hun eigen netwerk en het benutten van reguliere voorzieningen. Teams met een korte behandelduur kunnen dat realiseren door – als de belangrijkste behandeldoelen zijn bereikt – af te schalen naar begeleid wonen of huisarts/ POH-GGZ, met een terugkeergarantie naar het FACT-team. Maar afschaling kan ook flexibeler in netwerkzorg gerealiseerd worden via voortgezette waakvlamzorg (dus in lage frequentie, met de mogelijkheid om zo nodig snel op te schalen) in samenwerking met cliënt, diens sociale netwerk en zorgpartners.
- **Efficiëntie:** Om de zorg als geheel betaalbaar en uitvoerbaar te houden en (oplopende) wachtlijsten te voorkomen of reduceren, is ook uitstroom nodig.

16 Om een indruk van de betekenis van de fractie te geven: stel dat elke cliënt precies een jaar in zorg blijft, de uitstroom perfect over het jaar gespreid is en er bij elke uitgestroomde cliënt meteen een nieuwe instroomt, dan zou dat tot een peil/jaar fractie van 0,50 leiden. Stel dat in hetzelfde (kunstmatige) voorbeeld, de behandelduur niet 1 maar 5 jaar is, dan stroomt in één jaar maar 20% uit en is de fractie 0,83. In de praktijk zal bij een gebruikelijke behandelduur van 5 jaar, de gemiddelde duur veelal lager zijn (bijvoorbeeld wegens verhuizing, overlijden, het niet tot stand komen van een behandelrelatie of andere onvoorziene omstandigheden).

- Toerusting/specialisatie van het FACT-team en beschikbaarheid van alternatieven: in een regio met veel specialistische/FACT-alternatieven zal het generieke FACT-team minder breed toegelust zijn (in expertise, interventies, capaciteit, naar doelgroep) en sneller doorverwijzen. Menig FACT-team, zo vernemen we in de groeps gesprekken, kampt daarbij wel met vertraging in dat proces en met grensvlakproblematiek. Cliënten blijven langer dan gewenst in FACT omdat het vervolg (nog) niet beschikbaar is of de verwijzing niet accepteert.
- Samenstelling van de cliëntpopulatie: Teams die polizorg en FACT-zorg geïntegreerd hebben, hebben een lagere behandelduur. Vroegpsychose-teams beperken de behandeling veelal tot drie jaar.

De laatstgenoemde factor verklaart waarschijnlijk waarom GGZ NHN vier keer meer mensen op jaarbasis ziet dan op peildatum. De integratie van polizorg (met gewoonlijk veel kortere behandeltrajecten) en FACT was mede bedoeld om de FACT-populatie beter te laten profiteren van specialistische behandeling en de cliënten van de polikliniek ook zonodig outreach te kunnen bieden (Engelsbel e.a., 2024). Kennelijk zien we dat laatste fenomeen terug in de data. Maar ook als we GGZ NHN buiten beschouwing laten is er een flinke variatie in de verhouding tussen het (relatieve) bereik op peildatum en op jaarbasis van 1:1,25 bij Lentis tot 1:1,78 bij Altrecht. Zie voor een verdere bespreking de detailschetsen per regio in volgende paragrafen.

Crisisdienst/IHT

Het totaal aantal crisisbeoordelingen in de regio's bedroeg op jaarbasis 20.534¹⁷. Het aantal jaarlijkse crisisbeoordelingen per 10.000 inwoners varieert van 9 (Lentis) tot 51 (GGZ NHN). Dit zijn de uitbijters, bij de overige instellingen (exclusief Arkin vanwege de gecombineerde crisisdienst met GGZ inGeest) is de marge 27 (Antes) tot 44 (Altrecht). Aan de gegeven voorbeelden is al te zien dat er geen duidelijke relatie is met de stedelijkheid van de regio's. Immers, de hoogst en laagst scorende instellingen bedienen regio's met eenzelfde gemiddelde stedelijkheid.

IHT (opgevat als voortgezette crisisbehandeling) was niet in elke regio even goed af te bakenen of in kaart te brengen, maar naar schatting kregen ongeveer 6000 cliënten gedurende het jaar IHT bij deze zeven kerninstellingen. De variatie was groot: van 4 cliënten per 10.000 inwoners bij Lentis tot 32 bij GGZ NHN. Dit laatste cijfer is een uitbijter. Bij de overige regio's (exclusief Arkin) is de bandbreedte kleiner, namelijk van 8 (Mondriaan en Antes) tot 11 cliënten (Altrecht en GGzE) op jaarbasis.

Waar voor HIC en FACT normen/indicaties zijn voor cliëntaantallen, ontbreken die vooralsnog voor crisisdienst/IHT. In het handboek IHT (Prinsen e.a., 2016) wordt alleen een marge gegeven voor het aantal cliënten dat een crisisdienst doorgaans jaarlijks ziet (dat varieerde destijds per crisisdienst van 719 tot 9725; gemiddeld 100 per 10.000 inwoners). Het handboek gaat uit van het model waarin de functie van de crisisdienst is geïntegreerd binnen IHT. Niet aangegeven wordt welk deel gebruikelijk voortgezette crisisbehandeling krijgt.

Er loopt een verkenning op verzoek van de overheid om IHT nader af te bakenen als opmaat naar beschikbaarheidsvergoeding (zie voetnoot 13). Als ook met deze operationalisatie de praktijkmarges beperkt zijn, dan zal het voor IHT – gemakkelijker dan voor FACT – mogelijk zijn een norm te bepalen voor een ondergrens voor regionale beschikbaarheid.

17 Arkin en GGZ inGeest hebben een gezamenlijke crisisdienst voor heel Amsterdam. Dit cijfer omvat ook het deel van Amsterdam dat tot het werkgebied van GGZ inGeest behoort.

HIC

In de regio's zijn gezamenlijk 302 HIC bedden beschikbaar, wat neerkomt op 1 HIC-bed per 16.162 inwoners. Dat voldoet ruimschoots aan de vuistregel¹⁸ van Stichting HIC ART (Van Mierlo, et al., 2013), die uitgaat van een beschikbaarheid van gemiddeld 20 HIC-bedden op 400.000 inwoners, ofwel 1 bed per 20.000 inwoners. De regionale variatie is minder groot dan bij de FACT-/wijkteams en crisisdienst/IHT: van 1 bed per ±14.000 inwoners (GGzE en GGZ NHN) tot 1 bed per ±21.000 inwoners (Mondriaan en Arkin). Deze variatie heeft geen (betekenisvol) verband met stedelijkheid en SES. Dit verraste ons niet gegeven de eerdergenoemde afbakeningsproblemen (zie §2.1) van de HIC. De instellingen geven aan dat de HIC-capaciteit in het licht van de overige opnamecapaciteit moet worden gezien. Het kan goed zijn dat de totale opnamecapaciteit wel degelijk met stedelijkheid en SES samenhangt, maar dit viel buiten de scope van ons onderzoek.

De conclusie is dat er afgezet tegen de bestaande vuistregel geen tekort aan HIC-capaciteit lijkt te zijn (adequate bemensing daarvan is overigens wel een probleem) en dat variatie in capaciteit over de regio's beperkt is. Net als voor IHT loopt ook hier een overheidstraject voor nadere afbakening (zie voetnoot 13). En ook voor HIC lijkt de kans aanwezig om tot een onderbouwde ondergrens en leidraad voor planning te komen.

In het vervolg van dit hoofdstuk presenteren we onze bevindingen per regio. We geven daarbij inzicht in het gebruik van outreachende zorg, en plaatsen dit in de context van sociaaleconomische kenmerken en de mate van stedelijkheid. Daarna gaan we in op het gebruik van de crisisdienst en Intensive Home Treatment (IHT) en het aantal HIC-bedden. Deze gegevens worden aangevuld met indrukken uit gesprekken en relevante (beleids)documenten. Om zo vergelijkbaar mogelijke gegevens te presenteren, hanteren we de volgende afbakening.

- De tabellen bevatten alleen cijfers die betrekking hebben op zorgvormen van de deelnemende instellingen. Voor zover beschikbaar worden gegevens van andere regionale aanbieders meegenomen in de beschrijvende tekst.
- De tabellen over outreachende zorg bevatten alleen gegevens over cliëntaantallen binnen zpm setting 4 en – anders dan in tabel 2.1 – alleen voor zover deze geleverd worden door FACT/wijkteams die binnen een specifieke wijk/subregio opereren.
- We beschikken bij een aantal regio's ook over cliëntaantallen binnen zpm setting 7 (Forensische ambulante zorg). Voor zover beschikbaar, wordt die informatie per regio meegenomen in de beschrijvende tekst.

2.3 Altrecht (zorgkantoorregio Utrecht)

Outreachende zorg

De zorgkantoorregio Utrecht bestaat uit de subregio's Eemland en U16, dat zijn 16 gemeenten in het midden en oosten van de provincie Utrecht, waaronder Utrecht Stad. Altrecht is de kerninstelling voor de U16 en GGZ Centraal voor Eemland. In samenspraak met Altrecht is besloten om de verkenning tot de U16 te beperken.

18 Deze norm is bepaald bij de start van de HIC-ontwikkeling op basis van expertoordeel. Volgens de Stichting HIC ART behoeft deze norm nadere onderbouwing en actualisatie.

Tabel 2.3 laat per subregio het gebruik zien van outreachende zorg (zpm setting 4), afgezet tegen het inwonertal, de SES en stedelijkheidsklasse. Het gaat om de gegevens van in totaal 5075 cliënten die zorg kregen vanuit een van de dertien gebiedsteams¹⁹ van Altrecht.

Tabel 2.3 Zorgkantoorregio Utrecht: Kenmerken van de subregio's binnen de U16 in relatie tot het gebruik van outreachende zorg van Altrecht, 2023

Zorggebruik zpm 4					
Subregio	Inwoneraantal	(% van inwonertal)		SES-WOA	Stedelijkheid
		2023	Peil 1-11-24		
Utrecht Stad	297280	0,86	0,47	0,004	1,3
Utrecht Zuidoost (Zeist)	186270	0,57	0,28	0,192	3,1
Lekstroom (Nieuwegein)	180795	0,46	0,26	0,179	2,4
Utrecht West (Woerden)	155040	0,38	0,24	0,216	3,3

Er is een tweedeling in het zorggebruik zichtbaar tussen Utrecht stad en de overige subregio's, met een hoger gebruik in Utrecht. Deze stad laat op zijn beurt wel lagere cijfers zien dan stad Rotterdam (zie §2.4). Een mogelijke verklaring is dat Altrecht een minder dominante aanbieder van cruciale ggz is dan Antes. In de regio U16 heeft Jellinek bijvoorbeeld een outreachteam voor mensen met verslavingsproblematiek, zijn er diverse aanbieders van forensische outreachende zorg en heeft BuurtzorgT relatief veel aanbod (zie ook tabel 2.4). Verder valt op dat de subregio Lekstroom een lager gebruik van outreach heeft dan Utrecht Zuidoost, ook al is Lekstroom meer verstedelijkt en heeft het een wat ongunstiger sociaaleconomisch profiel. We vermoeden dat hier historisch gegroeide ontwikkelingen in het spel zijn. Zo heeft de gemeente Zeist van oudsher twee grotere instellingsterreinen. Grootste gemeenten Nieuwegein en Houten in de subregio Lekstroom zijn verstedelijkte VINEX-kernen, vanouds zonder klinische faciliteiten.

De Utrechtse regio heeft – met uitzondering van Utrecht West – een relatief korte behandelduur binnen de outreachteams, afgeleid uit de verhouding tussen de zorg op peildatum en op jaarbasis. Zoals in het algemene deel besproken, moeten FACT-teams steeds een balans vinden in het belang van relationele continuïteit in outreach versus FACT als toegevoegde specialistische behandeling. Deze balans helt bij Altrecht meer over naar de tweede functie. Dat wordt mede bereikt via nauwe samenwerking met Lister (begeleid/beschermd wonen). Zie ook *Musse et al (2021)* waarin de dilemma's bij het zoeken naar deze balans in de context van de Utrechtse teams wordt beschreven. Bij uitstroom wordt – vanzelfsprekend – een passende vervolgooplossing gezocht. Altrecht onderzoekt momenteel (met Hogeschool Inholland) hoe de doorstroom uitpakt voor cliënten²⁰.

Op verzoek van Altrecht hebben we ook data over outreachende zorg uitgevraagd bij andere regionale ggz-aanbieders. Tabel 2.4 laat de cliëntaantallen zien.

19 Van een aantal (deels) outreachend werkende teams van Altrecht is geen postcode-informatie beschikbaar. Het gaat bijvoorbeeld om de subregionale AMBIT-teams, het team Jongvolwassenen (beide zpm setting 3) en het ACT-team (zpm setting 4). In 2023 ging het bij deze teams in totaal om 2072 cliënten, op peildatum 1 nov 2024 was het totaal 794 cliënten.

20 Zie: [Helpende factoren en zelfmanagement | Centre of Expertise | Preventie in zorg en welzijn](#).

Tabel 2.4 Aantal cliënten outreachende zorg, inclusief overige aanbieders in regio U16, 2023

Organisatie	Aantal cliënten	
	2023	Peildatum
BuurtzorgT	712	505
Jellinek Outreachend Team - FACT	158	*
Fivoor For FACT	274	157
Inforsa For FACT	97	47
De Waag For FACT	32	32
Totaal	1273	741

* Geen cijfers geleverd.

Naast de ruim vijfduizend cliënten bij Altrecht, kregen in 2023 in totaal 1273 cliënten een vorm van outreachende zorg bij samenwerkingspartners, waarvan 403 cliënten van forensische FACT-teams. Er is geen informatie verstrekt over de zpm setting van deze cliënten. Te verwachten valt dat dit bij Jellinek (overwegend) setting 4 is en bij de forensische teams (overwegend) setting 7. BuurtzorgT geeft desgevraagd aan dat de geregistreerde zpm setting afhankelijk is van de gemaakte afspraken met de zorgverzekeraars: voor dezelfde zorg is het bij de ene zorgverzekeraar setting 3 (multidisciplinair) en bij de andere zorgverzekeraar setting 4 (outreach).

Acute zorg

Crisisdienst en IHT zijn nauw met elkaar verweven, met op jaarbasis in totaal 48 fte (waarvan 18 fte buiten kantoortijden). In 2023 deed de crisisdienst Utrecht in totaal 3605 crisisbeoordelingen, waarvan 1758 binnen kantoortijden en 1847 buiten kantoortijden. De IHT-teams zijn gestationeerd in de stad Utrecht maar hebben een regiobreed verzorgingsgebied. Volgens Altrecht leidt ongeveer een kwart van de crisisbeoordelingen tot intensieve thuisbehandeling. Voor het jaar 2023 gaat het – uitgaand van deze schatting – om 900 personen die IHT kregen.

Tabel 2.5 Acute zorg Altrecht: Crisisdienst, IHT en HIC, 2023

Crisisdienst	IHT		HIC
Aantal beoordelingen	Aantal cliënten		Aantal bedden
2023	Peil 011124	2023	2023
3605	212	900*	50

* Schatting

Gebaseerd op de verzorgingsgraad Verblijfsdag H, komt Altrecht tot een totaal van 50 HIC bedden, met inzet van 1,32 fte per bed. In 2023 was de bezettingsgraad 97%. Een populatiemaat voor HIC (Van Mierlo, et al., 2013) is dat er gemiddeld 20 HIC-bedden beschikbaar moeten zijn voor elke 400.000 inwoners, ofwel 1 bed per 20.000 inwoners. Uitgaande van 819.385 inwoners, is er in de U16 regio 1 HIC bed per 16.400 inwoners beschikbaar.

Altrecht werkt nauw samen met instellingen in de regio, waaronder het Antoniusziekenhuis en het UMC Utrecht. Het Antoniusziekenhuis beschikt over twee bedden voor acute psychiatrische opnames binnen de eerste drie dagen van een crisis ('ZAP' bedden²¹) en een aantal bedden op

21 Zorgstandaard Acute Psychiatrie (ZAP), voorheen bekend als de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP).

de Medisch Psychiatrische Unit (MPU). In het kader van de RAPO-regeling²² zijn er wekelijks twee bedden beschikbaar als noodbed. Ook het UMC Utrecht beschikt over twee 'ZAP' bedden plus een aantal MPU-bedden. UMCU merkt op dat als een cliënt op de HIC ligt, dit in de praktijk betekent dat er tegelijkertijd een regulier GGZ-bed beschikbaar moet blijven. Dit is nodig om de cliënt na de acute fase door te kunnen plaatsen naar een minder intensieve setting zodra de situatie dat toelaat. Anders gezegd, een HIC-opname reserveert indirect ook een regulier bed. Zonder die doorstroommogelijkheid zou de HIC vastlopen, omdat patiënten die stabiliseren nergens naartoe kunnen.

De ziekenhuizen vormen daarmee een belangrijke schakel in de acute psychiatrie. Ze bieden aanvullende (HIC-)capaciteit en zorgen voor snelle opvang, flexibiliteit bij drukte en passende zorg bij ingewikkelde problematiek. Dit versterkt de samenwerking binnen de acute ggz.

Beeld van regionale cruciale ggz

Op basis van de groepsgesprekken en beschikbare (beleids)documenten, schetsen we het volgende globale, niet uitputtende, beeld van de regionale cruciale ggz in de U16. Het is relevant om te benoemen dat bij de groepsgesprekken, naast Altrecht, uitsluitend aanbieders van cruciale ggz aanwezig waren. Andere partijen zoals huisartsen of de GGD waren niet vertegenwoordigd. Overall lijkt het huidige aanbod aan cruciale ggz te voldoen aan de vraag, aldus de deelnemers aan de groepsgesprekken. Hoewel de druk soms voelbaar is, lukt het dankzij intensieve samenwerking tussen (ggz-)aanbieders meestal om de benodigde zorg te blijven leveren. Specifiek voor cliënten met complexe persoonlijkheidsstoornissen wordt gewezen op een fors tekort aan ambulante behandelcapaciteit: Altrecht biedt als enige aanbieder in de regio Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment (AMBIT), met lange wachttijden en oplopende tekorten door toenemende vraag en personeelsverloop.

De indruk is dat bij de outreachende teams weinig mensen tussen wal en schip vallen. Bij andere zorgvormen lijkt dat soms wel het geval, bijvoorbeeld omdat er (te) weinig specialistisch aanbod is voor cliënten waarbij een vermoeden dan wel diagnose is op het gebied van problematiek in het autismespectrum. Ook wijst men op (te) weinig (klinisch) aanbod voor mensen met verslavingsproblemen gecombineerd met psychiatrische problematiek. Er is in de regio behoefte aan (langdurige) forensische klinische capaciteit, waar cliënten voldoende tijd krijgen om de benodigde gedragsverandering te bereiken. In Nederland zijn er maar enkele voorzieningen die deze zorg bieden, met lange wachtlijsten. Bij crisisdienst en HIC leeft de wens om betere verbinding te leggen met de beveiligde (klinische) zorg voor cliënten die een delict hebben gepleegd maar nog geen forensische titel hebben. In alle U16 gemeenten ervaart men een tekort aan gespecialiseerde woonplekken zoals Skaeve Huse en beveiligde vormen van beschermd wonen.

Uit een regionale rapportage met knelpunten – op basis van de IZA inventarisatie cruciale ggz – komt naar voren dat huisartsen knelpunten ervaren als ze noodgedwongen zorg moeten bieden aan cliënten met complexe problematiek die in afwachting zijn van ggz behandeling.

Wachttijden voor outreachende ggz in de regio kunnen oplopen doordat cliënten achtereenvolgens

22 De RAPO-regeling is een regionaal samenwerkingskader waarbinnen afspraken zijn gemaakt over de Regionale Ambulantisering en Plaatsingsafspraken Opnamevoorzieningen.

bij verschillende aanbieders/teams worden aangemeld en afgewezen. Dit vergroot het risico op verergering van de problematiek, huisuitzetting, crisissituaties, enzovoorts. Om dit te voorkomen wordt in 2025 gestart met een nieuwe werkwijze. Als geoordeeld wordt dat er inderdaad een indicatie voor dergelijke zorg is, nemen de aanbieders van cruciale ggz de verantwoordelijkheid om de cliënt te geleiden naar het best passende team.

Over acute psychiatrie wordt tijdens het groepsgesprek opgemerkt dat er maar zelden een beroep gedaan hoeft te worden op klinische capaciteit buiten de regio, dankzij de nauwe samenwerking met psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen binnen de regio. Binnen de cruciale ggz worstelt men wel met situaties waarin een cliënt geen zorg kan of wil aanvaarden, maar er geen juridische of medische grondslag is om zorg onder dwang toe te passen. Omdat de verzorgingsgebieden van de ziekenhuizen niet 1-op-1 samenvallen met de regio van het zorgkantoor, is er geen goed beeld van de benodigde capaciteit van de Medisch Psychiatrische Units.

2.4 Antes (zorgkantoorregio's Rotterdam en Zuid-Hollandse Eilanden)

Het werkgebied van Antes bestrijkt de zorgkantoorregio's Rotterdam en Zuid-Hollandse Eilanden (ZHE).

Outreachinge zorg

Antes merkt bij de aangeleverde cijfers op dat er geen onderscheid is gemaakt naar zpm setting maar dat dit in de praktijk (nagenoeg steeds) de setting outreach betreft. Hoe dan ook valt volgens Antes het complete aanbod van deze ggz-teams tot de regionale cruciale ggz. Van 29 GGZ-teams van Antes is postcode-informatie bekend. Zij boden in 2023 zorg aan 10.268 cliënten²³(tabel 2.5). Per subregio wordt het gebruik getoond van outreachende zorg, afgezet tegen inwonertal, SES en stedelijkheidsklasse.

23 Daarnaast zijn er twee teams (Nissewaard Oost en Hellevoetsluis Zuid) in de regio ZHE, waarvan geen gegevens aangeleverd zijn over het werkgebied op postcodeniveau. In totaal gaat het bij deze teams om 544 cliënten.

Tabel 2.5. Zorgkantoorregio's Rotterdam en ZHE^a. Kenmerken van de subregio's in relatie tot het gebruik van outreachende zorg

Subregio	Inwoneraantal	Zorggebruik zpm 4 (% van inwonertal)		SES-WOA	Stedelijkheid
		2023	Peil 30-6-23		
Rotterdam Zuid	210210	1,35	1,02	-0,384	1,1
Rotterdam West	86655	1,28	0,92	-0,290	1,8
ZHE 2 (Hellevoetsluis; Goerree-Overflakkee; Westvoorne/Brielle)	125445	0,93	0,64	0,120	1,6
Rotterdam Centrum	154825	0,78	0,60	-0,036	1,3
Rotterdam ROCK ^b	247365	0,77	0,56	-0,073	1,4
Regio HAP (Hoogvliet; Albrandswaard; Pernis)	67185	0,74	0,50	0,060	2,7
ZHE 1 (Nissewaard centrum; Nissewaard Zuid-West; Hoeksche Waard)	189025	0,64	0,43	0,159	2,9
Barendrecht Ridderkerk	96285	0,35	0,26	0,135	2,2

a) Subregio's behorend tot de Zuid-Hollandse Eilanden: ZHE 1, ZHE 2, Barendrecht Ridderkerk; b) Crooswijck, de Esch; Kralingen, Prinsenland; Capelle West, Krimpen; Capelle Oost, Lage Land Oosterflank en Nesselande; Ommoord, Zevenkamp

Wat opvalt is dat de subregio's met stedelijkheid <2 een hoger zorggebruik van zpm4 hebben dan de minder stedelijke subregio's.

In een regressieanalyse verklaren SES en stedelijkheid maar liefst 75% van de variantie in zorggebruik op jaarbasis en 82% van de variantie op peildatum. Deze verklaarde variantie komt geheel op het conto van stedelijkheid, de SES heeft geen toegevoegde waarde. De relatie tussen zorggebruik en stedelijkheid is hoog, maar niet perfect; Rotterdam ROCK en HAP hebben nagenoeg hetzelfde zorggebruik, ondanks een fors verschil in stedelijkheid.

Verder valt op dat er weinig variatie is in de doorstroomsnelheid (gezien de verhouding tussen zorggebruik op peildatum en op jaarbasis), wat wijst op uniform beleid in het organiseren van in- en uitstroom.

Acute zorg

Crisisdienst Rijnmond deed in 2023 in totaal 3200 crisisbeoordelingen. In de regio's Rotterdam en ZHE maakten in 2023 in totaal 974 cliënten gebruik van Intensieve Behandeling Thuis (IBT). Er zijn vier IBT-teams actief, met een gezamenlijke formatie van 38,1 fte. Naast deze vier teams kent Antes ook een team Detox Thuis voor cliënten met verslavingsproblematiek. In 2023 ging het om 174 cliënten.

Tabel 2.6 Acute zorg Antes: Crisisdienst, IHT en HIC, 2023

Crisisdienst	IHT		HIC
Aantal beoordelingen	Aantal cliënten		Aantal bedden
2023	Peil 011124	2023	2023
3200	91	974	80

Antes beschikt over in totaal 80 HIC bedden, verspreid over drie voorzieningen, met een relatief²⁴ hoge inzet van 1,11 fte per bed. De bezettingsgraad in 2023 varieerde per voorziening maar lag gemiddeld rond 98%. Uitgaande van in totaal ongeveer 1.177.000 inwoners van de regio's Rotterdam en ZHE, is er 1 HIC bed per 14.700 inwoners beschikbaar.

Beeld van regionale cruciale ggz

We geven een globale, niet uitputtende indruk van de regionale cruciale ggz, op basis van de groepsgesprekken en beschikbare (beleids)documenten. Uit tabel 2.1 bleek dat Antes relatief de meeste cliënten in de regionale cruciale ggz heeft. Niettemin is de ervaring dat de cruciale ggz stevig onder druk staat, onder meer door complexere zorgvragen, personeelstekorten en lange wachttijden. Vooral nog lukt het door samenwerking met andere aanbieders in de regio om in acute situaties de benodigde zorg te bieden maar er is geen overnamecapaciteit: er zijn onvoldoende plekken of teams beschikbaar om andere (niet-crisis) cliënten over te nemen of op te vangen. Dit geldt ook voor cliënten die uit de crisiszorg komen en vervolgzorg nodig hebben. Het gevolg is dat cliënten blijven "vastzitten" in de crisiszorg of op wachtlijsten blijven staan, omdat er geen plek is om hen door te verwijzen.

Zoals gezegd is het gebruik van cruciale GGZ relatief hoog. Een mogelijke verklaring is dat verslaving geen exclusie criterium is voor het bieden van (acute of outreachende) zorg. Antes biedt ook zorg aan mensen bij wie verslaving de primaire problematiek is. Naar inschatting van Antes betreft dit ongeveer een derde van de caseload van de gebiedsteams.

In de regio neemt de vergrijzing sterk toe en het aantal ouderen met meerdere aandoeningen stijgt, wat leidt tot een complexere zorgvraag. Dit gaat samen met toenemende ernst van psychiatrische problematiek en stijging van het gebruik van acute en specialistische zorg. Onder meer als gevolg van tekort aan verpleeghuisbedden en personeel blijven ouderen langer thuis wonen, vaak met complexe problematiek. Zonder voldoende ondersteuning kan dit leiden tot crisissituaties die opvang in de ggz vereisen.

Er worden knelpunten ervaren rond mensen met complexe, gecombineerde problematiek. Voor hen mist passend aanbod waardoor zij tussen wal en schip vallen. Dit heeft tot gevolg dat zij herhaaldelijk worden doorverwezen zonder dat passende hulp wordt gevonden. Dit leidt tot verergering van problematiek, crisissituaties en overbelasting van de (cruciale) ggz. De beschikbare capaciteit (personeel, klinisch) is niet altijd afgestemd op de specifieke zorgvraag van cliënten met meervoudige problematiek of onvoldoende gespecialiseerd zoals beveiligde zorg zonder forensische titel of langdurige verslavingszorg.

Er bestaat grote behoefte aan meer en beter gekwalificeerd personeel voor cliënten met complexe problematiek. Het kost grote moeite om de eenheden op voldoende personele sterkte te houden, en de onderbezetting is soms aanzienlijk. Antes ervaart dat veel ggz-professionals het minder aantrekkelijk lijken te vinden om in de cruciale ggz te werken. Wat volgens de geïnterviewden niet meehelpt om personeel te werven en te behouden, is dat de salariering binnen en buiten de cruciale ggz hetzelfde is. Ook vrijgevestigde psychiaters lijken vaker te kiezen voor lichtere

24 De Beleidsregel Prestaties en tarieven ggz van de NZa (BG/REG-24145a) gaat bij een verblijfsdag H uit van 1,3 tot 2,0 fte per bed. Deze bezetting was de hoogste van de deelnemende instellingen.

casuïstiek, wat de druk op de cruciale GGZ verder vergroot. In de outreachende/ambulante setting worden met name medisch specialisten en psychologen gemist. In de klinische setting zijn er tekorten aan verpleegkundigen.

2.5 Arkin (zorgkantorregio Amsterdam)

De zorgkantorregio Amsterdam bestaat uit de gemeenten Amsterdam en Diemen. Naast Arkin heeft ook GGZ inGeest aanbod binnen Amsterdam. Deze inventarisatie beperkt zich tot de stadsdelen waarin Arkin actief is.

Outreachinge zorg

In 2023 kregen in totaal 5326 cliënten outreachende zorg (zpm 4): 3033 cliënten van stadsdeelgebonden FACT-teams, 2293 cliënten van niet-stadsdeelgebonden teams. Tabel 2.7 laat het gebruik zien van outreachende zorg (zpm 4), afgezet tegen het inwonertal, de sociaaleconomische status en stedelijkheidsklasse. De cijfers hebben alleen betrekking op de 3033 cliënten van de stadsdeelgebonden teams. In vergelijking tot de Rotterdam lijken onderstaande cijfers laag. Dit is mede te verklaren doordat de Amsterdamse FACT-teams een kleiner aandeel binnen de totale regionale cruciale ggz hebben. Met inbegrip van de subregio-overstijgende zorg ligt het zorggebruik in setting 4 in de beide grote steden al dicht bij elkaar (zie tabel 2.1).

Tabel 2.7. Zorgkantorregio Amsterdam: Kenmerken van de subregio's in relatie tot het gebruik van outreachende zorg^a

Subregio	Inwoneraantal	Zorggebruik zpm 4 (% van inwonertal)		SES-WOA	Stedelijkheid
		2023	Peil 31-12-23		
Diemen	29310	1,12	0,83	0,040	1,0
Stadsdeel West	139760	0,67	0,44	0,002	1,0
Stadsdeel Oost	125255	0,61	0,50	-0,026	1,2
Stadsdeel Noord	127530	0,48	0,38	1,254	1,3
Stadsdeel Zuidoost	89540	0,43	0,37	-0,371	1,2

a) Stadsdeel Centrum (inwonertal: 107035) ontbreekt. De verklaring hiervoor is dat binnen stadsdeel Centrum een deel van de cliënten outreachende zorg krijgt van FACT- of wijkteams die administratief behoren tot stadsdelen West en Oost.

Hoewel alle stadsdelen nagenoeg dezelfde mate van verstedelijking kennen, zijn er flinke verschillen in zorggebruik zichtbaar. Het zorggebruik in stadsdeel Zuidoost is opmerkelijk laag. Dit zou kunnen samenhangen met het relatief hoge aandeel inwoners met een niet-westerse migratieachtergrond die mogelijk minder goed bereikt worden²⁵. In stadsdeel Zuidoost is het aandeel inwoners met een niet-westerse achtergrond 63%, in de overige stadsdelen varieert het aandeel van 17 tot 31% (Regiobeeld Amsterdam 2023).

25 Verschillende studies wijzen erop dat mensen met een niet-westerse migratieachtergrond belemmeringen ervaren in het zoeken en krijgen van adequate zorg voor mentale problemen, zie o.a. Gulgun e.a., 2025). Etnische minderheden komen bij een psychose relatief vaker langs onvrijwillige weg en/of via de politie voor het eerst in contact met de ggz (Fassaert e.a., 2016).

Naast de bovengenoemde 5326 cliënten die binnen zpm setting 4 outreachende zorg kregen, bood Arkin binnen de FACT-teams in 2023 aan 1876 cliënten ambulante, multidisciplinaire zorg (zpm 3) en aan 1289 cliënten forensisch ambulante zorg (zpm 7).

Acute zorg

De Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA) is de stedelijke crisisdienst in Amsterdam en Amstelland, een samenwerkingsverband van Arkin en GGZ inGeest. In 2023 beschikte de SPA over een formatie van 36,2 fte en daarnaast 22,5 fte voor de meldkamer. In 2023 deed de crisisdienst in totaal 6352 crisisbeoordelingen. Arkin heeft vier crisisteam die IHT bieden, met in totaal 35,9 fte.

Tabel 2.8 Acute zorg Arkin: Crisisdienst, IHT en HIC, 2023

Crisisdienst	IHT		HIC
Aantal beoordelingen	Aantal cliënten		Aantal bedden
2023	Peil 300623	2023	2023
6352	199	-	29

Arkin beschikt over in totaal 29 HIC bedden, verspreid over twee voorzieningen, met inzet van 1,84 fte per bed. De bezettingsgraad in 2023 was bijna 100%. Uitgaande van in totaal 618.430 inwoners in het werkgebied van Arkin, is er 1 HIC bed per 21.300 inwoners beschikbaar. Dat lijkt voor een grote stad weinig, maar de HIC-functie is ingebed binnen een veel groter aanbod aan opnameafdelingen met een totale capaciteit van 158 bedden, waaronder een Tijdelijke Overbruggingsafdeling (bedoeld voor cliënten die acuut opgenomen worden en wachten op een definitieve opnameplek), een medium care afdeling, drie gesloten en twee open afdelingen. Naast de 29 HIC bedden zijn er nog 40 tot 56 bedden op gesloten afdelingen die volgens Arkin het HIC-model toepassen, maar niet via prestatiecode h bekostigd worden.

Beeld van regionale cruciale ggz

Op basis van de groepsgesprekken en beschikbare documenten geven we een impressie van de knelpunten die worden ervaren in de regio Amsterdam. Er wordt grote druk ervaren op de (cruciale) ggz en aanpalende domeinen zoals maatschappelijke opvang, buurtteams en politie. Arkin en regionale samenwerkingspartners kampen met personele problemen, krapte op de arbeidsmarkt (voor regie-behandelaren/specialisten en vooral voor verpleegkundig personeel), een hoog verzuim en (op sommige plekken) een hoog personeelsverloop. Vacatures kunnen niet of moeilijk ingevuld worden (of worden noodzakelijkerwijs met PNIL'ers (personeel niet in loondienst) opgevuld. Het is voorgekomen dat een afdeling tijdelijk moest worden gesloten vanwege onvoldoende personele bezetting. Dit heeft directe invloed op de in-, door- en uitstroom van cliënten en de capaciteit in de regio.

Opgemerkt wordt dat op verschillende plekken in de keten het aanbod ontbreekt om gepast te kunnen op- of afschalen waardoor stagnatie plaatsvindt. Vaak gaat het hierbij om problematiek op het snijvlak van verschillende zorg- en financieringsvormen (bijvoorbeeld: psychiatrie gecombineerd met gecombineerd met lichamelijke aandoeningen of een verstandelijke beperking), woon- verblijfsvoorzieningen maar ook als er bijvoorbeeld beveiligde zorg (zonder forensische titel) nodig is. Vooral het ontbreken van passende woonvoorzieningen voor mensen met EPA wordt als knellend ervaren.

De geïnterviewden geven aan dat het zorgstelsel, met diverse vormen van financiering en regelgeving, een samenhangende cruciale ggz in de weg staat. In Amsterdam met een gevarieerd, maar ook gefragmenteerd aanbod aan voorzieningen, knelt dit mogelijk (nog) meer dan in de andere regio's. Tijdens het groeps gesprek wordt opgemerkt dat de totale kosten voor specialistische ggz in Amsterdam hoger liggen dan in andere regio's, mede door het grote aantal gebruikers van zorg geleverd door vrijgevestigde behandelaars. Doordat zowel vrijgevestigde zorgverleners als outreachende teams worden gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), blijft er minder financiële ruimte over om de capaciteit van intensieve zorgvormen zoals IHT of FACT uit te breiden.

Het aantal dakloze mensen in Amsterdam stijgt. Specifiek voor de regio Amsterdam is het hoge aantal toeristen, vluchtelingen en cliënten zonder verblijfsstatus. De combinatie van toeristen met acute middelen-, en/of ggz-problematiek, mensen zonder geldige verblijfsdocumenten met beperkte toegang tot reguliere zorg, en vluchtelingen met complexe psychische klachten, draagt bij aan de structurele druk op de cruciale ggz in Amsterdam, vooral op crisisbedden, spoedeisende hulp en laagdrempelige voorzieningen.

2.6 GGzE (zorgkantorregio Zuidoost Brabant)

De zorgkantorregio Zuidoost Brabant bestaat uit twee subregio's: Eindhoven - de Kempen en Helmond - de Peel. Het werkgebied van GGzE beperkt zich tot de subregio Eindhoven- de Kempen²⁶. In 2023 heeft GGzE de ambulante teams, waaronder de FACT-teams, samengevoegd tot gebiedsteams. Deze nieuwe werkwijze leidde tot wijzigingen in teamstructuur en registratie, wat in dat jaar resulteerde in onzuiverheden in de cliëntregistratie. Daarom hebben de cijfers over het jaargebruik betrekking op 2022. De interpretatie van de gepresenteerde gegevens wordt verder vertroebeld door de bovengemiddelde bevolkingsgroei in de regio, wat de uitdagingen om passende cruciale zorg te leveren nog groter maakt.

Outreachinge zorg

In tabel 2.9 is per subregio het gebruik te zien van outreachende zorg (zpm 4), afgezet tegen inwonertal, SES en stedelijkheidsklasse. In totaal ging het om 1487 cliënten van de FACT-teams in 2022.

Tabel 2.9. Zorgkantorregio Zuidoost Brabant: Kenmerken van de subregios binnen Eindhoven – de Kempen in relatie tot het gebruik van outreachende zorg

Subregio/team	Inwoneraantal	Zorggebruik zpm 4 (% van inwonertal)		SES-WOA	Stedelijkheid
		2022	Peil 30-9-24		
Centrum Woensel Zuid	49655	0,46	0,29	-0,198	1,0
Gestel Strijp	68565	0,37	0,27	0,018	1,9
Stratum Tongelre	55395	0,35	0,28	-0,041	1,7
Woensel Noord	64700	0,31	0,29	0,043	1,8
Regio West	97615	0,20	0,13	0,228	3,4
Regio Zuid	104875	0,20	0,17	0,194	3,8
Regio Noord	131395	0,16	0,11	0,215	3,3

26 In de subregio Helmond - de Peel is GGZ Oost-Brabant actief.

Het *overall* beeld is dat het zorggebruik in de regio Zuidoost Brabant relatief laag is. Ter vergelijking: het percentage jaargebruik in setting 4 ligt met 0,46 het hoogst in de subregio Centrum Woensel Zuid. Dat blijft ruim achter bij subregio's binnen Amsterdam, Rotterdam en Utrecht met eenzelfde mate van stedelijkheid.

Uit de regressieanalyse komt een vrijwel perfecte relatie tussen stedelijkheid en zorggebruik op jaarbasis (95% verklaarde variantie) en peildatum (83%). De cijfers in tabel 2.9 laten dat ook zien: de meest stedelijke subregio's (de eerste vier in tabel 2.9) hebben het hoogste gebruik van outreachende zorg. Wederom (net als bij Antes) heeft de SES geen toegevoegde waarde in de analyse.

De verhouding tussen zorggebruik op peildatum en op jaarbasis wisselt. Dit hangt mogelijk samen met lokale experimenten. Zo was er in Woensel Noord in 2022 een (inmiddels opgeheven) Peer Supported Open Dialogue (POD) team. Bij de uitgangspunten van een POD-team hoort relationele continuïteit met, dientengevolge, weinig uitschrijvingen.

Naast de bovengenoemde 1487 cliënten die binnen zpm setting 4 outreachende zorg kregen, bood GGzE in 2022 aan 145 cliënten zorg met het ambulante behandelteam gericht op persoonlijkheidspathologie (clinical casemanagement), waarvan 116 binnen zpm setting 3. Daarnaast kregen 85 cliënten forensisch ambulante zorg, waarvan 70 personen binnen zpm setting 7. Ook kregen 283 cliënten zorg van het Vroege Interventie Psychose team, waarvan 224 binnen zpm setting 8 (hoog specialistisch). Ook verslavingsinstelling Novadic-Kentron heeft in de regio een FACT-team. In 2023 had dit team 243 cliënten in behandeling.

Acute zorg

GGzE heeft in 2022 in totaal 1610 crisisbeoordelingen geregistreerd, waarvan er 658 hebben geleid tot IHT. Opgemerkt wordt dat het - naast de crisisbeoordelingen - ook voorkomt dat om opschaling naar IHT gevraagd wordt voor cliënten die al in zorg zijn. Hiervan zijn geen cliëntaantallen beschikbaar. De organisatorische eenheid crisisdienst/IHT had in 2023 een formatie van 34,4 fte.

Tabel 2.10 Acute zorg GGzE: Crisisdienst, IHT en HIC, 2022.

Crisisdienst	IHT		HIC
Aantal beoordelingen	Aantal cliënten		Aantal bedden
2022	Peil 300924	2022	2022
1610	308	658	41

GGzE beschikt over in totaal 41 HIC bedden²⁷, verspreid over twee voorzieningen, met inzet van 1,52 fte per bed. De bezettingsgraad in 2022 was gemiddeld 86%. Uitgaande van in totaal 572.200 inwoners van het werkgebied van GGzE, is er 1 HIC bed per 13.956 inwoners beschikbaar. Daarmee koppelt GGzE van de zeven deelnemende instellingen de hoogste beschikbaarheid van HIC-bedden aan de laagste cliëntcapaciteit van FACT/wijkteams.

Beeld van regionale cruciale ggz

In 2023 heeft binnen GGzE een transitie plaatsgevonden waarbij – net als in GGZ NHN - specialistische behandelteams en FACT-teams zijn samengebracht in gebiedsteams. Deze overgang naar een andere werkwijze heeft geleid tot veranderingen in registratie. Voorheen werd bij FACT-

²⁷ Twee van deze bedden zijn (in de praktijk onbenutte) IC-bedden.

teams standaard een outreachende setting geregistreerd. In de nieuwe gebiedsteams kunnen behandelaren zelf de zorgsetting aanpassen, bijvoorbeeld op basis van reistijd of behandelvorm. De gevolgen van de ingezette transitie zijn ook in 2024 nog merkbaar, de nieuwe structuur moet zich in de praktijk nog verder uitkristalliseren. Tijdens de groepsgesprekken wordt opgemerkt wordt dat de acute zorg goed georganiseerd is, maar dat er uitdagingen liggen in de opvolging. Het is niet altijd duidelijk waar een cliënt 'thuishoort'. Sommige zorgvragen vereisen niet (of niet voortdurend) de multidisciplinaire knowhow van de nieuwgevormde teams. Een van de oplossingen waaraan wordt gedacht is het opzetten van een medicatiepoli met een centrale vraagbaak, zodat expertise gedeeld kan worden en de bereikbaarheid voor ketenpartners wordt verbeterd. Het moet voor alle betrokkenen duidelijk zijn waar zij met hun vragen of verwijzingen terecht kunnen.

In de overgangperiode naar gebiedsteams is sprake geweest van veel personele wisselingen en een tijdelijke aanmeldstop, wat heeft geleid tot lange wachttijden, ook voor de gebiedsteams. Hoewel inmiddels zichtbaar wordt dat de wachttijden afnemen, komt het nog steeds voor dat cliënten niet geholpen kunnen worden vanwege capaciteitsbeperkingen of een gebrek aan passende zorg op het juiste moment. GGzE kampt met personele tekorten en een mismatch tussen de gewenste en feitelijke inzet van disciplines. Zo worden de gebiedsteams vooral bemenst door verpleegkundigen en is er een tekort aan psychologen. Huisartsen geven aan dat zij knelpunten ervaren in de bereikbaarheid van de (cruciale) ggz. Ook ervaren zij problemen als gevolg van lange wachttijden en ontbrekende overlegmogelijkheden bij het verstrekken van specialistische medicatie.

Tijdens de groepsgesprekken worden zorgen geuit over (de toeleiding van) cliënten zonder expliciete hulpvraag. De GGD wijst erop dat er sinds enkele jaren sprake is van een stijging van het aantal meldingen rondom mensen met complexe, meervoudige problematiek. De huidige inzet van bemoeizorg is beperkt en staat onder druk, mede door gemeentelijke herverdeling van subsidiegelden. Tegelijkertijd ligt de focus van gemeenten sterk op veiligheid en zichtbare overlast, waardoor problemen "achter de voordeur" onvoldoende in beeld komen. Deze groep blijft vaak onzichtbaar voor de zorg, totdat er sprake is van overlast of escalatie. Hoewel er samenwerking bestaat tussen partijen zoals GGD, wijkteams en meldpunten voor overlast gevend gedrag, vindt afstemming vaak pas in een laat stadium plaats. Dit bemoeilijkt vroegtijdige signalering en passende interventie.

Benadrukt wordt dat voldoende capaciteit in voorzieningen zoals beschermd wonen en maatschappelijke opvang cruciaal is om passende zorg en ondersteuning te kunnen bieden. Een illustratieve ingebrachte casus laat zien hoe een cliënt met complexe problematiek, die na lange tijd intrinsiek gemotiveerd is geraakt om hulp te accepteren, alsnog vastloopt door lange wachtlijsten. Zonder stabiele woonruimte kunnen mensen moeilijk deelnemen aan een zorgtraject en ontstaat er risico op escalatie van de situatie.

De HIC-capaciteit voldoet meestal, maar is kwetsbaar bij piekbelasting. De Intensive Care bedden zijn schaars en vormen daarmee een kwetsbaar onderdeel van de totale capaciteit. Er zijn samenwerkingsafspraken met andere instellingen zoals Novadic-Kentron en de afdelingen psychiatrie van MMC en Catherina. Deze samenwerkingen bieden enige flexibiliteit, maar benadrukken ook dat de druk op de HIC-capaciteit reëel is.

2.7 GGZ NHN (zorgkantoorregio Noord-Holland Noord)

GGZ NHN biedt (cruciale) ggz in de zorgkantoorregio Noord-Holland Noord. De regio heeft zowel stedelijke als landelijke gebieden, waaronder gemeenten als Alkmaar, Den Helder, Hoorn en Schagen.

Outreachinge zorg

Tabel 2.11 laat voor de drie subregio's in Noord-Holland Noord het gebruik zien van outreachende zorg binnen zpm setting 4, afgezet tegen inwonertal, SES en stedelijkheidsklasse. Het ging in 2023 in totaal om 3775 cliënten van de ggz-wijkteams binnen de drie subregio's.

Tabel 2.11. Zorgkantoorregio NHN: Kenmerken van de subregio's in relatie tot het gebruik van outreachende zorg

Subregio	Inwoneraantal	Zorggebruik zpm 4 (% van inwonertal)		SES-WOA	Stedelijkheid
		2023	Peil 1-1-24		
Kop van Noord-Holland	167380	0,81	0,29	0,041	3,7
Noord-Kennemerland	253930	0,59	0,21	0,122	2,5
West-Friesland	219670	0,42	0,13	0,088	3,4

Er is voor de regio Noord-Holland Noord geen eenduidig beeld te schetsen van de samenhang tussen zorggebruik, SES en stedelijkheid. Het percentage jaargebruik in zpm setting 4 is met 0,81 het hoogst in de regio Kop van Noord-Holland terwijl dit de minst stedelijke subregio is. De verschillen lijken historisch gegroeid; zo heeft West-Friesland van oudsher een relatief laag zorggebruik.

Naast de bovengenoemde 3775 cliënten die zorg kregen van de ggz-wijkteams, waren er cliënten die via andere zorgvormen ondersteuning kregen dat volgens GGZ NHN onder de omschrijving van regionale cruciale ggz valt. De drie PEA-teams (ggz-regioteams gericht op cliënten met hulpvragen op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen en ADHD) ondersteunden in totaal 354 cliënten binnen zpm 4. Drie Frailty-teams (ggz-regioteams gericht op kwetsbare ouderen met ernstige psychische aandoeningen) boden zorg aan 1609 cliënten binnen zpm 4. De twee forensisch ACT teams ondersteunden in 2023 in totaal 352 cliënten binnen zpm setting 7.

Of we dit alles overziend, afgezet tegen FACT-normen en de cijfers van de overige regio's, nu als veel of weinig outreach moeten beschouwen, is voer voor nadere discussie en onderzoek. Dit komt door het grote verschil in aantallen cliënten op jaarbasis en op peildatum. Op jaarbasis is het bereik relatief hoog, zeker in de Kop van Noord-Holland, maar op peildatum is het juist aan de lage kant, al helemaal in West-Friesland.

Zoals al aan de orde kwam in §2.1 is dit hoogstwaarschijnlijk een consequentie is van de bredere doelgroep van de ggz-wijkteams dan bij FACT gebruikelijk is. De vraag is dan of de (in de meeste andere regio's) gebruikelijke doelgroep voor outreach die wel voldoende krijgt. Er is wel een studie gedaan naar veranderingen in symptomen en kwaliteit van leven voor de oorspronkelijke FACT-cliënten voor en na de reorganisatie naar de ggz-wijkteams (Engelsbel e.a., 2024), maar daarmee is de onderhavige vraag nog niet beantwoord.

Acute zorg

De acute zorg van GGZ NHN bestaat uit meldpunt crisisdienst, Spoedeisende Psychiatrische Hulp (SEPH) en IHT. De formatie van SEPH/crisisdienst bedroeg 15 fte in 2023. In 2023 zijn in totaal 3287 crisisbeoordelingen gedaan door de SEPH/crisisdienst. In elk van de drie subregio's is een IHT-team actief, met een gezamenlijke formatie van 41,8 fte. In 2023 kregen in totaal 2054 intensieve behandeling thuis. Zoals eerder in het rapport gesignaleerd is dat relatief een factor van drie tot vier keer meer dan in de andere regio's. Mogelijk functioneert IHT meer dan in andere regio's als opschaling voor FACT/wijkteams.

Tabel 2.12 Acute zorg GGZ NHN: Crisisdienst, IHT en HIC, 2023.

Crisisdienst	IHT		HIC
Aantal beoordelingen	Aantal cliënten		Aantal bedden
2023	Peil 010124	2023	2023
3287	139	2054	45

GGZ NHN beschikt over in totaal 45 HIC bedden, verspreid over de drie subregio's, met inzet van 2,14 fte per bed. De bezettingsgraad in 2023 was gemiddeld 96%. Uitgaande van in totaal 640.980 inwoners van het werkgebied van GGZ NHN, is er 1 HIC bed per 14244 inwoners beschikbaar. Een verklaring voor de relatief hoge HIC-capaciteit is dat GGZ NHN geen medium care opname-afdelingen heeft.

Beeld van regionale cruciale ggz

De volgende samenvatting geeft een algemeen beeld van de cruciale ggz in de regio NHN, zoals naar voren kwam uit de groepsgesprekken en documenten. De cruciale ggz in de regio NHN staat onder druk, door personeelstekorten, gebrek aan andere zorgaanbieders en verschraving van zorgaanbod. Maar in het gesprek met de samenwerkingspartners is de toon milder dan in menig andere regio. Zowel GGZ NHN als de regionale samenwerkingspartners betwijfelen of de oplossing wel moet liggen in 'meer cruciale ggz', maar eerder in kwalitatieve verbeteringen in het aanbod, betere netwerksamenwerking en sociaal-maatschappelijke oplossingen.

Er wordt opgemerkt dat als er gaten vallen in de regionale zorgketen, de druk op GGZ NHN groter wordt. Daardoor raken cruciale voorzieningen overbelast. Daar komt bij dat ketenpartners zoals politie, gemeenten en zorginstellingen steeds vaker een beroep doen op de (cruciale) ggz, bijvoorbeeld bij verwarde personen of dakloze mensen. Hoewel er bij de genoemde doelgroep soms sprake is van psychische problemen, is hun hulpvraag vaak breder en speelt er ook andere problematiek zoals verslaving, schuldenproblematiek of gebrek aan huisvesting. Ook de verstandelijk gehandicaptensector en verpleeg-, en verzorghuizen wenden zich in toenemende mate tot de crisisdienst en expertise van de ggz.

Er doen zich soms knelpunten voor als door (woon)zorgaanbieders te laat of onvoldoende gesignaleerd wordt dat inzet van (cruciale) ggz nodig is, waardoor problemen kunnen escaleren. Opgemerkt wordt dat het omgekeerde ook gebeurt: de ggz is betrokken, maar reageert niet of onvoldoende op signalen van mogelijke verergering van problematiek.

Huisartsen ervaren knelpunten in de toegankelijkheid van de ggz, met lange wachttijden en moeizame doorverwijzing en gebrekkige mogelijkheden voor overleg of consultatie. Er worden specifieke zorgvormen gemist, waaronder specialistische (verplichte/beveiligde) zorg voor mensen

met verslavingsproblematiek, en/of een verstandelijke beperking, en/of psychische problemen, al dan niet met gedragsproblemen. Ook is er onvoldoende gespecialiseerde zorg voor bijvoorbeeld eetstoornissen.

GGZ NHN heeft ggz-teams die wijkgericht werken maar in de praktijk lukt dit nog niet altijd goed. Een belangrijke reden is dat crisiszorg vaak voorrang krijgt. Als er een crisissituatie ontstaat, moeten ggz-teams snel opschalen en ingrijpen. Dat betekent dat medewerkers tijdelijk hun gewone werk – zoals geplande huisbezoeken of gesprekken – moeten laten vallen. Hierdoor raakt het ambulante werkproces verstoord, en krijgen andere cliënten minder aandacht of moeten langer wachten. Ook het structureel inzetten van IHT gebeurt nog wisselend.

De huidige HIC-capaciteit lijkt te volstaan maar is volgens gesprekspartners sterk afhankelijk van 'wat er aan de voor- en achterkant mogelijk is'. Rond HIC speelt discussie om de dynamiek tussen vraag en aanbod. Beschikbaarheid is sterk afhankelijk van het moment van de dag of week. Opgemerkt wordt dat als hulpverleners weten dat er een HIC-bed beschikbaar is, ze mogelijk eerder geneigd zijn een plek toe te wijzen. Andere partijen uiten regelmatig zorgen over het gebrek aan beschikbare bedden. Opgemerkt wordt dat een deel van de druk wordt veroorzaakt door zogenoemde 'verkeerde bedden'-problematiek: cliënten die op de HIC verblijven omdat er geen passende vervolgplek beschikbaar is. Dit belemmert de doorstroom en beperkt de opnamecapaciteit voor nieuwe crisissituaties.

Tijdens de groepsgesprekken onderschrijven de vertegenwoordigers van ketenpartners dat goede, cruciale GGZ alleen mogelijk is door nauwe samenwerking in een netwerk. Zij merken op dat integrale zorg om goede afstemming vraagt: als de ene partij afschaalt, moet een andere partij kunnen opschalen of de begeleiding overnemen. De ketenpartners benadrukken dat het belangrijk is om als netwerk gezamenlijk op te treden en dat ook uit te dragen. Als voorbeeld hiervan wordt een casus genoemd waarin beschermd wonen een cliënt opneemt die daar normaal gesproken als 'te complex' zou worden beschouwd. Dankzij coaching en ondersteuning vanuit de ggz durft beschermd wonen deze stap toch te zetten. Doordat de samenwerking goed verloopt, is de ggz minder intensief nodig: in plaats van vier keer per week hoeft de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige nu nog maar eens per twee weken langs te komen. Volgens betrokkenen laat dit zien dat vertrouwen en samenwerking tussen partners leidt tot betere, efficiëntere zorg. Een voorwaarde om cruciale GGZ goed te organiseren, is volgens de ketenpartners, dat regionale samenwerking mogelijk wordt gemaakt zonder belemmeringen door financiering of registratie-eisen. De regio zou het mandaat en de middelen moeten krijgen om zelf regie te voeren en flexibel te handelen.

2.8 Lentis (zorgkantorregio Groningen)

Binnen de zorgkantorregio Groningen is Lentis de grootste ggz-aanbieder. Verslavingszorg wordt in deze regio geboden door VNN.

Outreachinge zorg

In 2023 boden de FACT-teams van Lentis in totaal aan 1740 cliënten outreachinge zorg binnen zpm setting 4. Ook kregen 490 cliënten forensisch ambulante zorg binnen zpm setting 7. In tabel 2.13 is per subregio het gebruik op jaarbasis te zien van outreachinge zorg (zpm 4), afgezet tegen het inwonertal, de sociaaleconomische status en stedelijkheidsklasse.

Tabel 2.13. Zorgkantoorregio Groningen: kenmerken van de subregio's in relatie tot het gebruik van outreachende zorg

Subregio	Inwoneraantal	Zorggebruik zpm 4 (% van inwonertal)		SES-WOA	Stedelijkheid
		2023	Peil011123		
Hoogezand	42675	0,45	0,38	-0,122	3,1
Veendam	44105	0,41	0,33	-0,086	3,9
Groningen Oost	57875	0,41	0,33	-0,191	1,9
Winsum	48455	0,35	0,31	-0,007	4,5
Delfzijl	41830	0,34	0,26	-0,126	3,8
Groningen Noordwest	47955	0,31	0,24	-0,231	2,1
Winschot	54190	0,28	0,19	-0,141	4,0
Stadskanaal	51740	0,26	0,20	-0,108	4,1
Groningen Zuid	82805	0,19	0,15	0,134	2,5
Westkwartier	62980	0,18	0,13	0,137	4,5
Groningen Centrum	59390	0,17	0,13	-0,426	1,0

Het *overall* beeld voor Groningen is dat het zorggebruik relatief laag is. De regressieanalyse laat zien dat het zorggebruik (zowel op peildatum als op jaarbasis) zich niet laat voorspellen op basis van SES en stedelijkheid; de verklaarde variantie is rond de 0.

Op detailniveau is de score van Groningen Centrum opmerkelijk: van alle subregio's in dit onderzoek heeft Groningen Centrum de hoogste stedelijkheidsscore en de laagste SES, maar ook het laagste zorggebruik in setting 4. Uit de groepsgesprekken kwam hiervoor geen sluitende verklaring.

De regio Groningen heeft de langste behandelduur binnen de outreachteams van alle deelnemende regio's, afgeleid uit de verhouding tussen de zorg op peildatum en op jaarbasis. Een genoemde verklaring is dat er relatief weinig alternatieven voor afschaling zijn.

Acute zorg

De crisisdienst van Lentis heeft een formatie van 21,8 fte. In 2023 werden er 516 crisisbeoordelingen uitgevoerd. Het IHT-team heeft een formatie van 15,9 fte. In 2023 kregen in totaal 241 cliënten intensieve behandeling thuis. Afgezet tegen de bevolking zijn deze cijfers verreweg het laagst van alle regio's. Lentis koppelt dus een relatief laag gebruik van FACT aan een laag gebruik van crisisdienst/IHT.

Tabel 2.14 Acute zorg Lentis: Crisisdienst, IHT en HIC, 2023.

Crisisdienst	IHT		HIC
Aantal beoordelingen	Aantal cliënten		Aantal bedden
2023	Peil 011123	2023	2023
516	35	241	35

Lentis beschikt over in totaal 35 HIC bedden, verspreid over vier voorzieningen, met gemiddeld inzet van 1,74 fte per bed. De bezettingsgraad in 2023 was gemiddeld 94%. Uitgaande van in totaal 594000 inwoners van het werkgebied van Lentis, is er 1 HIC bed per 16971 inwoners beschikbaar. Dat is een doorsnee capaciteit vergeleken met de andere regio's.

Volgens Lentis vallen ook de volgende locaties onder de omschrijving van regionale acute zorg: het Universitair Centrum Psychiatrie van het UMCG, de HIC van de forensische psychiatrische afdeling in Zuidlaren van Forint, de HIC-afdeling van de Kliniek Ouderenpsychiatrie en de ziekenhuispsychiatrie van het Martiniziekenhuis. Deze wordt ingezet ingeval er sprake is van psychiatrische problematiek bij een patiënt op de Spoedeisende Hulp en tijdens de opname in het ziekenhuis.

Beeld van regionale cruciale ggz

Gebaseerd op een groepsgesprek met vertegenwoordigers van cruciale voorzieningen van Lentis en geraadpleegde documenten, geven we een beknopt overzicht van de cruciale ggz in de regio Groningen.

Men ervaart druk op de cruciale ggz, onder meer als gevolg van personeelstekorten, lange wachttijden en complexere zorgvragen. Lentis heeft te maken met ernstige personeelstekorten. We hebben bij alle regio's gegevens over de personeelsmix binnen de outreachende teams opgevraagd. Het kost alle regio's moeite om de teams voldoende multidisciplinair op te tuigen, volgens de schaal voor FACT-modelgetrouwheid van het CCAF (Westen, et.al., 2022), maar in Groningen zijn de tekorten het meest pregnant met diverse teams waarin cruciale disciplines ontbreken. Voor de regio Groningen speelt mee dat werken in Oost-Groningen een minder aantrekkelijk imago lijkt te hebben, wat de instroom van nieuw personeel belemmert. Klinieken slagen er voorsnog in om verpleegkundig personeel te behouden ondanks toenemende complexiteit van de problemen van cliënten.

De crisisdienst kampt stelselmatig met personele tekorten, met name in de avonden, nachten en weekends (ANW). Sinds de zomer van 2024 loopt een pilot met een nieuwe werkwijze in de ANW-crisisdienst. Een belangrijke verandering is dat medewerkers nu vaker aanwezig zijn op locatie in plaats van alleen bereikbaar. De eerste bevindingen van de pilot wijzen erop dat dit leidt tot snellere inzetbaarheid, kortere wachttijden voor cliënten en meer rust en voorspelbaarheid voor medewerkers. Ook draagt het bij aan een betere verdeling van werktijden. Daarnaast wordt onderzocht wat de mogelijkheden zijn om psychologen te laten meedraaien in de crisisdienst. Ook wordt nagedacht over verdere samenwerking met ketenpartners in de regio en het aantrekken van externe zorgverleners. Daarbij wordt gewezen op het recente initiatief van zorgverzekeraar Menzis, die met het aanpassen van de tarieven voor vrijgevestigde psychiaters hoopt de wachttijden te verkorten. Psychiaters ontvangen een hogere vergoeding voor complexe zorg en minder voor lichte behandelingen. Deelname aan crisisdiensten is geen harde eis, maar psychiaters die zich daaraan structureel onttrekken, kan een contract worden geweigerd. Het doel is dat patiënten met de zwaarste zorgvraag behandeld worden door de best gekwalificeerde professionals.

De ondercapaciteit van de FACT-teams wordt mogelijk (deels) elders opgevangen. Deelnemers aan het groepsgesprek wijzen erop dat in de regio ook andere aanbieders zijn die zorg bieden die onder de omschrijving van regionale cruciale ggz valt. Het gaat om BuurtzorgT (met vier teams actief in de gemeente Groningen) en VNN en Terwille die (outreachende) verslavingszorg bieden. Ook genoemd wordt het VIP-team van het Universitair Centrum Psychiatrie. De klinische capaciteit schiet volgens de gesprekspartners tekort door beperkte doorstroommogelijkheden en complexe zorgvragen. Opgemerkt wordt dat het bij ongeveer 30% van de bezette bedden om cliënten gaat die daar eigenlijk niet thuishoren ('verkeerde-bed problematiek').

Volgens de gesprekspartners is netwerkzorg essentieel voor betere verdeling van (cruciale) ggz. Zij vinden het van belang dat alle betrokken regionale partijen (huisartsen, GGZ, sociaal

domein, gemeenten en zorgverzekeraar(s)) worden betrokken bij de eenduidige invulling van het regionale (cruciale ggz) aanbod. In een adviesnota over cruciale zorg wijzen Lentis en regionale ggz-aanbieders erop dat huisartsen moeten kunnen doorverwijzen naar passende ggz, variërend van lichte tot hoog specialistische en acute zorg. De uitdaging is om overal in de regio de juiste zorg op de juiste plek te bieden. Geconstateerd wordt echter dat het aanbod in de zorgkantoorregio Groningen ongelijk verdeeld is: in sommige gemeenten is er nauwelijks mentaal gezondheidsaanbod, terwijl de zorg sterk geconcentreerd is in de stad Groningen. Dit belemmert de toegankelijkheid, vooral voor inwoners met complexe problematiek. In de nota wordt daarom opgeroepen om te investeren in laagdrempelige voorzieningen, mentale weerbaarheid en een evenwichtige spreiding van zorg. Aanbevolen wordt dat zorgverzekeraars en gemeenten samen inzetten op onder meer digitale zorg, groepsaanbod, mentale gezondheidscentra, outreachende zorg en netwerksamenwerking, zodat een gezonde en toegankelijke ggz-keten ontstaat in de hele regio.

2.9 Mondriaan (zorgkantoorregio Zuid-Limburg)

Het werkgebied van Mondriaan bestrijkt een groot deel van de zorgkantoorregio Zuid-Limburg.

Outreachende zorg

Tabel 2.15 laat voor de verschillende subregio's het gebruik op jaarbasis zien van outreachende zorg (zpm 4), afgezet tegen het inwonertal, de sociaaleconomische status en stedelijkheidsklasse. Het betreft in totaal 2102 cliënten die in 2023 zorg kregen vanuit een van de FACT-teams.

Tabel 2.15. Zorgkantoorregio Zuid-Limburg: kenmerken van de subregio's in relatie tot het gebruik van outreachende zorg

Subregio	Inwoner-aantal	Zorggebruik zpm 4 (% van inwonertal)		SES-WOA	Stedelijkheid
		2023	Peil310723		
Heerlen Noord	26510	0,75	0,58	-0,399	2,0
Heerlen Centrum	42340	0,61	0,41	-0,106	2,3
Kerkrade	55970	0,57	0,28	-0,200	2,5
Brunssum	35550	0,50	0,47	-0,100	2,8
Maastricht team 1 (Centrum, Zuidwest, Eijsden)	44960	0,46	0,38	-0,054	2,1
Maastricht team 3 (Noordoost, Valkenburg)	39910	0,46	0,42	-0,131	3,2
Landgraaf	37165	0,43	0,33	-0,228	4,9
Hoensbroek	45780	0,41	0,33	-0,151	3,4
Maastricht team 2 (Noordwest, Meerssen)	56520	0,35	0,29	-0,187	2,4
Maastricht team 4 (Zuidoost, Gulpen, Vaals)	74255	0,29	0,21	-0,047	3,0

Het percentage jaargebruik in setting 4 varieert van 0,29 tot 0,75. Anders dan in de andere regio's is SES een sterkere voorspeller van het zorggebruik dan stedelijkheid. Het jaargebruik laat zich behoorlijk (beter dan de zorg op peildatum) voorspellen aan de hand van deze variabelen met een

verklaarde variantie van 57%. De verklaring van het hogere zorggebruik in Heerlen en Kerkrade sluit daarbij aan. Geïnterviewden merken op dat dit mogelijk het gevolg is van de specifieke kenmerken van deze gebieden. Volgens hen gaat het om sociaal kwetsbare wijken met lage sociaaleconomische status, en veel mensen die kampen met verslavingsproblematiek. In algemene termen wordt opgemerkt dat in deze gebieden bij bewoners sprake is van lage motivatie voor gedragsverandering of hulp zoeken, de indruk is dat er een afwachtende houding richting zorg bestaat. Ook is de sociale samenhang en het informele netwerk in deze gebieden beperkt. Volgens betrokken zorgverleners is outreachende zorg in deze context cruciaal om contact te leggen, mensen te activeren en passende hulp op gang te brengen. Volgens hen wijst het hogere gebruik van outreachende zorg op de noodzaak van een proactieve aanpak voor een complexe doelgroep in een kwetsbare leefomgeving.

Er zijn ook opmerkelijke verschillen in doorstroming: de verhouding tussen aantallen cliënten op peildatum en op jaarbasis varieert van 1:2 (Kerkrade) tot bijna 1:1 (Brunssum).

Acute zorg

De crisisdienst/Spoedeisende Psychiatrie (SEP) van Mondriaan had in 2023 een formatie van 24 fte. In 2023 zijn door de crisisdienst/SEP van Heerlen en Maastricht gezamenlijk, in totaal 1964 acute beoordelingen gedaan. De instroom naar intensieve thuisbehandeling (IHT) komt deels vanuit de 1964 crisisbeoordelingen, deels via verwijzingen vanuit externe partners. In 2023 maakten gemiddeld 30 cliënten per maand gebruik van IHT. Op jaarbasis komt dat neer op maximaal 360 cliënten. Om piekbelastingen te kunnen opvangen werkt Mondriaan met een bezetting die op alle onderdelen van crisisdienst en IHT inzetbaar is. Bij weinig IHT-vraag werken de zorgprofessionals mee in de reguliere opvolging en beoordeling. Bij verhoogde IHT-vraag werken zij vanuit de beoordelingen en opvolging mee in de IHT.

Tabel 2.16 Acute zorg Mondriaan: Crisisdienst, IHT en HIC, 2023.

Crisisdienst	IHT		HIC
Aantal beoordelingen	Aantal cliënten		Aantal bedden
2023	Peil	2023	2023
1964	30	360 ^a	22

a) Schatting

Mondriaan beschikt over 22 HIC bedden, met inzet van 1,77 fte per bed. In 2023 was de gemiddelde bezettingsgraad 78%. Uitgaande van in totaal 458960 inwoners van het werkgebied van Mondriaan, is er 1 HIC bed per 20862 inwoners beschikbaar. In de regio Zuid-Limburg beschikt ook Zuyderland GGZ over klinische capaciteit, waaronder een medium care opname-afdeling, een MPU en een HIC-afdeling.

Beeld van regionale cruciale ggz

De volgende samenvatting geeft een algemeen beeld van de cruciale GGZ in de regio Zuid-Limburg, zoals naar voren kwam uit gesprekken en documenten.

In de regio worden enkele knelpunten ervaren die de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de cruciale ggz onder druk zetten. Een belangrijk knelpunt dat genoemd wordt tijdens het groepsgesprek is het structurele tekort aan professionals, met name psychiaters. Zowel crisisdiensten als FACT-teams kunnen hierdoor minder cliënten behandelen dan nodig is. De spoedzorg is structureel onderbezet; uit de gesprekken komt naar voren dat er behoefte is aan 25–50%

extra formatie. Voor FACT-teams wordt het tekort geschat op ongeveer 10%. Dit vertaalt zich in hoge werkdruk, die op zijn beurt ziekteverzuim en uitstroom in de hand werkt, wat het probleem verder vergroot. De indruk bestaat dat het werken bij de crisisdienst als onaantrekkelijk wordt ervaren, wat het moeilijk maakt om nieuwe medewerkers aan te trekken of te behouden.

Er staat ook druk op de zorgketen doordat cliënten moeilijk kunnen doorstromen naar andere vormen van zorg of passende huisvesting, terwijl de instroom van nieuwe cliënten onverminderd doorgaat. Dit veroorzaakt opstopping in de keten. De (wat lager dan gemiddelde) HIC-capaciteit is toereikend vanwege de aanwezigheid van medium care afdelingen die de druk op de HIC helpen verlichten. Er wordt een tekort ervaren aan specialistische zorg voor diverse doelgroepen. Dit geldt met name voor mensen met eetstoornissen, licht verstandelijke beperking (LVB) in combinatie met andere problematiek (zoals ASS of verslaving), en persoonlijkheidsstoornissen. Wachttijden zijn lang en het aanbod is beperkt, waardoor patiënten soms buiten de regio moeten worden geholpen. Een ander knelpunt is dat zorgaanbieders mensen met een licht verstandelijke beperking excluseren, terwijl deze groep juist een hoge zorgbehoefte heeft. Huisartsen ervaren lange wachttijden bij crisisdiensten, wat vooral in acute situaties tot frustratie leidt. Ze voelen zich vaak onvoldoende gesteund door de GGZ, vooral wanneer patiënten na behandeling terugkeren zonder vervolgzorg. Er is behoefte aan verdere afstemming en samenwerking tussen huisartsen en ggz om lacunes in de zorg op te vangen. Er is een dringende behoefte aan gezamenlijke verantwoordelijkheid in de zorg voor mensen met complexe problemen, evenals aan versterking van preventie en vroegsignalering.

3 Conclusie en discussie



Bevindingen op hoofdlijnen

Deze verkenning van de regionale cruciale ggz had als missie om een richtsnoer te vinden voor de benodigde capaciteit aan regionale cruciale ggz. We hebben daartoe bij zeven kerninstellingen gegevens opgevraagd over drie onderdelen van de regionale cruciale ggz: de acute ambulante zorg, FACT/wijkteams en HIC.

We hebben getracht daarin een grotere lijn te ontdekken. Zijn de aantallen cliënten binnen deze zorgvormen bijvoorbeeld te voorspellen aan de hand van regionale kenmerken als stedelijkheid en de sociaaleconomische situatie?

Noch de Nederlandse ggz, noch wij als onderzoekers verwachtten op voorhand dat dit een simpele exercitie zou zijn. De uitkomst zou ook kunnen zijn dat er geen richtsnoer te geven valt. We realiseerden ons op voorhand dat een veelheid van (niet altijd meetbare) factoren in een regio behoefte en aanbod kunnen beïnvloeden. Dit hebben we gepoogd te ondervangen door ook groeps gesprekken te houden. Maar ook voor onze regionale gesprekspartners was het begrijpelijkerwijs niet eenvoudig te verklaren waarom de dingen waren zoals ze waren, en aan te geven welke capaciteit aan regionale cruciale ggz in de toekomst precies nodig zou zijn. We gaan hier alle verdere detailbeperkingen, zoals opgesomd in §2.1, niet herhalen.

Laten we beginnen met het goede nieuws. Natuurlijk was het niet eenvoudig om alle gegevens boven water te krijgen, maar de instellingen toonden zich zeer bereid om (ook nagekomen) datavragen te beantwoorden. Veel beter dan voorheen met de dbc's biedt het zorgprestatie model mogelijkheden om de (regionale) cruciale ggz (bij benadering) in kaart te brengen en met grotere actualiteit. Voorheen konden onderzoekers (en zorgverzekeraars) niet zien welk deel van de gedeclareerde zorg FACT/outreach was, nu is dat met de verdeling in settings veel beter mogelijk.

Binnen de setting outreach telden we bij de zeven deelnemende instellingen ongeveer 36.000 cliënten die in het jaar 2023 FACT (of een variant daarop) kregen, en nog eens circa 6.000 IHT-clieñten. Dat kunnen overigens voor een deel dezelfde cliënten zijn, want FACT benut in crisissituaties soms ook IHT en cliënten kunnen van IHT naar FACT gaan.

Volgens Vektis²⁸ waren er over 2023 in heel Nederland 130.494 unieke cliënten in de setting outreach. Dit betreft 12% van het totale aantal ggz-clieñten, en 21% van de gedeclareerde consultkosten in 2023. In onze onderzoeksregio's woont 27% van de Nederlandse bevolking. Dit doet vermoeden dat we met de 36.000 FACT en 6.000 IHT cliënten (op jaarbasis) in de regio's de aangeboden outreach grotendeels in kaart gebracht hebben, ook al beperkten we ons (bij de hierboven gegeven aantallen) tot de kerninstellingen.

Vektis telde over 2024 ongeveer hetzelfde aantal cliënten in outreach, namelijk 128.559. Het was ook de indruk van de deelnemende instellingen dat er verwaarloosbaar kleine verschillen tussen 2023 en 2024 waren. De cijfers van 2023 zijn dus nog voldoende actueel.

28 Zie [Factsheet GGZ](#) (geraadpleegde versie is van 9/7/2025).

Actuele capaciteit aan regionale cruciale ggz

De hamvraag is of we greep hebben kunnen krijgen op de huidige en benodigde capaciteit aan regionale cruciale ggz en of dit op één of andere manier in een formule te vangen is waar heel Nederland zijn voordeel mee kan doen. We lopen de drie velden (van FACT, IHT/crisisdienst en HIC) langs, eerst op de huidige capaciteit.

De FACT/wijk-zorg is de grootste component van de regionale cruciale ggz. Op voorhand ging in FACT-kringen een cijfer rond van een behandelde capaciteit (op peildatum) van 0,5% van de bevolking. Dit was precies wat wij ook vonden en het is in lijn met de geschatte capaciteit in het FACT-handboek. Maar de praktijkvariatie was groter dan verwacht, met een marge van 0,2% tot 1,0% (op peildatum) en op subregioniveau een nog grotere spreiding. En op deze praktijkvariatie kregen wij onvoldoende vat. Zo probeerden we de praktijkvariatie te voorspellen via regionale verschillen in stedelijkheid en sociaaleconomische status (SES). De gedachte was (volgens psychiatrisch-epidemiologische studies als Nemesis) dat een hogere stedelijkheid en lagere SES gepaard gaan met een hoger zorggebruik in FACT. Anders dan verwacht bleek de SES geen voorspellende factor van belang te zijn. De SES-score is een samengestelde maat voor welvaart, opleidingsniveau en werk(loosheid) en wordt gebruikt om de kwetsbaarheid van wijken in kaart te brengen. Er waren praktijksignalen (zoals in Heerlen) dat deze kwetsbaarheid het beroep op de cruciale ggz aanzienlijk vergroot. Er waren echter ook regio's (Amsterdam en Groningen) waarin we juist het laagste zorggebruik vonden in subregio's met de laagste SES-scores.²⁹

Stedelijkheid was een betere voorspeller van praktijkvariatie, zij het niet in elke regio. Bij twee kerninstellingen was aan de hand van de stedelijkheid van subregio's de behandelde capaciteit in hoge mate te voorspellen. Maar als we de gegevens van die twee instellingen in een aanvullende (niet eerder in het rapport beschreven) analyse samenvoegden, dan had het gezamenlijke model een veel lagere verklaarde variantie. Kortom, we vonden geen overkoepelend bruikbare formule. In de aanvullende groeps gesprekken binnen de kerninstelling en met stakeholders in de regio werden wel diverse verklaringen voor praktijkvariatie gegeven, maar niet systematisch (of meetbaar) genoeg om het verklarende model te kunnen optimaliseren. En natuurlijk hadden we nog vele andere variabelen aan het model kunnen toevoegen, maar dit zou op deze beperkte schaal statistisch 'vissen' geweest zijn.

Grote praktijkvariatie was er ook tussen de instellingen in de duur van behandeltrajecten in de FACT-/wijkteams (met als proxy de verhouding tussen behandelde capaciteit op peildatum en op jaarbasis). Het Aanvullend Zorg en Welzijn Akkoord (AZWA) zet in op herijking van de behandelduur via zorgstandaarden en richtlijnen. Het zal voor dit deel van de zorg niet eenvoudig zijn om consensus te bereiken. De behandelduur berust in de praktijk (naar onze indruk) op een mengsmering van verschillen in opvatting over goede zorg en efficiëntie, capaciteit, regionale context en de bereikte doelgroep. Overigens was er *binnen* sommige instellingen nauwelijks variatie, mogelijk vanwege sterkere centrale sturing op dit vlak.

Crisisbeoordelingen kenden een soortgelijke marge tussen de instellingen als we vonden voor de FACT/wijk-zorg. We hadden tevoren verwacht dat er communicerende vaten zouden zijn

²⁹ Het is niet uit te sluiten dat op een lager aggregatieniveau dan de subregio de voorspelbaarheid kan worden verbeterd. De door ons gevonden relatie wordt afgevlakt als subregio's wijken omvatten met relatief hoge en lage SES-scores.

tussen de acute en langduriger outreach: stevige continuïteit en opschaalbaarheid van FACT-zorg kan de inzet van IHT en crisisdienst beperken. Dat patroon zagen we alleen bij Antes dat de meeste cliënten in FACT heeft bij een betrekkelijk laag aantal crisisbeoordelingen. Maar GGZ NHN heeft zowel een relatief hoog aantal behandelde cliënten in FACT (althans op jaarbasis; niet op peildatum) als veel crisisbeoordelingen en het omgekeerde geldt voor Lentis.

Voor IHT (opgevat als voortgezette acute zorg na crisisbeoordeling) kwamen we tot een schatting op jaarbasis van 6000 cliënten bij de zeven kerninstellingen. Bij IHT zien we dezelfde uitbijters als bij de crisisdienst (GGZ NHN en Lentis). In de overige regio's krijgt ongeveer 1 op de 1000 inwoners op enig moment in een jaar behandeling vanuit een IHT-team. Dit zou – gezien de overzichtelijke praktijkvariatie – een voorzichtige indicatie van te verwachten IHT-capaciteit in een regio voor voortgezette crisisinterventie/behandeling in een jaar kunnen zijn. Dat is wel met veel slagen om de arm, omdat IHT in ons onderzoek niet messcherp afgebakend kon worden en omdat we niet kunnen voortbouwen op een bestaande praktijknorm voor IHT-capaciteit.

De bestaande vuistregel voor HIC is een capaciteit van 20 bedden op een regio van 400.000 inwoners. De gemiddelde capaciteit binnen de instellingen zit daarboven, twee hebben een (net wat) kleinere capaciteit. De variatie in regionale HIC-capaciteit is beperkt, van 1 bed op 14.000 tot 21.000 inwoners. De instellingen geven echter aan dat de HIC-capaciteit moet worden beoordeeld in het licht van de totale opnamecapaciteit. Heeft men ook een medium care opnameafdeling, dan scheelt dit in het gebruik van de HIC. Bovendien is er opnamecapaciteit in de geest van het HIC-model, maar zonder dat hiervoor prestatiecode h benut wordt (wat onze operationalisatie van HIC was).

Benodigde capaciteit volgens de geïnterviewden

De achterliggende vraag voor dit onderzoek komt voort uit het IZA. Er waren al langer bestaande zorgen of mensen met complexe hulpvragen wel passende zorg (kunnen) krijgen. Een van de voorgestelde maatregelen in het IZA is daarom om te bepalen welk aanbod aan cruciale ggz regionaal en bovenregionaal nodig is.

De tot nu toe gepresenteerde data betroffen de actuele capaciteit en dus niet de gewenste/benodigde capaciteit. Grote of oplopende wachttijden zouden een kwantitatieve indicator kunnen zijn van een capaciteitstekort, maar de instellingen vonden de eigen data daarover tamelijk onbetrouwbaar. Overigens, voor wat het waard is: wachttijden van rond de treeknorm waren niet ongebruikelijk en dat is voor dit type zorg te lang³⁰.

Aan de aangeleverde data over de personeelsmix was al te zien dat menig team problemen had om alle gewenste disciplines voldoende aan boord te hebben en in de groepsgesprekken werd dit krachtig bevestigd. Sommige FACT-teams leunden voor meer dan 90% op de verpleegkundige discipline. Dat is ver verwijderd van de gewenste multidisciplinaire samenstelling in de FACT-schaal (Westen e.a., 2022) en zal belemmeringen opwerpen voor een geïntegreerde ondersteuning van persoonlijk, klinisch en maatschappelijk herstel.

Een dergelijke personeelsmix was, zo gaf men aan, historisch gegroeid en in deze tijd niet goed om te buigen. Men ervoer dat de personeelsproblemen in dit deel van de zorg groter waren dan elders in de sector. In diverse regio's werd benoemd dat GZ-psychologen gedurende hun opleiding niet of onvoldoende in aanraking komen met de cruciale ggz, waardoor het voor velen

30 In het AZWA wordt ingezet op een aparte (strengere) Treeknorm voor de cruciale ggz.

een 'ver van mijn bed show' blijft. Bij IHT/crisisdienst had men soms een lagere bezetting dan gewenst vanwege de gegeven financieringsruimte door zorgverzekeraars.

Bij de zeven instellingen varieerde de personeelsinzet op de HIC's van 1,11 tot 2,14 fte per bed. Dit is in lijn met de Beleidsregel Prestaties en tarieven ggz, die bij een verblijfsdag H uitgaat van 1,3 tot 2,0 fte per bed/plaats. Hoewel er knelpunten ervaren werden in het vinden en behouden van voldoende (gekwalificeerd) personeel, is het algemene beeld dat de HIC-bedden capaciteit voldoet aan de vraag. De bezetting was vaak dicht tegen de 100%. Die hoge bezetting had een financieel-administratieve achtergrond en zal ongetwijfeld veranderen na de (voorgenomen) invoering van beschikbaarheidsvergoeding voor de HIC. Immers, omdat HIC-bedden altijd beschikbaar moeten zijn voor mensen in een acute psychiatrische crisis, betekent een lage bezetting niet automatisch dat er sprake is van overcapaciteit.

Met de inperking tot de HIC's gaven we geen volledig beeld van de (klinische capaciteit) van de acute klinische psychiatrie. De totale acute opnamecapaciteit van de kerninstellingen is groter; die omvat niet alleen medium care afdelingen, maar ook opnamecapaciteit in de geest van het HIC-model die niet via prestatiecode h bekostigd wordt. De rol van algemene en academische ziekenhuizen is onderbelicht gebleven, terwijl zij in de meeste regio's een belangrijke schakel zijn in de acute ggz/psychiatrie. Conclusie: op het eerste gezicht lijkt de bestaande vuistregel van 1 bed op 20.000 inwoners adequaat als ondergrens voor planning van HIC-capaciteit, maar die is vooralsnog arbitrair.

In de groepsgesprekken kwamen verder alle factoren naar voren die ook al veelvuldig op de beleidstafels zijn uitgewisseld. Het vinden en behouden van gekwalificeerd personeel was de grootste uitdaging, maar daarnaast had men last van de fragmentatie in het stelsel en met doorstromingsproblemen vanwege onvoldoende aanpalend aanbod.

We hoorden soms ook een ander geluid. We kunnen met z'n allen wel willen dat de regionale cruciale ggz verder versterkt moet worden, zo werd opgemerkt, maar hoe reëel is dat? Enkelen waarschuwden voor het denken in zorgoplossingen en pleitten voor investeringen in bijvoorbeeld de sociale basis die op termijn het beroep op de zorg zouden kunnen verkleinen.

Met de nodige slagen om de arm schatte men dat een extra capaciteit van 10 tot 20% van de ambulante regionale cruciale ggz wenselijk zou zijn. Of de huidige capaciteit nu (relatief) groot of klein was, de druk werd overal ervaren. Soms over de gehele linie, soms voor specifieke doelgroepen. De wens om extra capaciteit hield dus geen lineair verband met (onze indruk van de) regionale tekorten. Een aparte norm of richtlijn voor de HIC-capaciteit lijkt gezien de overzichtelijke praktijkvariatie wel op te stellen, maar heeft eigenlijk een breder perspectief op de klinische faciliteiten nodig.

De zeven deelnemende instellingen gaven aan dat zij het merendeel van de cliënten die in aanmerking komen voor cruciale ggz in beeld hebben. Tegelijkertijd is er geen volledig zicht op de totale zorgvraag naar cruciale ggz. Er kan sprake zijn van onderschatting van de werkelijke zorgbehoefte. Dit komt mede omdat de FACT-teams gefinancierd worden voor verrichtingen voor de cliënten binnen hun eigen caseload (en niet om ogen en oren in de wijk te hebben) en omdat de gemeentelijk financierde bemoeizorg naar het oordeel van de geïnterviewden soms te weinig voorhanden is.

Benodigde capaciteit: beschouwing

Scenario's

Er bestaan geen internationaal geaccepteerde normen voor de benodigde omvang van dit deel van de ggz. De verdeling van middelen is in hoofdzaak een kwestie van maatschappelijke en zorginhoudelijke keuzen, zo betoogden we al in 2016 bij een vergelijkbare opgave (Kroon et al, 2016). Daarom schetsten we destijds verschillende scenario's om in het bijzonder de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen³¹ te continueren of versterken: een continueringsscenario, een intensiveringsscenario en een radicaler 'geïntegreerde ggz in de wijk' scenario.

In het continueringsscenario werd de huidige praktijk (en trend daarin) doorgetrokken. Het intensiveringsscenario betrof het verbeteren in kwaliteit (disciplinemix, expertise) en omvang van het bestaande (zoals FACT en IHT). In het laatste scenario, dat trekken vertoont van het huidige denken over 'netwerkgz', werd toegewerkt naar een optimaal ingebedde en geïntegreerde ggz in een lokaal samenwerkingsverband van ggz-professionals, (initiatieven van) mensen met psychische aandoeningen zelf, hun sociale netwerken (waaronder familie) en netwerken van andere voorzieningen in de wijk (sociale wijkteams, andere voorzieningen in het sociale domein, huisartsen, voorzieningen op het gebied van participatie). Daarbij hoorde een radicale herallocatie van middelen (van destijds 12% van de ggz-middelen voor ambulante zorg voor EPA naar 50%; de overige 50% was voor de overige ambulante zorg, beschermd wonen en verblijf) en veranderingen in de financiering en sturing van het stelsel, met principes van populatiebesteding.

Tijdens de groepsdiscussies zagen we soms sporen van het laatste scenario, in de vorm van een experiment in één van de subregio's op basis van het gedachtengoed van het Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM) of het als instelling omarmen van het principe van herstelgerichte netwerkgz. Maar van een radicale kwaliteitsimpuls en herallocatie van middelen en bijbehorende verandering in sturing en financiering in lijn met het derde scenario was geen sprake, ook niet in voornemens voor de nabije toekomst. De wensen en plannen zitten meer in lijn van het tweede scenario van destijds: een beperkte versterking en kwaliteitsverbetering van het huidige aanbod in betere regionale samenwerking.

Denkend vanuit dit bescheiden-realistisch (dus niet radicaal) scenario is onze eigen indruk dat er in twee van de onderzochte regio's ernstige onderbezetting was (in termen van aantallen fte's en disciplinemix) van de regionale cruciale ggz, wat gepaard ging met een lager dan gemiddeld bereik van cliënten. Het kon zijn dat dit elders in de keten werd gecompenseerd, maar dit kwam dan niet aan het licht in de veldverkenning. In de andere regio's waren er zeker ook uitdagingen, maar binnen acceptabelere marges. Het bescheiden-realistisch scenario (met dus ook een bescheiden versterking van, met name, het ambulante deel van de regionale cruciale ggz), zou op landelijk niveau een capaciteit (op peildatum) voor ongeveer 200 cliënten per 30 à 35.000 inwoners voor FACT-achtige zorg betekenen, 25 cliënten per 200.000 inwoners voor IHT en 20 HIC-bedden per 400.000 inwoners, met een kwaliteitsimpuls om de personeelsmix en expertise op de gewenste sterkte te brengen. Maar voor FACT zijn de praktijkmarges zo groot, dat dit gemiddelde voor een specifieke regio nauwelijks richting geeft. Bij HIC moet steeds bedacht worden dat (nagenoeg) vergelijkbare opnamecapaciteit in een regio buiten beschouwing blijft. En bij IHT betreft deze capaciteit alleen de voortgezette behandeling na de crisisbeoordeling.

31 Voor de goede orde: de regionale cruciale zorg is niet alleen voor mensen met EPA. De drie zorgvormen bereiken ook mensen met 'zogenaamde 'common mental disorders'.

We zeiden al: het lijkt erop dat de wensen per regio ongeveer even groot zijn, en dat die niet lineair te relateren zijn aan het huidige bereik van de regionale cruciale ggz of onze impressie van de tekorten. Ofwel: men lijkt de tering naar de nering te zetten gegeven de historische gegroeide situatie in de regio, de mogelijkheden binnen het huidige financieringsstelsel en de beschikbaarheid van personeel. Men kan wel anders wensen, maar vindt dat in de huidige omstandigheden niet reëel. Dat betekent ook dat voor optimale regionale beleidsbeslissingen perspectiefverbreding (voorbij de eigen regio), wenselijk is.

Internationaal perspectief

We kunnen de huidige situatie ook in internationaal perspectief bezien. Op de tweejaarlijkse congressen van de European Assertive Outreach Foundation, heeft Nederland steevast de grootste delegatie. Andere landen hebben zelden een landelijk dekkend netwerk aan outreach zoals in Nederland, en al helemaal niet de klinische faciliteiten. Een systematisch overzicht valt buiten het bestek van deze studie³², maar we geven enkele illustratieve voorbeelden:

- In een recente Canadese evaluatie van FACT (Rotenberg et al, 2025) staat de volgende achtergrondinformatie: “Ontario has 33 psychiatric beds per 100,000 people, compared with 139 in the Netherlands, 42 in the United Kingdom, and 21 in the United States (23). The Netherlands (with a population of approximately 18 million) (24) has approximately 400 FACT or ACT teams, compared with 84 teams in Ontario (population of approximately 16 million).”
- In een recent artikel over een Duits FACT-onderzoek (Mueller-Stierlin et al, 2025) staat: “In spite of a high level of resources spent on mental health care the implementation of integrated community mental health services in Germany is underdeveloped when compared with the UK, the Netherlands and Scandinavian countries and thus, treatment as usual comprises rather fragmented and difficult to navigate services.” Overigens, in deze (grootschalige, gerandomiseerde) studie bleek dat de introductie van FACT in een dergelijk gefragmenteerd zorglandschap gepaard ging met meer empowerment van cliënten.

Deze positieve woorden over de Nederlandse situatie vanuit internationaal perspectief staan in schril contrast met de ontevredenheid in ons eigen land over de cruciale ggz. Er zijn in Nederland niet te onderkennen problemen, maar de vraag is aan welke knop(pen) we moeten draaien om de situatie te verbeteren.

Hoe verder?

Al met al leidt deze operatie niet tot een stevig kwantitatief fundament voor capaciteitsplanning van de regionale cruciale ggz. Puur statistisch is een beperking van onze studie de bescheiden steekproef. Deze liet geen multilevel regressie-analyse toe, waarbij we als extra verklarende factor rekening zouden kunnen houden met variatie tussen instellingen, want die variatie tussen instellingen lijkt een factor van belang in onze studie. Als die factor inderdaad de voorspelbaarheid van outreach helpt verbeteren, dan is dat op zich nog niet zo informatief. De vervolgvraag is dan wat hierachter schuilgaat, ofwel: hoe beïnvloedt de instelling (en/of de coördinerend zorgverzekeraar in de regio) capaciteit en bereik van de regionale cruciale ggz en wat betekent dat voor kwaliteit en bereik van de regionale cruciale ggz?

Vektis en Zorginstituut Nederland (die momenteel ook een statistische verkenning doet van de

32 En zo'n stand is ook moeilijk op te maken vanwege het ontbreken van internationale consensus over definities en indicatoren voor ggz-voorzieningen (Vandoni et al., 2024). Voor dergelijke analyses wordt vaak geput uit de World Mental Health Atlas van de WHO, maar de meest recente data over Nederland gaan over 2014.

cruciale ggz) zouden onze analyse over heel Nederland kunnen herhalen, rekening houdend met de nesting en inclusief data van overige aanbieders van cruciale ggz³³. Wij verwachten hiervan echter geen wonderen: we noemden eerder studies over het belang van SES en stedelijkheid, maar er zijn ook psychiatrisch-epidemiologische studies die tot bescheidenheid stemmen:

- Veel dieper dan wij dat deden, trachtten Mahabadi et al (2022) in Engeland greep te krijgen op de relatie tussen prevalentie/zorggebruik van mensen met EPA en stedelijke kenmerken, maar – afgezien van de globale constatering dat deze relatie er inderdaad is – kon men niet tot een predictiemodel komen.
- Hudson (2019) probeerde wereldwijd patronen in deinstitutionalisering en het voorzieningen-aanbod te relateren aan de psychische gezondheid in een land³⁴. Hij vond juist een *negatieve* relatie met sociaaleconomische indicatoren. Alles balancerend en overwegend kwam Hudson wel tot een interessante beleidsrelevante conclusie: de beste voorspeller voor een lage ziektebelasting vanwege psychische stoornissen en gunstige recente veranderingen daarin was het percentage van het totale zorgbudget dat werd besteed aan de ggz.
- Smit & Van Os (2023) deden een vervolganalyse op het eerder geciteerde werk van Van Os (2022) naar de sociale gradiënt in de ggz; zij schrijven de verschillen tussen regio's in de relatie tussen SES en zorggebruik toe aan aanbodgedreven factoren: hoe groter het aanbod, hoe hoger het gebruik.

Onze groepsgesprekken als aanvullende kwalitatieve duiding (die in bovenstaande psychiatrisch-epidemiologische verkenningen steeds ontbreekt) gaven nuttige extra informatie om de situatie in een regio te begrijpen. Uit ons onderzoek valt de huidige ondergrens en variatie in de beschikbaarheid van de regionale cruciale ggz af te leiden. Wat de gewenste weg vooruit is, is echter eerder een kwestie van landelijke en regionale gesprekstafels over de gewenste inrichting van de (regionale) cruciale ggz. Een meer gedragen landelijk perspectief (en zo mogelijk consensus) over één of meer gewenste scenario('s) voor de ontwikkeling van de cruciale ggz is daarbij wenselijk. Een eerste stap is uitwisseling tussen de deelnemende instellingen aan dit onderzoek om de onderlinge verschillen en overeenkomsten in capaciteit van en behoefte aan cruciale ggz te bespreken.

We hebben daarbij nog twee aanvullende opmerkingen:

- Er is veel moeite gedaan in adviesrapporten om de cruciale ggz nader te definiëren. In verband met de uitvoerbaarheid van onze exercitie besloten we ons te beperken tot het regionaal deel daarvan. Die bleek in de praktijk echter moeilijk af te grenzen en het is de vraag of een preciezere afgrenzing van regionale en bovenregionale/landelijke cruciale ggz überhaupt scherp te maken is. Als een bovenregionaal aanbod nabij is, zal dit invloed hebben op het gebruik ervan.
- In dit onderzoek hebben we ons vooral gericht op capaciteit en bereik van de regionale cruciale ggz en slechts globaal (via de groepsgesprekken) op de kwaliteit ervan. Het CCAF voert in het land interprofessionele audits uit naar HIC en FACT (en de afgeleiden daarvan) aan de hand van modelgetrouwheidsschalen voor beide praktijken. Deze audits geven tezamen een veel rooskleuriger beeld van de stand van de regionale cruciale ggz dan uit de kengetallen en

33 Alleen IHT en FACT zullen dan op één hoop belanden; die vallen beide onder setting 4 (outreach). Ook mist vanzelfsprekend het verdiepende kwalitatieve inzicht over de situatie in de diverse regio's.

34 Om precies te zijn: de gebruikte uitkomstmaat was de DALY, dat wil zeggen de ziektebelasting vanwege psychiatrische stoornissen, uitgedrukt in disability adjusted life years.

toelichting door onze gesprekspartners naar voren komt. Dat zou twijfel kunnen oproepen over de validiteit van de audits van het CCAF. Het is echter onze stellige indruk (op basis van een nadere verkenning van de mate van dekking van de CCAF-audits in regio's uit dit onderzoek) dat teams/afdelingen die ver afstaan van de FACT- en HIC-standaard zich niet aanmelden voor een audit door de CCAF. Dit is te begrijpen, maar de audits zijn primair bedoeld ter ondersteuning van de kwaliteitscyclus binnen de instellingen en die kans wordt nu gemist. We raden de instellingen aan om deze audits (weer) op te pakken, als ze dat al niet van plan waren.

4 Bronnen



American Psychiatric Association Presidential Report on the Assessment of Psychiatric Bed Needs in the United States. (2022). The psychiatric bed crisis in the United States: understanding the problem and moving toward solutions. *American Journal of Psychiatry*, 179(8), 586-588.

Delespaul, P. H. & consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie* 55(6), 427–438.

Delespaul, P. (2015). (Flexible) ACT is voor ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). In: Van Veldhuizen, R., Polhuis, D., Bähler, M., Mulder, N. & Kroon, H. (redactie). *Handboek (Flexible) ACT. Herstelondersteunende zorg en behandeling in de eigen omgeving voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen*. De Tijdstroom, Utrecht.

Engelsbel, F., Keet, R., & Nugter, A. (2024). A pre-post study design: evaluating the effectiveness of a new community-based integrated service model on patient outcomes. *International journal of mental health systems*, 18(1), 20.

Fassaert, T., Heijnen, H., de Wit, M. A., Peen, J., Beekman, A. T., & Dekker, J. (2016). The association between ethnic background and characteristics of first mental health treatment for psychotic disorders in the Netherlands between 2001 and 2005. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(12), 1591–1601.

Gulgun, D., van Ens, W., & Swildens, W. E. (2025). Change in care needs of people with severe mental illness with and without a non-Western migration background: are their needs equally served throughout treatment? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 60(6), 1297-1309.

Hudson C. G. (2019). Deinstitutionalization of mental hospitals and rates of psychiatric disability: An international study. *Health & place*, 56, 70–79

Kroon, H. Van Weeghel, J., Delespaul, Ph., Knispel, A. & Van Hoof, F. (2016). Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ. Trimbos-instituut, Utrecht.

Lloyd-Evans, B., & Johnson, S. (2014). CORE Crisis Resolution Team Fidelity Scale. Version 2.

Mahabadi, Z., Mahabadi, M., Velupillai, S., Roberts, A., McGuire, P., Ibrahim, Z., & Patel, R. (2022). Evaluating physical urban features in several mental illnesses using electronic health record data. *Frontiers in digital health*, 4, 874237.

Mueller-Stierlin, A. S., Becker, T., Greve, N., Hänsel, A., Herder, K., Kohlmann, A., ... & Kilian, R. (2025). Results from a randomized controlled trial investigating effectiveness of a community-based intervention on empowerment of people with severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-13.

Muusse, C., Kroon, H., Mulder, C. L., & Pols, J. (2021). Frying eggs or making a treatment plan? Frictions between different modes of caring in a community mental health team. *Sociology of Health & Illness*, 43(7), 1581-1597.

Prinsen, E., Van Wel, B., Mulder, N., & De Koning, N. (red.). (2016). *Handboek IHT: Intensive home treatment*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom

Rotenberg, M., Zhuang, L., Williams, R., Versace, D., DeSanti, M., Harren, D., ... & Foussias, G. (2025). Outcomes of flexible assertive community treatment versus assertive community treatment or intensive case management. *Psychiatric Services*, 76(5), 430-436.

Smit, D. & Van Os, J. (2023). Het moet beter, het kan beter, maar gaan we het ook beter doen? *GGZ Vaktijdschrift*, 1(6):2-19.

Ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Schouten, F., Luik, A. I., & de Graaf, R. (2023). Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 22(2), 275-285.

Van Hoof, F., Nuijen, J., Kroon, H. & Knispel, A. (2016). Psychische kwetsbaarheid, sociale inclusie en verbindende zorg. Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda. Trimbos-instituut, Utrecht.

Van Mierlo, T., Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2013). *Werkboek High en intensieve care in de psychiatrie*. De Tijdstroom, Utrecht.

Van Os, J. (2022). Vertaalt de sterke sociale gradiënt van de ggz zich in een uniform sterke samenhang tussen ggz en sociale zorg? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 366-376.

Van Veldhuizen, R., Polhuis, D., Bähler, M., Mulder, N. & Kroon, H. (redactie) (2015). *Handboek (Flexible) ACT. Herstelondersteunende zorg en behandeling in de eigen omgeving voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen*. De Tijdstroom, Utrecht.

Vandoni, M., D'Avanzo, B., & Barbato, A. (2024). The transition towards community-based mental health care in the European Union: Current realities and prospects. *Health policy*, 144, 105081.

Westen, K., Vugt van, M., Bähler, M., Kroon, H., & Delespaul, P. (2022). Flexible ACT Werkboek. FACT-schaal 2017-R. CCAF.

