

Wachttijden in de ggz

Een literatuurinventarisatie

Achtergrondrapport van het ZonMw-evaluatietraject
'Versnellers in de ggz'

Wachttijden in de ggz

Een literatuurinventarisatie

Achtergrondrapport van het ZonMw-evaluatietraject
'Versnellers in de ggz'

Trimbos-instituut, Utrecht, Nederland, 2026

Colofon

Auteurs

Jasper Nuijen, Trimbos-instituut

Jenny Boumans, Trimbos-instituut

Met medewerking van

Jurre Heijmens Visser, Trimbos-instituut

Hans Kroon, Trimbos-instituut

Projectleiding

Jasper Nuijen, Trimbos-instituut

Met dank aan

Dit evaluatietraject kon alleen worden uitgevoerd dankzij de waardevolle medewerking en input van de versnellers en andere betrokkenen uit de regio's die een subsidie hebben ontvangen vanuit het ZonMw-programma 'Versnellers in de geestelijke gezondheidszorg'.

De leden van de kwaliteitscommissie van het ZonMw-programma:

Mr. drs. J.J.H.M. (Sjef) van Gennip (voorzitter)

Dr. Henrie W.J. Henselmans

Dr. Richard Starmans

De begeleidingscommissie, bestaande uit leden van de landelijke Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz en afgevaardigden van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

Financier

ZonMw, programma 'Versnellers in de geestelijke gezondheidszorg',

projectnummer: 10740132310003

Vormgeving

The Creative Hub

Beeld

Gettyimages

Bestelinformatie

Deze publicatie is gratis te downloaden via www.trimbos.nl

Artikelnummer: TRI-75-042

©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	De Versnellers-aanpak	5
1.2	Het evaluatietraject	6
1.3	De literatuurinventarisatie	6
2	Omvang	8
2.1	Wachtplekken	8
2.2	Instroomcijfers	9
3	Impact	11
3.1	Impact op hulpvragers en naasten	11
3.2	Impact op professionals	12
4	Oorzaken en oplossingsrichtingen	14
4.1	Meervoudig probleem	14
4.2	Verslechtering mentale gezondheid en meer zorggebruik	14
4.3	Mechanismen in de financiering en organisatie van de ggz	16
4.4	Oplossingsrichtingen	18
5	Lopend en toekomstig beleid	19
5.1	Lopend beleid	19
5.2	Recente beleidsontwikkelingen	27
6	Samenvatting	32
	Literatuur	35

1 Inleiding



1.1 De Versnellers-aanpak

De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) staat al langere tijd onder druk. In oktober 2025 hadden bijvoorbeeld ruim 47.000 volwassenen een intakegesprek bij de specialistische ggz (sggz) gehad¹. Zes op de tien (61%) van hen moest hier langer op wachten dan de maximaal aanvaardbare wachttijd (Treeknorm) van vier weken². Kijkend naar de bijna 40.000 volwassenen die in oktober 2025 startten met behandeling in de sggz, viel voor een derde (33%) de wachttijd van intake tot aan de start van de behandeling buiten de Treeknorm van tien weken. Voor de basis-ggz ging het op deze peildatum om vergelijkbare hoge percentages volwassenen die te lang moesten wachten (resp. 64% en 27%). Hoewel de wachttijden in de ggz sinds 2017 nadrukkelijk op de beleidsagenda staan, blijkt het daadwerkelijk terugdringen ervan lastig te realiseren. Om een bijdrage te leveren aan de aanpak van de wachttijdenproblematiek is in 2022 het ZonMw-programma 'Versnellers in de geestelijke gezondheidszorg' gestart en dat liep tot en met 2025. De focus van het ZonMw-programma lag op het verbeteren van regionale domeinoverstijgende samenwerking. Verspreid over drie subsidierondes hebben in totaal 21 regio's één of twee keer subsidie ontvangen vanuit het programma. Als onderdeel van elke subsidie werd een zogenoemde versneller aangesteld die als onafhankelijke projectleider zorg diende te dragen voor een structurele samenhang en duurzame samenwerking tussen partijen binnen een regio, zodat de betreffende samenwerkingspartijen actief hun verantwoordelijkheid dragen in de aanpak van de wachttijden (ZonMw, 2022).



1 Uitgaande van cijfers zoals aangeleverd door ggz-aanbieders met 10 of meer zorgverleners.

2 Zichttopzorgaanbieders

1.2 Het evaluatietraject

In de periode augustus 2023-maart 2026 hebben het Trimbos-instituut, het Nivel³, InBegrepen en MIND, gezamenlijk een evaluatietraject uitgevoerd naar de Versnellers-aanpakken in de 21 regio's. Het evaluatietraject was erop gericht om op basis van de resultaten van de gesubsidieerde projecten bij te dragen aan een goed werkende aanpak voor wachttijden in alle regio's. Daartoe zijn (mogelijk) werkzame elementen van de gehanteerde Versnellers-aanpakken geïdentificeerd, en is in kaart gebracht onder welke voorwaarden en in welke context hun werkzaamheid wordt bevorderd. Bijzondere aandacht is besteed aan regionale domeinoverstijgende samenwerking en de inzet van de regionale versnellers, aangezien dit focuspunten waren van de subsidies van het ZonMw-programma.

Het evaluatietraject bestond uit verschillende onderdelen die in vier achtergrondrapporten worden beschreven⁴:

1. Een literatuurstudie naar de bredere context van de wachttijden in de ggz, waarbij is gekeken naar omvang en impact, oorzaken en oplossingsrichtingen, en lopend en toekomstig beleid.
2. Het hoofdonderzoek 'Wat werkt in de domeinoverstijgende samenwerking rond wachttijden?' over de regionale Versnellers-aanpakken op basis van een begeleide zelfevaluatie met elk van de 21 regio's afzonderlijk. Dit deelonderzoek vormde de basis van het evaluatietraject, en was erop gericht om na te gaan in hoeverre het regio's is gelukt om de beoogde doelen van hun aanpak daadwerkelijk te bereiken, en wat hierbij succesfactoren, knelpunten en geleerde lessen waren.
3. Een verdiepend deelonderzoek 'Het verkennend gesprek nader bekeken' naar de uitvoering van en ervaringen met het verkennend gesprek (VG). Het VG was een veelgebruikt mechanisme in de Versnellers-aanpakken.
4. Een verdiepend deelonderzoek 'Het domeinoverstijgend casusoverleg nader bekeken' naar de uitvoering van en ervaringen met het domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO). Het DOCO was een ander veelgebruikt mechanisme in de Versnellers-aanpakken.

Het voorliggende achtergrondrapport betreft de literatuurstudie.

Het eindrapport getiteld 'Samen werken aan een toegankelijke ggz' beschrijft de kernbevindingen uit bovengenoemde evaluatieonderdelen, en formuleert op basis daarvan aanbevelingen die richting geven aan de doorontwikkeling van domeinoverstijgende samenwerking rond de aanpak van de wachttijden in de ggz.

1.3 De literatuurinventarisatie

Om goed te kunnen evalueren wat wel en niet werkt in de Versnellers-aanpakken, en waarom, is het relevant om in de volle breedte een goed beeld te hebben van de wachttijdenproblematiek in de ggz en het beleid voor de aanpak ervan. Daarom is als onderdeel van het evaluatietraject

3 Tot mei 2025 betrokken.

4 Daarnaast is halverwege het evaluatietraject een tussenrapport gepubliceerd, getiteld 'Regionale Versnellers-aanpakken wachttijden in de ggz in kaart gebracht' (Nuijen et al., 2024).

een literatuurinventarisatie uitgevoerd om de bredere context te beschrijven waarin het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz' is uitgevoerd. Het betreft een actualisering en verdieping van de literatuurinventarisatie die eerder is uitgevoerd voor het tussenrapport van het evaluatietraject (Nuijen et al., 2024). De literatuurinventarisatie is hoofdzakelijk gebaseerd op recente 'grijze' literatuur, zoals rapporten, beleidsstukken en andersoortige publicaties. Er wordt stilgestaan bij wachttijden in de ggz in termen van achtereenvolgens: omvang en impact (hoofdstukken 2 en 3), oorzaken en oplossingsrichtingen (hoofdstuk 4), en lopend en toekomstig beleid (hoofdstuk 5). Afgesloten wordt met een samenvatting (hoofdstuk 6).

2 Omvang



2.1 Wachtplekken

De wachttijden in de ggz zijn al jaren te lang voor een grote groep hulpvragers (o.a. NZa, 2017a; NZa, 2017b; NZa, 2019; NZa, 2023; NZa, 2024). Dit blijkt allereerst uit het aantal wachtplekken, waarvan de meest recent beschikbare landelijke cijfers gaan over oktober 2024 (NZa, 2025a). Er zijn geen recentere gegevens voorhanden omdat de NZa, in afstemming met veldpartijen en het ministerie van VWS, gestopt is met het verzamelen hiervan. Gesproken wordt van aantal wachtplekken en niet van aantal wachtenden, omdat iemand bij meerdere zorgaanbieders tegelijk op een wachtlijst kan staan en daardoor dubbel kan worden meegeteld⁵. Oktober 2024 waren er 108.878 wachtplekken, waarbij het in ruim de helft van de gevallen (57,5%) ging om een totale wachttijd (d.w.z. van aanmelding bij een ggz-aanbieder tot de start van de behandeling) die langer was dan de vastgestelde maximaal aanvaardbare Treeknorm van veertien weken. Ten opzichte van de vorige peiling van december 2023 is in oktober 2024 het aantal wachtplekken gestegen (+11.428)⁶, terwijl het aandeel wachtenden dat langer moest wachten dan de Treeknorm nagenoeg stabiel blijft (+0,7%).

Voor 72.443 (66,5%) van de wachtplekken in oktober 2024 ging het om wachtplekken voor het intakegesprek (het eerste consult) bij een ggz-aanbieder. Bij twee derde (67,0%) van deze wachtplekken werd langer dan de maximaal aanvaardbare aanmeldwachttijd (van aanmelding bij een ggz-aanbieder tot aan het intakegesprek) van vier weken gewacht. De resterende 36.435 (33,5%) wachtplekken in oktober 2024 waren wachtplekken voor behandeling in de ggz. In bijna vier op de tien (38,7%) van deze gevallen was de wachttijd langer dan de maximaal aanvaardbare behandelwachttijd (van het intakegesprek tot de start van de behandeling) van tien weken. Deze cijfers wijzen, net als eerdere peilingen, erop dat het zwaartepunt van de wachttijdenproblematiek ligt bij de aanmeldwachttijd, het wachten op het intakegesprek. Vergeleken met december 2023 is het aandeel hulpvragers dat langer moest wachten dan de Treeknorm voor de aanmeldwachttijd vrijwel stabiel gebleven (-0,6%), terwijl het aandeel hulpvragers dat langer moest wachten dan de Treeknorm voor de behandelwachttijd met 3,9% toenam.

Opgemerkt dient te worden dat de wachttijdinformatie gebaseerd is op gegevens zoals aangeleverd door ggz-aanbieders en dat de volledigheid en betrouwbaarheid van deze data tekortkomingen kent (NZa, 2024; NZa, 2025a; NZa, 2026). Hierdoor geven de wachttijdcijfers enkel een indicatie van de situatie op een bepaald peilmoment. De Algemene Rekenkamer (2024) heeft diverse factoren geïdentificeerd die kunnen bijdragen aan zowel een overschatting als een onderschatting van de daadwerkelijke cijfers. Dit gegeven maakt het ook lastig om data over de tijd met elkaar te vergelijken en een goed inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in wachtplekken en wachttijden over de jaren. Dit betekent dus ook dat het onduidelijk is in hoeverre de hierboven beschreven verschillen tussen oktober 2024 en december 2023 daadwerkelijke veranderingen

5 Uit een panelonderzoek uitgevoerd in 2022 kwam naar voren dat circa 1 op de 5 wachtenden met dezelfde zorgvraag op meerdere wachtlijsten stond (BDO Advisory & Miles Research, 2022).

6 Wat neerkomt op een procentuele stijging van 10,5%.

betreffen of het gevolg zijn van veranderingen in de kwaliteit van de gegevensaanlevering. De NZa (2024; 2025) heeft twee aanvullende analyses uitgevoerd naar de recente ontwikkeling in het actueel aantal wachtplekken en waarbij is geprobeerd om rekening te houden met de invloed van veranderingen in de compleetheid van gegevensaanlevering⁷. Op basis van deze analyses zijn er volgens de NZa in ieder geval geen aanwijzingen dat het aantal wachtplekken daalt. Het in september 2025 gepubliceerde Interdepartementaal Beleidsonderzoek mentale gezondheid en ggz formuleert het stellige en stelt dat de wachttijden in de ggz aan het toenemen zijn en dat deze ontwikkeling zich zal doorzetten zolang de vraag naar ggz groter blijft dan het aanbod (IBO, 2025)⁸.

2.2 Instroomcijfers

Er zijn ook retrospectieve gegevens over aantallen wachtenden en hun wachttijden, zoals aangeleverd door ggz-aanbieders met meer dan tien zorgverleners. Deze instroomcijfers hebben betrekking op hulpvragers die in de afgelopen twee maanden daadwerkelijk voor intake of behandeling zijn gezien door de ggz-aanbieder. Deze gegevens worden aangeleverd op vestigingsniveau en naar hoofddiagnose en kunnen daarom worden uitgesplitst naar hoofddiagnose. Ook blijven de instroomgegevens verzameld worden (in tegenstelling tot gegevens over het aantal wachtplekken). Wel is het zo dat wachtenden die nog géén intake en/of behandeling hebben gehad geen onderdeel zijn van deze gegevens. Ook gegevens van aanbieders met minder dan tien zorgverleners zijn geen onderdeel.

Ook uit de instroomcijfers blijkt dat de wachttijden al jaren te lang zijn voor een omvangrijke groep hulpvragers. Ter illustratie gaan we in op de gegevens van oktober 2025⁹. Van de ruim 47.000 volwassenen die in oktober 2025 een intakegesprek bij de sggz hadden, moest zes op de tien (61%) hier langer op wachten dan de maximaal aanvaardbare wachttijd (Treeknorm) van vier weken. Kijkend naar de bijna 40.000 volwassenen die in oktober 2025 startten met behandeling in de sggz, viel voor een derde (33%) de wachttijd van intake tot aan de start van de behandeling buiten de Treeknorm van tien weken. Voor de basis-ggz gaat het om vergelijkbare hoge percentages volwassenen die te lang moeten wachten (resp. 64% en 27%).

De cijfers geven verder aan dat in oktober 2025 de landelijk gemiddelde totale wachttijd (aanmeld-plus behandelwachttijd) voor de basis-ggz achttien weken was, dus boven de Treeknorm van veertien weken. Ook voor alle vijftien onderscheiden hoofddiagnosegroepen in de sggz lag de

7 In een aanvullende analyse is uitgegaan van de ggz-aanbieders die over de gehele periode juli 2021-december 2023 wachttijdinformatie hebben aangeleverd (NZa, 2024). Hieruit kwam naar voren dat het actueel aantal wachtplekken tussen deze twee peilmomenten met circa 25% is toegenomen, waarbij de stijging lijkt af te vlakken tussen januari 2023 en december 2023 (6%). In een andere aanvullende analyse over de periode november 2023-september 2024 is de ontwikkeling van het actueel aantal wachtplekken afgezet tegen de ontwikkeling van de vullingsgraad (NZa, 2025a). De vullingsgraad geeft de verhouding weer tussen de totale jaaromzet van ggz-aanbieders en het deel dat vertegenwoordigd is in de maandelijkse aanlevering van wachttijdinformatie. Er was sprake van een stijging in het aantal wachtplekken, maar ook van een stijging in de vullingsgraad. Op basis hiervan concludeerde de NZa dat het aantal wachtplekken niet lijkt te dalen.

8 Het IBO is een onafhankelijk ambtelijk onderzoek dat in opdracht van het kabinet is opgesteld.

9 <https://www.zichtopzorgaanbieders.nl/>

landelijk gemiddelde wachttijd boven de Treeknorm. Uitgaande van vier peilmomenten (maart 2024, oktober 2024, maart 2025 en oktober 2025) is voor acht hoofddiagnosegroepen consistent sprake van een gemiddelde totale wachttijd van 20 weken of langer (dus nog veel langer dan de Treeknorm van veertien weken): eetstoornissen, neurobiologische ontwikkelingsstoornissen¹⁰, obsessief-compulsieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, trauma, angststoornissen, bipolaire stemmingsstoornissen en een restgroep¹¹. De gemiddelde *aanmeld*wachttijden waren in oktober 2025 voor alle diagnosegroepen in de sggz langer dan tien weken, met uitzondering van middelgerelateerde stoornissen. De gemiddelde *behandel*wachttijd lag op dit peilmoment voor vrijwel alle diagnosegroepen wel binnen de Treeknorm van tien weken. Uitzonderingen hierop waren persoonlijkheidsstoornissen en de restgroep. De instroomcijfers tonen dus ook dat het zwaartepunt van de wachttijdenproblematiek bij de wachttijd voor het intakegesprek ligt.

Bedacht moet worden dat met deze cijfers nog onvoldoende zicht wordt verkregen op de kenmerken van hulpvragers voor wie de wachttijdproblematiek het grootst is. Zo zullen veel wachtenden te maken hebben met meervoudige problematiek, maar worden ze desondanks onder een 'hoofddiagnose' geregistreerd, waarbij enige willekeur niet kan worden uitgesloten (Algemene Rekenkamer, 2020). Deskundigen geven in interviews aan dat binnen de hoofddiagnosegroepen vooral de mensen met complexe (al dan niet meervoudige) problematiek te lang moeten wachten (Algemene Rekenkamer, 2020; Bureau Lenz, 2023; Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023). Deze mensen hebben naast hun psychische aandoening(en) dikwijls te maken met andere problemen, zoals schulden of eenzaamheid, en behoeven relatief vaak intensieve, multidisciplinaire zorg. Om goed te kunnen evalueren in hoeverre ingezette maatregelen effectief zijn in het reduceren van de wachttijden in de ggz is het daarom niet alleen nodig om de betrouwbaarheid en volledigheid van de aanlevering van wachttijdgegevens door ggz-aanbieders te verbeteren, maar ook om de ernst en complexiteit van psychische problematiek van wachtenden (ongeacht de geregistreerde hoofddiagnose) onderdeel te laten zijn van deze gegevens.

De NZa is al langere tijd bezig om de kwaliteit van de wachttijdinformatie te verbeteren. In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA, 2025) is hier ook volop aandacht voor. Veldpartijen hebben afgesproken dat wachttijdgegevens actueel en accuraat moeten zijn. Ook worden de bestaande Treeknormen voor maximaal aanvaardbare wachttijden geactualiseerd en waar nodig gedifferentieerd op basis van urgentie en onderscheid tussen cruciale ggz en overige ggz. Om te komen tot betrouwbare en volledige wachttijdinformatie is vanaf 1 januari 2026 als eerste stap een nieuwe werkwijze (deels) van start gegaan (NZa, 2026)¹².

10 Hieronder vallen o.a. aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD), autismespectrumstoornis en verstandelijke beperking.

11 In de diagnosegroep 'restgroep' vallen onder andere de wachttijden van transgenderzorg. Van deze zorg is bekend dat de wachttijden vaak veel langer zijn dan bij andere diagnoses (NZa, 2024).

12 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_811873_22/

3 Impact



3.1 Impact op hulpvragers en naasten

Een literatuurinventarisatie, waarbij geput is uit in totaal 40 publicaties in de wetenschappelijke en 'grijze' literatuur uit de afgelopen tien jaar, belicht verschillende mogelijke gevolgen van de wachttijden voor hulpvragers (Schutjens e.a., 2024). Zo blijken de meeste wachtenden een verergering van hun klachten te ervaren tijdens het wachten; bij een klein deel is er sprake van een verbetering. De gevonden literatuur wijst op verschillende groepen hulpvragers die bovengemiddeld veel risico lopen op klachtenverergering gedurende de wachttijd, waaronder jongeren, mensen die zich identificeren als LHBTQI+, mensen met een verhoogd risico op het ontstaan van een eerste psychose, vrouwen met perinatale angst of depressie, mensen met verslavingsproblematiek, en mensen met acute en/of complexe psychische problematiek. Een ander mogelijk negatief gevolg van op een wachtlijst staan is dat hulpvragers gedemotiveerd raken tijdens het wachten, waardoor zij afzien van de behandeling in de ggz. De wachttijd blijkt ook na de start van de ggz behandeling nog impact te kunnen hebben. Zo verhoogt wachten de kans op behandeluitval en de kans op langere en intensievere behandeling, terwijl het de kans verlaagt op (het behouden van) betaald werk (zie ook Prudon, 2025).

Behalve de impact op de persoon met een hulpvraag zelf, kunnen naasten ook onder de nadelige gevolgen van de wachttijden lijden (Schutjens e.a., 2024). De verhoogde druk op de naaste kan ontaarden in psychische problematiek bij de naaste zelf, omdat deze zich verantwoordelijk voelt en het gevoel heeft er alleen voor te staan. Wanneer de draagkracht van de naaste afneemt, kunnen toegenomen spanningen leiden tot klachtenverergering bij de hulpvrager. Hierdoor komt men in een vicieuze cirkel terecht.

De brede negatieve impact van de wachttijden in de ggz die uit het literatuuronderzoek naar voren komt, wordt bevestigd door een vragenlijstonderzoek dat april-mei 2024 is uitgevoerd onder 321 volwassen hulpvragers met wachttijd ervaring en 83 naasten (Magnée et al., 2025). De wachttijd had op de meeste deelnemende hulpvragers een grote negatieve impact, waaronder negatieve emotionele gevolgen¹³ (94%), het belanden in een 'wachtstand' in hun leven (87%), onzekerheid over zichzelf (86%), te weinig controle of regie (85%) en verergering van hun psychische klachten (83%). Bij 77% van de werkende hulpvragers had de wachttijd een negatieve impact op het werk, en bij 70% van de hulpvragers met een partner had de wachttijd een negatieve impact op hun partnerrelatie. Gedachtes aan zelfdoding had 62% van de hulpvragers en 53% raakte in crisis. De meerderheid van de patiënten (78%) raakte hun vertrouwen in de zorg of zorgverleners in het algemeen kwijt. Sommigen waren door de wachttijd minder gemotiveerd voor ggz-behandeling (35%), stopten met ggz-behandeling als zij hier eenmaal mee waren gestart (14%), of begonnen überhaupt niet meer aan ggz-behandeling (18%). Slechts 3% was het een beetje eens, eens of zeer eens met de stelling dat hun klachten tijdens het wachten dusdanig verbeterden dat zij geen ggz-behandeling meer nodig hadden. Wel gaf bijna

¹³ Zoals angst, moedeloosheid, wanhoop, zorgen of frustratie.

een derde (32%) van de patiënten aan tijdens het wachten in aanraking te zijn gekomen met andere, waardevolle vormen van ondersteuning.

Aan deelnemende naasten van hulpvragers is via een open vraag gevraagd naar wat de impact van de wachttijd op henzelf als naaste was (geweest). De antwoorden gingen het vaakst (77%) over negatieve emotionele gevolgen. Eén op de zeven (14%) naasten benoemde dat de wachttijd leidde tot problemen als overspanning, burn-out, slaapproblemen of depressie. Bij één op de vijf (22%) had het impact op hun relatie, gezin, werk of financiële situatie. Verder investeerden naasten in het ondersteunen van de betrokkene en waren zij tijd en energie kwijt aan het zoeken naar passende zorg of ondersteuning voor hem of haar (24%).

3.2 Impact op professionals

De eerdere genoemde literatuurinventarisatie (Schutjens e.a., 2024) richtte zich ook op de impact die de wachttijden in de ggz hebben voor de huisartsenpraktijk. Dit omdat de huisarts, ondersteund door de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-ggz), als poortwachter van de ggz fungeert, waardoor zij beiden te maken hebben met verwezen patiënten die moeten wachten op behandeling in de ggz. De gevonden literatuur geeft aan dat de wachttijden bijdragen aan verhoogde werkdruk bij huisartsen en POH's-ggz, doordat zij noodgedwongen zorg of ondersteuning bieden aan wachtende patiënten met complexe(re) of ernstige(re) psychische problemen, terwijl deze zogeheten 'overbruggingszorg'¹⁴ eigenlijk niet binnen hun takenpakket en expertisegebied valt. Het uit noodzaak moeten aanbieden van overbruggingszorg draagt ook bij aan oplopende wachttijden voor de POH-ggz, waardoor het laagdrempelige en toegankelijke karakter van de functie in het gedrang komt. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de wachttijden in de ggz leiden tot aanpassingen in het verwijsgedrag van POH's-ggz¹⁵, die er mogelijk voor zorgen dat het aanbod waarnaar patiënten wordt verwezen minder vaak goed aansluit op hun hulpvraag.

De bevindingen uit het literatuuronderzoek worden bevestigd en aangevuld door het eerder genoemde vragenlijstonderzoek (Magnée et al., 2025) waaraan ook 127 POH's-ggz en 48 huisartsen deelnamen. Voor een ruime meerderheid van hen bestond de impact van de wachttijden en overbruggingszorg uit een minder toegankelijk spreekuur voor andere patiënten (93%), een hogere werkdruk (90%) en het ervaren van een (te) groot verantwoordelijkheidsgevoel (75%). Bijna de helft (47%) van de huisartsen en ongeveer één op de zes (15%) POH's-ggz gaf aan door de wachttijden en overbruggingszorg last te hebben van stress, piekeren of overspanningsklachten. Bij ruim een derde (36%) van de huisartsen en bij bijna een vijfde (17%) van de POH's-ggz vormden de wachttijden en overbruggingszorg een dusdanige belasting dat zij overwogen om te stoppen met hun werk. In antwoorden op een open vraag gaven de POH's-ggz en

14 De term 'overbruggingszorg' wordt om diverse redenen bekritiseerd en minder passend gevonden (Magnée et al., 2025). Zo kan deze term bij patiënten verkeerde verwachtingen wekken, waardoor zij in een passieve 'wachtstand' komen. Verder impliceert de term dat behandeling in de ggz uiteindelijk de gewenste oplossing vormt voor alle wachtenden, terwijl een deel van hen mogelijk evengoed of passender geholpen kan worden met andersoortig aanbod. Weer een andere reden om kritisch te zijn over de term overbruggingszorg is dat het de aandacht en middelen kan weg leiden van het aanpakken van de oorzaken van de wachttijden.

15 Waarbij verwijzingen worden afgestemd met, en formeel verlopen via de huisarts.

huisartsen verder aan door de wachttijden en overbruggingszorg minder aan hun eigenlijke taken toe te komen (48%) en zich zorgen te maken over het leveren van een slechte kwaliteit van zorg aan patiënten met psychische problemen (35%). Door de professionals werden patiënten met complexe of meervoudige problemen het vaakst genoemd (80%) als degenen die het meeste risico lopen tijdens het wachten, gevolgd door jongvolwassenen (64%), patiënten met (een risico op) suïcidaliteit (60%), patiënten met een (licht) verstandelijke beperking (55%) en patiënten in een crisissituatie (52%).

Het vragenlijstonderzoek wijst er verder op dat overbruggingszorg vooral *binnen* de huisartsenpraktijk wordt aangeboden; huisartsen en POH's-ggz lijken de weg naar ander aanbod nog niet goed te vinden. Zo gaf 59% van de deelnemende huisartsen aan (bijna) nooit te verwijzen naar overbruggingszorg *buiten* de huisartsenpraktijk, terwijl 20% dit soms deed. Bij de POH's-ggz waren deze percentages respectievelijk 43% en 42%. Hier speelt mee dat een deel van de huisartsen en POH's-ggz niet goed bekend was met het beschikbare aanbod voor overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk. Dit wordt bevestigd door een recente ledenpeiling (februari-maart 2025) van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)¹⁶, waaruit bleek dat slechts een kwart van de deelnemende huisartsen bekend was met de mogelijkheden voor overbruggingszorg buiten de huisartsenpraktijk in hun regio.

Ten slotte hebben de wachttijden in de ggz ook een forse impact op professionals in de ggz. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een peiling van Akwa GGZ die in het najaar van 2024 is uitgevoerd onder hun online panel (Akwa GGZ, 2024)¹⁷. De 828 respondenten waren werkzaam in verschillende sectoren in de ggz, veelal in de gespecialiseerde ggz (59%) of generalistische basis-ggz (27%). Een deel (12%) was (ook) werkzaam in de huisartsenzorg, meestal als POH-ggz. De vragenlijst richtte zich op het in kaart brengen van de ervaringen met het bieden van overbruggingszorg aan wachtenden. De meeste respondenten waren op zich positief over overbruggingszorg omdat het klachtenverergering bij wachtenden kan voorkómen en hun dagelijks functioneren kan verbeteren. Ook kunnen de uiteindelijke behandelduur en -resultaten er gunstig door worden beïnvloed. Tegelijkertijd was er weinig tevredenheid over de beschikbaarheid en de kwaliteit van de overbruggingszorg. Slechts 7% van de respondenten gaf aan dat er voldoende aanbod beschikbaar was, slechts 10% vond dat in de praktijk alle wachtenden die overbruggingszorg nodig hebben dit ook krijgen, en slechts 9% vond de kwaliteit van de huidige overbruggingszorg goed. Bovendien ervaarden de respondenten allerlei negatieve effecten van het bieden van overbruggingszorg. Zij benoemden het vaakst een hogere werkdruk (63%), het zich te lang verantwoordelijk voelen voor patiënten (56%) en dat het spreekuur minder toegankelijk is voor andere patiënten (43%). Verder ervaarde 20% van de respondenten minder werkplezier vanwege het geven van overbruggingszorg, voelde 17% zich hierdoor onzeker over de kwaliteit van zijn of haar werk, en had 15% hierdoor last van stress, piekeren of overspanningsklachten. Acht procent overwoog zelfs te stoppen met hun werk vanwege de negatieve impact van overbruggingszorg.

16 [Infographic-peiling-ggz-2025-DEF.pdf](#)

17 [AkwaGGZ_Rapport_Overbruggingszorg.pdf](#)

4 Oorzaken en oplossingsrichtingen



4.1 Meervoudig probleem

Het is waarschijnlijk dat de wachttijdenproblematiek in de ggz wordt veroorzaakt door een veelheid aan oorzaken. Een factor die meespeelt is de personele krapte in de ggz wat zorgt voor een structureel capaciteitstekort. Het is bekend dat waar de zorg als geheel afstevent op een financieel probleem, het bij de ggz vooral gaat om personele schaarste dat de houdbaarheid van de zorgverlening onder druk zet (WRR, 2021). Volgens het CBS¹⁸ stonden er in het eerste kwartaal van 2018 3.800 vacatures open in de ggz en is dat aantal in het eerste kwartaal van 2025 meer dan verdubbeld naar 9.100 vacatures. Relatief gezien is een vergelijkbare stijging te zien: in het eerste kwartaal van 2018 stonden er 39 vacatures open per 1.000 banen in de ggz, tegenover 77 in het eerste kwartaal van 2025. Indien er niets verandert, zal volgens prognoses het arbeidsmarkttekort in de ggz in 2034 stijgen naar 20.800 personen¹⁹.

Deze personeelskrapte is echter slechts één van de factoren in een veel breder palet aan mogelijke oorzaken die aan de aanhoudend hoge wachttijden ten grondslag kan liggen. In het rapport 'Ggz uit de knel' wordt op basis van 44 interviews met stakeholders en experts en documentenstudie (Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023), een mismatch van vraag en aanbod geschetst, tegen een achtergrond van diverse maatschappelijke ontwikkelingen en mechanismen in de toeleiding naar, en organisatie en financiering van de ggz die deze mismatch versterken en in stand houden. Hier passeren de belangrijkste beïnvloedende factoren de revue.

4.2 Verslechtering mentale gezondheid en meer zorggebruik

Uit de landelijk representatieve NEMESIS-studies blijkt dat de jaarprevalentie van enige psychische aandoening²⁰ bij volwassenen van 18-64 jaar is toegenomen van 17,4% in 2007-2009 (NEMESIS-2) naar 26,1% in 2019-2022 (NEMESIS-3) (ten Have et al., 2023)²¹. De stijging is sterker voor jongvolwassenen van 18-34 jaar (van 21,7% naar 36,1%) dan bij personen van 35 jaar of ouder (15,4% naar 20,6%). Monitors die uitgaan van korte zelfrapportage vragenlijsten wijzen ook op een mindere mentale gezondheid over de tijd. Zo neemt volgens de Gezondheidsenquête van het CBS het percentage volwassenen van 18-64 jaar met angst- of depressiegevoelens toe van 38,5% in 2010 naar 45,8% in 2025²². Onder jongvolwassenen, en vooral jongvolwassen vrouwen, komen angst- of depressiegevoelens vaker voor dan in de totale volwassen bevolking.

18 Bron: CBS Statline.

19 <https://prognosemodelzw.nl/dashboard/stories-dashboard/geestelijke-gezondheidszorg--ggz->

20 Zoals vastgesteld via een uitgebreid klinisch interview (CIDI 3.0) en conform standaard classificatiecriteria (DSM-IV).

21 De coronacrisis heeft niet bijgedragen aan de sterke stijging tussen 2007-2009 en 2019-2022. O.b.v. verdiepende analyses hebben de NEMESIS-onderzoekers aanwijzingen gevonden dat de stijgende prevalentie al ruim voor de start van NEMESIS-3 (november 2019) lijkt te zijn ingezet.

22 Zoals gemeten met de Mental Health Inventory-5.

Hoewel niet iedereen die psychische problemen ervaart hiervoor zorg ontvangt, lijkt de stijgende prevalentie gepaard te gaan met meer zorggebruik. Zo blijkt uit de NEMESIS-studies dat het percentage volwassenen dat in het afgelopen jaar gebruik maakte van de ggz²³ is toegenomen van 6,2% in 2007-2009 naar 10,0% in 2019-2022. Ook het gebruik van algemene gezondheidszorg²⁴ vanwege psychische problemen nam in dezelfde periode toe: van 9,0% naar 15,0% (ten Have et al., 2023). De NEMESIS-gegevens over de veranderingen in zorggebruik tussen 2007-2009 en 2019-2022 zijn gebaseerd op zelfrapportage. Er zijn ook cijfers beschikbaar uit registraties die betrekking hebben op andere meetperioden. Declaratiegegevens van Vektis²⁵ laten zien dat het totaal aantal volwassenen dat zorg ontving in de curatieve ggz²⁶ tussen 2017 en 2024 is gestegen van 918.000 naar 978.000 (een stijging van +6,5%). Afgezet tegen de groei van de volwassen bevolking in deze periode (+7,0%) betekent dit een nagenoeg stabiel gebruik²⁷. Het aantal mensen dat ggz-zorg ontving die valt onder de Wet langdurige ggz (Wlz) is wel duidelijk gestegen naar 32.000 in 2023. Dit wordt verklaard door de openstelling van de Wlz per 2021 voor mensen met psychische problematiek. Tussen 2017 en 2024 is ook het aantal mensen dat hulp ontving van de POH-ggz duidelijk toegenomen (van 608.000 naar 765.000, een stijging van +26%). Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen(praktijken) over een langere periode bevestigen dat steeds meer mensen de huisarts en/of POH-ggz bezoeken vanwege psychische problemen. Volgens deze cijfers heeft de stijging vooral plaatsgevonden in de periode 2011- 2018²⁸, om in de jaren daarna af te vlakken (de Beurs et al., 2018; Nuijen et al., 2021; Bes et al., 2024; Terpstra et al., 2025). Daarnaast wijzen de Nivel-gegevens erop dat het aantal verwijzingen van de huisarts naar de ggz is gestegen in de afgelopen jaren. Volgens de twee meest recente publicaties is het aantal verwijzingen per 1.000 ingeschreven patiënten toegenomen van 19,7 in 2019 naar 28,5 in 2024 (Bes et al., 2024; Terpstra et al., 2025). Hierbij wordt wel de kanttekening geplaatst dat de stijging (deels) een registratie-artefact kan zijn, veroorzaakt door een stijging in het bij ZorgDomein aantal aangesloten ggz-aanbieders waarnaar verwezen kan worden²⁹. Al met al, schetsen registratiegegevens het beeld dat in de periode 2017-2024 het aantal gebruikers van huisartsenzorg, in het bijzonder POH-ggz, is toegenomen. In het verlengde daarvan lijkt - niet verrassend - ook het aantal verwijzingen naar de ggz te zijn gestegen. Tegelijkertijd is het aantal gebruikers van geneeskundige ggz relatief stabiel gebleven in de periode 2017-2024. Dit suggereert dat een deel van de verwijzingen vanuit de huisartsenzorg niet binnen afzienbare tijd heeft geleid tot daadwerkelijk ggz-gebruik (oftewel er was een lange wachttijd na een verwijzing).

23 Exclusief POH-ggz.

24 Huisartsenzorg (inclusief POH-ggz) en overige zorg, namelijk bedrijfsarts of ARBO-arts, maatschappelijk werker, instelling voor thuiszorg of wijkverpleging, fysiotherapeut of haptoloog, medisch specialist of andere hulpverlener werkzaam in de algemene gezondheidszorg.

25 [Factsheet GGZ](#)

26 Exclusief POH-ggz en Wlz.

27 Dit hoeft niet in tegenspraak te zijn met de stijging in het gebruik van de ggz tussen 2007-2009 en 2019-2022 o.b.v. NEMESIS-gegevens. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat een toename in het gebruik van de curatieve ggz met name ergens vóór 2017 heeft plaatsgevonden. Een ander aspect wat een rol kan spelen is de ontwikkeling in het 'out of pocket' gebruik van ggz, wat niet zichtbaar is in de Vektis-gegevens.

28 De landelijke uitrol van de functie POH-ggz zal een grote rol hebben gespeeld bij de stijging in de periode 2011-2018.

29 Verwijzingen naar de specialistische zorg worden door bijna alle huisartsen gedaan via ZorgDomein. Exacte cijfers over het aantal bij ZorgDomein aangesloten ggz-aanbieders zijn niet bekend.

Door onderzoekers, praktijkprofessionals en andere deskundigen wordt een verscheidenheid aan mogelijke verklaringen gegeven voor de toename van psychische problemen (en in het verlengde daarvan de stijgende zorgvraag), waaronder een toenemende prestatie- en geluksdruk, groeiende maatschappelijke onzekerheden, een sterkere nadruk op het individu, de opkomst van sociale media, het onvoldoende leren omgaan met tegenslagen, en een toenemende bewustwording rondom mentale gezondheid met zowel betere herkenning als 'overinterpretatie'³⁰ als gevolg (Van Bon-Martens et al., 2025)³¹. Volgens deskundigen die voor het rapport 'Ggz uit de knel' (Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023) zijn geïnterviewd, kan de stijging van psychische problemen en zorgvraag in de samenleving niet losgezien worden van maatschappelijke veranderingen zoals de toegenomen keuzemogelijkheden, afnemende bestaanszekerheid³² en afnemende sociale cohesie. Dit soort veranderingen gaan gepaard met een toename van eenzaamheid en zingevingsvraagstukken en een verminderde mogelijkheid om met zorgen, tegenslagen of praktische problemen direct terecht te kunnen in de sociale omgeving. Het zijn, zo vermoedt men, vooral dit soort in oorsprong sociaal-maatschappelijke factoren, die, bij gebrek aan structurele oplossingen, uitmonden in individuele psychische problematiek.

Tegelijkertijd vermoeden geïnterviewden dat de stijging van de zorgvraag niet uitsluitend komt door een stijgende prevalentie an sich, maar ook verband houdt met de manier waarop we psychisch lijden binnen onze samenleving duiden en tegemoet treden. Het denken over psychisch lijden is grotendeels vernauwd tot een individueel medisch-psychologisch 'defect' waar een individueel medisch-psychologische 'interventie' tegenover kan worden gezet. Dit technisch-instrumenteel discours zorgt er volgens hen niet alleen voor dat structurele sociaal-maatschappelijke oorzaken van psychisch lijden onderbelicht blijven, maar ook dat het alleen gelegitimeerd wordt wanneer er een individueel, medisch label aan gekoppeld is. Volgens geïnterviewden zorgt deze reductie en medicalisering van psychisch lijden onherroepelijk voor een steeds grotere vraag naar ggz. Niet omdat 'men het lijden verleerd is' maar omdat de daadwerkelijke oorzaken van het lijden buiten het gezichtsveld blijven.

4.3 Mechanismen in de financiering en organisatie van de ggz

Het is waarschijnlijk dat de wachttijdenproblematiek naast de stijgende zorgvraag ook te maken heeft met de manier waarop de ggz is gefinancierd en georganiseerd. Zo wordt in de analyse van 'Ggz uit de knel' (Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023) aandacht besteed aan het gegeven dat de Zorgverzekeringswet (Zvw) gebaseerd is op het principe van gereguleerde marktwerking, wat inhoudt dat middels concurrentie tussen aanbieders wordt gestreefd naar kwalitatief goede zorg tegen zo laag mogelijke kosten. Inherent aan dit model is dat het burgers in de rol van zorgconsument plaatst, en zorgverzekeraars en aanbieders onderling in een concurrentiepositie. Aanbieders worden daardoor gestimuleerd om (steeds meer) zorgproducten te ontwikkelen die een breed publiek van zorgconsumenten in de zoektocht naar optimalisatie van de eigen

30 Van milde en tijdelijke vormen van stress als psychische problemen.

31 Zie ook het recente rapport 'Op de rem' van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving voor een analyse van de invloed van maatschappelijke ontwikkelingen op de mentale gezondheid (RVS, 2025).

32 O.a. door kansongelijkheid in het onderwijs, flexibilisering op de arbeidsmarkt, het tekort aan betaalbare woningen

gezondheid graag wil afnemen. In analogie met het fileprobleem, zorgt het toenemend aanbod voor toenemende vraag. Daarbij kent het systeem ongewenste prikkels³³ die lichtere, kortduurer vormen van zorg financieel aantrekkelijker voor aanbieders en zorgverzekeraars maken dan complexere, langduriger zorg (zie ook Algemene Rekenkamer, 2024). Het is dan ook niet verrassend dat geïnterviewde deskundigen aangeven dat in de praktijk juist de mensen met (zeer) complexe problematiek het langst op hulp van de ggz moeten wachten (zie ook Algemene Rekenkamer, 2020; Bureau Lenz, 2023). Bijkomend nadeel van de gereguleerde marktwerking is dat het stimuleren van concurrentie tussen aanbieders op gespannen voet staat met (regionale) samenwerking en het nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor zorg(toewijzing) in de regio, wat op zichzelf mogelijk ook weer kan bijdragen aan langere wachttijden.

Een ander aspect van de Zvw dat volgens deskundigen, geïnterviewd voor 'Ggz uit de knel', bijdraagt aan het wachttijdenprobleem, heeft te maken met de focus op individuele curatie. Deze focus vertaalt zich in een ggz-praktijk die gekenmerkt wordt door het classificeren van psychische aandoeningen, op basis waarvan een toegesneden, specialistische behandeling wordt geboden. Deze werkwijze, die inhoudelijk gemotiveerd is vanuit de wens om beter aan te sluiten op de vraag van de patiënt met de best beschikbare kennis, heeft ook keerzijden. Zo heeft het langzaam het meer integraal, outreachend en relationeel werken onder druk gezet. Dit werd versterkt door de 'knip' tussen curatie en preventie, tussen 'medisch' (Zvw) en 'sociaal' (Wet maatschappelijke ondersteuning, Wmo), die in 2015 met de herziene Wmo verder werd versterkt en leidde tot een splitsing van verantwoordelijkheden tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Hoewel er brede erkenning is voor de wenselijkheid van een ggz waarin persoonlijk en maatschappelijk herstel leidend zijn, en niet curatie en klinisch herstel, is de structuur en de financiering van de ggz nog wel gebaseerd op een curatief discours. Dit heeft vermoedelijk ook gevolgen voor de wachttijden. Zo zorgen de welbekende 'hokjes en schotten' ervoor dat de verwevenheid van verschillende (soorten) problematieken onderbelicht raakt. Deskundigen, geïnterviewd voor 'Ggz uit de knel', signaleren dat mensen met complexe, meervoudige problematiek hierdoor regelmatig op meerdere wachtlijsten staan en afgewezen worden voor behandeltrajecten waarvoor nauw omschreven inclusiecriteria gelden. Dit leidt tot het doorschuiven van mensen tussen onderdelen van de ggz en langere wachttijden (zie ook van Spronsen & van Os, 2021).

Tot slot wordt genoemd dat de herstelvisie en principes als waakvlamzorg (Muusse, 2023) nog niet overal optimaal is geïmplementeerd, wat hypothetisch zou kunnen leiden tot minder uitstroom uit de ggz en onnodige chronificering. Omdat mensen niet ondersteund worden in het daadwerkelijk verder brengen van hun herstelproces en het leren omgaan met hun uitdagingen binnen de levensgebieden, en in plaats daarvan steeds tijdelijke, symptomatische oplossingen aangeboden krijgen, die onvoldoende duurzaam zijn als het gaat om het weer oppakken, of vergroten van participatie in het ('normale') leven.

Al met al kan geconcludeerd worden dat het wachttijdenprobleem een veelkoppig monster is, dat voortkomt uit een stijgende zorgvraag en beperkte (personele) capaciteit, tegen de achtergrond van een complex samenspel van maatschappelijke- en systeemfactoren. Dit heeft gevolgen voor de manier waarop we moeten kijken naar oplossingen.

33 Het gaat o.a. om ongewenste prikkels in de risicoverevening in de ggz, in de bekostigingssystematiek en in de contractering tussen ggz-aanbieders en verzekeraars (het omzetplafond). In paragraaf 5.1.3 wordt de werking van deze prikkels toegelicht, en stilgestaan bij recente maatregelen om de prikkels tegen te gaan.

4.4 Oplossingsrichtingen

De wachttijdenproblematiek is hardnekkig en complex en zal niet worden opgelost door sec te focussen op de wachttijden zelf. Aangezien het wordt beschouwd als een resultante van bredere, meervoudige oorzaken, zijn volgens diverse analyses dus ook meervoudige acties nodig (o.a. Bouman et al., 2018; Algemene Rekenkamer, 2020; Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023; Zorginstituut Nederland, 2023). In de analyse van 'Ggz uit de knel' worden zes oplossingsrichtingen ('bouwstenen') van *binnen* en *buiten* de ggz naar voren gebracht, lopend van meer aandacht voor promotie en preventie, laagdrempelige hulp en zelfhulpinitiatieven, via brede triage en domeinoverstijgende samenwerking tot aan betere, meer integrale zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) (Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023). Al deze oplossingsrichtingen dienen, met oog voor de onderlinge wisselwerking, aandacht te krijgen om de knelling in ggz daadwerkelijk duurzaam te weg te nemen.

September 2025 is ook het Interdepartementale Beleidsonderzoek (IBO) mentale gezondheid en ggz gepubliceerd³⁴, waarin een pakket aan concrete beleidsopties is uitgewerkt om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg en ondersteuning bij psychische problematiek te waarborgen (IBO, 2025). De beleidsopties zijn onderdeel van de bouwblokken Voorkomen, Prioriteren, Sturen en Verbreden, die grotendeels aansluiten bij de bouwstenen zoals voorgesteld in 'Ggz uit de knel'. In paragraaf 5.2.3 wordt nader ingegaan op het IBO. Een andere recente analyse is te vinden in het rapport 'Op de rem' van de Raad voor Volksgezondheid, dat niet zozeer gaat over het stelsel van zorg en ondersteuning, maar over maatschappelijke ontwikkelingen als dieperliggende oorzaken van het onder druk staan van de mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking (RVS, 2025). Aansluitend en aanvullend op de bouwsteen 1 'Promotie en preventie' van 'Ggz uit de knel', bepleit het rapport een sociaal-culturele verandering om bij te dragen aan een meer ontspannen samenleving.

Al met al zijn recente analyses eenduidig in de zin dat er een palet aan oplossingsrichtingen nodig is om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren en wachttijden terug te dringen.

34 Het IBO is een onafhankelijk ambtelijk onderzoek dat in opdracht van het kabinet is opgesteld.

5 Lopend en toekomstig beleid



De signalen van toenemende knellingen in de zorg in het algemeen, en de ggz in het bijzonder, zijn niet nieuw. Zo zijn oplopende wachttijden in 2002 al aanleiding voor een actieplan om de overschrijding van de Treeknorm tegen te gaan (Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, 2002). Recenter, medio 2017, maakten veldpartijen en het ministerie van VWS nieuwe landelijke afspraken om de wachttijden in de ggz te beteugelen^{35,36}. Belangrijkste oplossingsrichtingen werden gezocht in het effectiever inzetten van de capaciteit voor de meest urgente doelgroepen, de inzet van e-health, het verkorten van de behandeltrajecten bij 'lichtere' patiënten en betere samenwerking tussen zorgaanbieders en financiers. Het streven was dat de wachttijden binnen een jaar binnen de Treeknormen zijn. De NZa constateerde in een evaluatie dat dit doel te ambitieus is gebleken: de wachttijden waren medio 2018 onverminderd (te) lang. De meeste landelijke afspraken waren deels opgevolgd, terwijl andere afspraken niet of nauwelijks waren nagekomen (NZa, 2018). Veldpartijen stelden een nieuw actieplan op voor een vervolgaanpak van de wachttijden (2018-2019)³⁷. Er werd een landelijke Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz (hierna: landelijke Stuurgroep) in het leven geroepen om uitvoering te geven aan de afspraken uit de vervolgaanpak³⁸.

5.1 Lopend beleid

5.1.1 Landelijke Stuurgroep

In de jaren volgend op 2018-2019 stelde de landelijke Stuurgroep opeenvolgende actieplannen en ontwikkelagenda's op, en stimuleerde, faciliteerde en monitorde de uitvoering daarvan³⁹. Vanaf 2022 breidde de focus van de landelijke Stuurgroep zich uit van sec het aanpakken van de wachttijden, naar een bredere aanpak gericht op het ingrijpen op meerdere gesignaleerde oorzaken van de problemen in de toegankelijkheid van de ggz⁴⁰. Er werden drie hoofddoelen nagestreefd:

35 Zie: [kamerbrief-over-afspraken-wachttijden-ggz13juli2017.pdf](#)

36 Tegelijkertijd stelt de NZa ook een actieplan op om zorgverzekeraars en zorgaanbieders te stimuleren de wachttijden terug te dringen (NZa, 2018).

37 Onderdeel van de afspraken van het Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2019 t/m 2022.

38 Uiteindelijk zijn in de Stuurgroep tien branchepartijen vertegenwoordigd: de Nederlandse ggz (voorzitter), InEen, Platform MEERGGZ, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), MIND, Sociaal Werk Nederland (SWN), de landelijke vereniging van vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten (LVVP), Valente en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

39 [Activiteiten - Weg van de wachtlijst](#)

40 In het verlengde hiervan wordt de naam aangepast van landelijke Stuurgroep Wachttijden naar landelijke Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz.

het verbeteren van juiste en tijdige mogelijkheden in de sociale basis⁴¹; het verbeteren van de toegang tot de ggz; en passende zorg en het verbeteren van de door- en uitstroom in de ggz. Een rode draad in de aanpak om deze doelen te realiseren was het verbeteren van domeinoverstijgende samenwerking, zowel landelijk als regionaal⁴². Op regionaal niveau zijn hiertoe de volgende concrete mechanismen ontwikkeld:

- De *regionale taskforce* (RT): een regionale bestuurlijke samenwerking door zorgaanbieders, patiëntvertegenwoordigers en financiers (gemeenten en zorgverzekeraars) die zich in ieder geval richt op de aanpak van de wachttijden in de ggz in de regio.
- Het *transfermechanisme* (TF): een overleg tussen verwijzers, aanbieders en financiers, die zich gezamenlijk inzetten om cliënten tijdige en passende zorg te bieden, door de vrije productie- en contractruimte in de regio optimaal te benutten.
- De *regionale doorzettingsmacht* (RDM)⁴³: een escalatiemodel voor situaties waarbij via de reguliere kanalen van verwijzing en zorgbemiddeling geen passende zorg kan worden gevonden voor cliënten die ggz-zorg nodig hebben, in het bijzonder degenen met een hoogcomplexere zorgvraag. Het doel is te voorkómen dat cliënten tussen wal en schip vallen. Professionals kunnen de hulp inroepen van verschillende regionale en bovenregionale structuren, om samen tot oplossingen te komen. Het opschalingsmodel bestaat uit vier treden: trede 1 (regionaal) zijn de bestaande TF's; trede 2 (bovenregionaal) zijn de bestaande bovenregionale tafels hoog-complexe ggz⁴⁴; trede 3 is een bestuurlijk overleg met betrokken partijen (een 'whole system in the room'); en trede 4 is de bewindspersoon van VWS.

Sinds 2021 heeft de landelijke Stuurgroep halfjaarlijks de implementatie van deze mechanismen gemonitord in alle regio's in Nederland⁴⁵. De laatste Regiomonitor gaat over de situatie in oktober-november 2025⁴⁶. Er is dan in alle regio's⁴⁷ sprake van een RT, met betrokkenheid van ten minste vier van zeven onderscheiden partijen⁴⁸, en waarvan de kwaliteit van samenwerking in relatie tot het doel van de wachttijdenaanpak als voldoende of goed wordt ervaren. In 20 regio's⁴⁹ waren alle zeven partijen vertegenwoordigd in de samenwerking; in de overige 15 regio's⁵⁰ ontbraken

41 De sociale basis raakt aan álle aspecten van het dagelijkse leven: ontmoeting, onderwijs, opvoeding, werk, gezondheid, wonen, bewegen, cultuur en veiligheid. Het heeft een formele en een informele component. Formeel: organisaties, diensten en voorzieningen die burgers professionele ondersteuning bieden. Informeel: burgers individueel of in collectieve verbanden die zelf bijdragen aan de sociale infrastructuur (civil society). Sociale basisvoorzieningen zijn vangnet van hulp en steun, meestal vrij toegankelijk (niet geïndiceerd). Voor veel sociale basisvoorzieningen is de gemeente primair verantwoordelijk (wettelijk en financieel). Voorbeelden zijn: sociaal werk/welzijn, schuldhulp, onderwijs, kinderopvang, (preventieve) gezondheidszorg, opvoedingsondersteuning, inburgering.

42 In een werkkaart heeft de landelijke Stuurgroep de rollen en verantwoordelijkheden van regionaal betrokken partijen verduidelijkt: <https://wegvandewachtlijst.nl/wp-content/uploads/2022/03/Werkkaart-rollen-taken-en-verantwoordelijkheden-18-maart-2022.pdf>

43 [Handreiking-RDM-januari-2022.pdf](#)

44 Voor de oprichting hiervan, zie: Boonzaaijer et al. (2022)

45 Regiomonitor toegankelijkheid en wachttijden: <https://wegvandewachtlijst.nl/regios>

46 <https://wegvandewachtlijst.nl/monitor-toegankelijkheid-en-wachttijden-ggz-tweede-helft-2025-2>

47 Deze monitor vond plaats in 35 regio's, waarbij vier zorgkantoorregio's zijn opgedeeld in twee sub-regio's.

48 Het gaat om: (1) huisartsen/regionale huisartsenorganisaties, (2) ggz-aanbieders, (3) vrijevestigden, (4) verzekeraar(s), (5) gemeente(n), (6) sociaal domein aanbieders en (7) het cliëntenperspectief.

49 Waaronder vier sub-regio's van zorgkantoren.

50 Waaronder vier sub-regio's van zorgkantoren.

maximaal drie partijen, terwijl huisartsen, ggz-aanbieders en verzekeraar(s) in ieder geval wel waren betrokken. Verder blijkt uit de monitor dat najaar 2025 in nagenoeg alle regio's het TF en de RDM is geïmplementeerd. Slechts in één regio was er geen TF en ook geen RDM, terwijl er in één regio geen RDM was. In vier regio's was de RDM alleen geregeld voor trede 1 (het TF) en 2 (bovenregionaal), en nog niet voor trede 3 (bestuurlijk). Bovendien was er in deze regio's nog geen (regionaal) punt voor het aanmelden voor de RDM, of een ingang per trede. In 29 regio's was dit wel het geval, en was ook trede 3 geregeld.

Wat betreft TF's constateerde de landelijke Stuurgroep medio 2023 dat verschillende varianten ontstonden in de regio's, variërend van (meer cijfermatig ingerichte) tafels waar ggz-partijen onderling de capaciteit afstemmen tot inhoudelijke tafels waar (geanonimiseerde) casuïstiek wordt besproken met inhoudsdeskundigen vanuit ggz, huisartsenzorg en sociaal domein. De landelijke Stuurgroep beschouwde de laatste variant – die uiteindelijk de benaming *domeinoverstijgend casuoverleg* (DOCO) kreeg – als een goede praktijk om hulpvragers naar de juiste zorg en/of ondersteuning te leiden en stimuleerde de vorming ervan in regio's⁵¹.

Om het proces van regionale samenwerking te stimuleren en faciliteren werden in de regio's positieve ervaringen opgedaan met de inzet van onafhankelijke versnellers. De aanstelling van versnellers vond zijn oorsprong in het Actieplan Wachttijden 2019- 2020⁵², waarbij gestart werd met acht regio's met toentertijd gemiddeld de langste wachttijden⁵³. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de NZa concludeerden in 2021 in een gezamenlijke toezichtronde in deze regio's dat de regionale versnellers een duidelijke en positieve rol hebben gespeeld bij de samenwerking tussen partijen in de regio's bij de aanpak van de wachttijden, alsook bij de opzet en de uitvoering van de plannen van aanpak in de regio's (IGJ en NZa, 2021). Om deze ondersteuning van regio's te continueren en ook mogelijk te maken voor andere regio's is het ZonMw-programma 'Versnellers in de geestelijke ggz' tot stand gekomen, lopend van 2022 tot en met 2025. In totaal 21 (sub)regio's hebben subsidie ontvangen vanuit dit programma, en versnellers aangesteld om het transformatieproces naar betere domeinoverstijgende samenwerking te faciliteren en aan te jagen. Vanuit de landelijke Stuurgroep werden kennisuitwisseling en samenwerking tussen versnellers gefaciliteerd door het regelmatig organiseren van kennissessies en het onderhouden van een appgroep.

De landelijke Stuurgroep heeft afgelopen jaren haar werkzaamheden gecontinueerd, ook al werd najaar 2022 het Integraal Zorg Akkoord (IZA) ondertekend door veldpartijen, met daarin afspraken die duidelijk aanhaken en voortbouwen op de activiteiten en aanpak van de stuurgroep. De belangrijkste reden voor continuering van de landelijke Stuurgroep was dat de wachttijden onverminderd (te) lang bleven, en dat specifieke aandacht vanuit dit gremium voor het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz van meerwaarde werd gevonden. April 2026 is de landelijke Stuurgroep opgehouden te bestaan.

51 Handreiking en masterclass: Aan de slag met een Overlegtafel - Weg van de wachtlijst

52 <https://wegvandewachtlijst.nl/wp-content/uploads/2019/08/Actieplan-Wachttijden-ggz-juni-2019-dec-2020.pdf>

53 Amsterdam, Apeldoorn/Zutphen, Drenthe, Flevoland, Groningen, Nijmegen, Rotterdam en Zuid-Limburg.

5.1.2 Integraal Zorg Akkoord

Met de publicatie van het IZA (2022) kwam er nieuwe impuls voor de aanpak van de wachttijden. In het akkoord wordt een nog ambitieuzere doelstelling verwoord, namelijk dat aan het einde van de looptijd van het IZA (2026) de gemiddelde totale wachttijd is teruggebracht naar vijf weken⁵⁴, voor alle cliëntgroepen die worden onderscheiden binnen het Zorgprestatiemodel (ZPM). Een pijler waarop de IZA-afspraken inzetten is het versterken van het sociaal domein en de sociale basis. Het streven is om binnen vijf jaar te komen tot landelijk dekkende netwerken van digitale lotgenotengroepen (e-communities) en van laagdrempelige inloopvoorzieningen/steunpunten voor alle inwoners, met name mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Ook wordt een betere lokale en regionale verbinding tussen zorg en welzijn beoogd, onder andere via een bredere inzet van interventies zoals Welzijn op Recept. In een andere pijler wordt – aansluitend en voortbouwend op de ingezette strategie van de landelijke Stuurgroep – ingezet op het verder verbeteren van regionaal domeinoverstijgende samenwerking, met een focus op de driehoek sociaal domein - huisartsenzorg – ggz. De verwachtingen van betere samenwerking zijn hoog (IZA, 2022). Zo is de aanname dat hulpvragen van inwoners en cliënten sneller op de juiste plek worden opgepakt, waarbij de eigen regie van de hulpvrager centraal staat. Voor professionals wordt minder werkdruk verwacht door een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling, en meer werkplezier doordat juiste expertise snel en laagdrempelig kan worden ingeschakeld. Ook wordt aangenomen dat betere samenwerking onnodige instroom in de ggz gaat voorkómen. Om de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz te verbeteren is in het IZA afgesproken dat vanaf 2025 in elke regio een Mentaal gezondheidsnetwerk⁵⁵ met meerdere, samenhangende functies is opgezet, volgens een zo uniform mogelijke werkwijze en organisatie, met ruimte voor regionaal maatwerk. Een belangrijke, nieuw ontwikkelde functie binnen de Mentale gezondheidsnetwerken is het verkennend gesprek (VG) om brede triage aan de voordeur van de ggz concreet vorm te geven. Het VG vindt zijn oorsprong in de regio Midden- en West-Brabant waar het in 2021 wordt ontwikkeld (Van den Broek et al., 2022; Hoekstra et al., 2024)⁵⁶.

In de periode na het uitbrengen van het IZA is door het landelijke programma Mentale gezondheidsnetwerken⁵⁷ de werkwijze voor de netwerkorganisatie nader uitgewerkt die maart 2024 werd gepubliceerd (Programma Mentale gezondheidsnetwerken, 2024). Het VG heeft een centrale rol binnen de Mentale gezondheidsnetwerken, en wordt in de werkwijze gedefinieerd als een gesprek tussen de persoon om wie het gaat, professionals uit ggz en sociaal domein en (doorgaans ook) naaste(n) van de persoon. Het gesprek wordt gevoerd vanuit inzichten over herstelbevordering en positieve gezondheid. Met het VG, en de opvolging daarvan, wordt beoogd dat de persoon, naaste(n) en professionals inzicht krijgen in de hulpvraag van de persoon en in de context van de vraag, dat de persoon handvatten krijgt om het mentale evenwicht te hervinden, en dat – indien nodig – zorg en/of ondersteuning tijdig en passend worden georganiseerd. Naast het VG, worden de al langer bestaande instrumenten TF en DOCO functies van de Mentale gezondheidsnetwerken. Ten slotte wordt informatievoorziening over de wachttijden en het aanbod van zorg en

54 Eén tot twee weken voor aanmeldfase en drie tot vier weken voor behandelfase.

55 In het IZA wordt (als werktitel) nog gesproken van Mentale gezondheidscentra.

56 In het achtergrondrapport van het evaluatietraject over het VG 'Het verkennend gesprek nader bekeken' wordt nader ingegaan op de uitvoering van het VG in de regio Midden- en West-Brabant, en wat de ervaringen en effecten ervan zijn.

57 In dit programma zijn 11 koepels en veldpartijen vertegenwoordigd: Home - Mentale gezondheidsnetwerken

ondersteuning als vierde functie onderscheiden (programma Mentale gezondheidsnetwerken, 2024). Om de regionale implementatie van de netwerken verder te ondersteunen zijn door het programma Mentale gezondheidsnetwerken aanvullende documenten opgesteld, waaronder een leidraad voor contractering⁵⁸, een voorbeeld samenwerkingsovereenkomst⁵⁹ en een landelijke businesscase⁶⁰. Bovendien concludeerde het Zorginstituut Nederland (2024) dat het VG onder de Zvw valt en vanaf 2025 vergoed kan worden uit het basispakket⁶¹. Verder heeft de NZa twee nieuwe betaaltitels ontwikkeld die kunnen worden aangewend voor de bekostiging van de functies binnen de netwerken. Voor de inzet van de ggz-professional bij het VG kan vanaf 1 januari 2025 gebruik worden gemaakt van de betaaltitel VG⁶². Bedacht dient te worden dat de inzet van de professional uit het sociaal domein tijdens het VG niet onder geneeskundige ggz valt en dus niet met deze betaaltitel kan worden gefinancierd. Dit is aan de gemeente. Voor de andere functies van de Mentale gezondheidsnetwerken en voor coördinatie- en organisatiekosten, kan de nieuwe betaaltitel Patiëntengroepgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg (PGAZ) voor huisartsen en ggz⁶³ worden ingezet, of de prestatie Organisatie en infrastructuur van de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2024. Ook nu geldt dat de bekostiging van professionals uit het sociaal domein niet onder deze bekostigingsregels vallen, maar de verantwoordelijkheid van gemeenten is. De twee nieuwe betaaltitels VG en PGAZ hebben een experimenteel en tijdelijk karakter. Dit betekent dat de NZa de inzet van de betaaltitels in de uitvoeringspraktijk monitort en evalueert, en op basis van de resultaten daarvan bepaald wat de meest geëigende bekostiging is.

Ondanks alle ondersteunende landelijke acties en maatregelen blijkt de vorming van regionale domeinoverstijgende samenwerking, en de Mentale gezondheidsnetwerken in het bijzonder, in de praktijk weerbarstig. Dit volgt onder andere uit de meest recente toezichtronde van de IGJ en de NZa naar de toegankelijkheid van de ggz en de wachttijdenaanpak⁶⁴, die in 2024 is uitgevoerd in vier regio's⁶⁵ (IGJ en NZa, 2025). In deze ronde zijn de IZA-afspraken over de gewenste domeinoverstijgende samenwerking meegenomen. Speciaal aandachtspunt was de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor mensen met complexe psychische problematiek die vastlopen op meerdere levensgebieden. Per regio spraken de IGJ en NZa achtereenvolgens met een vertegenwoordiging van veldpartijen (cliëntenorganisaties, huisartsen, grote en kleine ggz-aanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars), om af te sluiten met een regionale bijeenkomst waarin alle partijen gezamenlijk reflecteerden op de bevindingen uit het toezicht. Overkoepelend over de vier regio's constateerden de IGJ en de NZa dat er per regio veel beweging is, maar dat er desondanks nog onvoldoende voortgang is in het samen realiseren van een passend zorgaanbod voor

58 [20240718-MGN_LEIDRAAD.pdf](#)

59 [Voorbeeld samenwerkingsovereenkomst - Mentale gezondheidsnetwerken](#)

60 [Businesscase Mentale gezondheidsnetwerken 2025-2028 - Mentale gezondheidsnetwerken](#)

61 Voor personen jonger dan 18 jaar geldt een ander wettelijk kader, de Jeugdwet.

62 [Beleidsregel experiment Deelname ggz aan Verkennend gesprek BR/REG 25145 - Nederlandse Zorgautoriteit](#)

63 [Beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg - BR/REG-24152 - Nederlandse Zorgautoriteit](#)

64 De IGJ en de NZa voeren sinds 2020 gezamenlijk jaarlijks toezicht uit naar deze thematiek, zie: [Toezicht op aanpak wachttijden ggz | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#)

65 Zeeland (bezoekperiode januari 2024), Friesland (april 2024), Zuid-Holland Noord (mei-juni 2024) en Midden Brabant (november 2024). Dit zijn regio's die voor hun wachttijdenaanpak nog niet eerder in kaart zijn gebracht door de IGJ en de NZa. De regio's hebben ook geen subsidie ontvangen vanuit het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz'.

de mensen met complexe psychische problematiek die vastlopen op meerdere levensdomeinen. Er werden een aantal zaken gesignaleerd die goed gaan: er is in alle regio's veel energie om te werken aan de toegankelijkheid van de ggz, waarbij er wel sprake is van regionale variatie in de governance op dit proces; er is sprake van bestuurlijke urgentie, waarbij de meerderheid van de relevante partijen in de regio zijn betrokken; er wordt door gemeenten verantwoordelijkheid genomen om bij te dragen aan de transformatie, ondanks de financiële uitdagingen die op hen afkomen; en er zijn kleine en middelgrote ggz-aanbieders die bij willen dragen aan de zorg voor mensen met complexe problematiek. Tegelijkertijd constateerden de IGJ en de NZa diverse verbeterpunten om daadwerkelijk tot domeinoverstijgende samenwerking te komen:

- Zorgen dat partijen vanuit een gezamenlijke visie en een gezamenlijk perspectief denken en werken om goed aan te sluiten bij de behoeften van de mensen met complexe problemen.
- Het beter bekend maken bij zowel professionals als mensen met complexe problemen van het beschikbare aanbod voor ondersteuning bij herstel en zelfregie vanuit ervaringsdeskundigen en cliëntenorganisaties. Meer bekendheid van deze voorzieningen kan bijdragen aan meer gebruik ervan en meer verwevenheid ervan met de zorg zoals verleend door professionals (niet-zijnde ervaringsdeskundigen).
- Zorgen voor een brede basis onder de (psychiatrische) crisiszorg qua bezetting en achtervang.
- Een transparante uitvoering van het inkoopbeleid van verzekeraars op de mogelijke bijdrage van middelgrote ggz-aanbieders (o.a. ten aanzien van het hanteren van exclusiecriteria) voor (voldoende) passende en toegankelijke zorg voor mensen met complexe problemen.
- Zorgen voor voldoende tempo in de voortgang van de transformatie, omdat de mensen om wie het gaat vooralsnog onvoldoende passende zorg ontvangen.

Wat recenter, in april-september 2025, heeft de NZa een gespreksronde gehouden in zes regio's⁶⁶ om in kaart te brengen hoe het staat met de vorming van de Mentale gezondheidsnetwerken (NZa, 2025b). Uit de gesprekken bleek dat het tot stand brengen van een netwerk van samenwerkende partijen in de regio een complexe opgave is, die veel inzet, tijd en denkwerk vergt. Met het VG zijn in de regio's vooralsnog alleen kleinschalige pilots uitgevoerd. Het TF en het DOCO zijn in verschillende vorm en intensiteit aanwezig in de regio's. De NZa constateerde dat de Mentale gezondheidsnetwerken nog sterk in ontwikkeling zijn, en dat het IZA-doel van een vorming van een Mentaal gezondheidsnetwerk in elke regio per 2025 niet is behaald. Verder signaleerde de NZa 10 punten die relevant zijn voor de vorming van een effectief Mentaal gezondheidsnetwerk, en formuleert op basis daarvan verschillende aandachtspunten en aanbevelingen. Voorbeelden zijn het belang van overeenstemming tussen betrokken partijen over de urgentie, rationale en doelen van de Mentale gezondheidsnetwerken, het kennen van elkaars aanbod, werkwijze en belangen en het toewerken naar eenheid van taal, het zorgen voor samenhang in zowel functies binnen het Mentaal gezondheidsnetwerk als samenhang tussen deze en andere functies en voorzieningen met deels dezelfde doelen⁶⁷, en het oplossen van knelpunten in de bekostiging en contractering van de Mentale gezondheidsnetwerken-functies. De vorming van de Mentale gezondheidsnetwerken in de regio's krijgt een impuls met de uitvoering van regionale transformatieplannen, waarvoor vanuit het IZA transformatiemiddelen beschikbaar zijn gesteld⁶⁸. In heel Nederland is men inmiddels bezig met het inrichten en uitbouwen van de netwerken⁶⁹.

66 Achterhoek, 's-Hertogenbosch, Haaglanden, Utrecht, West-Brabant Oost en Midden Brabant, Zaanstreek-Waterland.

67 Zoals de POH-ggz, consultatiefunctie ggz, Welzijn op Recept en laagdrempelige steunpunten.

68 Goedgekeurde voorstellen en plannen

69 Zie voor een overzicht: <https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/alle-netwerken/>

5.1.3 Financiële maatregelen

Naast de bovenbeschreven acties en maatregelen vanuit de landelijke Stuurgroep en het IZA, zijn er in de afgelopen jaren ook twee financiële maatregelen ingezet om specifiek de wachttijden voor mensen met complexe problemen aan te pakken⁷⁰. Het gaat om de Hogekosten compensatie ggz (HKC; ingezet sinds 2020) en het nieuwe bekostigingssysteem ZPM (in werking getreden per 2022). Beide maatregelen beogen om de ongewenste financiële prikkels tegen te gaan die maken dat het voor zowel verzekeraars als ggz-aanbieders aantrekkelijker is om zich te richten op mensen met meer 'eenvoudige' problematiek in plaats van op mensen met (zeer) complexe problematiek. Met de HKC is het streven om de ongewenste prikkels in de risicoverevening⁷¹ te verminderen, zodat het voor verzekeraars minder verliesgevend wordt gemaakt om mensen met complexe problematiek te verzekeren. Een oogmerk van het ZPM is om ongewenste prikkels in de bekostiging weg te nemen, waardoor het voor ggz-aanbieders financieel aantrekkelijker wordt om mensen met complexe problemen zorg te bieden⁷². Bovendien is het idee dat het ZPM

70 Een andere, algemene financiële maatregel voor het verminderen van de wachttijden betrof de verhoging van het budget voor de ggz met €30 miljoen in 2023. Iets wat wordt gecontinueerd in daaropvolgende jaren zoals afgesproken in het IZA. Wat betreft het extra budget in 2023 concludeert de Algemene Rekenkamer (2024) dat dit helemaal is uitgegeven, en dat het aannemelijk is dat deze extra verleende zorg in 2023 heeft geleid tot wachttijden die korter zijn dan wanneer geen extra budget beschikbaar zou zijn geweest.

71 In de ggz werkt de risicoverevening onvoldoende omdat: a) de kosten in de ggz erg scheef verdeeld zijn (d.w.z. een groot aandeel in de totale ggz-kosten heeft betrekking op slechts een kleine groep verzekerden) en b) de kosten niet goed te voorspellen zijn aan de hand van kenmerken zoals leeftijd, geslacht, sociaaleconomische positie en zorggebruik in voorgaande jaren. Dit heeft er in ieder geval tot 2020 toe geleid dat de vereveningsbijdrage die verzekeraars ontvingen voor met name verzekerden met hoge ggz-kosten (mensen met complexe problematiek) minder was dan de feitelijke kosten van de zorg voor deze verzekerden. De verzekeraars leden door deze 'ondercompensatie' verlies op deze verzekerden, waardoor zij minder geneigd zijn om zorg in te kopen voor mensen met complexe problematiek. Zie Algemene Rekenkamer (2024) voor een uitgebreide toelichting.

72 In de oude bekostigingssystematiek, de DBC-bekostiging, waren de tarieven gebaseerd op de kosten van 'gemiddelde pakketten' van zorg (de diagnose-behandelcombinaties, dbc's), gekoppeld aan psychische aandoeningen en tijdranges qua behandelduur. Ggz-aanbieders kregen alle inzet van zorg boven de gemiddelden niet vergoed, wat het voor hen financieel minder aantrekkelijk maakte om zwaardere zorg in te zetten, benodigd voor mensen met complexe problematiek. In het nieuwe ZPM wordt uitgegaan van individuele zorgprestaties en krijgen ggz-aanbieders betaald voor de zorg die zij feitelijk inzetten voor een cliënt. Daarbij is het tarief voor een zorgprestatie afhankelijk van de zorgverlener die de zorg biedt en de setting waarin het plaatsvindt. Aldus onderscheidt het ZPM hogere tarieven voor zwaardere zorg en lagere tarieven voor lichtere zorg (iets wat niet het geval was in de DBC-bekostiging). Zie Algemene Rekenkamer (2024) voor een uitgebreide toelichting.

ggz-aanbieders kan helpen om beter richting verzekeraars te onderbouwen dat zij een hoger omzetplafond nodig hebben om zwaardere zorg te kunnen bieden⁷³.

De Algemene Rekenkamer (2024) is in een verantwoordingsonderzoek nagegaan in hoeverre het aannemelijk is dat de twee financiële maatregelen werken. De conclusie was dat de inzet van de HKC waarschijnlijk slechts in beperkte mate de financiële risico's wegneemt die verzekeraars lopen bij de allerduurste cliënten in de ggz. Aldus is de verwachting dat ook met de inzet van dit instrument het voor verzekeraars nog steeds minder aantrekkelijk blijft om zorg in te kopen voor mensen met zeer complexe problematiek. Wat betreft het ZPM concludeerde de Algemene Rekenkamer dat het de prikkels in de bekostiging om als ggz-aanbieders beperkt zware zorg aan te bieden heeft weggenomen. Aanbieders krijgen volgens de Algemene Rekenkamer via de nieuwe bekostigingssystematiek namelijk beter betaald voor het leveren van meer zorg aan mensen met complexe problematiek, alsook voor de duurdere zorg die deze groep cliënten vaak nodig heeft. Tegelijkertijd concludeerde de Algemene Rekenkamer dat het ZPM vooralsnog niet behulpzaam is voor aanbieders om verzekeraars te overtuigen van de noodzaak van een hoger omzetplafond om zorg te kunnen bieden aan mensen met (zeer) complexe problematiek. Het beoogde instrument hiervoor (d.w.z. zorgvraagtypering waarmee beter te voorspellen zou zijn hoe zwaar de zorg is die een cliënt nodig heeft en wat die zorg kost) is namelijk nog in ontwikkeling en wordt op dit moment dan ook niet gebruikt bij de contractering tussen aanbieders en verzekeraars. Al met al wijst het verantwoordingsonderzoek erop dat er nog steeds een financiële drempel bestaat om de wachttijden aan te pakken voor de mensen met de grootste problemen.

5.1.4 Reflectie op lopend beleid

Los van bovenbeschreven financiële maatregelen, vormt het verbeteren van regionale domeinoverstijgende samenwerking - in bijzonder tussen ggz, huisartsenzorg en sociaal domein - de kern van het lopende beleid voor het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz en het verminderen van de wachttijden. De verwachtingen van de effecten van betere samenwerking zijn hoog: betere uitkomsten voor inwoners en cliënten doordat zij sneller zorg en/of ondersteuning ontvangen die aansluit op hun hulpvraag, minder werkdruk en meer werkplezier onder professionals, en meer grip op de instroom in de ggz. Tegelijkertijd is hier om verschillende redenen

73 Zoals afgesproken met verzekeraars mogen ggz-aanbieders niet meer geld voor zorg declareren dan een bepaald totaalbedrag, voor al hun cliënten bij elkaar (het omzetplafond). Aanbieders krijgen overschrijdingen van het afgesproken omzetplafond niet altijd vergoed. Wanneer een omzetplafond (te) krap is, zorgt het ervoor dat het financieel onaantrekkelijk is voor ggz-aanbieders om zorg te bieden aan mensen met complexe problematiek. Enerzijds doordat aanbieders door het bieden van (dure) zorg bij complexe problematiek eerder hun omzetplafond bereiken. Anderzijds doordat aanbieders niet het risico willen nemen dat ze een deel van hun zorguitgaven niet terugkrijgen als zij zich aan het afgesproken aantal cliënten houden en die cliënten veelal (dure) complexe zorg nodig hebben. Ten opzichte van de DBC-systematiek biedt het ZPM in potentie meer inzicht in de zwaarte van de zorg die ggz-aanbieders leveren. Hierdoor kunnen aanbieders de noodzaak van een ruimer omzetplafond beter onderbouwen richting verzekeraars. Een belangrijk knelpunt blijft echter het inzichtelijk maken van de zwaarte c.q. complexiteit van de problematiek van cliënten. Het beoogde instrument hiervoor binnen het ZPM, de zorgvraagtypering, is nog in ontwikkeling en wordt momenteel nog niet gebruikt bij de contractering. De Algemene Rekenkamer vraagt zich af of het überhaupt gaat lukken om met de zorgvraagtypering goed te voorspellen hoe zwaar de zorg is die de cliënt nodig heeft en wat die zorg kost. Volgens de Algemene Rekenkamer zijn met name de behandelkosten voor mensen met complexe problematiek lastig te voorspellen, omdat zij periodes van intensieve en minder intensieve zorg afwisselen, en ook omdat hun complexe problematiek vraagt om maatwerk in de zorgverlening. Zie Algemene Rekenkamer (2024) voor een uitgebreide toelichting.

enige relativering op zijn plaats. Allereerst blijkt de transformatie tot betere samenwerking in de regio een weerbarstige opgave, die veel inzet, tijd en denkwerk kost. Zo is de IZA-doelstelling om vanaf 2025 in elke regio een Mentaal gezondheidsnetwerk te hebben gevormd duidelijk te ambitieus gebleken. Dit ondanks draagvlak en bereidheid onder betrokken regionale partijen, een landelijke werkwijze en ander ondersteunend materiaal, en nieuw ontwikkelde betaaltitels. Ten tweede ontbreekt vooralsnog onderbouwing van de aannames over de effecten van betere samenwerking. Veel regio's zijn de afgelopen jaren vooral bezig geweest met implementeren, uittesten en doorontwikkelen, doorgaans binnen kleinschalige en kortdurende pilots. Veelal zijn eerste ervaringen positief, maar uitgebreid monitoren en evalueren van korte- en lange-termijneffecten is in de meeste regio's (nog) niet aan de orde. Aldus is onduidelijk in hoeverre ontwikkelde samenwerkingsmechanismen (zoals het TF, het DOCO en het VG) afzonderlijk of in samenhang binnen de Mentale gezondheidsnetwerken, op de langere termijn daadwerkelijk bijdragen aan betere uitkomsten voor hulpvragers en professionals en aan het verkorten van de wachttijden in de ggz. Ten derde kan de vraag worden gesteld of het lopende beleid om te komen tot betere regionale domeinoverstijgende samenwerking in de aanpak van wachttijden een voldoende brede scope heeft om de hoge verwachtingen waar te kunnen maken. De afgelopen jaren is het zwaartepunt van het beleid komen te liggen op betere samenwerking aan vooral de 'voorkant' van de ggz, om daarmee hulpvragers tijdig en passend te kunnen toeleiden naar aanbod binnen of buiten de ggz. Veel regio's hebben dit beleid grotendeels gevolgd (zie ook Nuijen et al., 2024). Echter, zoals eerder beschreven (zie paragraaf 4.4) achten recente analyses een breder palet aan oplossingsrichtingen nodig om de knelling in de ggz te doorbreken. Naast de 'instroom'-kant van de ggz, wordt onder andere gewezen op het belang van meer aandacht voor promotie en preventie, verbeteringen in de organisatie, structuur en werkwijze binnen de ggz zelf, en het beter ondersteunen van de door- en uitstroom in de ggz. Zo bezien lijkt de complexiteit van de wachttijdenproblematiek niet in haar volledigheid te worden geadresseerd in het lopende beleid. Met de recente ondertekening van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) is er verbreding in de huidige beleidskoers gekomen.

5.2 Recente beleidsontwikkelingen

5.2.1 Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord

September 2025 is het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) ondertekend door veldpartijen en het ministerie van VWS. Het is de bedoeling dat het AZWA de ingezette koers uit het IZA, GALA en WOZO⁷⁴ gaat versnellen, verbreden en verdiepen. Voor de ggz staat in het aanvullend akkoord het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz wederom centraal. Hoewel minder ambitieus geformuleerd dan eerder in het IZA, is het doel van het AZWA nog steeds ambitieus: het streven is dat in 2028 alle patiënten binnen de Treeknorm – die overigens wordt herzien – ggz-zorg ontvangen. Hiervoor wordt vanaf 2027 structureel €202 miljoen extra beschikbaar gesteld voor de ggz. Daarnaast is in het AZWA een set afspraken gemaakt waarmee wordt ingezet op een aanpak op verschillende pijlers. Eén van de pijlers bouwt voort op het huidige beleid om de samenwerking tussen ggz, huisartsenzorg en sociaal domein te versterken om de beweging naar de voorkant te stimuleren en de toestroom naar de ggz te beperken. Concreet is hiervoor afgesproken dat in elke regio of gemeente zogeheten 'basisfunctionaliteiten' ingevuld

74 Het voormalige programma Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen dat liep van juli 2022 tot juni 2025.

en beschikbaar moeten zijn voor inwoners. Allereerst gaat het om de structurele implementatie van laagdrempelige steunpunten voor mensen met EPA en van sociaal verwijzen⁷⁵. Verder is het de bedoeling dat het Mentaal gezondheidsnetwerk, met het VG als centrale functie daarbinnen, op korte termijn wordt doorontwikkeld om als basisfunctionaliteit te kunnen worden vastgesteld. Momenteel wordt het Mentaal gezondheidsnetwerk nog op incidentele basis gefinancierd.

Andere pijlers binnen het AZWA omvatten afspraken die aanvullend en verdiepend zijn op het lopende beleid voor het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz, waaronder:

- *Het realiseren van meer behandelcapaciteit voor mensen met een complexe ggz-vraag door middelen en menskracht te verschuiven van lichtere naar complexere zorg.* Dit moet eraan bijdragen dat de ggz toegankelijker wordt en dan specifiek voor de mensen die dit het meest nodig hebben. In dit kader zijn in het AZWA diverse afspraken gemaakt, in aanvulling op de eerdere IZA-afspraken. Zo worden de richtlijnen en zorgstandaarden vanaf 1 januari 2026 aangevuld met aanbevelingen over passende behandelduur en -vormen (waaronder groeps- en digitale behandelingen). Ook wordt erop ingezet dat patiënt en behandelaar gezamenlijk behandeldoelen vaststellen en deze periodiek evalueren, met aandacht voor het tijdig afronden van behandeling. Het gebruik van hybride- en groepsbehandeling wordt gestimuleerd doordat met alle ggz-aanbieders contractueel een groeipad wordt afgesproken voor dit aanbod. Verder wordt het voor huisartsen en professionals in het sociaal domein makkelijker gemaakt om de ggz kort te kunnen consulteren. Ook is het de bedoeling dat betrokken veldpartijen op korte termijn afspraken maken over hoe mensen met EPA waarbij de klachten (tijdelijk) zijn gestabiliseerd op een goede manier kunnen worden overgedragen naar de huisarts, met aandacht voor een terugvalaanbod. Voorts moeten aanpassingen in aanspraken en pakketbeheer en maatregelen op de arbeidsmarkt (met een focus op acute ggz, High Intensive Care (HIC), en avond-, nacht-, weekend- en crisisdiensten) bijdragen aan het vrijspelen van behandelcapaciteit voor patiënten met complexe zorgvragen. Ten slotte is afgesproken dat ggz-aanbieders vanaf 2026 zijn gestopt met het hanteren van exclusiecriteria, tenzij strikt noodzakelijk voor zorginhoudelijk onderbouwde uitzonderingsgevallen.
- *Het realiseren van accurate en transparante wachttijdinformatie en het herzien van de bestaande Treeknormen met aandacht voor de urgentie van de zorgvraag.* Om proactieve bemiddeling bij wachtenden beter mogelijk te maken is afgesproken dat data over wachttijden en -lijsten in de ggz accuraat en transparant moeten zijn voor zorgverzekeraars, patiënten en verwijzers. Bovendien wordt ingezet op het beter inzichtelijk maken van de hulpvragen (klachtenprofielen) en het aanbod en de capaciteit die beschikbaar is bij ggz-aanbieders. Al deze informatie wordt bijeengebracht in een digitale tool waarmee vraag en aanbod beter met elkaar kan worden verbonden, in eerste instantie op regionaal niveau. Verder is afgesproken dat de bestaande Treeknormen voor wachttijden worden geactualiseerd en ontwikkeld tot normen voor gelijkwaardige toegang tot passende zorg. Voor de ggz is daarbij het uitgangspunt om de Treeknormen te differentiëren naar urgentie, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen cruciale ggz en overige vormen van ggz.

75 Interventies waarbij gebruik wordt gemaakt van een brugfunctie tussen het medisch en sociaal domein. Deze aanpak betreft een doorverwijzing van eerstelijnszorgverleners naar een brugfunctionaris, meestal gericht op mensen met (milde) psychosociale klachten. De brugfunctionaris leidt mensen waar nodig naar ondersteuning door welzijn of het sociaal domein. Het bekendste voorbeeld van sociaal verwijzen is Welzijn op Recept. Keten-aanpakken | RIVM

- *Het verminderen van de administratieve lasten voor zorgprofessionals.* Dit moet bijdragen aan het afwenden van een onbeheersbare krapte op de arbeidsmarkt. Hiertoe wordt onder andere ingezet op het opschalen van succesvolle doorbraakprojecten die de regeldruk verminderen, het verminderen van administratieve lasten bij inkoop- en verantwoordingseisen van zorgverzekeraars, en het versneld gebruikmaken van kunstmatige intelligentie (AI) en technologische innovatie.

5.2.2 Versterkingsagenda Mentale gezondheid en ggz

Voor recente beleidsontwikkelingen rondom het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz is ook de Versterkingsagenda Mentale gezondheid en ggz relevant, een initiatief van het ministerie van VWS⁷⁶. Bij de totstandkoming van deze agenda zijn veldpartijen betrokken, en dit geldt ook voor de verdere uitwerking en uitvoering. De voorgenomen acties⁷⁷ sluiten aan bij de AZWA-afspraken en andere initiatieven, en vormen een aanvulling op wat er al gebeurt langs vijf thema's: (a) het versterken van mentale veerkracht; (b) wachttijdondersteuning; (c) de overgang van jeugd-ggz naar volwassenen-ggz; (d) waakvlamondersteuning⁷⁸; en (e) vrouwengezondheid. We gaan hier alleen nader in op thema's b en d, omdat zij de meest directe relatie hebben met wachttijden en de toegankelijkheid van de ggz. Voor ondersteuning tijdens de ggz-wachttijd wordt door betrokken partijen een landelijke handreiking ontwikkeld waarmee bestaande initiatieven op dit gebied beter vindbaar, herkenbaar en toepasbaar worden voor professionals. Het gaat om een breed en divers aanbod aan initiatieven, waaronder groepsbijeenkomsten via de ggz of georganiseerd door ervaringsdeskundigen, e-health-modules en aanbod van patiëntenverenigingen of herstel- of zelfregiecentra (Magnée et al., 2025). Wat betreft het bieden van waakvlamondersteuning aan mensen met (complexe) psychische problematiek wordt met betrokken partijen in kaart gebracht hoe dit moet worden vormgegeven, wie hiermee geholpen zijn, wie deze functie kan vervullen (inclusief de mogelijke rol van het informele netwerk) en welke randvoorwaarden hiervoor nodig zijn.

5.2.3 Toekomstig beleid

September 2025 is het Interdepartementale Beleidsonderzoek (IBO) mentale gezondheid en ggz gepubliceerd⁷⁹. Op basis hiervan wordt het beleid omtrent het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz en het verminderen van de wachttijden in de nabije toekomst mogelijk nog verder aangevuld en mogelijk ook meer fundamenteel herzien. Aanleiding van het IBO vormde de verslechtering van de mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking en de druk op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek. Het IBO signaleert in haar probleemanalyse (die grotendeels aansluit bij eerdere analyses zoals beschreven in hoofdstuk 4) vier kernoorzaken van deze problemen:

76 <https://open.overheid.nl/documenten/e6e32c1c-f9ce-41b9-82d6-2d2652b64247/file>

77 De versterkingsagenda is niet statisch. Dat betekent dat thema's over kunnen gaan in lopend beleid wanneer de acties uit het actieprogramma voldoende zijn uitgevoerd. Ook kunnen nieuwe thema's onderdeel worden van de versterkingsagenda als daar aanleiding toe is.

78 Een vorm van lichte, langdurige ondersteuning die gedurende langere tijd incidenteel of periodiek wordt aangeboden aan mensen met (complexe) psychische problematiek. Deze vorm van ondersteuning voorkomt dat problemen escaleren, zorgt ervoor dat zorg en/of ondersteuning snel op- of afgeschaald kan worden en biedt ondersteuning op andere levensdomeinen.

79 Het IBO is een onafhankelijk ambtelijk onderzoek dat in opdracht van het kabinet is opgesteld.

- Een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt.
- De vraag naar ggz is aanzienlijk groter dan het aanbod.
- Het benodigd hulpaanbod komt onvoldoende tot stand vanwege prikkels in het huidige beleid, dit geldt zeker voor mensen met complexe hulpvragen en ernstige problematiek.
- De ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek is sterk versnipperd.

Daarnaast constateert het IBO overkoepelend dat zowel in beleid als in de samenleving onvoldoende rekening wordt gehouden met het gegeven dat psychische problematiek afhankelijk is van iemands persoonlijke context en omgeving, een onvoorspelbaar beloop kan hebben en lastig is af te bakenen. Gesteld wordt dat een puur medische benadering bij veel mensen met psychische klachten te beperkt is, en bij een deel van deze mensen niet nodig is.

Om in te grijpen op de geconstateerde kernoorzaken van de problemen zijn in het IBO 37 beleidsopties uitgewerkt, onderverdeeld in vier bouwblokken. Het bouwblok *Voorkomen* omvat twee soorten beleidsopties om de mentale gezondheid te verbeteren, namelijk via meer preventie en vroeg-interventie in het zorg- en welzijnsdomein en via preventieve maatregelen op beleidsterreinen buiten de zorg. De overige drie bouwblokken focussen op het huidige stelsel van ondersteuning en zorg. De beleidsopties binnen het bouwblok *Prioriteren* beogen vraag naar ggz te begrenzen en vraag te verplaatsen naar aanbod buiten de zorg, zodat de ggz zich richt op personen voor wie andere hulp niet afdoende is. Het doel van de beleidsopties binnen het bouwblok *Sturen* is dat meer wordt gestuurd op inkopers en aanbieders, zodat het juiste aanbod tot stand komt, zeker voor mensen met complexe hulpvragen en ernstige problematiek. De beleidsopties in het laatste bouwblok *Verbreiden* richten zich op ontschotting binnen en tussen domeinen, om eraan bij te dragen dat mensen de hulp krijgen die ze nodig hebben. Het gaat om beleidsopties die de onderlinge samenwerking in het zorg- en welzijnsdomein verplichten of faciliteren. Daarnaast zitten in dit bouwblok ook beleidsopties die samenwerking met domeinen buiten de zorg bevorderen.

Bij de uitwerking van de beleidsopties is rekening gehouden met beleid dat in uitvoering of ontwikkeling is, zoals de afspraken die zijn gemaakt in het IZA, het AZWA en de Versterkingsagenda Mentale gezondheid en ggz. Verschillende van deze afspraken grijpen ook in op de kernoorzaken van de problemen zoals die in het IBO zijn geconstateerd. De beleidsopties in het IBO bouwen voort op huidige afspraken, of bieden alternatieven. Anders gezegd: het zijn voorstellen voor een verdere verbreding en verdieping van de huidige koers. Voorbeelden van IBO-beleids-opties die verder gaan dan de AZWA-afspraken zijn het wettelijk verankeren van laagdrempelige steunpunten en sociaal verwijzen en het dwingend opschalen van hybride- en groepsbehandeling. Van belang voor het verkorten van de wachttijden in de ggz is dat ook het bevorderen van uitstroom uit de ggz meer aandacht krijgt in het IBO. Beleids-opties hiervoor gaan niet alleen over bijvoorbeeld het opnemen van passende behandelduur in richtlijnen en zorgstandaarden, maar ook over het realiseren van betere ondersteuning en nazorg en het creëren van (meer) terugvalopties na afronding van een behandeling in de ggz, en dan vooral voor patiënten met chronische problematiek met wie het (tijdelijk) beter gaat. Het IBO benoemt in dit kader verschillende concrete beleidsopties:

- een overdrachtsgesprek tussen patiënt, ggz, sociaal domein en/of huisarts na afronding van ggz-behandeling;
- het uitbreiden van het VG naar meerdere momenten gedurende de ggz-behandeling om na te gaan of de ingezette zorg en/of ondersteuning moet worden gecontinueerd, aangepast of beëindigd;

- het geven van een 'strippenkaart' aan bepaalde patiënten bij wie de ggz-behandeling wordt afgesloten, en die kan worden ingezet voor korte consultmomenten (waakvlamcontacten) bij een ggz-professional (zonder wachttijd);
- afspreken dat bepaalde patiëntengroepen, zoals degenen met EPA, bij terugval versneld kunnen terugstromen in de ggz zonder eerst weer op de wachtlijst te komen; en
- het versterken van consultatie van de ggz door de huisarts en het sociaal domein tijdens de nazorg en ondersteuning van patiënten bij wie de ggz-behandeling is afgerond⁸⁰.

De gedachte is dat het bevorderen van de uitstroom uit de ggz eraan bijdraagt dat mensen geen onnodige ggz-zorg ontvangen. Hierdoor komt meer behandelcapaciteit vrij, die kan worden ingezet voor nieuwe patiënten, en dan vooral degenen met complexe problematiek.

Ten slotte constateert het IBO dat aanpassingen binnen het huidige stelsel niet voldoende zijn om de grote problemen in de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek allemaal op te lossen. Meer fundamentele hervormingen van het stelsel worden nodig geacht, zowel in termen van inkoop als aanbod. Hiervoor zijn in het IBO als eerste stap denkrichtingen uitgewerkt voor vier inkoopervormingen en een aanbodhervorming. Drie van de inkoopervormingen kunnen bijdragen aan een betere totstandkoming van zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek. De kern van de aanbodhervorming is dat het Mentale gezondheidsnetwerk in elke regio gepositioneerd wordt als hét coördinatiepunt voor alle preventie, ondersteuning en zorg met betrekking tot mentale gezondheid. De denkrichtingen vergen meer onderzoek en uitwerking, voordat gedacht kan worden aan invoering.

In hoeverre en welke beleidsopties daadwerkelijk uitgevoerd gaan worden in de komende jaren is nog onduidelijk. Dat is aan het nieuwe kabinet. Het IBO biedt ondersteuning bij het maken van een keuze door drie pakketten te onderscheiden: een budgetneutraal pakket, een investeringspakket en een besparingspakket. Elk pakket omvat beleidsopties uit alle vier de bouwblokken, waardoor in meer of mindere mate wordt ingegrepen op alle vier de geconstateerde kernoorzaken van de problemen. Bovendien bevat elk pakket de maatregel om de hervorming van in ieder geval de inkoop van de zorg voor mensen met EPA uit te werken.

80 Het IBO stelt dat consultatie momenteel vooral 'aan de voorkant' wordt ingezet om te bepalen wat passende zorg of ondersteuning is voor iemand.

6 Samenvatting



In deze literatuurstudie is de bredere context beschreven waarin het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz' wordt uitgevoerd. Landelijke cijfers van ggz-aanbieders laten zien dat de wachttijden voor de ggz al jarenlang te lang zijn voor een grote groep hulpvragers. Zo hadden in oktober 2025 ruim 47.000 volwassenen een intakegesprek bij de specialistische ggz (sggz) gehad⁸¹. Zes op de tien (61%) van hen moest hier langer op wachten dan de maximaal aanvaardbare wachttijd (Treeknorm) van vier weken⁸². Kijkend naar de bijna 40.000 volwassenen die in oktober 2025 startten met behandeling in de sggz, viel voor een derde (33%) de wachttijd van intake tot aan de start van de behandeling buiten de Treeknorm van tien weken. Voor de basis-ggz ging het op deze peildatum om vergelijkbare hoge percentages volwassenen die te lang moesten wachten (resp. 64% en 27%). Hoewel de cijfers duidelijk tonen dat de wachttijdproblematiek al lange tijd groot is, bestaan er wel vraagtekens rondom de betrouwbaarheid en volledigheid van de cijfers. Hierdoor is niet goed te monitoren hoe de wachttijdproblematiek zich ontwikkelt in de loop der tijd, en wat de effecten zijn van de aanpak ervan. Bovendien ontbreken specifieke wachttijdcijfers voor mensen met (zeer) complexe problemen, terwijl er aanwijzingen zijn dat juist deze meest kwetsbare groep het langst moet wachten. Er zijn initiatieven gaande om de kwaliteit van wachttijdinformatie te verbeteren.

Wachten heeft een forse en brede negatieve impact. Zo blijken de meeste wachtenden een verergering van hun klachten te ervaren tijdens het wachten. Een deel geeft aan als gevolg van het wachten in crisis te zijn geraakt of gedachten aan zelfdoding te hebben ontwikkeld. Sommige hulpvragers raken gedemotiveerd tijdens het wachten, soms zodanig dat zij afzien van behandeling in de ggz. De impact van wachten kan ook doorwerken na de start van de behandeling. Zo verhoogt het de kans op behandeluitval en de kans op langere en intensievere behandeling, terwijl het de kans verlaagt op (het behouden van) betaald werk.. Ook naasten kunnen negatieve gevolgen van de wachttijden ondervinden, zoals toegenomen druk en psychische klachten. Verder ervaren huisartsen, POH's-ggz en ggz-professionals negatieve effecten van de wachttijden en het bieden van 'overbruggingszorg' tijdens het wachten, zoals een hogere werkdruk, het ervaren van een te groot verantwoordelijkheidsgevoel, en een minder toegankelijk spreekuur voor andere patiënten. Er zijn aanwijzingen dat een deel van de professionals zelfs overweegt te stoppen met hun werk vanwege de ervaren negatieve gevolgen.

Recente analyses beschouwen de wachttijdenproblematiek als een veelkoppig monster. Het komt voort uit een complex samenspel van factoren, waaronder een mismatch van vraag en aanbod, tegen een achtergrond van diverse maatschappelijke ontwikkelingen en mechanismen in de toeleiding naar, en organisatie en financiering van de ggz die deze mismatch versterken en in stand houden. Recent analyses zijn ook eenduidig in de zin dat er een breed palet aan oplossingsrichtingen nodig is om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren en wachttijden te verminderen. Zo worden in de analyse van 'Ggz uit de knel' (Boumans, Kroon & van der

81 Uitgaande van cijfers zoals aangeleverd door ggz-aanbieders met 10 of meer zorgverleners.

82 <https://www.zichttopzorgaanbieders.nl/>

Hoek, 2023) zes oplossingsrichtingen ('bouwstenen') van binnen en buiten de ggz naar voren gebracht, lopend van meer aandacht voor promotie en preventie, laagdrempelige hulp en zelfhulpinitiatieven, via brede triage en domeinoverstijgende samenwerking tot aan betere, meer integrale zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). Al deze oplossingsrichtingen dienen, met oog voor de onderlinge wisselwerking, aandacht te krijgen om de knelling in ggz daadwerkelijk duurzaam te weg te nemen.

In het beleid van de afgelopen jaren – zoals vormgegeven door onder meer de landelijke Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz en het Integraal Zorg Akkoord (IZA, 2022) – is als oplossing sterk ingezet op het verbeteren van regionale domeinoverstijgende samenwerking, in bijzonder tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz. Hier ligt ook het accent van het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz', dat liep in de periode 2022-2025. Om betere samenwerking te realiseren zijn diverse concrete mechanismen (of functies) ontwikkeld, waaronder het transfermechanisme (TF) en het domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO). Deze functies beogen groepen wachtenden (TF) of individuele personen die tussen wal en schip (dreigen te) vallen (DOCO) sneller te 'verplaatsen' naar de juiste zorg en/of ondersteuning. Van recentere datum is het verkennend gesprek (VG), een functie waarmee brede triage aan de voordeur van de ggz wordt vormgegeven. Het is de bedoeling dat deze drie functies, aangevuld met informatie over de wachttijden en het zorg- en ondersteuningsaanbod, als een samenhangend pakket worden ingezet binnen een regionaal Mentaal gezondheidsnetwerk. Het VG krijgt (vooralsnog) een centrale rol toebedeeld in deze regionale netwerkorganisatie. Het zwaartepunt van het beleid om de wachttijden aan te pakken is daarmee komen te liggen op betere domeinoverstijgende samenwerking aan vooral de 'voorkant' van de ggz. Veel regio's hebben dit beleid grotendeels gevolgd, zoals eerder in kaart gebracht via onze tussenevaluatie van de aanpak in de regio's die subsidie hebben ontvangen vanuit het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz' (Nuijen et al., 2024).

De verwachtingen van de effecten van betere domeinoverstijgende samenwerking zijn hoog: betere uitkomsten voor inwoners en cliënten doordat zij sneller passende zorg en/of ondersteuning ontvangen, minder werkdruk en meer werkplezier onder professionals, en meer grip op de instroom in de ggz. Enige relativering is hier op zijn plaats omdat de transformatie tot betere samenwerking in de regio een complexe opgave blijkt, die nog volop gaande is. Verder ontbreekt vooralsnog onderbouwing van de aannames over de effecten van betere samenwerking. Men is – mede door het bewerkelijke transformatieproces – nog niet toegekomen aan het monitoren en evalueren van uitkomsten op de langere termijn, in het bijzonder uitkomsten voor hulpvragers, de personen om wie het gaat. Ten slotte kan de vraag worden gesteld of de focus op betere samenwerking aan vooral de 'voorkant' van de ggz wel voldoende is om de hoge verwachtingen waar te kunnen maken. Om de knelling in de ggz te doorbreken is volgens recente analyses namelijk meer nodig, waaronder meer aandacht voor promotie en preventie, verbeteringen in de organisatie, structuur en werkwijze binnen de ggz zelf, en het beter ondersteunen van de door- en uitstroom in de ggz.

Naast de inzet op betere domeinoverstijgende samenwerking, zijn de afgelopen jaren in de aanpak van wachttijden ook financiële maatregelen genomen⁸³. Met als doel is om prikkels tegen te gaan die het voor zowel verzekeraars als ggz-aanbieders aantrekkelijker maken om zich

83 Het gaat om de Hoge kosten compensatie ggz (HKC; ingezet sinds 2020) en het bekostigingssysteem Zorgprestatie model (ZPM) (in werking getreden per 2022).

te richten op mensen met meer 'eenvoudige' problematiek in plaats van op mensen met (zeer) complexe problematiek. Vooralsnog is de werkzaamheid van deze maatregelen alleen in termen van 'aannemelijkheid' geëvalueerd, met als voorlopige conclusie dat er nog steeds een financiële drempel bestaat om de wachttijden te verminderen voor de mensen met de grootste problemen.

Vooruitkijkend is de verwachting dat regionale domeinoverstijgende samenwerking een impuls gaat krijgen met de uitvoering van de IZA-transformatieplannen. Bovendien bouwt het recent ondertekende Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA, 2025) voort op het huidige beleid om de beweging naar de voorkant te stimuleren en de toestroom naar de ggz te beperken. Het is de bedoeling dat sociaal verwijzen, laagdrempelige steunpunten voor mensen met EPA, en de Mentale gezondheidsnetwerken structureel geïmplementeerd gaan worden in elke regio. Daarnaast verbreedt het AZWA de huidige beleidskoers door meer aandacht te hebben voor door- en uitstroom in de ggz om onnodige ggz-zorg te voorkómen. Gemaakte afspraken moeten zorgen voor een verschuiving van middelen en menskracht van lichtere naar complexere zorg. Zodat meer behandelcapaciteit in de ggz beschikbaar komt voor mensen met complexe problemen, en dat vooral voor hen de ggz toegankelijker wordt.

Recent is ook het Interdepartementale Beleidsonderzoek (IBO) mentale gezondheid en ggz gepubliceerd. Op basis hiervan wordt het beleid omtrent het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz en het verminderen van de wachttijden in de nabije toekomst mogelijk nog verder verbreed. De beleidsopties uit het IBO hebben onder andere nog meer aandacht voor het bevorderen van de uitstroom uit de ggz en voor preventie binnen het zorg- en welzijnsdomein en preventieve maatregelen op beleidsterreinen buiten de zorg. Het IBO bepleit ook een meer fundamentele herziening van het stelsel, waarbij in ieder geval de inkoop van zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek moet worden herzien.

Concluderend is het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz' uitgevoerd in een periode waarin de transitie en transformatie naar betere regionale domeinoverstijgende samenwerking niet alleen volop gaande was, maar ook volop in ontwikkeling, tegen een achtergrond van onverminderd lange wachttijden in de ggz.

Algemene Rekenkamer (2020). Geen plek voor grote problemen. Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz. Den Haag: Algemene Rekenkamer. [Geen plek voor grote problemen | Rapport](#)

Algemene Rekenkamer (2024). Resultaten verantwoordingsonderzoek 2023 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Resultaten verantwoordingsonderzoek 2023 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Rapport

Akwa GGZ (2024). Uitkomsten Online Panel Akwa GGZ – Overbruggingszorg. Utrecht: Akwa GGZ. https://akwaggz.nl/wp-content/uploads/2024/11/AkwaGGZ_Rapport_Overbruggingszorg.pdf

AZWA - Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (2025). Samen sterker voor zorg en welzijn. [Aanvullend-Zorg-en-Welzijnsakkoord](#)

BDO Advisory & Miles Research (2022). Hoeveel mensen staan er tegelijkertijd op meerdere wachtlijsten in de ggz? [Onderzoek dubbelwachtenden](#)

Bes, J., Heins, M., Weesie, Y., Hout, V. van der, Baarda, E., Knottnerus, B., Hasselaar, J., Overbeek, L., Hek, K., & Vanhommerig, J. (2024). Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2023 en trendcijfers 2019-2023. Utrecht: Nivel. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004609.pdf>

de Beurs, D., Prins, A., & Nielen, M. (2018). Psychische en sociale problematiek in de huisartsenpraktijk in de periode 2011-2017. Utrecht: Nivel. https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/factsheet_psychische_sociale_problematiek_in_huisartsenpraktijk_2011-2017.pdf

van Bon-Martens, M., Boekee, R., Ramaker, V., Chavez Baldini, U., Luik, A., Verkaik, R., Savelkoul, M., Leone, S., & Hiemstra M. (2025). Monitor mentale gezondheid. Landelijke rapportage 2025. Bilthoven: RIVM. <https://www.rivm.nl/mentale-gezondheid/monitor/landelijke-rapportage-2025>

Bouman, G., Vonk, R., & Jongebreur, W. (2018). Anders kijken naar wachttijden in de ggz. Onta-felen van patronen door reconstructies van complexe casuïstiek. 2Unravel & Utrecht: Significant. [Anders-kijken-naar-ggz-wachttijden-versie-dd-13-juli-2018.pdf](#)

Boumans, J., Kroon, H., & van der Hoek, B. (2023). Ggz uit de knel. Verkenning van mogelijk-heden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief. Utrecht: Trimbos-instituut. [AF2059-Ggz-uit-de-knel](#)

van den Broek, A., de Vroege, L., Metz, M., Gribling, G., de Ridder, A., & van Eerd, J. (2022). Aanpassing aan veranderende zorgbehoefte in de ggz: mentale gezondheidscentra. Tijdschrift voor Psychiatrie, 64: 101-107. <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/4/64-2022-2-artikel-vandenbroek.pdf>

Bureau Lenz (2023). Toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. Rapportage onderzoek. Rapportage onderzoek toegankelijkheid ggz sept 2023

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. <https://doi.org/10.1002/wps.21087>

Hoekstra, A., Buurman, E., Mahieu, E., van den Broek, A., Gribling, G., Bongers, I., Heijne, L., Verhaeren, M., & Metz, M. (2024). Het verkennend gesprek: actieonderzoek naar het perspectief van zorgvragers. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 66(9), 508–515. https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/7/66-2024-9-hoekstra_oa.pdf

IGJ en NZa (2021). Toezicht op regionale aanpak wachttijden ggz: resultaten verkenning mei-juli 2021. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en Nederlandse Zorgautoriteit. Toezicht+op+regionale+aanpak+wachttijden+ggz

IGJ en NZa (2025). Toezicht op de samenwerking voor toegankelijke ggz en passende zorg. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en Nederlandse Zorgautoriteit. <https://www.igj.nl/documenten/2025/05/27/toezicht-op-de-samenwerking-voor-toegankelijke-ggz-en-passende-zorg>

IBO - Interdepartementaal Beleidsonderzoek Mentale gezondheid en ggz (2025). Uit Balans. Interdepartementaal Beleidsonderzoek

IZA - Integraal Zorgakkoord (2022). Samen werken aan gezonde zorg. integraal-zorg-akkoord

Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid (2002). *Zorg van velen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Magnée, T., Nuijen, J., van der Hoeven, C., & Knottnerus, B. (2025). *Bruggen slaan en navigeren op weg naar herstel*. Utrecht: Nivel. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004721.pdf>

Ministerie van VWS (2025). *Versterkingsagenda Mentale gezondheid & ggz*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. <https://open.overheid.nl/documenten/e6e32c1c-f9ce-41b9-82d6-2d2652b64247/file>

Muusse, C. G. R. (2023). *Crisis, what crisis? A multi-sited ethnography of community mental health care around a psychiatric crisis in Trieste and Utrecht*. PhD Thesis. Amsterdam: University of Amsterdam.

Nuijen, J., van Doesum, T., & van Bon-Martens, M. (2021). *Landelijke Monitor Depressie. Eerste peiling: trends tot en met 2019*. Utrecht: Trimbos-instituut. AF1854-Landelijke-Monitor-Depressie

Nuijen, J., Boumans, J., Magnée, T., Janson, I., & Leemrijse, C. (2024). Regionale Versnellers-aanpakken wachttijden in de ggz in kaart gebracht. Tussenrapport van het ZonMw-evaluatietraject 'Versnellers binnen de ggz'. Utrecht: Trimbos-instituut. [TRI75-012-Versnellers-aanpakken-ggz.pdf](#)

NZa (2017a). Marktscan ggz 2016. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. [Marktscan ggz 2016](#)

NZa (2017b). Voortgangsrapportage Wachttijden in de ggz. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. [Voortgangsrapportage wachttijden in de ggz](#)

NZa (2018). Wachttijden in de ggz. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. [Eindrapportage landelijke afspraken](#)

NZa (2019). Informatiekaart wachttijden ggz december 2019. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. [Informatiekaart wachttijden ggz - december 2019](#)

NZa (2023). Informatiekaart wachttijden ggz juli 2022. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. [Informatiekaart wachttijden ggz - juli 2022](#)

NZa (2024). Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. [Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 - februari 2024](#)

NZa (2025a). Informatiekaart wachttijden ggz oktober 2024. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. [Informatiekaart wachttijden ggz - oktober 2024](#)

NZa (2025b). Vorming van Mentale gezondheidsnetwerken. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. [Mentale gezondheidsnetwerken](#)

NZa (2026). Factsheet instroomaantallen, wachttijden ggz en acties NZa. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_811873_22/

Programma Mentale gezondheidsnetwerken (2024). Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken. Ruimte voor een regionale aanpak. [werkwijze-mentale-gezondheidsnetwerken](#)

Prudon, R (2025). Is Delayed Mental Health Treatment Detrimental to Employment? The Review of Economics and Statistics. <https://doi.org/10.1162/rest.a.257>

RVS (2025). Op de rem! Voorbij de hypernerveuze samenleving. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. [Op de rem! I Rapport](#)

Schutjens, V., Nuijen, J., & Magnée, T. (2024). In de wachtstand. Een literatuurinventarisatie naar de impact van wachttijden in de ggz op patiënten, naasten, huisartsen en POH's-ggz. Utrecht: Trimbos-instituut. [Rapport-Impact-van-de-wachttijden-in-de-ggz](#)

van Spronsen, M., & van Os, J. (2021) We zijn god niet. Een pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking. Amsterdam: Lannoo-Campus.

Terpstra, N., Heins, M., Weesie, Y., van der Hout, V., Baarda, E., Hasselaar, J., Knottnerus, B., Overbeek, L., Hek, K., & Vanhommerig, J. (2025). Zorg door de huisarts. Utrecht: Nivel. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004779.pdf>

WRR (2021). Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. WRR rapport 104. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak I Rapport

ZonMw (2022). Programmatekst 'Versnellers binnen de Geestelijke Gezondheidszorg'. Het ondersteunen van partijen in regio's die samenwerken aan het verbeteren van de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg en het verminderen van de wachttijden. Den Haag: ZonMw. <https://www.zonmw.nl/nl/programma/versnellers-de-geestelijke-gezondheidszorg>

Zorginstituut Nederland (2023). Niemand kan het alleen: signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen. Diemen: Zorginstituut Nederland. Signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen I Rapport

Zorginstituut Nederland (2024). Standpunt - Verkennend gesprek. Diemen: Zorginstituut Nederland. Standpunt – Verkennend gesprek

