

# Samen werken aan een toegankelijke ggz

Kernbevindingen en aanbevelingen van het ZonMw-evaluatietraject  
‘Versnellers in de ggz’

# Samen werken aan een toegankelijke ggz

Kernbevindingen en aanbevelingen 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*

Jan Dijkgraaf, MIND  
Jurje Heijmens Visser, Trimbos-instituut  
Hans Kroon, Trimbos-instituut  
Tessa Magnée, Nivel  
Marcel Niezen, InBegrepen

### *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.nl

### *Bestelinformatie*

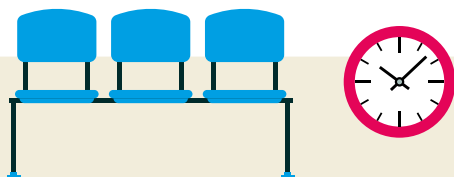
Deze publicatie is gratis te downloaden via [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

Artikelnummer: TRI-75-040

©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

# Samenvatting eindrapport evaluatie traject 'Versnellers in de ggz'



## Wachttijden ggz

De wachttijden in de ggz zijn al jaren te lang voor een grote groep hulpvragers.

### Risico's van wachten zijn bijvoorbeeld:

- Verergering van klachten
- Demotivering om nog in behandeling te gaan
- Behandeluitval
- Langere en intensievere behandeling
- Kleinere kans op (behouden van) betaald werk
- Psychische problematiek bij naasten
- Verhoogde werkdruk bij huisartsen en POH'ers

## Belangrijkste bevindingen

- De wachttijdenproblematiek kan deels worden opgelost door **betere samenwerking tussen ggz, huisartsenzorg en sociaal domein**. Andere factoren, zoals regelgeving, capaciteit en financiering spelen echter ook een rol in zowel probleem als oplossing.
- De Versnellers-aanpakken legden in korte tijd een **stevig fundament voor een nieuwe manier samenwerken** rond wachttijden in de ggz. Ook is duidelijk wat belangrijke voorwaarden zijn voor realisatie van succesvolle domeinoverstijgende samenwerking.
- Een **brede scope en invulling van domeinoverstijgend samenwerken** binnen de Versnellers-aanpakken kan de impact nog verder vergroten.
- Door hun **pionierskarakter en bescheiden schaalgrootte** hebben de Versnellers-projecten ten dele onderzoek kunnen doen naar de impact van betere domeinoverstijgende samenwerking.

## Evaluatie traject

**Looptijd:** 2023-2026

**Doel:** onderzoeken wat werkt in de Versnellers-aanpakken om zo bij te dragen aan een goed werkende aanpak van wachttijden in de ggz

### Onderdelen:

- 1 begeleide zelfevaluatie van de projecten
- 2 verdiepende evaluatie van het verkennend gesprek (VG) en het domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO)
- 3 Literatuurinventarisatie

Bekijk alle publicaties via de [Trimbos-projectpagina](#) en de [ZonMw-projectpagina](#).



## ZonMw-programma 'Versnellers binnen de ggz'

- VWS vroeg de [Stuurgroep toegankelijkheid en wachttijden GGZ](#) om advies over oplossingen voor de wachttijden ggz. Zij stelden meerdere acties vast, waaronder inzet van versnellers.
- 21 regio's in het hele land zijn in de periode 2022-2025 aan de slag gegaan met een versneller.
- Een versneller is iemand die helpt met het opzetten of versterken van de domeinoverstijgende samenwerking in de regio.



## Aanbevelingen

### Voorwaarden voor succesvolle domeinoverstijgende samenwerking

- 1 Blijf investeren in relationele infrastructuur en borg een onafhankelijke procesregisseur.
- 2 Behoud regionale en lokale experimenteerruimte en stimuleer uitwisseling tussen regio's.
- 3 Benut de kennis van direct betrokkenen – ervaringsdeskundigen, inwoners, cliënten, naasten en professionals – structureel.
- 4 Pak structurele belemmeringen aan en creëer de randvoorwaarden voor opschaling.

### Bredere scope en invulling van domeinoverstijgende samenwerking

- 5 Focus óók op door- en uitstroom van cliënten die ggz-behandeling ontvangen.
- 6 Veranker integraal werken in de interne werkwijzen van de ggz, de huisartsenzorg en het sociaal domein, en zorg ervoor dat nieuwe werkwijzen een samenhangend pakket vormen met het bestaande aanbod.
- 7 Stimuleer het relationele- en herstelondersteunende potentieel van domeinoverstijgende mechanismen om te voorkómen dat ze vervallen tot verdeelstations.

### Monitoring en evaluatie van de impact van domeinoverstijgende samenwerking

- 8 Voorzie in volledige, betrouwbare en actuele informatie over wachttijden en het beschikbare zorg- en ondersteuningsaanbod in een regio.
- 9 Laat ervaringen en uitkomsten van professionals, maar bovenal van hulpvragers, leidend zijn.

### Een complex, meervoudig probleem, vraagt om een complex, meervoudig antwoord

- 10 Erken dat er geen enkelvoudige oplossing bestaat voor de wachttijdenproblematiek in de ggz.

# Inhoudsopgave

|                                                                                       |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Samenvatting</b>                                                                   | <b>7</b>  |
| <b>1 Inleiding</b>                                                                    | <b>12</b> |
| 1.1 Achtergrond                                                                       | 12        |
| 1.2 ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz'                                           | 12        |
| 1.3 Doel evaluatietraject                                                             | 14        |
| 1.4 Aanpak evaluatietraject op hoofdlijnen                                            | 14        |
| 1.5 Leeswijzer eindrapport                                                            | 17        |
| <b>DEEL A: Literatuurinventarisatie</b>                                               | <b>18</b> |
| <b>2 De bredere context van de wachttijdenproblematiek in de ggz</b>                  | <b>19</b> |
| 2.1 Omvang en impact                                                                  | 19        |
| 2.2 Oorzaken, oplossingsrichtingen en beleid                                          | 20        |
| 2.3 Conclusie                                                                         | 22        |
| <b>DEEL B: Begeleide zelfevaluatie</b>                                                | <b>23</b> |
| <b>3 Inleiding</b>                                                                    | <b>24</b> |
| <b>4 Begeleide zelfevaluatie met 21 Versnellers-regio's: belangrijkste resultaten</b> | <b>25</b> |
| 4.1 De versneller als bruggenbouwer                                                   | 25        |
| 4.2 Een regionale basis voor domeinoverstijgende samenwerking                         | 26        |
| 4.3 Uitvoering van mechanismen om de wachttijden aan te pakken                        | 27        |
| 4.4 Effecten en meerwaarde van de aanpak                                              | 29        |
| <b>5 Begeleide zelfevaluatie met 21 Versnellers-regio's: conclusies</b>               | <b>32</b> |
| <b>DEEL C: Verdiepende evaluatie</b>                                                  | <b>37</b> |
| <b>6 Inleiding</b>                                                                    | <b>38</b> |
| <b>7 Het verkennend gesprek nader bekeken: belangrijkste resultaten</b>               | <b>39</b> |
| 7.1 Doel en uitvoering                                                                | 39        |
| 7.2 Werkzame elementen                                                                | 40        |
| 7.3 Aandachtspunten                                                                   | 41        |
| 7.4 Effecten                                                                          | 45        |

|                                                 |                                                                                                                 |           |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>8</b>                                        | <b>Het domeinoverstijgend casusoverleg nader bekeken: belangrijkste resultaten</b>                              | <b>48</b> |
| 8.1                                             | Doel en uitvoering                                                                                              | 48        |
| 8.2                                             | Aantal casusbesprekingen en oplossingen                                                                         | 50        |
| 8.3                                             | Ervaringen                                                                                                      | 50        |
| 8.4                                             | Aandachtspunten                                                                                                 | 51        |
| <b>9</b>                                        | <b>Verdiepende evaluatie van het verkennend gesprek en het domeinoverstijgend casusoverleg: conclusies</b>      | <b>53</b> |
| <b>DEEL D: Slotbeschouwing en aanbevelingen</b> |                                                                                                                 | <b>57</b> |
| <b>10</b>                                       | <b>Slotbeschouwing en aanbevelingen</b>                                                                         | <b>58</b> |
| 10.1                                            | Inleiding                                                                                                       | 58        |
| 10.2                                            | Voorwaarden voor het realiseren van succesvolle domeinoverstijgende samenwerking rond de aanpak van wachttijden | 59        |
| 10.3                                            | Aandachtspunten voor de scope en invulling van domeinoverstijgende samenwerking                                 | 63        |
| 10.4                                            | Aandachtspunten voor het monitoren en evalueren van de impact van domeinoverstijgende samenwerking              | 66        |
| 10.5                                            | Tot slot                                                                                                        | 69        |
| <b>Referenties</b>                              |                                                                                                                 | <b>70</b> |
| <b>Bijlage 1</b>                                |                                                                                                                 | <b>73</b> |

## Aanleiding, doel en aanpak

De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) staat al langere tijd onder druk. Om bij te dragen aan de aanpak van de wachttijdenproblematiek is in de periode 2022-2025 het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz' uitgevoerd. In totaal 21 regio's – circa twee derde van Nederland – hebben subsidie ontvangen uit het programma. De projecten richtten zich op het verbeteren van de regionale domeinoverstijgende samenwerking rond de aanpak van de wachttijden in de ggz. Om dit te begeleiden werden onafhankelijke projectleiders ingezet, zogeheten versnellers. In een evaluatietraject zijn de projecten geëvalueerd om bij te dragen aan een goed werkende wachttijdenaanpak.

De evaluatie startte met het ontwikkelen van een overkoepelende verandertheorie om de veranderstrategie van de regionale Versnellers-aanpakken inzichtelijk te maken. Vervolgens is als kernonderdeel een begeleide zelfevaluatie uitgevoerd. Hierin is samen met elke regio nagegaan in hoeverre de beoogde doelen van hun aanpak daadwerkelijk zijn bereikt, wat hierbij wel en niet werkte, en wat hierbij beïnvloedende factoren waren. Verder is een verdiepende evaluatie uitgevoerd van het verkennend gesprek (VG) en het domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO), veelgebruikte samenwerkingsmechanismen in de aanpakken. Bovendien is via een literatuurinventarisatie de bredere context van de wachttijdenproblematiek en het beleid daaromtrent in kaart gebracht.

Uit de bevindingen van de verschillende evaluatieonderdelen<sup>1</sup> volgden verschillende voorwaarden en aandachtspunten voor succesvolle domeinoverstijgende samenwerking rond de aanpak van de wachttijden in de ggz.

## Voorwaarden voor het realiseren van succesvolle domeinoverstijgende samenwerking

### 1 Relationeel fundament en onafhankelijke procesregie

De belangrijkste opbrengst van de Versnellers-projecten lag in de verbetering van de relationele infrastructuur: meer vertrouwen, kortere lijnen, gedeelde urgentie en het groeiende besef dat geen enkele partij het wachttijdenvraagstuk alleen kan oplossen. Deze relationele versterking zorgde voor meer draagvlak voor domeinoverstijgende samenwerking en leidde in veel regio's tot concrete gezamenlijke acties. De rol van de versneller – méér dan een projectleider – was hierin cruciaal vanwege diens onafhankelijke positie en verbindende kracht.

---

<sup>1</sup> De kernbevindingen worden in dit eindrapport gepresenteerd. De volledige resultaten van de evaluatieonderdelen zijn te vinden in de vier achtergrondrapporten.

## **2 Regionale en lokale experimenteerruimte**

De Versnellers-subsidies boden regio's waardevolle experimenteerruimte om nieuwe werkwijzen te ontwikkelen en uit te proberen. Zo hebben veel regio's als proeftuinen gefungeerd waarin geleerd werd wat er nodig is om brede hulpvraagverkenning (VG) of multidisciplinaire casuïstiekbespreking (DOCO) goed te laten functioneren binnen de lokale en regionale context. Het gaat om inzichten zoals welke vaardigheden, expertise en ervaring vereist zijn, hoe samenwerking praktisch en logistiek kan worden ingericht, hoe mandaat kan worden geregeld, en hoe privacy en informatie-uitwisseling kunnen worden vormgegeven. Door kennisdeling tussen regio's nam het lerend vermogen verder toe.

## **3 Participatie direct betrokkenen**

Uit de evaluatie van de Versnellers-aanpakken bleek dat duurzame domeinoverstijgende samenwerking niet alleen vraagt om goede structuren, processen en relaties, maar ook om een gezamenlijke inhoudelijke koers. Deze bepaalt in belangrijke mate hoe samenwerking wordt ontworpen en doorontwikkeld. In regio's waar ervaringsdeskundigen, inwoners, cliënten, naasten en professionals volwaardig participeerden in alle gremia, werd deze discussie merkbaar breder en diepgaander gevoerd. Echter, in veel regio's bleef de participatie van direct betrokkenen enigszins achter, wat als belemmerend werd ervaren. Het verhoogt namelijk het risico dat besluiten vooral praktisch of strategisch worden ingestoken in plaats van vanuit de waarden en behoeften van direct betrokkenen.

## **4 Randvoorwaarden en wegnemen structurele belemmeringen**

De Versnellers-projecten maakten duidelijk welke randvoorwaarden nodig zijn om domeinoverstijgende samenwerking te kunnen doorontwikkelen, opschalen en verduurzamen. Het gaat onder meer om het belang van duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling, werkbare werkwijzen zonder overmatige administratie, goede systemen voor informatie-uitwisseling, voldoende training, en tijd en financiering voor de inzet van professionals (inclusief ervaringsdeskundigen). Tegelijkertijd kwamen structurele belemmeringen naar voren, zoals schotten tussen domeinen, exclusiecriteria van ggz-aanbieders, gestelde opleidingseisen aan ervaringsdeskundigen en beperkte capaciteit. Deze structurele knelpunten dienen te worden geadresseerd zodat domeinoverstijgend werken echte impact kan hebben.

# **Aandachtspunten voor de scope en invulling van domeinoverstijgende samenwerking**

## **1 Domeinoverstijgend samenwerken focust nog vooral op de instroom in de ggz**

De Versnellers-aanpakken richtten zich vooral op het verbeteren van samenwerking aan de voorkant van de ggz, met als doel gerichtere verwijzing en het voorkómen van veronderstelde onnodige instroom in de ggz. Hoewel deze focus begrijpelijk was gezien het (toen) geldende beleidsnarratief, kan het tegelijkertijd als een smalle benadering van het wachttijdenprobleem worden gezien. Processen rond de door- en uitstroom van cliënten bleven grotendeels buiten beeld, terwijl het aannemelijk is dat ook hier kansen liggen voor betere domeinoverstijgende samenwerking.

## 2 Er worden vooral nieuwe domeinoverstijgende overlegstructuren en mechanismen toegevoegd

In de Versnellers-aanpakken zijn – in lijn met het beleid van de afgelopen jaren – vooral nieuwe samenwerkingsstructuren en -mechanismen (zoals het VG en DOCO) toegevoegd aan het bestaande systeem. Binnen deze nieuwe onderdelen leerden betrokken professionals elkaar beter kennen, groeide het onderlinge vertrouwen, en werd samenwerking vanzelfsprekender. Tegelijk blijft onduidelijk of dit vliegwieleffect breed en duurzaam uitwaaiert over de domeinen en professionals daadwerkelijk *over de hele linie* meer integraal gaan werken. Het risico bestaat dat innovaties *naast* het bestaande systeem blijven staan, waardoor oude handelingspatronen in stand blijven en het systeem gefragmenteerd blijft. Bovendien maakt het toevoegen van nieuwe mechanismen zoals het VG en DOCO het geheel minder overzichtelijk, zeker omdat er al bestaande werkwijzen en functies zijn – zoals brede gesprekvoering in de huisartsenpraktijk, de POH-ggz en de consultatiefunctie ggz – die vergelijkbare of overlappende doelen hebben.

## 3 Eenmalig karakter van veelgebruikte samenwerkingsmechanismen

De evaluatie laat zien dat zowel het VG als het DOCO uitgaan van het idee dat in één moment kan worden vastgesteld wat op dat moment een passende vervolgstap is voor de persoon in kwestie. Dit lijkt enigszins op gespannen voet te staan met breed onderbouwde inzichten dat psychisch lijden complex is, herstel doorgaans grillig verloopt, dat wat passend is zich voortdurend ontwikkelt, en dat continuïteit en relationaliteit in de ondersteuning belangrijke voorwaarden zijn voor verbetering. Het risico bestaat dat het VG en DOCO voornamelijk instrumenteel worden ingezet als ‘verdeelstations’: gericht op het bepalen van de ‘juiste’ route, zonder zicht op de daadwerkelijke passendheid van die route en zonder bij te dragen aan meer integrale zorg en ondersteuning gedurende het hele traject van de hulpvrager.

# Aandachtspunten voor het monitoren en evalueren van de impact van domeinoverstijgende samenwerking

## 1 Beschikbare informatie over wachttijden en aanbod is nog suboptimaal

De Versnellers-aanpakken waren bedoeld om via betere regionale domeinoverstijgende samenwerking bij te dragen aan een toegankelijke ggz met korte wachttijden. Regio's zijn voorzichtig positief over het potentieel van deze aanpak, mits deze wordt doorontwikkeld en opgeschaald. Tegelijkertijd waarschuwen zij voor te optimistische verwachtingen omdat de wachttijdenproblematiek aanvullende oplossingen vereist. Door de beperkte looptijd en kleinschaligheid hebben de meeste projecten de (mogelijke) effecten van hun aanpak op wachttijden nog niet goed kunnen vaststellen. Dit vraagt om langdurige monitoring van regionale wachttijden in de ggz, maar óók in het sociaal domein en bij de POH-ggz. Dit om na te kunnen gaan of het ‘afbuigen’ van hulpvragers naar aanbod buiten de ggz niet leidt tot verplaatsing van de wachttijdenproblematiek. Daarnaast is een volledig en actueel overzicht van het regionale zorg- en ondersteuningsaanbod noodzakelijk. De evaluatie laat zien dat het opzetten van zo'n informatievoorziening complex is en in de meeste regio's hoogstens gedeeltelijk is gelukt.

## 2 Monitoring en evaluatie van ervaringen en uitkomsten van direct betrokkenen is nog niet goed van de grond gekomen

De Versnellers-aanpakken gaan uit van de veronderstelling dat betere domeinoverstijgende samenwerking leidt tot vroegere en passender zorg voor hulpvragers, waardoor zij sneller of beter herstellen. Ook wordt verwacht dat verbeterde samenwerking op termijn bijdraagt aan minder werkdruk en meer werkplezier onder professionals. Deze veronderstelde lange termijn effecten voor hulpvragers en professionals zijn echter nog niet aangetoond. Door de beperkte looptijd en schaal richtte evaluatie zich in de meeste Versnellers-projecten vooral op de *directe* ervaringen van betrokken professionals, die overwegend positief waren. In veel pilots van het VG werd bovendien bijgehouden welk deel van de hulpvragers *niet* naar de ggz werd verwezen als vervolgstap. Deze afbuigingspercentages zeggen echter niets over de daadwerkelijke passendheid van de gekozen route. Daarvoor is het essentieel om ervaringen en uitkomsten van individuele hulpvragers – zoals tevredenheid over de ontvangen zorg en/of ondersteuning, herstel en kwaliteit van leven – over een langere periode te monitoren en te evalueren.

## Aanbevelingen

In het verlengde van bovenbeschreven voorwaarden en aandachtspunten worden negen aanbevelingen gedaan, die *gezamenlijk* richting geven aan de doorontwikkeling van domeinoverstijgende samenwerking rond de aanpak van de wachttijden in de ggz. Dit is in het bijzonder relevant gezien de transformatie naar regionale Mentale gezondheidsnetwerken, die momenteel in heel Nederland wordt vormgegeven.

- 1 Blijf bij de inrichting en uitrol van Mentale gezondheidsnetwerken investeren in relationele infrastructuur en borg een onafhankelijke procesregisseur.
- 2 Benut de reeds opgebouwde regionale kennis, behoud regionale en lokale experimenteer-ruimte en stimuleer uitwisseling tussen regio's.
- 3 Versterk de inhoudelijke invulling van domeinoverstijgende samenwerking door de kennis van direct betrokkenen structureel en continu te benutten.
- 4 Pak de structurele belemmeringen voor domeinoverstijgende samenwerking aan en creëer de randvoorwaarden voor opschaling.
- 5 Zet ook in op domeinoverstijgende samenwerking rond door- en uitstroom van cliënten die ggz-behandeling ontvangen.
- 6 Veranker integraal werken in de interne werkwijzen van de ggz, de huisartsenzorg en het sociaal domein, en zorg ervoor dat nieuwe werkwijzen een samenhangend pakket vormen met het bestaande aanbod.
- 7 Stimuleer het relationele- en herstelondersteunende potentieel van domeinoverstijgende mechanismen om te voorkómen dat ze vervallen tot verdeelstations.
- 8 Voorzie in de continue beschikbaarheid van volledige, betrouwbare en actuele informatie over wachttijden en het beschikbare aanbod van zorg en ondersteuning in een regio.
- 9 Richt monitoring en evaluatie van de Mentale gezondheidsnetwerken zo in dat ervaringen en uitkomsten van professionals, maar bovenal van hulpvragers, leidend zijn.

## Tot slot: een tiende aanbeveling

- 10 Erken dat er geen enkelvoudige oplossing bestaat voor de wachttijdenproblematiek in de ggz.

De wachttijdenproblematiek is niet alleen het gevolg van onvoldoende samenwerking tussen ggz, huisartsenzorg en sociaal domein, en kan ook niet uitsluitend door betere samenwerking worden opgelost. Dit benadrukten betrokkenen uit de Versnellers-regio's eveneens in de evaluatie. Het vraagstuk kent diepere oorzaken, zoals de medicalisering van psychisch lijden, de maatschappelijke norm dat problemen vooral specialistisch moeten worden opgelost, omgevings- en maatschappelijke factoren die het risico op ontstaan, voortduren of verergeren van psychische problemen verhogen, de beperkte capaciteit in alle betrokken domeinen, en de perverse financiële prikkels die eraan bijdragen dat juist personen met complexe problemen het langst moeten wachten op ggz. Alleen wanneer deze verschillende dimensies – organisatorisch, financieel, professioneel en maatschappelijk – in samenhang worden benaderd, ontstaat een realistische en effectievere aanpak van de wachttijden in de ggz. Met andere woorden: een complex, meervoudig probleem, vraagt om een complex, meervoudig antwoord.

# 1 Inleiding



## 1.1 Achtergrond

De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) staat al langere tijd onder druk, en daarmee ook volop in het nieuws<sup>2</sup>. Wachten heeft een forse en brede negatieve impact. Dit geldt niet alleen voor de personen die wachten, maar ook voor hun naasten, en voor huisartsen, POH's-ggz en professionals in de ggz (o.a. Akwa GGZ, 2024; Schutjens e.a., 2024; Magnée et al., 2025; Prudon, 2025). 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 wachttijden is in 2022 het driejarige ZonMw-programma 'Versnellers in de geestelijke gezondheidszorg' gestart. Met het programma is voortgebouwd op de positieve ervaringen die in 2021 zijn opgedaan met de inzet van zogeheten versnellers in acht regio's met toentertijd gemiddeld de langste wachttijden<sup>3</sup>. Een versneller is iemand die onafhankelijk zorg draagt 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). De aanstelling van de regionale versnellers vindt zijn oorsprong in het Actieplan Wachttijden 2.0 (juli 2019 - december 2020) van de landelijke Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz (hierna: landelijke Stuurgroep)<sup>4</sup>. In haar gezamenlijke toezichtronde in de acht regio's concludeerden de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dat de aangestelde versnellers een duidelijke en positieve rol speelden 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). Ook de landelijke Stuurgroep en de regio's zelf ervoeren de inzet van de versnellers als succesvol. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft vervolgens ZonMw gevraagd om deze ondersteuning van regio's in de aanpak van de wachttijden te continueren en mogelijk te maken voor andere regio's. Dit heeft geresulteerd in het ZonMw-programma 'Versnellers in de geestelijke ggz', lopend van 2022 tot 2025.

## 1.2 ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz'

Binnen het ZonMw-programma waren twee subsidierondes, waarbij door een regio een start- of uitvoeringssubsidie kon worden aangevraagd, en een derde subsidieronde voor het aanvragen van alleen een uitvoeringssubsidie. Bij een startsubsidie (maximale looptijd van negen maanden)

---

2 Zo heeft Stichting Recht op ggz begin april een rechtszaak aangespannen tegen de Staat der Nederlanden wegens de lange wachttijden in de ggz: [HOME | Stichting Recht Op GGZ](#)

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

4 In de Stuurgroep werkten tien branchepartijen samen om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren, en de wachttijden in de ggz te verkorten: 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). <https://www.zorgakkoorden.nl/actueel/nieuws/stuurgroep-wachttijden-ggz-van-inzicht-naar-actie/>

lag de focus op het *opzetten* van een samenwerkingsverband tussen regionale partijen<sup>5</sup> die een bijdrage kunnen leveren aan het terugdringen van de wachttijden in de ggz. Een uitvoerings-subsidie (maximale looptijd van 15 maanden) was gericht op het *voortzetten en/of uitbreiden* van een bestaand samenwerkingsverband. De onafhankelijke versneller die werd aangesteld met de subsidie diende een duidelijke stimulerende en faciliterende rol te spelen bij het opzetten, continueren en/of uitbouwen van de regionale domeinoverstijgende samenwerking in de aanpak van de wachttijden. In de eerste subsidieronde<sup>6</sup> hebben vijf regio's een startsubsidie gehonoreerd gekregen, en 12 regio's een uitvoeringssubsidie. In de tweede subsidieronde<sup>7</sup> hebben twee andere regio's een startsubsidie toegekend gekregen, en zes regio's een uitvoeringssubsidie, waarbij het voor vijf regio's ging om een vervolg op de startsubsidie uit de eerste subsidieronde. In de derde ronde<sup>8</sup> ontvingen twee regio's een uitvoeringssubsidie, waarbij het voor één regio ging om een vervolg op de startsubsidie uit de tweede ronde. Dit betekent dat in totaal 21 regio's subsidie hebben ontvangen vanuit het ZonMw-programma.

### De 21 regio's met een gehonoreerde subsidie uit de eerste, tweede en/of derde subsidieronde van het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz'

| Regio *                 | Subsidie **                                                                      |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Groningen               | Uitvoeringssubsidie (1 <sup>e</sup> ronde)                                       |
| Drenthe                 | Uitvoeringssubsidie (1 <sup>e</sup> ronde)                                       |
| Zwolle                  | Startsubsidie (1 <sup>e</sup> ronde); uitvoeringssubsidie (2 <sup>e</sup> ronde) |
| Flevoland               | Uitvoeringssubsidie (1 <sup>e</sup> ronde)                                       |
| Kennemerland            | Startsubsidie (1 <sup>e</sup> ronde); uitvoeringssubsidie (2 <sup>e</sup> ronde) |
| 't Gooi                 | Startsubsidie (2 <sup>e</sup> ronde)                                             |
| Apeldoorn/Zuthpen       | Uitvoeringssubsidie (1 <sup>e</sup> ronde)                                       |
| Midden-IJssel           | Uitvoeringssubsidie (1 <sup>e</sup> ronde)                                       |
| Utrecht                 | Uitvoeringssubsidie (1 <sup>e</sup> ronde)                                       |
| Arnhem                  | Uitvoeringssubsidie (1 <sup>e</sup> ronde)                                       |
| Arnhem-Achterhoek       | Startsubsidie (1 <sup>e</sup> ronde); uitvoeringssubsidie (2 <sup>e</sup> ronde) |
| Rotterdam-Rijnmond      | Uitvoeringssubsidie (1 <sup>e</sup> ronde)                                       |
| Midden-Holland          | Startsubsidie (2 <sup>e</sup> ronde); uitvoeringssubsidie (3 <sup>e</sup> ronde) |
| Nijmegen                | Uitvoeringssubsidie (1 <sup>e</sup> ronde)                                       |
| Zuid-Hollandse eilanden | Uitvoeringssubsidie (2 <sup>e</sup> ronde)                                       |
| West-Brabant West       | Uitvoeringssubsidie (3 <sup>e</sup> ronde)                                       |
| Noordoost-Brabant       | Uitvoeringssubsidie (1 <sup>e</sup> ronde)                                       |
| Zuidoost-Brabant        | Uitvoeringssubsidie (1 <sup>e</sup> ronde)                                       |
| Noord-Limburg           | Startsubsidie (1 <sup>e</sup> ronde); uitvoeringssubsidie (2 <sup>e</sup> ronde) |
| Midden-Limburg          | Startsubsidie (1 <sup>e</sup> ronde); uitvoeringssubsidie (2 <sup>e</sup> ronde) |
| Zuid-Limburg            | Uitvoeringssubsidie (1 <sup>e</sup> ronde)                                       |

\* Het betreft meestal een zorgkantoorregio, soms gaat het om een sub-regio daarbinnen.

\*\* Bij een startsubsidie (maximale looptijd van negen maanden) ligt de focus op het opzetten van een samenwerkingsverband tussen regionale partijen die een bijdrage kunnen leveren aan het terugdringen van de wachttijden in de ggz. Een uitvoeringssubsidie (maximale looptijd van 15 maanden) is gericht op het voortzetten en/of uitbreiden van een bestaand samenwerkingsverband.

5 O.a. ggz-aanbieders, huisartsenorganisaties, gemeenten, welzijnsorganisaties, aanbieders in het sociaal domein, cliënt-organisaties, zelfregie- en herstelinitiatieven en zorgverzekeraars.

6 Deadline indienen: 20 september 2022.

7 Deadline indienen: 30 mei 2023.

8 Deadline indienen: 30 april 2024.



### 1.3 Doel evaluatietraject

Een ander onderdeel van het ZonMw-programma was een evaluatietraject, dat grotendeels parallel liep aan de gesubsidieerde projecten in de regio's. Het is uitgevoerd door het Trimbos-instituut, het Nivel<sup>9</sup>, InBegrepen (collectief voor ervaringskennis) en MIND in de periode augustus 2023-maart 2026. 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.

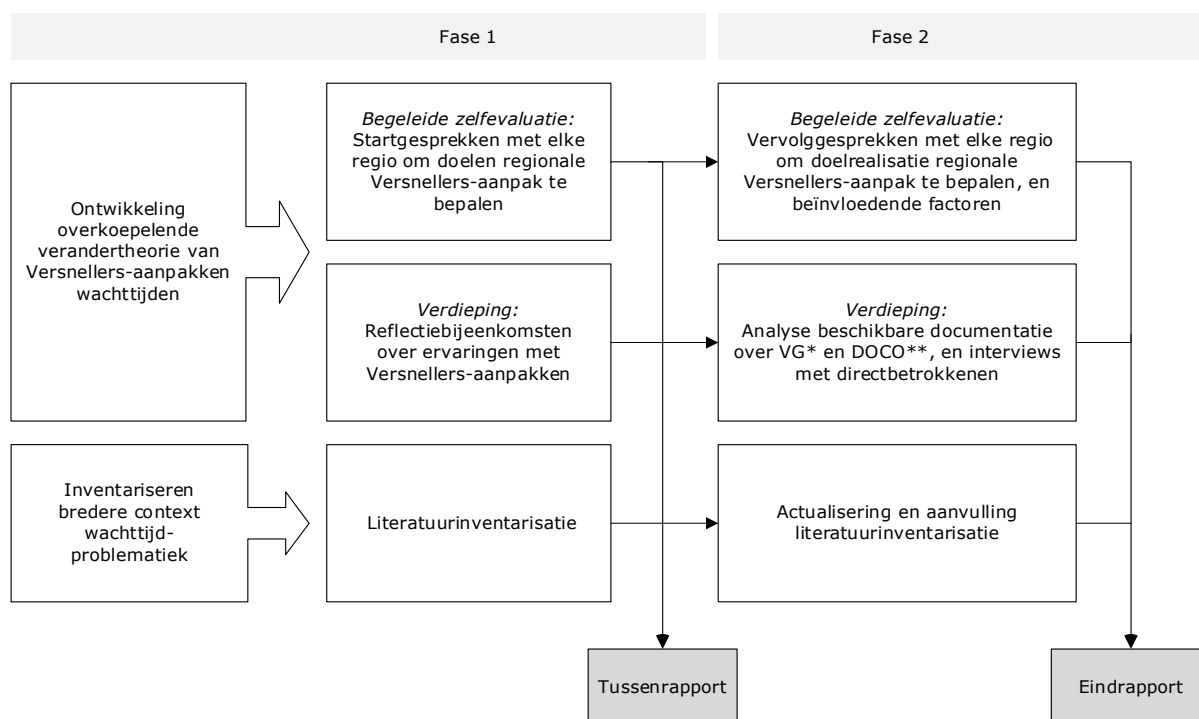
### 1.4 Aanpak evaluatietraject op hoofdlijnen

Figuur 1.1 toont de aanpak van het evaluatietraject, waarbij twee fasen worden onderscheiden. *Fase 1* omvat de activiteiten die hebben geresulteerd in het eerder gepubliceerde tussenrapport (Nuijen et al., 2024); en *fase 2* de vervolgactiviteiten. Dit eindrapport is gebaseerd op het totaal aan activiteiten. We beschrijven hier de activiteiten in beide fasen op hoofdlijnen<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Tot mei 2025 betrokken.

<sup>10</sup> Uitgebreidere beschrijvingen zijn te vinden in de achtergrondrapporten van de verschillende deelstudies.

**Figuur 1.1 Aanpak evaluatietraject**



\* VG: verkennend gesprek

\*\* DOCO: domeinoverstijgend casusoverleg

### 1.4.1 Ontwikkeling overkoepelende verandertheorie

Voor het evaluatietraject is een 'Theory of Change (ToC)'-benadering gehanteerd. De ToC-benadering is een alternatief voor meer klassieke benaderingen van evaluatieonderzoek met als voordelen dat er beter zicht komt op de mechanismen waardoor een bepaalde aanpak een bepaald effect sorteert (het opent de 'black box' van interventies) en dat het gericht is op collectief leren door alle betrokkenen (participatief karakter). Als een ToC-aanpak goed kan worden uitgevoerd is het mogelijk om niet alleen uitspraken te doen over of een mechanisme werkt, maar vooral: waarom en onder welke voorwaarden een mechanisme werkt. En ook waarom bepaalde mechanismen niet werken (dus welke aannames onjuist waren). Dit alles maakt het eenvoudiger om de praktijk sneller en concreter te voeden met inzichten om een bepaalde aanpak of assumpties daarbinnen bij te stellen en te optimaliseren.

Voor dit evaluatietraject houdt de ToC-benadering in dat allereerst in *fase 1* een overkoepelende verandertheorie van alle regionale Versnellers-aanpakken van de wachttijden in de ggz is gereconstrueerd (zie bijlage 1). Dit gebeurde op basis van onder andere de subsidieaanvragen van de regio's en andere relevante documentatie, en input van de versnellers en andere betrokkenen uit de regio's<sup>11</sup>. Met de verandertheorie is expliciet gemaakt welke **activiteiten** de **versnellers uitvoeren** (*onderste niveau*), wat de beoogde directe resultaten van deze activiteiten zijn (**outputs**; *tweede niveau*), en welke concrete **mechanismen** (*derde niveau*) daaruit moeten voortkomen om de beoogde **effecten** (*vierde niveau*) te bewerkstelligen. Op het *vijfde en hoogste niveau*

11 Zie het tussenrapport (Nuijen et al., 2024) voor een uitgebreide beschrijving.

van de verandertheorie staat als stip op de horizon het ideaal geformuleerd: de **impactdoelen** (de 'droom') waaraan de activiteiten, de outputs, en de effecten uiteindelijk aan moeten bijdragen.

De ontwikkelde overkoepelende verandertheorie vormde het uitgangspunt van het evaluatietraject. Het werd getoetst via: a) begeleide zelfevaluatie met iedere regio; en b) verdere verdieping op onderdelen en regio-overstijgend.

### 1.4.2 Begeleide zelfevaluatie met elke regio

In de begeleide zelfevaluatie is samen met elk van de 21 regio's nagegaan in hoeverre het is gelukt om de beoogde doelen van hun Versnellers-aanpak daadwerkelijk te bereiken, wat hierbij wel en niet werkte, en wat hierbij beïnvloedende factoren waren. Daartoe is in *fase 1* eerst met iedere regio in een startgesprek vastgesteld welke doelen werden nagestreefd met hun aanpak. De doelen waren gekoppeld aan de vijf niveaus van de verandertheorie, zodat duidelijk werd welke verandervaden een regio voor ogen had. Vervolgens is in *fase 2* met iedere regio een vervolgesprek<sup>12</sup> gevoerd om de doelrealisatie te bepalen, en wat hierbij succesfactoren, knelpunten en geleerde lessen waren. De begeleide zelfevaluatie vormt de kern van het evaluatietraject.

### 1.4.3 Verdere verdieping op onderdelen en regio-overstijgend

In beide fasen van het evaluatietraject is de begeleide zelfevaluatie verrijkt door het uitvoeren van aanvullende, regio-overstijgende gegevensverzamelingen. In *fase 1* is een verdieping gedaan door drie, regio-overstijgende reflectiebijeenkomsten te organiseren met respectievelijk versnellers, ervaringsdeskundigen en cliëntenvertegenwoordigers, en praktijkprofessionals uit de ggz, de huisartsenzorg en het sociaal domein. Tijdens de bijeenkomsten reflecteerden de deelnemers gezamenlijk op de Versnellers-aanpakken in hun regio's om zicht te krijgen op potentieel werkzame elementen. En wat belangrijke voorwaardelijke en externe<sup>13</sup> factoren zijn om de aanpakken in de nabije toekomst succesvol(ler) te laten zijn.

Uit de in *fase 1* ontwikkelde verandertheorie en gevoerde startgesprekken met regio's<sup>14</sup> bleek dat het zwaartepunt van de Versnellers-aanpakken lag op het verbeteren van de regionale domeinoverstijgende samenwerking aan vooral de 'voorkant' van de ggz, om daarmee hulpvragers tijdig en passend te kunnen toeleiden naar aanbod binnen of buiten de ggz (Nuijen et al., 2024). Veelgebruikte mechanismen hierbij waren het matchen van vraag en aanbod via het domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO), en het vormgeven van brede triage via het verkennend gesprek (VG). Daarom is in *fase 2* de verdieping van de begeleide zelfevaluatie toegespitst op deze twee mechanismen, met als doel om zicht te krijgen op uitvoering, ervaringen en (mogelijke) effecten. Daartoe is beschikbare documentatie uit de regio's geïnventariseerd en zijn interviews gehouden met direct betrokkenen. Voor het DOCO ging het om interviews met deelnemers aan het overleg, en voor het VG om vooral uitvoerders van het gesprek, ook wel verkenner genoemd<sup>15</sup>.

---

12 Met vier regio's met een subsidie uit de tweede aanvraagronde is een tweede vervolgesprek gehouden, omdat de looptijd van hun subsidie ten tijde van het eerste vervolgesprek nog niet was verstreken.

13 Externe factoren, ofwel contextfactoren, zijn factoren waarop de Versnellers-aanpakken weinig invloed hebben, maar die hun werkzaamheid wel kunnen beïnvloeden.

14 Met uitzondering van twee startgesprekken met de regio's Midden-Holland en West Brabant West die later (september-oktober 2025) zijn uitgevoerd. Dit omdat het ging om uitvoeringssubsidies uit de derde en laatste subsidieronde.

15 Er zijn ook twee personen met een hulpvraag geïnterviewd over hun ervaringen met het VG.

#### 1.4.4 Inventariseren bredere context

Om goed te kunnen evalueren wat wel en niet werkte in de Versnellers-aanpakken, en waarom, was het ook relevant om in de volle breedte een goed beeld te hebben van de wachttijdenproblematiek en het beleid voor de aanpak ervan. Om deze bredere context in kaart te brengen is in *fase 1* een literatuurinventarisatie gedaan, die in *fase 2* is geactualiseerd en aangevuld.

#### 1.4.5 Tussen- en eindrapport

Zoals eerder aangeven is op basis van de activiteiten in *fase 1* het tussenrapport opgesteld (Nuijen et al., 2024). Het eindrapport bouwt voort op het tussenrapport op basis van de bevindingen uit de bovenbeschreven activiteiten in *fase 2*, en die vier deelonderzoeken vormden:

- 1 De literatuurinventarisatie naar de bredere context waarbinnen het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz' is uitgevoerd.
- 2 De begeleide zelfevaluatie van de regionale Versnellers-aanpakken.
- 3 Het verdiepende deelonderzoek naar het VG.
- 4 Het verdiepende deelonderzoek naar het DOCO.

### 1.5 Leeswijzer eindrapport

Het eindrapport bestaat uit vier delen. Deel A (hoofdstuk 2) geeft een samenvatting van de literatuurinventarisatie. Deel B beschrijft de belangrijkste bevindingen (hoofdstuk 3) en conclusies (hoofdstuk 4) uit de begeleide zelfevaluatie, en deel C de belangrijkste bevindingen (hoofdstukken 5 en 6) en conclusies (hoofdstuk 7) uit de verdiepende evaluatie van het VG en DOCO. Het rapport sluit af met een slotbeschouwing en aanbevelingen voor de doorontwikkeling van domeinoverstijgende samenwerking rond de aanpak van de wachttijden in de ggz (hoofdstuk 8).

De bevindingen van de vier deelstudies worden uitgebreid beschreven in aparte achtergrondrapporten.



## DEEL A: Literatuurinventarisatie

## 2 De bredere context van de wachttijdenproblematiek in de ggz



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 een literatuurinventarisatie uitgevoerd om de bredere context te beschrijven waarin het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz' is uitgevoerd<sup>16</sup>. Dit hoofdstuk vat de belangrijkste bevindingen samen. Voor de volledige resultaten verwijzen we naar het achtergrondrapport 'Wachttijden in de ggz'.

### 2.1 Omvang en impact

Landelijke cijfers van ggz-aanbieders laten zien dat de wachttijden voor de ggz al jarenlang te lang zijn voor een grote groep hulpvragers. In oktober 2025 hadden bijvoorbeeld ruim 47.000 volwassenen een intakegesprek bij de specialistische ggz (sggz) gehad<sup>17</sup>. Zes op de tien (61%) van hen moest hier langer op wachten dan de maximaal aanvaardbare wachttijd (Treeknorm) van vier weken<sup>18</sup>. 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%)<sup>17</sup>. 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 (Algemene Rekenkamer, 2024; NZa, 2024; NZa, 2025a; NZa, 2026). 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 wachttijd cijfers voor mensen met (zeer) complexe problemen, terwijl er aanwijzingen zijn dat juist deze meest kwetsbare groep het langst moet wachten (o.a. Algemene Rekenkamer, 2020; Bureau Lenz, 2023; Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023). Er zijn initiatieven gaande om de kwaliteit van wachttijdinformatie te verbeteren (NZa, 2026).

Wachten heeft een forse en brede negatieve impact (o.a. Akwa GGZ, 2024; Schutjens e.a., 2024; Prudon, 2025; Magnée et al., 2025). 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

16 Het betreft een actualisering en verdieping van de literatuurinventarisatie die eerder is uitgevoerd voor het tussenrapport van het evaluatietraject 'Versnellers binnen de ggz' (Nuijen et al., 2024).

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

18 zichtopzorgaanbieders.

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'<sup>19</sup> tijdens het wachten, zoals een hogere werkdruk, het ervaren van een te groot verantwoordelijkheidsgevoel, en een minder toegankelijk spreekuur voor andere patiënten<sup>20</sup>. Er zijn aanwijzingen dat een deel van de professionals zelfs overweegt te stoppen met hun werk vanwege de ervaren negatieve gevolgen (Akwa GGZ, 2024; Magnée et al., 2025).

## 2.2 Oorzaken, oplossingsrichtingen en beleid

Recente analyses beschouwen de wachttijdenproblematiek als een veelkoppig monster (o.a. Bouman et al., 2018; Algemene Rekenkamer, 2020; Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023; Zorginstituut Nederland, 2023; RVS, 2025; IBO, 2025). 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 (zie achtergrondrapport 'Wachttijden in de ggz', hoofdstuk 4). 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 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<sup>21</sup> 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 (ZonMw, 2022). 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 samenhan-

19 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 'wachstand' 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 wegleiden van het aanpakken van de oorzaken van de wachttijden.

20 Zie ook een ledenpeiling (februari-maart 2025) van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV): [Infographic-peiling-ggz-2025-DEF.pdf](#).

21 [Activiteiten - Weg van de wachtlijst](#).

gend pakket worden ingezet binnen een regionaal Mentaal gezondheidsnetwerk (Programma Mentale gezondheidsnetwerken, 2024). 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 Versnellers-aanpakken in de regio’s die subsidie hebben ontvangen vanuit het ZonMw-programma ‘Versnellers in de ggz’<sup>22</sup> (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 (o.a. Programma Mentale gezondheidsnetwerken, 2024; Zorginstituut Nederland, 2023; 2024). 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 (Nuijen et al., 2024; IGJ en NZa, 2025; NZa, 2025b). 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 de eerdere genoemde 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 (o.a. Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023; IBO, 2025).

Naast de inzet op betere domeinoverstijgende samenwerking, zijn de afgelopen jaren in de aanpak van wachttijden ook financiële maatregelen genomen<sup>23</sup>. Met als doel om prikkels tegen te gaan die het voor zowel verzekeraars als ggz-aanbieders aantrekkelijker maken om zich 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 (Algemene Rekenkamer, 2024).

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.

---

22 Opgemerkt dient te worden dat het onduidelijk is in hoeverre in de Versnellers-regio’s via andere projecten en initiatieven aandacht is voor elementen die belangrijk worden gevonden in de wachttijdenaanpak, maar die ontbreken of weinig aandacht kregen in de Versnellers-aanpakken.

23 Het gaat om de Hogekosten compensatie ggz (HKC; ingezet sinds 2020) en het nieuwe bekostigingssysteem ZPM (in werking getreden per 2022). Met de HKC is het streven om de ongewenste prikkels in de risicoverevening 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 bieden. Bovendien is het idee dat het ZPM ggz-aanbieders kan helpen om beter richting verzekeraars te onderbouwen dat zij een hoger omzetplafond nodig hebben om zwaardere zorg te kunnen bieden.

Het is de bedoeling dat sociaal verwijzen<sup>24</sup>, 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 veronderstelde 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, 2025) 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. Dat is aan het nieuwe kabinet. 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 EPA moet worden herzien.

## 2.3 Conclusie

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.

---

24 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. [Ketenaanpakken | RIVM](#).



## DEEL B: Begeleide zelfevaluatie

### 3 Inleiding



De begeleide zelfevaluatie met elk van de 21 Versnellers-regio's was de kern van het evaluatietraject. Hiervoor zijn in fase 1 van het traject allereerst de doelen die de regio's met hun Versnellers-aanpakken wilden bereiken, vastgesteld tijdens startgesprekken. Deze waren gekoppeld aan de vijf niveaus ('lagen') van de overkoepelende verandertheorie die ook in fase 1 van het evaluatietraject is ontwikkeld (zie Bijlage 1). In fase 2 zijn vervolgens met iedere regio één of meerdere vervolggesprekken<sup>25</sup> gevoerd om zicht te krijgen op onderdelen die goed uit de verf zijn gekomen, maar ook op knelpunten en randvoorwaarden voor een succesvolle aanpak van wachttijden. Daarbij hadden we aandacht voor de volgende onderwerpen (in lijn met de vijf lagen van de verandertheorie):

- De activiteiten van de versneller (**input**).
- Het realiseren van een basis voor een regionale samenwerking rond wachttijden (**outputs**).
- De uitvoering van het plan van aanpak (**mechanismen** en behaalde **directe effecten**).
- De hogere effecten van de aanpak (**impact**).

In hoofdstuk 4 vatten we de belangrijkste resultaten van de begeleide zelfevaluatie samen, en in hoofdstuk 5 formuleren we conclusies. Voor de volledige beschrijving van de begeleide zelfevaluatie verwijzen we naar het achtergrondrapport 'Wat werkt in de domeinoverstijgende samenwerking rond wachttijden?'.

---

25 Met vier regio's met een subsidie uit de tweede aanvraagronde is een tweede vervolggesprek gehouden, omdat de looptijd van hun subsidie ten tijde van het eerste vervolggesprek nog niet was verstreken.

## 4 Begeleide zelfevaluatie met 21 Versnellers-regio's: belangrijkste resultaten



### 4.1 De versneller als bruggenbouwer

Het voornaamste doel van de versnellersrol was het versterken van de regionale domeinoverstijgende samenwerking en het ontwerpen en realiseren van een effectieve aanpak van wachttijden. De versneller vervulde daarbij vier kerntaken: het in kaart brengen van de (lokale) situatie, het verbinden van partijen, het inspireren en activeren van betrokken partijen en domeinen, en het begeleiden en bewaken van het proces. Uit de evaluatie blijkt dat de versnellersrol en bijbehorende activiteiten goed uit de verf zijn gekomen en dat zij breed worden gewaardeerd door betrokkenen in de regio's. Daarbij zijn twee werkzame elementen aan te wijzen.

De sterkste bijdrage van de versneller lag volgens betrokkenen in **diens onafhankelijke, neutrale positie**. Hierdoor kon de versneller vrij bewegen tussen organisaties, hiërarchische niveaus en domeinen, en kon hij/zij spanningen of belangenverschillen bespreekbaar maken. De onafhankelijkheid maakte het mogelijk om oude patronen te doorbreken, wederzijds wantrouwen te verminderen en gelijkwaardigheid te bevorderen. Vooral in regio's met historisch gegroeide verhoudingen (bijv. tussen ggz-instellingen, huisartsen en verzekeraars) werd de versneller gezien als dé partij die mensen aan tafel kreeg en hield.

Versnellers werden ook geprezen om hun combinatie van **visie en pragmatiek**: zij brachten structuur in het proces, regelden uitwisseling, organiseerden bijeenkomsten en hielpen partijen om ideeën om te zetten in concrete acties. Ze introduceerden projectmatig werken en brachten overzicht in complexe samenwerkingsprocessen, een taak waarvan wordt ingeschat dat je dit als professional of manager er zelf niet 'even bij' kan doen. Door hun brede bovenregionale netwerk brachten versnellers bovendien kennis en ervaringen uit andere regio's in.

De uitvoering van de beoogde activiteiten van de versneller is grotendeels gelukt, maar daarbij liepen versnellers wel tegen aan aantal belemmeringen aan:

- Tijdsgebrek: het kostte veel meer tijd dan voorzien om partijen aan te haken, vertrouwen op te bouwen en pilots daadwerkelijk operationeel te krijgen. Voorbereiding slokte vaak de tijd op die bedoeld was voor uitvoering.
- Snelle veranderingen in het veld: de tussentijdse komst van het Integraal Zorg Akkoord (IZA) (najaar 2022) en de daarin afgesproken inrichting van regionale Mentale gezondheidsnetwerken leidde tot extra overlegstructuren, onduidelijkheden over rollen en soms vertraging in de Versnellers-projecten. Versnellers moesten schakelen tussen bestaande plannen en nieuwe IZA-eisen, wat soms het gevoel gaf dat het wiel opnieuw moest worden uitgevonden.
- Monitoring bleef achter: doordat veel aandacht uitging naar het opstarten en uitvoeren van processen, kwam het monitoren van directe effecten van de aanpak (benoemd als één van de activiteiten van de versneller) in sommige regio's in de knel. Gegevens over wachtlijsten/-tijden waren bovendien moeilijk toegankelijk of onvoldoende actueel.

## Samenvattend

Samenvattend vervulde de versneller een belangrijke rol als onafhankelijke verbinder, procesbegeleider en aanjager van samenwerking. De grootste impact lag in het creëren van vertrouwen en gezamenlijke verantwoordelijkheid: de fundamenteën van domeinoverstijgend werken. Tegelijkertijd maakte het 'oude' systeem (met versnipperde financiering, belangen en structuren) het lastig om partijen duurzaam te engageren. De rol van de versneller wordt gezien als een eerste, noodzakelijke stap in een transformatie die nog jaren zal vergen.

## 4.2 Een regionale basis voor domeinoverstijgende samenwerking

Een centrale aanname in de veranderstrategie binnen de Versnellers-projecten was dat in de aanpak van wachttijden het verbeteren van de regionale domeinoverstijgende samenwerking een voorwaarde is. Het creëren van een domeinoverstijgende samenwerking werd als cruciaal gezien om effectieve gezamenlijke mechanismen te kunnen ontwikkelen en uit te voeren. Bij aanvang van de projecten was de regionale basis voor domeinoverstijgende samenwerking echter vaak nog wankel. Binnen de projecten hebben de versnellersregio's hier verandering in gebracht door zich te richten op drie hoofdonderdelen ('bouwstenen'): het opzetten van een **passende governance-structuur**, het versterken van de **'zachte factoren'** zoals vertrouwen en gedeeld urgentiebesef, en het ontwikkelen van een **haalbaar plan van aanpak**. Er kan geconcludeerd worden dat op al deze gebieden aanzienlijke successen zijn behaald. Betrokkenen zijn dan ook positief over wat er gelukt is met betrekking tot het leggen van het fundament voor samenwerking rond de aanpak van wachttijden in de ggz.

Zo is het in vrijwel alle regio's gelukt om bestuurlijke en operationele structuren in te richten, waarin beoogde betrokkenen (meestal: ggz-organisaties, huisartsen, gemeenten en vaak ook sociaal domein, ervaringsdeskundigen en verzekeraars) vertegenwoordigd waren. Helpend waren de onafhankelijke rol van de versneller en de aandacht voor 'zachte factoren'. Regio's benadrukten echter dat formele structuren onvoldoende zijn. Het grootste deel van het werk zat in het bouwen van onderling vertrouwen, het creëren van gezamenlijk eigenaarschap en het ontwikkelen van een gedeeld begrip van de situatie. Veel regio's begonnen vanuit een situatie waarin partijen elkaar niet goed kenden en er soms zelfs historisch wantrouwen bestond. Dankzij inspanningen van de versnellers en door het organiseren van ontmoetingen, dialoog en gezamenlijke analyses, ontstond in de betrokken regio's geleidelijk een bereidheid tot meer samenwerken. Humor, openheid en ruimte om spanningen te bespreken bleken daarbij belangrijke succesfactoren. Dit leidde tot meer intrinsieke motivatie om knelpunten gezamenlijk aan te pakken en vanuit een gedragen visie een plan van aanpak op te stellen. Het proces werd wel als intensief en kwetsbaar ervaren.

Enkele belangrijke belemmeringen bij het creëren van een basis voor domeinoverstijgende samenwerking kwamen in vrijwel alle regio's terug:

- Relaties moesten voortdurend onderhouden worden, zeker omdat organisaties te maken hebben met organisatiebelangen en financieringsstromen die samenwerken niet optimaal faciliteren.
- Regelmatig bleef actiebereidheid achter bij intentie: ondanks een positieve houding van bestuurders kostte het moeite om plannen om te zetten in daadwerkelijke inzet, mede door concurrentie, beperkte middelen of onzekerheid over financiering.

- Gemeenten en sociaal domein waren moeilijker aan te haken door onduidelijkheid rondom rol, mandaat en budget.
- Kleine ggz-aanbieders en vrijgevestigden waren lastiger te betrekken wegens versnippering en beperkte capaciteit.
- Huisartsen ervoeren beperkte tijd waardoor er sprake was van wisselende betrokkenheid.
- Ervaringsdeskundigen waren vaak onvoldoende ingebed.
- IZA-ontwikkelingen zorgden soms voor ruis, extra overlegstructuren en vertraging.

### Samenvattend

Samenvattend hebben alle regio's vooruitgang geboekt in het opbouwen van een regionale samenwerkingsbasis. Het belangrijkste inzicht is dat relaties de kern vormen van succesvolle domeinoverstijgende samenwerking. Tegelijkertijd blijft het 'oude' systeem (financiering, concurrentie, mandatering) samenwerking bemoeilijken, waardoor verdere transformatie tijd en structurele aanpassingen vraagt.

## 4.3 Uitvoering van mechanismen om de wachttijden aan te pakken

Een belangrijk uitgangspunt van de veranderstrategie van de Versnellers-projecten was dat vanuit een regionale basis voor domeinoverstijgende samenwerking **concrete mechanismen** konden worden ontwikkeld en in de praktijk beproefd om de wachttijden te verminderen. Hoewel alle regio's dit (op grotere of kleinere schaal) als doelstelling hadden geformuleerd, bleek de uitvoering van mechanismen in de praktijk vaak complexer en tijdsintensiever dan vooraf voorzien. Dit hing sterk samen met het feit dat de voorafgaande fase, het opbouwen van de juiste formele en relationele infrastructuur en het ontwikkelen van een gedeelde visie en gezamenlijke plannen, aanzienlijk meer tijd vergde dan verwacht. Dit betekent dat niet alle voorafbepaalde doelen helemaal gelukt zijn. Desalniettemin zijn er diverse mechanismen uitgedacht en uitgetest.

### *Bekender maken van alternatief ondersteuningsaanbod*

Veel Versnellers-regio's hebben activiteiten ontplooid, gericht op het verminderen van de instroom in de ggz middels het vergroten van de bekendheid en/of het uitbreiden van het aanbod van alternatieve ondersteuningsvormen. Hieronder valt het beter positioneren van ondersteuningsopties in het sociaal domein en herstelinitiatieven, en het ontwikkelen van sociale kaarten, wegwijzers en groepsprogramma's. Resultaten varieerden sterk tussen regio's. In de meeste gebieden kwam het inventariseren van mogelijkheden aardig van de grond, maar vaak bleek dat het stimuleren van verwijzers (zoals huisartsen) om deze alternatieven daadwerkelijk te benutten veel tijd kost. Ook ontbrak soms passend aanbod in het sociaal domein of financiering, waardoor structurele inbedding moeilijk was.

### *Brede triage*

Het ontwikkelen en testen van mechanismen rond brede triage, vaak in de vorm van het verkennend gesprek, was een ander belangrijk concreet onderdeel van veel plannen van aanpak in de Versnellers-regio's. Veel regio's wisten een werkwijze te ontwikkelen en soms pilots te draaien, maar de opstart vergde veel voorbereiding. Zo was afstemming nodig over allerlei zaken zoals doelgroep, training, systemen, privacy en financiering. Waar pilots plaatsvonden, waren betrokkenen enthousiast en werden regelmatig alternatieven voor ggz-behandeling gevonden. De

werkwijzen voor brede triage zorgden bovendien voor het elkaar beter leren kennen en meer interdisciplinaire samenwerking, ook buiten de werkwijzen om. Tegelijkertijd leefden zorgen over capaciteit in het sociaal domein en over te strakke landelijke kaders, zoals eisen voor de inzet van ervaringsdeskundigen. We hebben een verdiepende studie naar het verkennend gesprek uitgevoerd, waarvan de belangrijkste resultaten in hoofdstuk 7 worden beschreven.

### *Matchen van vraag en aanbod*

Overlegtafels (casusoverleggen) en transfermechanismen werden in veel regio's middels de Versnellers-projecten ingericht of verbeterd. Beide mechanismen zijn vormen van regionale samenwerking waarin belemmeringen, zoals wachtlijsten, worden omzeild door direct en met meerdere partijen te zoeken naar passende oplossingen. De overlegtafel heeft daarbij een multidisciplinair karakter en wordt ingezet om individuele hulpvragers sneller en effectiever naar de juiste vorm van zorg en/of ondersteuning te leiden. Het transfermechanisme bestaat doorgaans uit samenwerkende ggz-aanbieders en is primair gericht op het creëren van de snelste toegang tot zorg voor groepen hulpvragers. Het belangrijkste effect dat in regio's werd waargenomen in relatie tot beide mechanismen is dat professionals elkaar beter leerden kennen, wat de samenwerking versterkte, ook buiten de overleggen om. Wanneer overal capaciteitstekorten waren, bood een transfertafel beperkt uitkomst. Bij de overlegtafels waren gebrekkige mandatering, wisselende deelname en administratieve knelpunten belemmerend. Desalniettemin hebben betrokkenen de indruk dat de mechanismen bijdragen aan betere zorg, maar dit is moeilijk te onderbouwen omdat casussen en groepen niet gevolgd zijn. We hebben een verdiepende studie naar het domeinoverstijgend casusoverleg uitgevoerd, waarvan de belangrijkste resultaten in hoofdstuk 8 worden gepresenteerd.

### *Consultatie*

Enkele regio's beoogden binnen de Versnellers-projecten ook een stap te zetten in het inrichten of verbeteren van de consultatiefunctie tussen huisartsenpraktijk, ggz en sociaal domein. Deze functie houdt in dat huisartsen en sociaal domein een laagdrempelig adviesgesprek kunnen aanvragen met een gespecialiseerde ggz-professional (zoals een psychiater of klinisch psycholoog). Het doel is om advies te krijgen over complexe casussen, diagnostische twijfels te bespreken en passende zorg te bieden, vaak om zwaardere zorg te voorkómen. Binnen de Versnellers-projecten kwamen doelen rond de consultatiefunctie echter slechts beperkt van de grond door complexiteit, tijdgebrek en het geven van prioriteit aan andere thema's.

### *Digitale tools*

Naast het ontwikkelen en uittesten van concrete mechanismen hadden regio's bij aanvang van de Versnellers-projecten hoge verwachtingen van een verbeterde datainfrastructuur met betrekking tot wachttijden en digitale instrumenten om de toeleiding naar passend aanbod te faciliteren, maar de praktijk bleek weerbarstig. Wachttijden bleken lastig inzichtelijk te krijgen, systemen sloten niet op elkaar aan, en AI-matchingtools bleken – ten tijde van de Versnellers-projecten – nog niet breed implementeerbaar. Desalniettemin zijn regio's aan het eind van de looptijd nog steeds enthousiast over het potentieel van deze mechanismen.

### *Door- en uitstroombemchanismen*

Slechts twee Versnellers-regio's richten zich in hun aanpak op het bevorderen van uitstroom van cliënten uit de ggz. Deze regio's ontwikkelden een gezamenlijke visie en praktische werkwijzen, zoals een dashboard om het uitstroompotentieel zichtbaar te maken en een domeinoverstijgend

overleg om de uitstroom soepeler te laten verlopen. Eerste resultaten lieten zien dat een snellere uitstroom met deze werkwijzen mogelijk is, maar dat de bijdrage aan het grotere probleem van wachttijden misschien beperkt is, vooral omdat passende voorzieningen die nodig zijn voor uitstroom niet altijd voor handen zijn en huisartsen aangeven overbelast te zijn. De belangrijkste meerwaarde is echter dat teams bewuster en consistentier gaan nadenken over passende afronding van zorg, wat op langer termijn kan bijdragen aan het realiseren van meer passende uitstroombmogelijkheden.

### Algemene succes- en belemmerende factoren

Hoewel elke regio met zijn eigen (samenstelling van) mechanismen aan de slag ging, zijn er wel een aantal generieke succes- en belemmerende factoren te destilleren. Succesfactoren waren onder andere de sterke coördinatie door versnellers en kartrekkers, bottom-up werken, aansluiten bij lokale initiatieven en kleine stapjes zetten. Het leren door *doen*, samen experimenteren en elkaar in de praktijk ontmoeten bleken cruciaal voor draagvlak, alsook de zekerheid dat inzet van capaciteit in de mechanismen op bestuurlijke dekking kon rekenen. In regio's waar ervaringsdeskundigen betrokken waren bij de uitvoering, droeg dit sterk bij aan de kwaliteit en mensgerichtheid van de mechanismen. Belangrijke belemmeringen waren beperkte tijd, personeelstekorten, financiële schotten, gebrek aan experimenteerruimte en onvoldoende sturingsinformatie. Ook zorgde de opkomst van het IZA voor vertraging door veranderende governance, extra overleglagen en het gevoel van top-down sturing, waardoor lokale energie soms werd afgeremd.

### Samenvattend

Samenvattend hebben betrokkenen ervaren dat het ontwikkelen en beproeven van mechanismen om de wachttijden te verminderen, veel tijd en zorgvuldige voorbereiding vraagt. Dit was veel gevraagd voor de beperkte looptijd van de Versnellers-projecten, waardoor veel mechanismen niet volledig waren uitgekristalliseerd aan het einde van de looptijd van de projecten. Desalniettemin waren concrete mechanismen ontworpen, voorbereid en/of op kleine schaal uitgevoerd. Betrokkenen zijn in de regel tevreden met wat er gelukt is. Dit geldt vooral voor de mechanismen gericht op 'brede triage' en 'matchen vraag en aanbod' (met de andere mechanismen is nog minder ervaring op gedaan). Zij benoemen dat het ontwikkelen van deze mechanismen heeft gezorgd dat organisaties en professionals elkaar veel beter kennen en vinden. De samenwerking is zichtbaar gegroeid. Ook zijn aan het eind van de Versnellers-projecten de mechanismen gereed om verder of breder uit te rollen, de aanpak staat als het ware 'in de startblokken'. En in veel regio's is het gelukt om deze verder onder te brengen bij de IZA-transformatieplannen, wat hoopvol stemt voor toekomstige doorontwikkeling en implementatie op grotere schaal.

## 4.4 Effecten en meerwaarde van de aanpak

Het uiteindelijke doel van de Versnellers-projecten was niet alleen om de domeinoverstijgende samenwerking te verbeteren, maar om daarmee bij te dragen aan een meer toegankelijke ggz, voor wie dat nodig heeft. Om te bepalen in hoeverre de aanpak daadwerkelijk impact hierop heeft gehad, is betrokkenen gevraagd de waarschijnlijkheid hiervan te beoordelen op vijf domeinen: meer grip op de in-, door- en uitstroom in de ggz; de mate van structurele en duurzame domeinoverstijgende samenwerking; de mate waarin professionals in staat zijn (gesteld) om goede zorg te leveren; betere uitkomsten voor hulpvragers; en kortere wachttijden in de ggz.

Gemiddeld over alle 21 Versnellers-regio's heen, wordt het allereerst 'waarschijnlijk' gevonden dat het Versnellers-project een positieve impact heeft (gehad) op in-, door- en uitstroom. Regio's hebben vertrouwen in het idee dat domeinoverstijgend werken, geoperationaliseerd in concrete mechanismen zoals verkennende gesprekken en overlegtafels, leidt tot minder onnodige instroom in de ggz en meer passende afbuiging naar aanbod buiten de ggz. In sommige pilots zijn daadwerkelijk (forse) afbuigingspercentages bereikt, maar structurele en meer langetermijndata ontbreken. Veel regio's benadrukken dat de Versnellers-aanpak slechts een begin vormt: structurele factoren zoals capaciteitstekorten en een niet passend financieringssysteem beperken de daadwerkelijke impact.

Een positieve impact op de interdisciplinaire samenwerking wordt door de regio's gemiddeld eveneens als 'waarschijnlijk' ingeschat. Regio's geven aan dat samenwerking tussen domeinen veel vanzelfsprekender is geworden en dat er een blijvende basis is gelegd waarop kan worden voortgebouwd in de in te richten Mentale gezondheidsnetwerken. De infrastructuur uit de Versnellers-projecten (werkgroepen, overlegtafels, werkwijzen) wordt in veel regio's voortgezet of opgenomen in IZA-transformatieplannen. Tegelijkertijd is verdere borging van samenwerking afhankelijk van aanvullende middelen, tijd en blijvende inzet.

Een positieve impact op professionals wordt gemiddeld over de regio's heen ook als 'waarschijnlijk' ingeschat. Betrokkenen hebben ervaren (en dit bleek op kleine schaal uit evaluaties) dat professionals het waarderen dat zij elkaar beter kennen, meer kennis delen en vanuit gedeelde verantwoordelijkheid casuïstiek oppakken. Dit leidt mogelijk ook tot meer integraal en herstellondersteunend handelen en mogelijk tot meer werkplezier bij deze betrokken professionals, maar dit is beperkt gemonitord. De impact is vooral merkbaar voor professionals die direct betrokken waren bij pilots; het merendeel van de professionals in de regio's werkte aan het einde van de Versnellers-projecten nog volgens bestaande routines.

Een positieve impact op individuele hulpvragers wordt gemiddeld over de regio's heen als 'enigszins waarschijnlijk' ingeschat. Dit is verhoudingsgewijs de laagste score (samen met beoordeling van de impact op wachttijden, zie hieronder). Regio's geloven dat de aanpak uiteindelijk gaat bijdragen aan beter passende zorg en minder 'tussen wal en schip'-situaties, maar zicht op daadwerkelijk betere uitkomsten voor hulpvragers ontbreekt. Monitoring van de effecten op hulpvragers was niet mogelijk door de beperkte schaalgrootte en/of looptijd van projecten. Anekdotisch bewijs wijst op positieve casussen, maar structureel bewijs ontbreekt.

Het uiteindelijke doel – kortere wachttijden in de ggz voor wie dat nodig heeft – wordt eveneens gemiddeld als 'enigszins waarschijnlijk' beoordeeld. Regio's zijn voorzichtig: hoewel mechanismen logischerwijs zouden moeten bijdragen aan kortere wachttijden, ontbreken harde gegevens. Sommige regio's zagen lokale verbeteringen, zoals betere spreiding van verwijzingen naar verschillende domeinen, maar benadrukten dat wachttijden grotendeels worden bepaald door factoren die buiten de invloedssfeer van de Versnellers-aanpakken lagen (zoals stijgende vraag, personeelstekorten). Veel regio's vinden het simpelweg "te vroeg" om effecten te zien.

### **Samenvattend**

Samenvattend hebben de Versnellers-aanpakken geleid tot betere samenwerking en veranderde de manier van denken en handelen bij de betrokken organisaties en professionals. De impact op

hulpvragers en wachttijden is veelbelovend maar nog onvoldoende meetbaar. Regio's zien de Versnellers-aanpakken vooral als startpunt van een langdurige transformatie, waarbij structurele problemen en systeemfactoren bepalend zijn voor verdere vooruitgang.

### **Voor wie is de ggz bedoeld?**

Een belangrijke aanname die ten grondslag ligt aan de Versnellers-aanpakken is dat er teveel mensen naar de ggz worden verwezen, en dat een deel van hen elders (buiten de ggz) beter passende zorg en/of ondersteuning kan vinden. Omdat dit zo'n centraal principe is van de aanpakken, vroegen we betrokkenen in de vervolggesprekken te reflecteren op de vraag: voor wie is de ggz eigenlijk bedoeld? Of anders geformuleerd: voor wie is vooral een toegankelijke ggz met korte wachttijden nodig?

Het antwoord op deze vraag is niet eenduidig. Veel betrokkenen geven aan dat de huidige situatie is dat veel mensen die écht ggz-zorg nodig hebben, de ggz juist nog niet of onvoldoende bereiken. Het gaat dan om mensen met (zeer) complexe psychische problemen waar niet altijd passend aanbod voor is. Tegelijkertijd signaleren betrokkenen dat er ook mensen ggz-zorg ontvangen, terwijl dat eigenlijk niet passend is. Hoe kan dit?

### **Doelgroepen**

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- 1** Grootste groep hulpvragers
  - Heeft *tijdelijke*, afgebakende behandelvragen.
  - Kortcyclische behandeling werkt het best en voorkomt chronificering.
  - Terugval komt voor, maar langdurige afhankelijkheid van een behandelaar werkt averechts.
- 2** Kleine groep met levenslange psychische kwetsbaarheid (EPA)
  - Heeft altijd, of regelmatig terugkerend een bepaalde mate van ondersteuning nodig.
  - Deze groep blijft nu vaak jarenlang in de ggz terwijl er andere, meer herstelgerichte vormen van begeleiding (als dan niet in combinatie met behandeling) nodig zouden zijn.
- 3** En dan is er volgens betrokkenen nog een derde groep: de groep mensen waarbij de problemen primair psychosociaal van aard zijn en niet zozeer psychisch.
  - Heeft meer baat bij psychosociale interventies en structurele beleidsmaatregelen.
  - Het oplossen van psychosociale problemen kan psychische klachten doen afnemen.
  - Het medicaliseren van de problemen werkt niet of zelfs averechts.

### **Cultuuromslag nodig**

Volgens betrokkenen is het nodig om scherper onderscheid te maken tussen bovenstaande doelgroepen. Daarvoor is een cultuuromslag nodig met de volgende uitgangspunten:

- Niet alles wat mensen voelen of meemaken is een ggz-vraagstuk. Positieve gezondheid wordt steeds meer uitgangspunt: ggz is niet altijd de oplossing.
- Een open, breed gesprek met de huisarts of POH-ggz kan helpen.
- Complementaire zorg (ggz + sociaal domein + andere vormen van ondersteuning) moet beter op elkaar aansluiten.

## 5 Begeleide zelfevaluatie met

### 21 Versnellers-regio's: conclusies



In hoofdstuk 4 zijn de belangrijkste resultaten beschreven van de begeleide zelfevaluatie met elk van de 21 regio's afzonderlijk. We volgden daarbij de overkoepelende verandertheorie zoals opgesteld in de eerste fase van de evaluatie. Het valt op dat vooral de 'onderste lagen' van de verandertheorie goed uit de verf zijn gekomen: de activiteiten van de versneller en de 'outputs' daarvan, waaronder een domeinoverstijgende governance, onderling vertrouwen en een gezamenlijk plan van aanpak. Met betrekking tot de 'bovenste lagen' - concrete mechanismen en impact op onder andere wachttijden - was er ten tijde van de vervolggesprekken nog veel onduidelijk. Op basis van deze resultaten kunnen we een aantal conclusies formuleren.

#### **Conclusie 1. De Versnellers-aanpak heeft een fundament heeft gelegd, maar vormt vooral het begin van een langere transformatie.**

Het evaluatietraject laat zien dat de inzet van een versneller in alle deelnemende regio's een positieve en katalyserende rol heeft gespeeld in het realiseren van een regionale, domeinoverstijgende aanpak van wachttijden. De versneller was daarbij niet slechts een projectleider, maar een onafhankelijke verbinder, procesarchitect, aanjager, boundaryspanner en facilitator van samenwerking tussen domeinen die elkaar historisch vaak moeilijk vonden: ggz-aanbieders, huisartsen, gemeenten, sociaal domein, ervaringsdeskundigen en verzekeraars.

De geïdentificeerde werkzame ingrediënten van deze rol waren consistent:

- Onafhankelijkheid: een versneller, vrij van persoonlijk belang, die vrij kan bewegen tussen organisaties, hielp om oude patronen en bestaand wantrouwen te doorbreken.
- Pragmatiek én visie: het vermogen om tegelijkertijd strategisch te denken en praktisch te organiseren was cruciaal voor de voortgang.
- Procesregie: veel van de beschreven successen op het gebied van domeinoverstijgende samenwerking zijn het gevolg van stevige, continue procesbegeleiding. Deze bestond uit afstemming, het organiseren van bijeenkomsten, het houden van overzicht, bewaken van afspraken en het onderhouden van relaties.

Tegelijkertijd is duidelijk dat de Versnellers-projecten (slechts) een eerste stap zijn in een transformatie die veel omvangrijker is dan wat binnen de projecten haalbaar was. De projecten fungeerden vooral als startmotor; voor duurzame domeinoverstijgende samenwerking en stelselbrede oplossingen voor wachttijden moeten de behaalde resultaten in de komende jaren verder worden uitgebouwd, onder andere met de inrichting van de regionale Mentale gezondheidsnetwerken en andere afspraken uit het IZA en AZWA.

## **Conclusie 2. Het belangrijkste resultaat is een relationele infrastructuur**

Hoewel de projecten in eerste instantie gericht waren op het ontwikkelen van een governance structuur voor domeinoverstijgende samenwerking én het inzetten van concrete acties en mechanismen om de wachttijden te verminderen, wijzen alle regio's hetzelfde aan als de belangrijkste opbrengst: het bouwen van een relationele basis van vertrouwen, gezamenlijkheid en gedeelde urgentie. Oftewel de 'zachte factoren' die harde verandering mogelijk maken. De evaluatie laat daarbij een consistent patroon zien:

- Vooraf kenden partijen elkaar niet goed, was er onbekendheid met elkaars aanbod, was er soms zelfs sprake van wantrouwen, en bestonden er sterke ingesloten beelden ('wij-zij', andere paradigma's over mentale gezondheid, machtsverhoudingen).
- De versneller doorbrak dit door partijen structureel bij elkaar te brengen, gezamenlijke visievorming te begeleiden, spanningen bespreekbaar te maken en te normaliseren, en een sfeer van gezamenlijk probleemeigenaarschap te creëren.
- Hierdoor ontstond geleidelijk een 'wij'-gevoel, dat door vrijwel alle regio's wordt benoemd als noodzakelijke basis voor alle volgende stappen.

Regio's benadrukken dat logistieke structuren houvast bieden, maar dat samenwerking in essentie draait om relationaliteit. Dit relationele fundament wordt door bijna alle regio's beoordeeld als één van de grootste successen van de Versnellers-subsidie, en vormt het fundament waarop IZA- en AZWA-ontwikkelingen (m.n. de uitrol van de Mentale gezondheidsnetwerken) nu kunnen voortbouwen.

## **Conclusie 3. Domeinoverstijgende samenwerking is van de grond gekomen c.q. versterkt, maar nog kwetsbaar en sterk afhankelijk van verdere borging**

De evaluatie laat zien dat vrijwel alle regio's erin zijn geslaagd om een werkende governancestructuur te creëren met bestuurlijke tafels, operationele werkgroepen en mechanismen waarin ggz, huisartsen, gemeenten, sociaal domein en (in veel regio's) ervaringsdeskundigen en verzekeraars vertegenwoordigd waren. Deze structuren waren functioneel om elkaar en elkaars aanbod te leren kennen, om afspraken te maken en te blijven herijken, om mechanismen om de wachttijd te verminderen te ontwerpen, uit te rollen en/of te verbeteren, om pilots uit te voeren en domeinen te verbinden die elkaar voorheen niet vonden. De samenwerking binnen deze structuren werd als positief ervaren en vormde een vliegwiel voor meer en betere samenwerking over de hele linie. Toch is deze samenwerking nog niet stabiel of vanzelfsprekend, om een aantal redenen:

- Draagvlak voor samenwerking vertaalt zich nog niet altijd naar daadwerkelijke actiebereidheid/ het leveren van capaciteit.
- Huisartsen ervaren capaciteitsdruk en kunnen niet altijd meebewegen.
- Gemeenten worstelen met mandaat, rolonduidelijkheid en onzekerheid over financiering.
- Kleine ggz-aanbieders en vrijevestigden zijn moeilijk te organiseren en hebben minder financiële ruimte.
- Sociaal domeinpartners zijn niet altijd structureel of voldoende gefinancierd voor hun rol in de wachttijdenaanpak.
- Ervaringsdeskundigheid is vaak kwetsbaar georganiseerd, ondergefinancierd en onvoldoende geborgd in de samenwerkingsverbanden.

Hierdoor blijft de samenwerking afhankelijk van blijvende regie, tijd en aandacht, en is de continuïteit niet vanzelfsprekend na afloop van projectsubsidies. Daar komt bij dat IZA-ontwikkelingen in sommige regio's tijdens het Versnellers-project voor meer bureaucratie en vertraging zorgden: extra overlegstructuren, nieuwe verdeling van verantwoordelijkheden en top-down kaders en richtlijnen, waren enigszins verstorend voor de ontluikende samenwerkingen, terwijl lokale kleur en context juist essentieel zijn voor een effectieve domeinoverstijgende aanpak. Volgens betrokkenen zou een blijvend onafhankelijke procesregisseur of netwerkcoördinator die domeinoverstijgend mandaat heeft – niet vanuit één organisatie, maar in dienst van het netwerk – kunnen helpen om de benodigde stappen te zetten richting betere borging.

#### **Conclusie 4. Mechanismen voor de aanpak van wachttijden zijn ontwikkeld, maar vaak nog pril of kleinschalig**

De Versnellers-regio's hebben een variatie aan mechanismen ontwikkeld en/of versterkt, zij het vooral gericht op de 'instroomkant' van de ggz. In sommige regio's werd ingezet op één mechanisme en in andere regio's op meerdere mechanismen, al dan niet in samenhang met elkaar. De meest gebruikte mechanismen binnen de Versnellers-aanpakken waren:

- Brede triage / verkennende gesprekken  
Regio's ontwikkelden triagemodellen waarin sociaal domein, ggz en soms ervaringsdeskundigen samen een eerste verkennend gesprek voeren. Betrokkenen zijn enthousiast over de kwaliteit, verbinding en het vermogen om 'onnodige' instroom te voorkómen. Toch vergde implementatie veel voorbereiding (training, privacy, systemen), is de schaal nog klein, en is er geen zicht op de 'passendheid' op langer termijn van de oplossingen waar naartoe is verwezen.
- Transfertafels en overlegtafels (ook wel domeinoverstijgend casusoverleg genoemd)  
Deze veelgebruikte mechanismen leiden tot beter inzicht in elkaar, warmere overdrachten, minder 'kastje naar de muur' verplaatsingen. Maar hun effectiviteit werd beperkt door gebrek aan mandaat, capaciteitsknelpunten, inconsistentie in deelname, beperkte mogelijkheden bij algehele schaarste aan aanbod. De impact op instroom was beperkt vanwege lage aantallen; effecten op passende zorg liggen daarentegen voor de hand.

In deel C van dit rapport worden de belangrijkste resultaten en conclusies van onze nadere evaluatie van deze twee mechanismen beschreven.

#### **Conclusie 5. Versnellers-aanpakken hebben vooral structuren toegevoegd, niet de bestaande structuren veranderd.**

Binnen de Versnellers-projecten vond de vernieuwing vooral buiten de bestaande primaire processen van de betrokken organisaties plaats. De projecten richtten zich met name op het toevoegen van iets extra's – zoals nieuwe samenwerkingsmechanismen aan de voorkant van de ggz – zonder dat dit ingrijpende veranderingen vereiste in de interne werkwijzen van de betrokken organisaties zelf. Dit maakte het mogelijk om in korte tijd stappen te zetten, draagvlak te behouden en samenwerking op te bouwen zonder de complexiteit van interne systeemveranderingen. Tegelijkertijd zit hier ook een kwetsbaarheid van de aanpak. Immers, de essentie van integraal werken is niet slechts een instrument voor een verdelingsvraagstuk (welke hulpvraag hoort waar thuis), maar een methode voor goede, waardegedreven zorg voor mensen met (complexe) problemen. Betrokkenen waarschuwen dat de manier waarop er nu invulling wordt gegeven aan het concept integraal werken (ook binnen de Mentale gezondheidsnetwerken),

mogelijk te beperkt is en het nodig is om veel meer terug te keren naar de oorspronkelijke bedoeling van het integraal werken (bijv. transdiagnostisch werken binnen de ggz).

### **Conclusie 6. De daadwerkelijke impact op wachttijden en hulpvragers blijft (nog) beperkt en slecht meetbaar**

Wanneer betrokkenen zelf de impact van de Versnellers-aanpakken op verschillende niveaus beoordeelden, bleek:

- Meer grip op in-, door- en uitstroom wordt door regio's als 'waarschijnlijk' gezien, maar grotendeels op basis van aannames, kleinschalige pilots en anekdotes.
- Betere domeinoverstijgende samenwerking is voor alle betrokkenen waarneembaar; het is aannemelijk dat de Versnellers-projecten hier succesvol in zijn geweest.
- Positieve impact (o.a. in termen van elkaar beter leren kennen waardoor kortere lijnen ontstaan) op professionals is merkbaar, vooral bij hen die in de pilots werkten.
- Betere uitkomsten voor hulpvragers zijn 'enigszins waarschijnlijk': regio's zijn overtuigd van de uiteindelijke impact, maar goede monitoring ontbreekt. Het is niet duidelijk of hulpvragers daadwerkelijk (sneller) hulp hebben ontvangen die past bij hun hulpvraag.
- Bijdragen aan het verminderen van wachttijden wordt ook als 'enigszins waarschijnlijk' ingeschat, maar is in de meeste regio's niet zichtbaar. De looptijd was te kort en wachttijden worden mede bepaald door factoren buiten de invloedssfeer van de projecten (zie conclusie 7).

### **Conclusie 7. De grootste knelpunten zitten buiten de invloedssfeer van de projecten.**

Een belangrijke bevinding was dat betrokkenen aangaven dat veel van de oorzaken van wachttijden buiten de beïnvloedingssfeer van een regionale aanpak liggen. Het gaat dan onder andere over financiële schotten, gebrek aan domeinoverstijgende financiering, prikkels in contractering die risicoselectie of hoge drempels in de ggz versterken, gebrek aan integraal werken *binnen* de ggz, en capaciteitstekorten bij ggz, sociaal domein en huisartsen. Daarnaast spelen er ook sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen die de vraag naar zorg beïnvloeden, zoals sociaaleconomische factoren en medicalisering van psychisch lijden. Samenvattend werken de aannames die aan de Versnellers-aanpakken ten grondslag liggen, en die we ook terugzien in het IZA, de illusie van controle in de hand. Dat wil zeggen: het beleid focust op wachttijden en het verminderen van instroom door samenwerking, maar wachttijden zijn vooral een symptoom van grotere (systeem)-vraagstukken. De evaluatie laat zien dat regionale samenwerking wél kan optimaliseren, maar niet het systeem kan repareren.

### **Conclusie 8. De geleerde lessen uit de Versnellers-aanpakken wijzen de weg naar een toekomstbestendige aanpak van wachttijden**

De geleerde lessen uit de regio's zijn behoorlijk eensluidend en kunnen helpen om toekomstige trajecten (waaronder de uitvoering van transformatieplannen / de inrichting van de Mentale gezondheidsnetwerken) verder te helpen:

- Systeemverandering kost veel meer tijd dan gedacht. 'Drie stappen vooruit, één achteruit' is normaal; planning moet hierop zijn ingericht.
- Relaties en vertrouwen zijn randvoorwaardelijk. Zonder relationele basis is elke structuur of blauwdruk gedoemd.
- Urgentie en eigenaarschap ontstaan in de praktijk, niet op papier. Koplopers, kleine successen en leren door te doen zijn cruciaal.

- Systeemkaders kunnen belemmerend werken; experimenteerruimte is nodig. Regio's hebben binnen de projecten vaak 'buiten de kaders' moeten werken; structurele verandering vraagt landelijke keuzes.
- Burger- en ervaringsdeskundige participatie moet structureler en eerder. Dit is nu nog kwetsbaar en onvoldoende geborgd.
- Monitoring moet waardegedreven, leergericht en tijdig worden ingericht.
- Klein beginnen werkt, maar randvoorwaarden moeten meegroeien. Veel mechanismen liepen tegen grenzen aan van financiering, capaciteit of regelgeving.



## DEEL C: Verdiepende evaluatie

## 6 Inleiding



Uit de begeleide zelfevaluatie bleek dat het verkennend gesprek (VG) en het domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO) veelgebruikte mechanismen waren in de regionale Versnellers-aanpakken van de wachttijden in de ggz. In fase 2 van het evaluatietraject zijn deze twee mechanismen daarom nader geëvalueerd, met als doel om meer zicht te krijgen op uitvoering, ervaringen en (mogelijke) effecten. Daartoe is beschikbare documentatie uit Versnellers-regio's bestudeerd en zijn interviews gehouden met direct betrokkenen. Voor het VG zijn vooral uitvoerders van het gesprek – ook wel verkenner genoemd – geïnterviewd<sup>26</sup>; voor het DOCO ging het om interviews met deelnemers aan het casusoverleg.

In hoofdstuk 7 beschrijven we de belangrijkste resultaten van de verdiepende evaluatie naar het VG, en in hoofdstuk 8 doen we hetzelfde voor het DOCO. In hoofdstuk 9 worden overkoepelende conclusies geformuleerd. Voor de volledige beschrijving van de nadere evaluatie verwijzen we naar de twee achtergrondrapporten: 'Het verkennend gesprek nader bekeken' en 'Het domeinoverstijgend casusoverleg nader bekeken'.

---

<sup>26</sup> Er zijn ook twee personen met een hulpvraag geïnterviewd.

## 7 Het verkennend gesprek nader bekeken: belangrijkste resultaten



Deze verdiepingsslag is gebaseerd op de beschikbare documentatie over de resultaten van pilots met het VG in zeven Versnellers-regio's: Zwolle, Noord- en Midden Limburg (gezaamenlijk), Arnhem en Nijmegen (gezaamenlijk), Flevoland en Achterhoek-de Liemers<sup>27</sup>. De publicaties varieerden in omvang en gedetailleerdheid, en de pilots waren relatief kleinschalig en kortdurend, maar geven wel een beeld van de resultaten van het VG in deze regio's. De documenten zijn bestudeerd om de belangrijkste thema's en bevindingen eruit te destilleren. Naast de documentenanalyse hebben we aanvullende interviews gehouden met 12 betrokkenen (10 gespreksvoerders/verkenneren en twee hulpvragers) in de volgende vier Versnellers-regio's: Groningen, de Liemers, Midden-Holland en 't Gooi<sup>28</sup>. De interviews zijn thematisch geanalyseerd.

### 7.1 Doel en uitvoering

Uit de beschreven pilots en onze eigen aanvullende interviews met betrokkenen kwam het beeld naar voren dat er ten tijde van de pilots overeenkomsten bestonden in de uitvoering van het VG, en ook enkele, serieuze verschillen.

Over het overkoepelende doel van het VG bestond brede overeenstemming. Het werd uitgelegd als een breed, vraagverhelderend gesprek dat moet leiden tot passende hulp (in de ggz, het sociaal domein, de huisartsenpraktijk of het eigen informele netwerk). Uit de interviews bleken wel verschillende nuances/interpretaties. We zagen een meer instrumentele opvatting die gericht is op het scherp krijgen van de hulpvraag en passende doorverwijzing en een meer relationele opvatting, gericht op luisteren, erkenning, normalisering, eigen regie en activering. Deze verschillen lijken deels samen te hangen met de achtergrond van de betrokken verkenneren en met welke discipline de 'lead' had in het organiseren van de gesprekken. De duo-opzet met twee gespreksvoerders uit verschillende domeinen helpt om deze perspectieven te verbinden.

Over het algemeen bestond er ten tijde van de pilots (nog) geen afgebakende, duidelijke doelgroep voor het VG. Het werd onder andere aangevraagd bij onduidelijke problematiek, multi-problematiek, terugkerende hulpvragen of twijfel bij de huisarts. De positionering van het VG varieerde tussen regio's. In de meeste regio's was het VG een verlengstuk van de huisarts/POH-ggz. Dat wil zeggen: de huisarts vraagt aan, en het VG leidt tot een advies dat teruggaat

27 In het achtergrondrapport over het VG worden ook de resultaten meegenomen van het actieonderzoek dat over een langere periode (januari 2022-maart 2024) werd uitgevoerd in Midden- en West-Brabant, wat geen Versnellers-regio was.

28 Hoewel de pilots met het VG geen onderdeel waren van de Versnellers-subsidies van de regio's Groningen en 't Gooi, lagen deze pilots in het verlengde hiervan.

naar de huisarts. In enkele regio's was de positionering anders. Zo zagen we positionering ná ggz-verwijzing (o.a. mensen op de wachtlijst) en inbedding van het VG in een zogeheten toeleidingspunt (TP) dat gepositioneerd was tussen huisartsenzorg en ggz. In dat laatste geval nam het TP de eventuele ggz-verwijzing vanuit een VG op zich, dit werd niet weer eerst teruggelegd bij de huisarts. In een enkele regio konden inwoners ook via het sociaal domein en de ggz naar het VG worden verwezen.

Gesprekken werden doorgaans gevoerd door een koppel van verkenner met een achtergrond in de ggz, het sociaal domein en ervaringsdeskundigheid. Welke combinaties er werden gemaakt, was verschillend in de regio's. In een enkel geval was de POH-ggz ook betrokken als verkenner. De gespreksduur varieerde van 45 tot 90 minuten. Deze (langere) tijdsduur werd breed gezien als voorwaarde voor verdieping en zorgvuldigheid. In de meeste regio's werd doorgaans één gesprek gevoerd met de hulpvrager. In enkele gevallen vond er een tweede gesprek plaats (bijv. in de pilot in Zwolle-Zuid was dit gebruikelijker). Dit om een vervolgadvice op te stellen, uitgaande van een brede verkenning in het eerste gesprek.

Voor het gesprek werd doorgaans geen vast format gebruikt. Verkenner benadrukten dat het aansluiten bij de persoon tijdens het gesprek, zonder strak format, het beste werkt. Er werden in regio's verschillende keuzes gemaakt over of de gesprekken digitaal of fysiek werden uitgevoerd, wat allebei voor- en nadelen heeft. Bij fysieke gesprekken is locatiekeuze van belang: niet-medische, huiselijke plekken bevorderen veiligheid en daarmee een goed gesprek. Bij digitale gesprekken lijkt de kans op 'no show' groter. Er waren verschillen in de mate van en manier waarop 'nazorg' / opvolging vorm kreeg: in één regio werden mensen warm overgedragen of tijdelijk begeleid door een verkenner; elders was het echt een eenmalig gesprek zonder opvolging. Aangegeven werd dat het voor hulpvragers lastig kan zijn om zelf de afgesproken vervolgstap te zetten, zonder hulp of ondersteuning daarbij.

## 7.2 Werkzame elementen

Uit de documentenstudie en interviews kan worden opgemaakt dat de ervaringen met het VG overwegend positief zijn. Betrokkenen hebben het idee dat het VG werkzaam is in het bereiken van het doel (brede vraagverkenning om te komen tot passende zorg of ondersteuning). Het VG leunt daarbij op een drietal werkzame elementen:

- De tijd en verdieping, wat leidt tot ruimte voor een breder verhaal en betere duiding.
  - De normaliserende en krachtgerichte benadering, wat medicalisering doorbreekt, wachtstand voorkómt, en regie en perspectief creëert.
  - De duo-aanpak, wat blikverbreding faciliteert en domeinoverstijgende samenwerking verbetert.
- Daarnaast kunnen verschillende bevorderende factoren voor de uitvoering worden gedestilleerd uit de documenten en de interviews, waaronder: goede training, een betrokken kartrekker/coördinator, persoonsgerichte competenties van verkenner, betrokkenheid van ervaringsdeskundige verkenner, goede afstemming van visie en werkwijze in de duo's van verkenner, stimuleren van het meenemen van een naaste, en goede kennis van het voorliggend veld.

Ondanks de overwegend positieve ervaringen kunnen vanuit de documenten en interviews ook diverse aandachtspunten worden geïdentificeerd, die met name van belang zijn bij verdere doorontwikkeling en opschaling van het VG.

## 7.3 Aandachtspunten

### 7.3.1 Algemene aandachtspunten in de uitvoering

De documentenstudie en interviews wezen op een aantal fundamentele aandachtspunten. Allereerst de positionering van het VG. Hierin zijn keuzes te maken die ook de precieze functie van het VG lijken te beïnvloeden. Zo was in de pilots in Arnhem en Nijmegen en in Flevoland het VG (als centraal onderdeel van het TP) gepositioneerd tussen de huisartsenpraktijk en de ggz; het VG had een advies- en verwijzfunctie. Uit de evaluatie van de pilots bleek bij betrokkenen de behoefte te bestaan om in de toekomst het VG dichtbij of naast de huisartsenpraktijk te positioneren als een adviesfunctie voor de huisarts en POH-ggz. Ook uit onze interviews bleek hier een brede voorkeur voor. Inzet van het VG via een verwijzing naar de ggz, of als mensen al op de wachtlijst stonden, kwam in zowel de documenten als interviews naar voren als niet wenselijk, vanuit de ervaring dat het VG dan geen of minder meerwaarde had, vooral ook omdat een verwijzing bij hulpvragers de verwachting schepte dat een behandeling in de ggz de vervolgstap zou zijn<sup>29</sup>.

Een ander belangrijk aandachtspunt, samenhangend met de positionering, is de doelgroep van het VG. Als gekeken wordt naar de huisartsenpraktijk – de belangrijkste aanmeldroute naar het VG – gaven de resultaten uit zowel de documenten als de interviews aan dat onder huisartsen en POH's-ggz hierover geen duidelijke consensus bestaat. Zo bleek uit de pilots in Arnhem en Nijmegen en in Flevoland dat het type en het aantal aanmeldingen voor het VG sterk varieerde tussen huisartsen. Verder benoemden deelnemende huisartsen een variëteit aan groepen hulpvragers voor wie het VG zinvol kan zijn; een bevinding die we ook terugzagen in onze aanvullende interviews. Een ander voorbeeld is dat uit de pilot in de Liemers naar voren kwam dat sommige huisartsen vonden dat het VG zo breed mogelijk ingezet zou moeten worden, terwijl andere huisartsen juist een voorkeur hadden om het gericht te gebruiken bij alleen hulpvragers die anders waarschijnlijk op een wachtlijst voor de ggz terecht zouden komen. Door het ontbreken van een duidelijke consensus is het nodig om te verduidelijken welke inwoners met welke hulpvragen in aanmerking komen voor het VG, zeker als het VG in een regio als adviesfunctie voor huisartsen en POH's-ggz wordt gepositioneerd. Onvoldoende duidelijkheid bij aanvragers over voor wie het VG is (of in het verlengde hiervan wat de functie is), kan zorgen voor onduidelijkheid richting inwoners over waarom ze voor een VG worden uitgenodigd, wat onwenselijk is. De landelijke werkwijze voor de ontwikkeling van Mentale gezondheidsnetwerken geeft waarschijnlijk onvoldoende concrete handvatten, omdat de doelgroep van het VG daarin vrij globaal wordt beschreven, te weten personen met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen (Programma Mentale gezondheidsnetwerken, 2024). Met betrekking tot de positionering en doelgroep van het VG is een andere vraag of inwoners óók vanuit het sociaal domein kunnen worden aangemeld voor het VG. In één regio was dit in de pilot een mogelijkheid, en in andere regio's was dit een wens bij de doorontwikkeling.

---

29 Het plaatsen van het VG naast de huisartsenpraktijk is een andere benadering dan in Midden- en West-Brabant (geen Versnellers-regio) tijdens het aldaar uitgevoerde actieonderzoek in de periode januari 2022-maart 2024. Toentertijd was het VG gepositioneerd binnen de mentale gezondheidscentra, die onderdeel zijn van GGZ Breburg, de ggz-kerninstelling in de regio. Vanaf 2024 werd met vrijwel iedere hulpvrager die was aangemeld voor de ggz een VG gevoerd in een mentaal gezondheidscentrum. Met een dergelijke positionering had het VG meer een functie als 'voordeur' van de ggz, en minder een adviesfunctie voor de huisarts en POH-ggz.

Verder kwam uit de documenten en interviews naar voren dat 'dubbeling' of 'herhaling' van gesprekken en stappen voor de inwoner<sup>30</sup> moet worden voorkómen. Dat wil zeggen: het is belangrijk dat hulpvragers niet meerdere keren, aan verschillende mensen, hun verhaal moeten vertellen voor er iets in gang wordt gezet. Dit betekent dat er zorggedragen moet worden voor samenhang tussen het VG en andere functies en voorzieningen met deels dezelfde doelen. Het VG is de centrale functie van de Mentale gezondheidsnetwerken die in elke regio worden ingericht. Er zal een goede verbinding moeten zijn met de andere functies binnen de netwerken, te weten het transfermechanisme, het domeinoverstijgend casusoverleg, en informatievoorziening over het zorg- en ondersteuningsaanbod in de regio (inclusief wachttijden)<sup>31</sup>. Daarnaast gaat het om goede samenhang tussen het VG en al langer bestaande functies en voorzieningen, zoals brede gespreksvoering in de huisartsenpraktijk, de POH-ggz, consultatiefunctie ggz, Welzijn op Recept en laagdrempelige steunpunten. Het zal voor de huisarts en ook de POH-ggz duidelijk en overzichtelijk moeten zijn wanneer een hulpvrager in aanmerking komt voor welke functie of voorziening.

Ten slotte is het VG een nieuwe werkwijze waarin wordt samengewerkt tussen huisartsen en POH's-ggz, professionals vanuit het sociaal domein, ervaringsdeskundigen en ggz-professionals. Uit de documenten en interviews kwam duidelijk naar voren dat allerlei randvoorwaarden (o.a. op organisatorisch, juridisch gebied en qua bemensing, taak- en verantwoordelijkheidsverdeling, financiering, en dossiervoering en informatie-uitwisseling) geregeld dienen te zijn voor de doorontwikkeling en opschaling van het VG. Landelijke uniformiteit (m.b.t. training, kwaliteitscriteria, doelgroep-definitie) kan helpen, waarbij er wel ook ruimte moet blijven voor regionaal maatwerk. Daarbij werd erop gewezen dat de extra administratieve belasting voor betrokkenen zo klein mogelijk moet worden gehouden en dat zoveel mogelijk gebruik moet worden gemaakt van bestaande verwijs- en registratiesystemen.

### 7.3.2 Aandachtspunten voor de toeleiding naar het VG

De documenten en interviews identificeerden een aantal aandachtspunten voor de toeleiding naar het VG. Zo werd gewezen op het belang van het goed vooraf voorlichten van hulpvragers over het doel en de werkwijze van het VG. Dit voorkómt teleurstellingen (zoals dat het gesprek kan leiden tot een vervolgstap *buiten* de ggz) of verrassingen (zoals dat het gesprek met twee personen wordt gevoerd). Hiervoor is heldere, toegankelijke informatie nodig, het liefst zowel mondeling (door de aanvrager, en door degene die de afspraak inplant) en schriftelijk/digitaal (via de bevestigingsbrief). Het moet duidelijk zijn dat het geen intakegesprek is en dat de verkenner samen met de persoon gaan kijken naar andere mogelijkheden, om sneller hulp te krijgen. Goede voorlichting van de hulpvragers vereist ook dat verwijzers – doorgaans de huisarts en POH-ggz – goed zijn geïnformeerd. Ook werd aangegeven dat vooraf in de voorlichting en communicatie zoveel mogelijk moet worden aangestuurd op het aansluiten van een naaste bij het VG. Dit omdat de meesten gesprekken zonder een naaste erbij werden gevoerd, terwijl de aanwezigheid van een naaste juist als waardevol werd ervaren.

30 Een concreet voorbeeld uit de regio Arnhem en Nijmegen is een lange route door elkaar opvolgende gesprekken met de huisarts, de POH-ggz en de verkenner.

31 In de toeleidingspunten in Arnhem en Nijmegen en in Flevoland werd het VG al gecombineerd met informatievoorziening over het regionale ggz-aanbod (inclusief wachttijden).

Uit de documenten en interviews bleek verder dat het inplannen van de VG'en veel tijd kostte. Eén van de kernpremises van het VG is dat het sneller leidt tot passende zorg of ondersteuning. Deze veronderstelling valt of staat echter met de mogelijkheid om hulpvragers snel te benaderen voor een afspraak en deze ook op korte termijn in te plannen. Betrokkenen gaven aan dat het 't best werkt als de hulpvrager direct, of in ieder geval binnen een week, wordt benaderd voor een afspraak. Daarvoor is een gestroomlijnd proces en voldoende beschikbaarheid van verkenner een voorwaarde. Dit vraagt bij de doorontwikkeling om voldoende menskracht hiervoor en een professioneel en gebruiksvriendelijk plannings- en registratiesysteem. In sommige pilots was sprake van relatief veel 'no-shows' of afspraken die werden afgezegd. Nagegaan moet worden hoe dit zoveel mogelijk kan worden voorkómen.

Ook het vergroten van de toegankelijkheid van het VG behoeft aandacht. In de pilots zijn positieve ervaringen opgedaan met zowel face-to-face als digitale gespreksvoering. Tegelijkertijd werd duidelijk dat voor een deel van de hulpvragers een face-to-face variant het meest passend is, en voor een ander deel een online variant. Daarom wordt aanbevolen om ervoor te zorgen dat beide varianten mogelijk zijn, en dat de behoeften van de hulpvrager en naaste belangrijk zijn in het maken van de keuze tussen fysiek of online. Om de toegankelijkheid van het VG te vergroten werd ook gewezen op het bieden van de mogelijkheid om het gesprek in andere talen dan het Nederlands te voeren.

### 7.3.3 Aandachtspunten voor het voeren van het VG

Uit de documenten en interviews volgden ook een aantal aandachtspunten voor de uitvoering van het VG. Zo dient geborgd te worden dat het gesprek wordt gevoerd met een integrale brede blik en vanuit inzichten over positieve gezondheid en herstelbevordering. In dat kader wordt het belangrijk gevonden dat deze gespreksbenadering door de verkenner wordt gedragen en dat zij hier ervaring in hebben en hierin zijn getraind. In diverse pilots was ondersteunend instrumentarium beschikbaar, zoals een gespreksleidraad of -vorm. Over het algemeen waren de ervaringen hiermee positief<sup>32</sup>. Maar in de interviews werd wel benadrukt dat het 't beste werkt om er 'open' in te gaan, en dus niet te dogmatisch vast te houden aan een bepaalde methode. Ook moet er rekening mee gehouden worden dat sommige hulpvragers gewoon echt naar de ggz willen.

Een integrale benadering wordt ook gestimuleerd doordat twee verkenner met verschillende expertises het gesprek voeren. Hierbij wezen de bevindingen wel op twee aandachtspunten. Ten eerste voldoende diversiteit binnen het team van verkenner. In dit opzicht viel op dat in sommige pilots ook POH's-ggz de rol van gespreksvoerder vervulden, en dat uit evaluaties van andere pilots bleek dat daar een behoefte aan bestond. Dit verschilt van de landelijke werkwijze waarin geen verkennerrol is weggelegd voor de POH-ggz (Programma Mentale gezondheidsnetwerken, 2024)<sup>33</sup>. Aanvullend kwam uit de interviews naar voren dat het aansluiten van een ervaringsdeskundige veel meerwaarde heeft, maar dat dit nog onvoldoende financieel wordt ondersteund. Ten tweede gaven de pilots aan dat het proces van het selecteren van een koppel van verkenner aandacht behoeft. Voorwaardelijk is dat er vanuit de verschillende domeinen en expertises voldoende professionals beschikbaar zijn. Specifiek uit de interviews kwam naar voren

32 Met uitzondering van het gebruik van de vragenlijst Positieve Gezondheid, dat wisselend werd ervaren.

33 Volgens de werkwijze dient het VG gevoerd te worden door professionals uit ggz én sociaal domein, waarbij zoveel als mogelijk ook een ervaringsdeskundige uit ggz of sociaal domein aansluit.

dat de twee verkenneren ook moeten 'matchen' met elkaar. Als visie en werkwijze te veel verschillen kan dit leiden tot inefficiënte en ongemakkelijke gesprekken. Dit kan deels worden ondervangen door voldoende tijd uit te trekken voor afstemming en voorbereiding. Voorkómen moet worden dat de medische blik toch onbedoeld overheerst. Dit blijft een risico volgens betrokkenen. Een andere kwestie is hoe het beste een 'match' kan worden gemaakt tussen de hulpvraag van een inwoner en de expertises van de verkenneren. Hierbij is de nog te beantwoorden achterliggende vraag in hoeverre ervaringen en uitkomsten van hulpvragers worden beïnvloed door gekozen koppels van verkenneren met verschillende deskundigheden. In de pilots werd het toewijzen van verkenneren verschillend ingevuld. Zo was dit in sommige pilots belegd bij de professional die ook verder een coördinerende rol had, terwijl in de pilots met een TP triagisten specifiek de taak hadden om verkenneren te selecteren. Het is onduidelijk in hoeverre de 'koppel'-keuzes vanuit inhoudelijke of praktische overwegingen werden gemaakt. Uit de evaluatie van enkele pilots kwam wel het advies om een ggz-professional standaard gespreksvoerder te laten zijn wanneer complexere psychische problematiek onderdeel is van de hulpvraag. Idealiter hebben de verwijzer en hulpvrager – waar mogelijk – ook inspraak in de selectie van verkenneren.

Tot slot is een aandachtspunt dat vooral uit de interviews naar voren kwam dat een overdreven nadruk op 'afbuigen' naar niet-ggz aanbod voorkómen moet worden. Betrokkenen gaven aan dat het een valkuil kan zijn om het VG puur als een instrument voor afbuiging te zien. De focus moet liggen op passendheid van de aanbevolen vervolgstap gegeven de hulpvraag. Daarbij moet ook rekening gehouden worden met het feit dat het voorliggend veld/sociaal domein niet elke hulpvraag kan oppakken, onder andere door het ontbreken van kennis en expertise. Volgens geïnterviewden bestaat er geen consensus over wat het voorveld wel en niet zou moeten aankunnen/oppakken qua problematiek.

#### **7.3.4 Aandachtspunten voor de opvolging van het VG**

Uit de documenten en interviews kwamen ook nog een aantal aandachtspunten naar voren voor de opvolging van het VG. Wanneer ggz de geadviseerde vervolgstap is na het VG, is het voor een gerichte verwijzing noodzakelijk dat er actuele en volledige informatie beschikbaar is over het regionale ggz-aanbod (inclusief wachttijden). Dit te ontwikkelen blijkt geen sinecure. Zo waren de ontwikkelde dashboards in Arnhem en Nijmegen en in Flevoland bruikbare hulpmiddelen voor verkenneren om gerichter te verwijzen, maar bestond er nog wel verbeterruimte in het volledig en up-to-date zijn van de informatie in de dashboards. Overigens was het advies vanuit deze pilots om het dashboard ook toegankelijk te maken voor huisartsen (ter ondersteuning van 'directe' verwijzingen) en ggz-aanbieders zelf (ter ondersteuning bij doorverwijzingen binnen de ggz). Bij huisartsen was er behoefte aan lastenverlichting bij verwijzing naar de ggz als vervolgstap na het VG. Zo werd genoemd dat het verwijsadvies concreet uitgewerkt moet zijn en afgestemd met zowel hulpvrager als ggz-aanbieder, zodat deze direct door de huisarts als verwijzing kan worden doorgezet. Een andere benoemde benadering was dat de feitelijke ggz-verwijzing gedaan wordt door de verkenneren of toeleidingsorganisatie met doorzettingsmacht.

In geval het sociaal domein als vervolg na het VG wordt geadviseerd, is evenzo een actuele en volledige sociale kaart nodig voor een gerichte toeleiding. Uit de pilots bleek dat ook hier nog volop ontwikkelruimte bestaat. Er werden verschillende mogelijkheden benoemd voor het sneller en efficiënter inzicht krijgen in het beschikbare aanbod in het sociaal domein: het ontwikkelen van

technologische hulpmiddelen, zoals een dashboard of een AI-gestuurde zoekfunctie, maar ook het beter benutten van kennis bij 'sleutelfiguren' in de wijk, zoals medewerkers van wijkteams en ervaringsdeskundigen. Voor dergelijke 'levende sociale kaarten' worden korte lijnen in de wijk essentieel gevonden. Noemenswaardig is dat uit een pilot bleek dat toeleiding naar het sociaal domein na het VG meer tijd kostte dan een verwijzing naar de ggz, omdat het vroeg om warme overdracht, eigenaarschap of verdeling van verantwoordelijkheden. Uit de documentatie van de andere regio's was niet te herleiden in hoeverre deze ervaring breed werd gedeeld. Maar uit de interviews kwam wel aanvullend naar voren dat het belang van zo'n overdracht niet onderschat moet worden (hier moet eigenlijk tijd voor zijn).

Verder heeft ook de terugkoppeling na het VG aandacht. Vanuit verschillende pilots werd aangegeven dat in de toekomst geborgd zou moeten worden dat voor zowel de verwijzer (door gaans de huisarts of POH-ggz) als de hulpvrager een kort en duidelijk gespreksverslag, inclusief de geadviseerde vervolgstap, beschikbaar is. Dit vraagt om een faciliterend registratiesysteem. In het verlengde van een transparante terugkoppeling van het VG lag de behoefte om zicht te hebben op de opvolging van het advies, en de ervaringen ermee. Monitoring van het vervolgtraject na het VG werd belangrijk gevonden om te kunnen bepalen wat de lange termijn uitkomsten zijn voor hulpvragers en de wachttijden in de ggz. In de interviews gaf men aanvullend aan dat door het eenmalige karakter verkenner geen zicht hebben op de juistheid van hun advies, waardoor het leereffect ontbrak. Ook vonden verkenner het vaak jammer niet te weten of iemand 'goed terecht is gekomen'.

Tot slot, het VG werkt alleen als er ook voldoende en voldoende divers lokaal aanbod is om naar toe te verwijzen. Geïnterviewden benoemden dat dit een kwetsbaar punt was. Zij weten dit aan een gebrek aan structurele financiering, bezuinigingen en personeelstekort, waardoor initiatieven (met name in het voorveld/ sociaal domein) soms onvoldoende toegankelijk zijn, of er simpelweg niet zijn.

## 7.4 Effecten

### 7.4.1 Vervolgadviezen na het VG

In de documentenstudie hebben we specifiek gekeken naar gerapporteerde gegevens over de geadviseerde vervolgstappen na het VG. Daarbij werd *geen* verwijzing naar de ggz als een positief effect beschouwd, vanuit de veronderstelling dat andere zorg of ondersteuning passend is voor de hulpvraag van de persoon (ook op de langere termijn) én dat dit op den duur kan bijdragen aan kortere wachttijden in de ggz. Wat als een ander positief effect van het VG werd gezien, is dat voor een deel van de hulpvragers ggz *in combinatie met* andere zorg of ondersteuning werd geadviseerd. De veronderstelling is dat in deze gevallen gecombineerde trajecten bijdragen aan betere uitkomsten voor hulpvragers, ten opzichte van alleen ggz-zorg.

Als uitgegaan wordt van de beschikbare cijfers uit de pilots, valt op dat er grote variatie tussen de Versnellers-regio's bestond op deze twee 'indicatoren'. Het percentage hulpvragers voor wie na het VG zorg of ondersteuning *buiten* de ggz werd geadviseerd, varieerde van 10% (Noord-oostpolder en Urk) tot 73% (De Liemers). Niet elke regio heeft gerapporteerd over cijfers over gecombineerde trajecten. Beschikbare cijfers laten zien dat het percentage hulpvragers voor wie

na het VG *ggz in combinatie met andere zorg of ondersteuning* werd geadviseerd, varieerde van 5% (Arnhem en Nijmegen) tot 44% (Almere). Het is onduidelijk hoe deze aanzienlijke variatie kan worden verklaard. Het lijkt waarschijnlijk dat de eerder beschreven regionale verschillen in de uitvoering van het VG een rol spelen. Bovendien ging het voor de regio's om kortdurende en/of kleinschalige pilots met relatief lage aantallen VG'en. Dit kan hebben bijgedragen aan minder stabiele percentages per regio, en meer variatie tussen regio's.

Op basis van de 'doorstroomcijfers' (geadviseerde vervolgstappen) kan niet worden vastgesteld of het VG, en de opvolging hiervan, daadwerkelijk bijdraagt aan tijdige en passende zorg of ondersteuning voor hulpvragers. Dit vraagt om longitudinaal onderzoek over een langere periode. Dat is ook nodig om te kunnen bepalen wat de lange termijn effecten zijn voor professionals en voor de toegankelijkheid van de ggz en andere domeinen. Een uitgevoerd actieonderzoek in Midden- en West-Brabant (geen Versnellers-regio) dat wij als onderdeel van de documentenstudie hebben bekeken, was wél gebaseerd op een groot aantal VG'en (4.795) over een langere periode (januari 2022-maart 2024) (Hoekstra et al., 2024). Het aandeel hulpvragers dat geen ggz-zorg nodig had als vervolgstap na het VG, daalde in deze regio van 28-29% in 2022-2023, naar 18% in het eerste kwartaal van 2024. Volgens de onderzoekers is de meest waarschijnlijke verklaring hiervoor dat gaandeweg sprake was van een bredere, complexere doelgroep<sup>34</sup>. Het vraagt nader onderzoek met meerdere regio's om na te gaan of, naast doelgroep, ook andere kenmerken in de uitvoering van het VG (zoals de achtergrond en expertise van de koppels van verkenner) mogelijk invloed hebben op de verdeling van de vervolgadvisen over ggz en geen ggz-zorg.

#### 7.4.2 Ervaren effecten

Uit de documenten en interviews kwamen verschillende kwalitatieve bevindingen naar voren met betrekking tot de ervaren effecten van het VG. Voor hulpvragers ligt de meerwaarde vooral in de erkenning en het perspectief dat het gesprek biedt. Mensen voelen zich gehoord, gezien en niet-medisch benaderd. Het VG voorkómt dat zij van het kastje naar de muur worden gestuurd en het levert vaak direct inzicht, praktische tips en een passend vervolgadvis. Wel gaven geïnterviewden aan dat het lastig is om met zekerheid te bepalen of het VG daadwerkelijk tot passende routes leidt. Het VG wordt vooral gewaardeerd wanneer er duidelijkheid is over vervolgstappen en wanneer sprake is van warme overdracht of actieve opvolging door de verkenner. Voor mensen die al langere tijd op wachtlijsten staan, lijkt het VG minder meerwaarde te hebben, omdat dit - zoals eerder aangegeven - eigenlijk te laat in het proces is.

Ook voor professionals biedt het VG meerwaarde, met name door de leerervaring die ontstaat in samenwerking. Verkenner gaven aan dat het gesprek hun blik verruimt en hen stimuleert breder te kijken. Dit was nog meer het geval wanneer er ervaringsdeskundigen in de pool met verkenner zaten. Daarnaast bleek dat de samenwerking tussen domeinen laagdrempeliger werd en het onderlinge respect groeide. Toch voelde het VG niet voor alle professionals even vernieuwend; sociaal werkers waren bijvoorbeeld al gewend dit soort gesprekken te voeren. Over het algemeen werd het VG echter als positief, leerzaam en zinvol ervaren.

---

34 Vanaf 2024 kreeg in principe elke hulpvrager die voor ggz werd aangemeld een VG.

Wat betreft het effect op wachttijden bestond er voorzichtig optimisme, al werden hierover nog geen harde uitspraken gedaan. Verkenner verwachtten dat het VG op de langere termijn de druk op de ggz kan verminderen door betere triage, minder mismatch, meer afbuiging naar het sociaal domein en versterking van eigen regie. Tegelijkertijd kwam naar voren dat de aantallen nog klein zijn, dat de doelgroep vaak complex is en dat het risico bestaat dat wachttijden verschuiven van de ggz naar het sociaal domein

## 8 Het domeinoverstijgend casusoverleg nader bekeken: belangrijkste resultaten



Deze verdiepingsslag is gebaseerd op de beschikbare documentatie over domeinoverstijgende casusoverleggen (DOCO's) in zes Versnellers-regio's: 't Gooi, Midden-IJssel, Achterhoek-de Liemers, Zwolle, Groningen en Flevoland<sup>35</sup>. De documentatie, die varieerde in omvang en gedetailleerdheid, is bestudeerd om de belangrijkste thema's en bevindingen eruit te destilleren. Naast de documentenanalyse zijn interviews gehouden met 19 deelnemers aan DOCO's uit de zes regio's, aangevuld met Drenthe als zevende regio. De interviews zijn thematisch geanalyseerd. In alle regio's is het DOCO nog steeds actief.

### 8.1 Doel en uitvoering

Hoewel regio's voor hun DOCO verschillende benamingen gebruikten<sup>36</sup>, bleek uit de documentenstudie en interviews dat het doel en de uitvoering ervan grotendeels vergelijkbaar waren tussen bijna alle regio's. Het DOCO<sup>37</sup> dat in 2020 voor het eerst in de regio Eemland (geen Versnellers-regio) werd ontwikkeld heeft zichtbaar als standaard gefungeerd<sup>38</sup>. Alleen in Drenthe zagen we een alternatieve vorm van een casusoverleg, die meer het karakter van een multidisciplinair overleg heeft (zie ingevoegd kader aan het einde van deze paragraaf). We gaan in dit hoofdstuk verder alleen in op de veelvoorkomende variant.

Alle DOCO's hadden als doel om via korte, anonieme casusbesprekingen sneller passende oplossingen te vinden voor hulpvragers die tussen wal en schip (dreigen te) vallen: welke partij(en) kan (kunnen) dit het beste oppakken? Meer specifiek ging het om volwassenen met complexe psychische problematiek die nog geen óf niet meer passende zorg of ondersteuning ontvangen, en waarbij de reguliere (door)verwijzing niet lukt of (te) lang duurt. In de interviews werden voorbeelden genoemd van veelvoorkomende casussen, zoals personen met meervoudige problematiek, personen die al lang op de wachtlijst staan en/of herhaaldelijk zijn afgewezen door ggz-aanbieders, of personen met een lange voorgeschiedenis in de ggz. Bij sommige DOCO's konden personen in een crisissituatie niet worden ingebracht, terwijl andere casusoverleggen een dergelijk exclusie criterium niet of minder strikt leken te hanteren.

35 Het opzetten van een DOCO was geen onderdeel van de Versneller-subsidie in Flevoland. In deze regio was al in een eerder stadium, onder de benaming overlegtafel, een DOCO ingericht. Vanwege de langere ervaring met de werkwijze is ervoor gekozen om Flevoland ook mee te nemen in deze nadere evaluatie.

36 Overlegtafel, transfertafel en regiotafel.

37 Onder de benaming overlegtafel.

38 In veruit de meeste regio's kwamen opzet en doel van de DOCO grotendeels overeen met de beschrijving in de landelijke werkwijze voor de ontwikkeling van Mentale gezondheidsnetwerken (Programma Mentale gezondheidsnetwerken, 2024).

Alle DOCO's vonden online plaats, wekelijks of eens per twee weken. Alle wekelijkse overleggen duurden 30 minuten; de tweewekelijkse overleggen duurden 30 of 60 minuten. De twee overleggen van 60 minuten fungeerden ook als transfermechanisme gericht op cliëntgroepen<sup>39</sup>. In de interviews werd aangegeven dat per overleg gemiddeld één of twee casussen worden besproken. Voor sommige DOCO's verviel soms een overleg door een gebrek aan casussen.

In alle DOCO's waren ten tijde van onze evaluatie in ieder geval de ggz (sggz en bggz) en het sociaal domein vertegenwoordigd. Dikwijls namen ook huisartsen, ervaringsdeskundigen en professionals vanuit de verslavingszorg deel. Het exacte aantal deelnemers en de compleetheid van vertegenwoordiging van alle relevante regionale partijen varieerde tussen de DOCO's. Hier speelt mogelijk een rol dat een aantal casusoverleggen nog niet zo lang bestond. Sommige DOCO's hanteerden een vaste kern van deelnemers, en nodigen per overleg gericht aanvullende deelnemers uit op basis van de te bespreken casussen. Uit de interviews kwam naar voren dat het aantal vaste deelnemers varieerde van tien tot ruim twintig. Voor sommige DOCO's bleek een goede en volledige vertegenwoordiging van vrijgevestigde ggz-professionals en het sociaal domein lastig te organiseren vanwege de veelheid aan aanbieders.

Potentiële casusinbrengers waren huisartsen en POH's-ggz, of deelnemers aan het DOCO. Aanmelding verliep doorgaans gestructureerd via een format; huisartsen konden in sommige gevallen via het platform ZorgDomein een casus indienen. Uit de interviews kwam naar voren dat de casusinformatie die bij indiening werd aangeleverd verschillend van kwaliteit was. Bij alle DOCO's was het de bedoeling dat de inbrenger (voor zover geen vaste deelnemer) aansluit bij de bespreking van de eigen casus. Deelnemers werden geacht zich goed voor te bereiden. Een voorzitter leidde de overleggen en bewaakte het uitvoeringsproces van het DOCO, meestal ondersteund door een coördinator of vice-voorzitter. Voorzitters hadden uiteenlopende achtergronden; kerntaken waren doorgaans casusselectie, het leiden van het overleg en het na afloop koppelen van partijen die een rol hebben in de vervolgstap voor een casus. In enkele regio's rouleerde het voorzitterschap tussen deelnemers.

De benodigde tijd voor een casusbespreking varieerde: enkele DOCO's hanteerden vijf minuten als maximum, terwijl andere DOCO's wat meer tijd namen, meestal maximaal tien minuten. Het uitgangspunt van alle DOCO's was dat tijdens het overleg tot een concrete oplossing wordt gekomen voor een casus.

In Drenthe had een casusoverleg primair een *adviesfunctie* voor de casusinbrenger, en niet zozeer een *toeleidingsfunctie* als de DOCO's in de andere regio's. Ook in andere opzichten was de variant in Drenthe anders: de doelgroep was breder en gevarieerder, het aantal deelnemers en het werkgebied was kleiner, het overleg werd fysiek gepland, minder frequent, en met meer besprektijd per casus. Kortom: het casusoverleg had meer het karakter van een multidisciplinair overleg.

39 Bij een transfermechanisme geven aanbieders elkaar inzicht in de aantallen en soorten hulpvragers die op hun afzonderlijke wachtlijsten staan. Ook wordt er gezamenlijk bekeken hoe vraag en aanbod beter bij elkaar gebracht kunnen worden om zo te komen tot het daadwerkelijk transfereren van (groepen) wachtende personen.

## 8.2 Aantal casusbesprekingen en oplossingen

Uit enkele evaluaties die vlak na het opzetten van een DOCO zijn uitgevoerd, bleek dat in de beginfase nog weinig casussen werden ingebracht. De langer lopende DOCO's geven een beter beeld van de aantallen casusbesprekingen die kunnen worden bereikt. Zo ging het in 't Gooi in 2023 om ruim 100 besprekingen, en in 2024 tot augustus van dat jaar om 81 besprekingen. In Almere en omgeving werden in de periode april 2022-juni 2025 in totaal 196 casussen besproken, oftewel circa 60 per jaar. Ter vergelijking: in Eemland, de regio waar het DOCO zijn oorsprong vindt, ging het in de periode oktober 2020-juni 2021 om 250 casusbesprekingen. De grootte van het werkgebied van een DOCO zal een rol spelen in de regionale variatie in het aantal casusbesprekingen. Waarschijnlijk zijn er andere beïnvloedende factoren, zoals de bekendheid van een DOCO bij potentiële casusinbrengers, de overlegfrequentie en de beschikbare tijd per casus.

De beschikbare documentatie bevatte beperkte informatie over de soorten oplossingen die voortkwamen uit de casusbesprekingen. Het beeld wat hieruit naar voren kwam is dat in het merendeel van de gevallen sggz de vervolgstap was, maar dat ook tot andere oplossingen werd gekomen, zoals de inzet van een advies-/consultatiefunctie, basis-ggz of het wijkteam. Verder was voor een deel van de casussen een combinatie van vormen van zorg of ondersteuning uit verschillende domeinen de oplossing. In geval van alleen sggz als vervolgstap ging het niet alleen om enkelvoudige, maar ook om combineerde trajecten (co-behandeling). De interviews gaven een grotendeels vergelijkbaar beeld. Aangegeven werd dat tijdens het overleg doorgaans een oplossing wordt gevonden voor de besproken casussen, wat er meestal op neerkomt dat een deelnemende partij de casus verder oppakt. Ook werd benoemd dat de casusbesprekingen vaker leiden tot parallelle trajecten (bijv. behandeling van ggz- én verslavingsproblematiek) of een oplossing buiten de ggz (bijv. in het sociaal domein). Diverse geïnterviewden gaven aan dat een casusbespreking niet stopt voordat een oplossing is gevonden.

## 8.3 Ervaringen

Algemeen gesteld bleek uit de beschikbare documentatie en aanvullende interviews dat deelnemers overwegend positieve ervaringen hadden met het DOCO. Het doel en de doelgroep werden duidelijk gevonden. Over het algemeen bestond er tevredenheid over de werkwijze, en dit gold ook voor de sfeer en samenwerking tijdens de overleggen.

Deelnemers ervoeren op verschillende manieren meerwaarde van een DOCO. Aangegeven werd dat het meestal lukt om tijdens een overleg gezamenlijk tot een concrete oplossing te komen voor de besproken casussen. De algemene veronderstelling is dat de hulpvragers hierdoor sneller passende zorg en/of ondersteuning ontvangen dan wanneer ze niet zouden zijn besproken tijdens het casusoverleg (waaronder dat zij minder vaak op 'verkeerde' wachtlijsten terechtkomen). Het uitblijven van herbespreking van dezelfde casus werd in interviews genoemd als een indicatie dat een gekozen vervolgstap passend was. Vanuit de DOCO's werd niet gemonitord of de aangedragen oplossingen er daadwerkelijk toe leidden dat besproken hulpvragers tijdiger passende zorg en/of ondersteuning ontvangen. Dit is ook lastig omdat het gaat om anonieme casusbesprekingen. Bovendien vraagt het om over een langere periode volgen van de hulpvragers.

Een ander benoemde meerwaarde van het DOCO was dat de hulpvragen van ingebrachte casussen vanuit een brede, multidisciplinaire blik worden bekeken, waardoor oplossingen niet altijd of alleen in de ggz worden gezocht. Aangegeven werd dat zodoende meer variatie in oplossingen ontstaat dan via de reguliere verwijroutines. Voorbeelden die werden genoemd zijn het vaker gebruiken van de consultatieve functie, aanbod in het sociaal domein en combinaties van vormen van zorg of ondersteuning (parallele trajecten binnen de ggz, of tussen ggz en sociaal domein).

Verder kwam uit de interviews als belangrijkste meerwaarde van het DOCO naar voren dat deelnemers elkaar en elkaars aanbod beter leren kennen waardoor de onderlinge samenwerking verbetert, ook buiten het casusoverleg om. Aangegeven werd dat het DOCO bijdraagt aan kortere lijnen tussen de betrokken partijen, meer onderling vertrouwen, betere afstemming en benutting van elkaars expertise, en het meer voelen van een gezamenlijk verantwoordelijkheid voor het bieden van zorg en/of ondersteuning aan hulpvragers in de regio.

In de interviews is ook expliciet gevraagd naar de potentiële meerwaarde voor het verminderen van wachttijden. Hieruit kwam naar voren dat het DOCO vermoedelijk beperkt bijdraagt aan wachttijdvermindering omdat de hoeveelheid casussen klein is ten opzichte van de omvang van de wachtlijsten. Verder werd benoemd dat de wachttijden in de ggz worden veroorzaakt door een complex samenspel van factoren; dit kan niet worden opgelost door een relatief eenvoudige interventie als het DOCO. Wel kan er sprake zijn van een effect via “ontpsychiatisering” en gerichtere verwijzingen.

Ten slotte werd aangegeven dat het DOCO bijdraagt aan een beter zicht op het beschikbare zorg- en ondersteuningsaanbod in de regio, en de knelpunten (waaronder wachtlijsten- en tijden) die hierin bestaan.

## 8.4 Aandachtspunten

Uit de documenten en interviews volgden verschillende factoren die het functioneren van het casusoverleg kunnen bevorderen of belemmeren. Overkoepelend over de regio's heen kunnen op basis hiervan aandachtspunten worden geformuleerd voor het succesvol functioneren van een DOCO. Allereerst is het belangrijk dat er duidelijke werkafspraken zijn over het doel en de uitvoering van een DOCO, zodat het inbrengen van casussen, het casusoverleg zelf en de afhandeling daarvan gestructureerd en efficiënt plaatsvinden. De voorzitter heeft een belangrijke rol in het bewaken van deze werkafspraken, daarbij ondersteund door een coördinator of vice-voorzitter. Het is dus relevant dat de voorzittersrol wordt ingevuld door een stevige, kundige persoon.

Een ander aandachtspunt is dat het doel en de doelgroep van een DOCO bekend moeten zijn onder alle potentiële casusinbrengers in de regio. Het gaat daarbij niet alleen om huisartsen en POH's-ggz, maar ook om medewerkers van de partijen uit de ggz en andere domeinen die deelnemen aan het casusoverleg. Specifiek uit de interviews bleek dat de bekendheid van sommige DOCO's nog suboptimaal is onder huisartsen. Daarnaast werden diverse andere factoren genoemd die de inbreng van casussen door huisartsen kunnen belemmeren, waaronder het huisartsente-kort, de inzet van flexkrachten (waardoor het DOCO herhaald onder de aandacht moet worden gebracht), beperkte beschikbaarheid van de huisarts op het overlegmoment, en onduidelijkheid

bij de huisarts of een casus wel geschikt is om in te brengen. Daarnaast werd het indienen van een casus soms als bewerkelijk ervaren. Het aanmeldproces dient daarom laagdrempelig te worden ingericht, om de belasting voor een inbrenger beperkt te houden, en toch te zorgen voor een goede kwaliteit van aangeleverde casusinformatie.

Kijkend naar de deelnemers aan een DOCO zijn er verschillende aandachtspunten. Geïnterviewden gaven aan dat het ontbreken van belangrijke partijen de effectiviteit van het casusoverleg belemmert. Het is daarom belangrijk dat alle relevante partijen in een regio vertegenwoordigd zijn, en dat deelnemers ook de juiste personen zijn om hun organisatie te vertegenwoordigen. Het structureel aanhaken van ervaringsdeskundigen in het casusoverleg zorgt voor een betere beoordeling van casussen, zo bleek uit de interviews. Verder verdient het borgen van de continuïteit van de (de expertise van) deelnemers aandacht; veel wisselingen in korte tijd en niet-structurele deelname dienen te worden voorkómen. Om een casusoverleg effectief te laten verlopen werd ook benoemd dat deelnemers betrokkenheid en verantwoordelijkheid moeten tonen. Dit betekent dat men moet werken aan gelijkwaardigheid en het voorkómen van redeneren vanuit organisatiebelang.

Tijdens de casusbesprekingen wordt meestal tot een oplossing gekomen. Tegelijkertijd werd in de interviews gewezen op contextuele factoren die dit soms belemmeren, zoals exclusiecriteria die worden gehanteerd bij ggz-aanbieders, het hebben bereikt van een omzetplafond, beperkt passend aanbod in een regio, en moeilijke bereikbaarheid van aanbod door lange reistijd of beperkte vervoersmogelijkheden.

Een ander aandachtspunt is de opvolging van de oplossingen waartoe via de casusbesprekingen is gekomen. In de interviews werd het feit dat er geen goed zicht is op vervolgstappen en structurele terugkoppeling niet is ingericht, benoemd als een nadeel van het casusoverleg. Helpend lijkt om in ieder geval termijnen af te spreken waarbinnen partijen hun rol in de beoogde vervolgstap moeten uitvoeren. De meeste DOCO's hebben dit soort termijn afspraken gemaakt. Een structurele follow-up van eerder besproken casussen tijdens een volgend overleg (een kort terugkoppelmoment) lijkt ook zinvol. Aangegeven werd dat dit tegelijkertijd ook motiverend werkt voor deelnemers en hun lerend vermogen versterkt. Cruciaal is verder dat deelnemers mandaat hebben vanuit hun organisatie. Uit de interviews kwam naar voren dat in enkele casusoverleggen een mandaat nog niet voor alle deelnemers is geregeld, waardoor de opvolging soms niet goed verloopt. Zonder mandaat blijven oplossingen vrijblijvend. Een andere situatie is dat besproken casussen soms via een DOCO naar een zorgaanbieder in een andere regio worden verwezen; het is de vraag of voor hen de wachttijd daadwerkelijk korter gaat worden.

Het geregeld evalueren van het DOCO is een ander aspect wat relevant wordt gevonden. Dit om organisatorische en inhoudelijke knelpunten te identificeren en op te lossen, bijvoorbeeld rond deelname van partijen of dalende casusinbreng. Benoemd werd dat kennisuitwisseling met DOCO's in andere regio's hierbij ook kan helpen. Uit de interviews kwam naar voren dat enkele DOCO's periodieke fysieke bijeenkomsten organiseren om onderlinge bekendheid en samenwerking te versterken; dit werkt goed volgens geïnterviewden.

Ten slotte behoeft dat duurzame borging van een DOCO aandacht. Uit de documentenstudie en interviews bleek dat hiervoor onder meer draagvlak en commitment bij alle betrokken partijen nodig zijn, en onderlinge afspraken over de inzet van tijd, middelen en menskracht.

## 9 Verdiepende evaluatie van het verkennend gesprek en het domeinoverstijgend casusoverleg: conclusies



In de twee voorgaande hoofdstukken zijn de belangrijkste bevindingen beschreven van de nadere evaluatie van het verkennend gesprek (VG) en het domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO) - twee veelgebruikte samenwerkingsmechanismen in de Versnellers-aanpakken. Het VG en DOCO zijn ook functies van de regionale Mentale gezondheidsnetwerken die momenteel in heel Nederland worden ingericht. Op basis van de bevindingen kunnen een aantal overkoepelende conclusies worden getrokken.

### **Conclusie 1. Meer regionale variatie in het doel en de uitvoering van het VG dan het DOCO**

Ten tijde van onze evaluatie bleek dat er voor het VG meer regionale variatie in het doel en de uitvoering bestond dan voor het DOCO. Waarschijnlijk speelt hier een rol dat het DOCO een meer afgebakende en minder 'complexe' interventie is. Bovendien heeft het oorspronkelijke DOCO dat in 2020 werd ontwikkeld in de regio Eemland (geen Versnellers-regio) en waarmee positieve ervaringen zijn opgedaan duidelijk als inspiratiebron gediend voor andere regio's. Terwijl de geëvalueerde DOCO's zijn voortgezet na de Versnellers-subsidies en nog steeds actief zijn, ging het bij het VG meestal om kortdurende en kleinschalig pilots. In sommige Versnellers-regio's werd het uitvoeren van VG'en na afloop van de pilot op een laag pitje gezet of tijdelijk helemaal stopgezet in afwachting tot de goedkeuring van het regionale IZA-transformatieplan. Het beeld rijst op dat het DOCO een meer uitgekristalliseerde werkwijze is, terwijl het VG nog in doorontwikkeling is. Zo bleek uit de pilots dat in de meeste regio's nog duidelijkere keuzes te maken waren in het doel en de positionering. Wordt het VG bijvoorbeeld vlakbij of naast de huisartsenpraktijk gepositioneerd met primair een adviesfunctie voor de huisarts en POH-ggz (en vanzelfsprekend ook de hulpvrager)? Of als 'tussenstation' tussen huisartsenpraktijk en ggz, met vooral een toeleidings- of verwijzingsfunctie naar aanbod binnen of buiten de ggz? In het verlengde van dit soort keuzes ligt ook de afbakening van de doelgroep van het VG. Uit de pilots bleek nog geen duidelijke consensus over de doelgroep. In principe kan een VG voor iedere hulpvrager meerwaarde hebben, maar dat lijkt niet haalbaar en realistisch.

## **Conclusie 2. Veel aandachtspunten voor het succesvol functioneren, opschalen en borgen van het VG en het DOCO**

De documentanalyses en interviews maken duidelijk dat er een variëteit aan aandachtspunten bestaat voor het goed functioneren van het VG en DOCO in een regio, alsook voor opschaling en borging van de mechanismen. Op deze plek herhalen we deze punten niet weer allemaal, maar lichten we twee overkoepelende aandachtspunten eruit:

- **Randvoorwaarden moeten zijn geregeld**

Voor de doorontwikkeling, opschaling en borging van het VG en DOCO dienen de benodigde randvoorwaarden met betrekking tot bemensing, tijd en middelen te zijn geregeld door de betrokken regionale partijen. Er dient draagvlak en commitment te zijn, zowel op bestuurlijk niveau als bij de professionals op de 'werkvloer'. Werkprocessen dienen helder te zijn, en zo min mogelijk extra administratieve belasting te geven voor de professionals. Veilige en effectieve dossiervoering en informatie-uitwisseling tussen domeinen moeten worden gefaciliteerd. Specifiek voor het VG dienen er trainings- en intervisiemogelijkheden te zijn voor het vergroten van de vaardigheden van professionals in de brede gespreksvoering.

- **Verbinding en samenhang met andere functies en voorzieningen.**

Het VG en DOCO zijn beide functies binnen de Mentale gezondheidsnetwerken, naast het transfermechanisme en informatievoorziening over het regionale zorg- en ondersteuningsaanbod (inclusief wachttijden) (Programma Mentale gezondheidsnetwerken, 2024). Bij de inrichting van de netwerken in de regio's zal zorggedragen moeten worden voor een goede onderlinge verbinding en samenhang tussen de vier functies. Tegelijkertijd zijn het VG en DOCO ook nieuwe functies die worden toegevoegd aan het bestaande systeem met diverse functies en voorzieningen die aanpalende of deels overlappende doelen hebben. Denk aan brede gespreksvoering in de huisartsenpraktijk, de POH-ggz, de consultatiefunctie ggz, en het multidisciplinair overleg (MDO) in de huisartsenpraktijk rondom casuïstiek met complexe(re) psychische problemen. Ook hier is een goede verbinding en samenhang cruciaal. Het risico bestaat namelijk dat hulpvragers onnodig verschillende stappen moeten doorlopen en/of herhaaldelijk hetzelfde gesprek moeten voeren voordat zij geholpen worden. Bovendien moet voorkómen worden dat het voor professionals, in het bijzonder de huisarts en POH-ggz als eerste aanspreekpunten voor de meeste hulpvragers, onoverzichtelijk en administratief belastend gaat worden om te bepalen wanneer welke hulpvrager voor welke functie of voorziening in aanmerking komt.

## **Conclusie 3. Het VG en DOCO als vliegwiel voor een bredere kijk op psychische problemen en betere domeinoverstijgende samenwerking**

Zowel het voeren van een VG tussen een hulpvrager en een koppel van professionals uit verschillende domeinen als het gezamenlijk bespreken van complexe casuïstiek met professionals uit verschillende domeinen lijkt bij betrokken professionals een bredere, meer open blik op psychische problemen te stimuleren. Bovendien lijken het voeren van VG'en en de anonieme casusbesprekingen de domeinoverstijgende samenwerking in zijn algemeenheid te bevorderen, dus ook buiten de gesprekken en casusoverleggen om. Professionals geven aan elkaar en elkaars expertise en aanbod beter te leren kennen. Hierdoor groeit het onderlinge vertrouwen en respect, en wordt er ook meer onderling afgestemd of gezamenlijk opgetrokken in het verlenen van zorg en/of ondersteuning aan hulpvragers. Kortom, het VG en DOCO lijken als vliegwiel te kunnen fungeren voor de transformatie naar meer integraal kijken en handelen bij psychische problematiek. Echter, we kunnen niets zeggen in hoeverre dit vliegwieleffect daadwerkelijk optreedt.

#### **Conclusie 4. Verwachte meerwaarde van het VG en DOCO voor individuele hulpvragers, maar nog geen onderbouwing door onderzoek naar lange termijn uitkomsten**

Zowel het VG als het DOCO worden verondersteld tot betere uitkomsten voor individuele hulpvragers te leiden dan via de reguliere (verwijs)routes. Bij het VG is de gedachte dat door in een vroeg stadium samen met de hulpvrager breed en open diens hulpvraag in kaart te brengen, een effectieve vervolgstap wordt gevonden. Daarbij is het idee dat voor een deel van de hulpvragers de passende oplossing buiten de ggz ligt, zoals bij voorzieningen in het sociaal domein, zelfregie- of herstelaanbod, huisartsenzorg, zelfmanagement of ondersteuning vanuit het informele netwerk. Bij het DOCO is de aanname dat de oplossingen die voortkomen uit de multidisciplinaire casusbesprekingen ertoe leiden dat personen met complexe problematiek sneller passende zorg en/of ondersteuning ontvangen. Het gaat daarbij niet altijd of uitsluitend om ggz als vervolgstap; oplossingen kunnen ook buiten de ggz liggen, zoals in het sociaal domein, of het kan gaan om gecombineerde trajecten in de ggz en het sociaal domein. Echter, vooralsnog ontbreekt het aan gegevens waarmee onderbouwd wordt dat het VG en DOCO daadwerkelijk bijdragen aan betere uitkomsten voor hulpvragers, zoals een beter herstel of een hogere kwaliteit van leven. Hiervoor is longitudinaal onderzoek nodig waarin hulpvragers over een langere periode worden gevolgd. Daarnaast kan de meer fundamentele vraag worden gesteld of het eenmalige karakter van beide mechanismen wel voldoende is om te leiden tot tijdige en passende zorg en/of ondersteuning.

#### **Conclusie 5. Bescheiden verwachtingen van de effecten van het VG en DOCO op het verkorten van de wachttijden, aanvullende oplossingen zijn nodig**

Betrokkenen verwachten dat het VG en DOCO kunnen bijdragen aan het reduceren van de wachttijden in de ggz. Uit onze evaluatie blijkt dat hiervoor drie 'routes' worden gezien. Allereerst ligt de vervolgstap vanuit het DOCO, maar vooral vanuit het VG, voor een deel van de hulpvragers *buiten* de ggz. Mits de veronderstelling klopt dat deze 'afgebogen' hulpvragers daadwerkelijk passende zorg en/of ondersteuning ontvangen, en dus niet op termijn uiteindelijk toch een beroep doen op de ggz, zal dit bijdragen aan minder wachtenden op ggz. Ten tweede, als ggz de vervolgstap is vanuit het VG of DOCO, wordt aangenomen dat hulpvragers dit tijdsneller ontvangen. Bovendien is de veronderstelling dat het VG of de casusbespreking eraan bijdraagt dat de ggz-zorg beter aansluit bij de hulpvraag, al dan niet in combinatie met ondersteuning vanuit het sociaal domein. Als deze aannames kloppen, zullen de ggz-trajecten voor de hulpvragers naar verwachting gemiddeld korter duren, waardoor ruimte ontstaat voor instroom van nieuwe personen in de ggz. Een derde manier waarop betrokkenen verwachten dat het VG en DOCO kunnen bijdragen aan wachttijdvermindering is 'indirect', namelijk dat de twee mechanismen de interdisciplinaire samenwerking in zijn algemeenheid stimuleren (het eerder genoemde vliegwieleffect).

Echter, ondanks de verschillende mogelijke routes naar wachttijdvermindering via het VG en DOCO, verwachten betrokkenen bescheiden effecten. Allereerst omdat de aantallen VG'en en casusbesprekingen laag zijn in verhouding tot de omvang van de wachtlijsten. Uitgaande van enkele langer bestaande DOCO's lijkt het op jaarbasis te gaan om 60 tot 250 casusbesprekingen, mede afhankelijk van de omvang van het werkgebied van een casusoverleg. Voor het VG bestaat nog volop ruimte voor het verhogen van het aantal gesprekken. De doorontwikkeling en opschaling van het VG in regio's zal moeten uitwijzen om welke aantallen het in de praktijk zal gaan. Een tweede reden waarom de bijdragen van het VG en DOCO aan het verkorten van de wachttijden als bescheiden worden ingeschat, is dat de twee mechanismen weliswaar als (potentieel)

nuttig worden beschouwd, maar ook als onvoldoende om de wachttijdenproblematiek op te lossen. Betrokkenen geven aan dat een bredere scope van integraal werken en aanvullende oplossingen nodig zijn voor dieperliggende oorzaken. Daarbij wordt onder andere gewezen op sociaal-maatschappelijke factoren, medicalisering van psychisch lijden, en systemische obstakels die domeinoverstijgende samenwerking in de weg staan, alsook de toegankelijkheid van de ggz belemmeren voor vooral personen met complexe problematiek.



## DEEL D: Slotbeschouwing en aanbevelingen

# 10 Slotbeschouwing en aanbevelingen



## 10.1 Inleiding

Het evaluatietraject was erop gericht om op basis van de resultaten van de gesubsidieerde projecten binnen het ZonMw-programma 'Versnellers in de ggz' (2022-2025) bij te dragen aan een goed werkende aanpak voor de wachttijden in de ggz. Gezien de focus van het ZonMw-programma lag daarbij de nadruk op de rol van regionale domeinoverstijgende samenwerking en de inzet van de regionale versnellers. In totaal 21 regio's<sup>40</sup> hebben gebruik gemaakt van een Versnellers-subsidie, grofweg twee derde van Nederland. Om het evaluatiedoel te bereiken is allereerst een overkoepelende verandertheorie ontwikkeld om de veranderstrategie van de Versnellers-aanpakken inzichtelijk te maken<sup>41</sup>. Vervolgens is het kernonderdeel uitgevoerd, een begeleide zelfevaluatie waarin samen met elke regio is nagegaan in hoeverre de beoogde doelen van hun Versnellers-aanpak daadwerkelijk zijn bereikt, wat hierbij wel en niet werkte, en wat beïnvloedende factoren waren. Verder is een verdiepende evaluatie uitgevoerd van het verkennend gesprek (VG) en het domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO), veel gebruikte samenwerkingsmechanismen in de aanpakken. Bovendien is via een literatuurinventarisatie de bredere context van de wachttijdenproblematiek en het beleid daaromtrent in kaart gebracht. De kernbevindingen en conclusies van de verschillende evaluatieonderdelen zijn beschreven in de voorgaande hoofdstukken<sup>42</sup>.

In dit hoofdstuk presenteren we overkoepelende bevindingen en conclusies die gaan over:

- voorwaarden voor het realiseren van succesvolle domeinoverstijgende samenwerking rond de aanpak van wachttijden (paragraaf 10.2);
- aandachtspunten voor de scope en invulling van domeinoverstijgende samenwerking (paragraaf 10.3); en
- aandachtspunten voor het monitoren en evalueren van de impact van domeinoverstijgende samenwerking (paragraaf 10.4).

In het verlengde van de besproken voorwaarden en aandachtspunten worden negen aanbevelingen geformuleerd. Gezamenlijk geven de aanbevelingen richting aan de doorontwikkeling van domeinoverstijgende samenwerking rond de aanpak van de wachttijden in de ggz. Dit is in het bijzonder relevant gezien de inrichting en uitrol van Mentale gezondheidsnetwerken die momenteel in heel Nederland gaande is. We specificeren niet de rol van iedere actor afzonderlijk in de uitvoering van de aanbevelingen, omdat deze naar onze mening een gezamenlijke opgave betreffen van regionale en landelijke veldpartijen, alsook de overheid.

Met het evaluatietraject is niet in kaart gebracht op welke eventuele ándere manieren, dus buiten de Versnellers-aanpakken om, in de regio's is gewerkt aan wachttijdverkorting. Het is echter

40 De 21 regio's betroffen hoofdzakelijk zorgkantoorregio's, soms een sub-regio daarbinnen. Er zijn in totaal 31 zorgkantoorregio's in Nederland.

41 Zie het tussenrapport van het evaluatietraject (Nuijen et al., 2024) voor een uitgebreide beschrijving.

42 In aparte publicaties worden de resultaten van de evaluatieonderdelen uitgebreid beschreven.

belangrijk om uit te zoomen naar een breder perspectief op de wachttijdenaanpak dan alléén via domeinoverstijgende samenwerking. Dit gebeurt ter afsluiting van dit hoofdstuk, waarbij ook een tiende en laatste aanbeveling wordt geformuleerd.

## **10.2 Voorwaarden voor het realiseren van succesvolle domeinoverstijgende samenwerking rond de aanpak van wachttijden**

Het evaluatietraject laat zien dat de Versnellers-aanpakken in korte tijd een stevig fundament hebben gelegd voor een nieuwe manier van kijken en samenwerken rond wachttijden in de ggz waarop kan worden doorgebouwd. Daarbij is ook zichtbaar geworden welke voorwaarden essentieel zijn om domeinoverstijgende samenwerking überhaupt van de grond te krijgen, door te ontwikkelen, op te schalen, en te verduurzamen. In deze paragraaf beschrijven we deze geleerde lessen, en daaruit voortvloeiende aanbevelingen.

### **10.2.1 Relationeel fundament en onafhankelijke procesregie**

De Versnellers-projecten hebben nieuwe samenwerkingsstructuren ingericht, waaronder bestuurlijke tafels, operationele werkgroepen en uitvoerende overlegvormen, waarin ggz, huisartsen, het sociaal domein, gemeenten, verzekeraars en vaak ook ervaringsdeskundigen samenwerken. De belangrijkste opbrengsten daarvan zitten niet zozeer in de nieuw opgerichte overlegstructuren of (door)ontwikkelde concrete samenwerkingsmechanismen zelf, als wel in iets minder tastbaars en tegelijk beslissends: de verbetering van de relationele infrastructuur in de regio's. Dit omvat een toename van vertrouwen, korte lijnen, een gedeeld gevoel van urgentie en het groeiende besef dat geen enkele partij het vraagstuk rondom wachttijden en tijdige, passende zorg en/of ondersteuning zelfstandig kan oplossen. In vrijwel alle regio's is door de aandacht voor relationele factoren in de Versnellers-aanpakken - waarbij de versneller nadrukkelijk méér was dan een projectleider, en gewaardeerd werd om diens onafhankelijke positie - meer draagvlak ontstaan voor domeinoverstijgende samenwerking, en is dit draagvlak daadwerkelijk, op kleine en soms zelfs grote schaal, omgezet in concrete actie. Dat is geen gering resultaat van projecten met een beperkte looptijd en budget, en binnen een context die niet optimaal is ingericht om over domeinen heen samen te werken (zie ook paragraaf 10.2.4). Bovendien vormt dit precies het type relationele basis dat nodig is om een complexe netwerkorganisatie zoals het Mentale gezondheidsnetwerk te laten functioneren. Door de Versnellers-aanpakken staat er in de regio's een fundament, waarop bij de (door)ontwikkeling van deze netwerken kan worden voortgebouwd.

### **Aanbeveling 1:**

***Blijf bij de inrichting en uitrol van Mentale gezondheidsnetwerken investeren in relationele infrastructuur en borg een onafhankelijke procesregisseur***

---

#### **Toelichting:**

Het inrichten van samenwerking is geen eenmalige stap maar een doorlopend proces dat regie vraagt, en steeds moet worden herijkt. Relationele doelen dienen expliciet te worden gemaakt, met vaste afspraken, ruimte voor het bespreken van onderstromen, en aandacht voor duurzame continuïteit van relaties. Precies daar lijkt een continue, versneller-achtige rol essentieel: het vasthoudend organiseren van dialoog, het ontzenuwen van spanningen, het opnieuw verbinden van partijen wanneer beleid, financiering of mandaat wijzigen, zijn belangrijke procesmatige voorwaarden voor domeinoverstijgende samenwerking. Zeker zolang de systemen domeinoverstijgende samenwerking beperkt faciliteren vraagt dit om een structurele inbedding van deze rol in de transformatie.

### **10.2.2 Regionale en lokale experimenteerruimte**

De Versnellers-aanpakken hebben laten zien hoe belangrijk experimenteerruimte is om nieuwe werkwijzen te kunnen ontwikkelen en uitproberen in een specifieke regionale of lokale context. Zo hebben veel regio's de Versnellers-subsidie gebruikt om nieuwe samenwerkingsmechanismen als het VG en het DOCO vorm te geven, en in de praktijk te testen en door te ontwikkelen. De projecten fungeerden daarmee als proeftuinen waarin werd geleerd wat er nodig is om brede verkenning van de hulpvraag en integrale casuïstiekbespreking goed te laten functioneren binnen de lokale en regionale context. Het gaat om inzichten zoals welke vaardigheden, expertise en ervaring vereist zijn, hoe samenwerking praktisch en logistiek kan worden ingericht, hoe mandaat kan worden geregeld, en hoe privacy en informatie-uitwisseling kunnen worden vormgegeven. Ook door de uitwisseling van opgedane kennis en ervaringen die op gang kwam tussen de Versnellers-regio's, werd het lerend vermogen van de aanpakken vergroot. Door de verkregen inzichten binnen de Versnellers-projecten kunnen de Mentale gezondheidsnetwerken, waarin het VG en DOCO als functies zijn opgenomen, sneller en gericht worden doorontwikkeld en opgeschaald, rekening houdend met de regionale en lokale succes- en faalfactoren.

### **Aanbeveling 2:**

***Benut de reeds opgebouwde regionale kennis, behoud regionale en lokale experimenteerruimte en stimuleer uitwisseling tussen regio's***

---

#### **Toelichting:**

In de regio's is waardevolle kennis opgebouwd door het testen van nieuwe samenwerkingsmechanismen, zoals het VG en het DOOCO. Het is belangrijk om deze inzichten te benutten bij de verdere ontwikkeling en opschaling naar Mentale gezondheidsnetwerken. Voorkóm dat de zorgvuldig opgebouwde experimenteerruimte te vroeg wordt vervangen door blauwdrukken of in het gedrang komt door verantwoording op basis van vooral procesindicatoren. Behoud ruimte voor regionaal en lokaal maatwerk, iteratief leren en uitwisseling tussen regio's, zodat de Mentale gezondheidsnetwerken optimaal kunnen aansluiten op wat regio's nodig hebben, en kunnen voortbouwen op wat al in gang is gezet.

### **10.2.3 Participatie direct betrokkenen**

In de Versnellers-aanpakken werd duidelijk dat om de transformatie richting domeinoverstijgend samenwerken te verdiepen en te verduurzamen, het van belang is om niet alleen te investeren in goede procesafspraken, samenwerkingsstructuren en onderlinge relaties, maar ook in een gezamenlijke inhoudelijke koers. Deze bepaalt namelijk in grote mate hoe het ontwerp en de doorontwikkeling van de samenwerking vorm krijgen. Het algemene risico daarbij is wel dat vooral de gebruikelijke partijen (aanbieders, zorgverzekeraars en beleidsmakers) maatgevend zijn. Hierdoor kan de situatie ontstaan dat besluiten vooral op praktische of strategische overwegingen worden genomen, terwijl juist de waarden, behoeften en perspectieven van direct betrokkenen richtinggevend zouden moeten zijn. Om dit te voorkómen is hun participatie cruciaal. In Versnellers-regio's waar ervaringsdeskundigen, inwoners, cliënten<sup>43</sup>, naasten en professionals deelnamen aan alle gremia (zowel bestuurlijk als operationeel), werd de discussie over ontwerp en doorontwikkeling van domeinoverstijgend samenwerken doorgaans breder en diepgaander gevoerd, en werd dit als succesfactor aangewezen. In veel Versnellers-regio's bleef de participatie van direct betrokkenen (vooral ervaringsdeskundigen, inwoners en cliënten) echter juist wat achter, en werd dit als een belemmering ervaren. Het is daarom aan te raden om de participatie van direct betrokkenen beter te verankeren in de transformatie naar regionale Mentale gezondheidsnetwerken. Los van het feit dat dit de inhoudelijke besluitvorming verbetert, zit hier ook nog een andere kant aan: door een bredere participatie van direct betrokkenen is het aannemelijker dat de benodigde veranderingen in (het denken over) het omgaan met mentale klachten (demedicaliserend, normaliserend, meer eigen regie), meer voet aan de grond krijgen in de samenleving als geheel.

---

43 Met cliënten worden personen bedoeld die professionele zorg en/of ondersteuning ontvangen vanwege psychische en/of psychosociale problemen. In de ggz en het sociaal domein wordt wisselend gebruik gemaakt van de term cliënt of patiënt. In de huisartsenzorg is de term patiënt gebruikelijk. Hier is voor de benaming cliënt gekozen.

### **Aanbeveling 3:**

***Versterk de inhoudelijke invulling van domeinoverstijgende samenwerking door de kennis van direct betrokkenen structureel en continu te benutten***

---

#### **Toelichting:**

Zorg ervoor dat naast het procesmatige en relationele werk ook de inhoudelijke dimensie van de transformatie expliciet en duurzaam wordt versterkt. Aanbevolen wordt om structurele en betekenisvolle betrokkenheid van ervaringsdeskundigen, inwoners, cliënten, naasten en professionals te organiseren bij het inrichten en uitvoeren van domeinoverstijgende samenwerking. Dit vraagt om duidelijke rollen en mandaat, gelijkwaardige participatie en structurele borging. Met andere woorden: regio's dienen niet alleen ruimte te bieden om 'mee te praten', maar ontwerpkeuzes en doorontwikkeling daadwerkelijk te baseren op wat direct betrokkenen nodig achten voor passende, continue en herstelgerichte zorg of ondersteuning. Zo ontstaat meer ruimte voor een inhoudelijke koers die aansluit bij herstel, welzijn en de dagelijkse leefwereld van mensen, en wordt geborgd dat de transformatie betekenisvol is voor de mensen om wie het gaat.

### **10.2.4 Randvoorwaarden en wegnemen structurele belemmeringen**

De Versnellers-projecten hebben zichtbaar gemaakt welke randvoorwaarden noodzakelijk zijn om de domeinoverstijgende samenwerking te kunnen doorontwikkelen, opschalen en verduurzamen. Het gaat onder meer om een heldere taak- en verantwoordelijkheidsverdeling, werkwijzen die niet onnodig administratief belastend zijn, passende systemen voor dossiervorming en informatie-uitwisseling tussen domeinen, voldoende trainingsfaciliteiten, en voldoende tijd en financiering voor de inzet van professionals vanuit de verschillende domeinen (inclusief ervaringsdeskundigheid). Tegelijkertijd werd zichtbaar dat structurele belemmeringen, zoals schotten tussen domeinen, exclusiecriteria zoals gehanteerd door ggz-aanbieders, gestelde opleidingseisen aan ervaringsdeskundigen, en beperkte capaciteit in de betrokken domeinen, de praktische uitvoering van samenwerking bemoeilijken. Deze factoren bleken in meerdere Versnellers-regio's bepalend voor de mate waarin samenwerkingsmechanismen als het VG en DOCO konden functioneren en opschalen. De opgedane inzichten bieden een belangrijke basis voor de verdere ontwikkeling van de Mentale gezondheidsnetwerken. Door vanaf de start gericht te investeren in de randvoorwaarden die regio's zelf als cruciaal hebben benoemd, kan de uitvoerbaarheid van de samenwerking worden vergroot en neemt de kans toe dat beoogde doelstellingen rond wachttijdverkortening en passende zorg en/of ondersteuning daadwerkelijk worden gerealiseerd.

#### **Aanbeveling 4:**

***Pak de structurele belemmeringen voor domeinoverstijgende samenwerking aan en creëer de randvoorwaarden voor opschaling***

#### **Toelichting:**

Domeinoverstijgend samenwerken wordt begrensd door structurele factoren zoals financiering, organisatieprikkel, beperkte capaciteit en schotten tussen domeinen. Deze knelpunten dienen te worden geadresseerd zodat domeinoverstijgend werken echte impact kan hebben. Zo moeten financierings- en organisatieprikkel beter op elkaar worden afgestemd, moeten regionale afspraken worden gemaakt over gezamenlijke verantwoordelijkheid, en moet het sociaal domein worden versterkt om de extra instroom van hulpvragers op te kunnen opvangen. Zonder deze randvoorwaarden ontstaat het risico dat domeinoverstijgend werken niet zozeer bijdraagt aan vermindering van wachttijden, als wel aan verplaatsing ervan van ggz naar sociaal domein.

## **10.3 Aandachtspunten voor de scope en invulling van domeinoverstijgende samenwerking**

Ons evaluatietraject heeft duidelijk gemaakt dat het bereik en de invulling van domeinoverstijgend samenwerken binnen de Versnellers-aanpakken als betrekkelijk smal kunnen worden beschouwd. In deze paragraaf lichten we de argumenten voor deze conclusie toe, en formuleren we aanbevelingen voor een bredere scope en invulling.

### **10.3.1 Domeinoverstijgend samenwerken focust nog vooral op de instroom in de ggz**

De Versnellers-aanpakken richtten zich vooral op het verbeteren van regionale domeinoverstijgende samenwerking aan de *voorkant* van de ggz. Dit komt voort uit de veronderstelling dat daarmee hulpvragers gerichter kunnen worden verwezen naar de ggz en 'onnodige' verwijzingen naar de ggz kunnen worden voorkómen. De gedachte was dat zodoende meer hulpvragers tijdig en passend kunnen worden toegeleid naar aanbod buiten de ggz, zoals voorzieningen in het sociaal domein, zelfregie- of herstelinitiatieven, zelfhulp aanbod, et cetera. Hoewel volledig verklaarbaar vanuit de focus van het ZonMw-programma (2022-2025) en het (toen) geldende beleidsnarratief, betekende dit wel een betrekkelijk smalle opvatting over de aard en oplossing van het wachttijdenprobleem. Zo bleven processen rond door- en uitstroom grotendeels onaangeraakt binnen de Versnellers-aanpakken, terwijl recente analyses (o.a. Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023; IBO, 2025) erop wijzen dat voor het effectief aanpakken van wachttijden niet alleen gesleuteld dient te worden aan de toegang naar de ggz. De beleidskoers is met het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA, 2025) inmiddels ook verbreed, waarbij wordt gepleit meer aandacht te hebben voor door- en uitstroom in de ggz; een verbreding die in de nabije toekomst mogelijk verder wordt versterkt als beleidsopties uit het Interdepartementale Beleidsonderzoek (IBO, 2025) daadwerkelijk worden uitgevoerd<sup>44</sup>.

<sup>44</sup> Ook in de Versterkingsagenda Mentale gezondheid en ggz, een initiatief van het ministerie van VWS, is aandacht voor de uitstroom uit de ggz door na te gaan hoe het bieden van waakvlamondersteuning aan mensen met (complexe) psychische problematiek vormgegeven kan worden (VWS, 2025).

### Aanbeveling 5:

#### **Zet ook in op domeinoverstijgende samenwerking rond door- en uitstroom**

##### **Toelichting:**

Het is aannemelijk dat er ook kansen liggen voor domeinoverstijgend werken rond door- en uitstroom. Door al tijdens én aan het einde van de behandeling in de ggz integraal samen te werken met cliënten, hun naasten, het sociaal domein, en huisartsen/POH's-ggz, ontstaat ruimte voor maatwerk en kunnen individuele ggz-trajecten waar passend en in onderlinge afstemming sneller en duurzamer worden afgebouwd. Het gaat daarbij om het werken vanuit een gedeeld beeld van wat passende behandelduur, afbouwen en verantwoord uitstromen betekent. Dit vraagt onder andere om het benutten van de kennis van cliënten zelf, kennis over het aanbod in het sociaal domein, en warme overdrachten en continuïteit tussen ggz, huisartsenzorg en sociaal domein. Voorkómen moet worden dat uitstroom zorgt voor extra belasting bij de huisartsenzorg. Gezamenlijke besluitvorming tussen cliënt, ggz-behandelaar en huisarts over de afsluiting van ggz-behandeling, en het maken van afspraken over wie welke rol heeft in (eventuele) vervolgzorg of -ondersteuning zijn hierbij helpend. Bovendien is het belangrijk dat er laagdrempelige consultatie- en overlegmogelijkheden met de ggz zijn, alsook terugvalopties om tijdig en snel te kunnen opschalen naar de ggz. Voor het realiseren van betere nazorg of ondersteuning is het verder belangrijk om regionaal te investeren in laagdrempelige herstelvoorzieningen, waakvlamzorg, crisispreventie en ondersteuning in de wijk.

### **10.3.2 Er worden vooral nieuwe domeinoverstijgende overlegstructuren en mechanismen toegevoegd**

De evaluatie laat zien dat er in het beleid van de afgelopen jaren een neiging bestaat om vooral nieuwe samenwerkingsstructuren en -mechanismen (zoals het VG en DOCO) *toe te voegen* aan het bestaande systeem. In lijn met het beleid was dit ook terug te zien in de Versnellers-aanpakken. Het is de vraag of hiermee de onderliggende werkwijzen en -culturen binnen de ggz, het sociaal domein en de huisartsenzorg per definitie veranderen. Dit is belangrijk omdat juist verandering in denken en handelen van professionals cruciaal is voor een transformatie van een vooral monodisciplinaire of medische benadering richting een bredere, integrale kijk op mentale klachten en psychische problemen. Binnen de Versnellers-aanpakken werden wel aanwijzingen gevonden dat de nieuw toegevoegde samenwerkingsstructuren en -mechanismen als vliegwiel kunnen fungeren voor deze transformatie: betrokken professionals leerden elkaar en elkaars expertise beter kennen, en het onderlinge vertrouwen en respect groeide, waardoor het verlenen van zorg en/of ondersteuning meer in gezamenlijkheid plaatsvond. Echter, het is nog onvoldoende duidelijk in hoeverre dit vliegwieleffect daadwerkelijk breed en duurzaam uitwaaiert over de domeinen en professionals daadwerkelijk *over de hele linie* meer integraal gaan werken. Het risico bestaat dat de ontwikkelde innovaties naast het bestaande systeem blijven staan, professionals vooral hun oude handelingspatronen blijven volgen en domeinoverstijgend werken niet ingebed raakt in reguliere routines. Daarmee blijft het systeem gefragmenteerd en blijft het potentieel van daadwerkelijk integraal werken onderbenut. Een ander aandachtspunt is dat het

toevoegen van nieuwe mechanismen aan het bestaande systeem niet bijdraagt aan de overzichtelijkheid ervan. Vooral omdat er al werkwijzen en functies (zoals brede gespreksvoering en multidisciplinair overleg in de huisartsenpraktijk, de POH-ggz en consultatiefunctie ggz) bestaan die aanpalende of deels overlappende doelen hebben als het VG of DOCO.

#### **Aanbeveling 6:**

***Veranker integraal werken in interne werkwijzen en zorg ervoor dat nieuwe werkwijzen een samenhangend pakket vormen met het bestaande aanbod***

#### **Toelichting:**

Het Mentaal gezondheidsnetwerk beoogt een integrale, domeinoverstijgende werkwijze, maar realiseert dit nu vooral via functies die bovenop het bestaande systeem worden geplaatst. Duurzame impact ontstaat pas wanneer deze functies worden geïntegreerd met elkaar en ingebed in de reguliere werkprocessen. Dit vraagt om duidelijke verantwoordelijkheden, een herstelgerichte en relationele benadering, betere afstemming tussen ggz, sociaal domein en huisartsenzorg, en ruimte voor parallelle en geïntegreerde trajecten in plaats van lineaire verwijzingen. Het versterken van integraal werken vereist daarom meer dan het implementeren van functies: het vraagt om gezamenlijke visieontwikkeling, structurele dialoog en het consequent betrekken van alle domeinen in besluitvorming en uitvoering. Alleen door integraal werken breed te verankeren in interne werkwijzen ontstaat de gedeelde basis die nodig is voor duurzame domeinoverstijgende samenwerking.

### **10.3.3 Eenmalig karakter van veelgebruikte samenwerkingsmechanismen**

Een derde vorm van 'smalte' heeft te maken met de inhoudelijke premisse van het VG en DOCO, veelgebruikte samenwerkingsmechanismen binnen de Versnellers-aanpakken. Het VG betreft een (in principe) eenmalig gesprek tussen hulpvrager en professionals uit verschillende domeinen om vanuit een brede blik de hulpvraag te verhelderen en te komen tot een passende vervolgstap of 'route'. In het DOCO worden met hetzelfde doel multidisciplinair, en in korte tijd casussen met complexe problematiek besproken. Het concept van beide mechanismen leunt zwaar op het idee dat op één moment vast te stellen is wat een – voor dat moment – passende vervolgstap is voor de persoon in kwestie (zie ook Delespaul, 2024). Dit lijkt enigszins op gespannen voet met breed onderbouwde inzichten dat psychisch lijden complex is, dat herstel van psychische klachten in de regel grillig verloopt, dat het antwoord op wat passend is, zich continu ontwikkelt, en dat continuïteit en relationaliteit in de ondersteuning belangrijke voorwaarden zijn voor verbetering. Bovendien maskeert de *aanname* dat de vervolgroute voortvloeiend uit een breed gesprek of overleg passend is, de onzekerheid of de hulpvrager *daadwerkelijk* passende zorg en/of ondersteuning *krijgt*. Dit wordt versterkt wanneer er onvoldoende monitoring van ervaringen en uitkomsten op het niveau van individuele hulpvragers plaatsvindt (zie ook paragraaf 10.4.2). Het risico bestaat dat de mechanismen uiteindelijk vooral vervallen tot 'verdeelstations': instrumenten waarmee hulpvragers worden gesorteerd, verplaatst of afgebogen, maar die niet noodzakelijkerwijs leiden tot betere, meer integrale zorg en/of ondersteuning voor hulpvragers

gedurende hun gehele klantreis. Voor de ontwikkeling van de Mentale gezondheidsnetwerken, waarin een opschaling van deze mechanismen plaatsvindt, is het van belang om een dergelijke instrumentele invulling van domeinoverstijgende samenwerking te voorkómen.

#### **Aanbeveling 7:**

#### ***Stimuleer het relationele- en herstelondersteunende potentieel van domeinoverstijgende mechanismen***

##### **Toelichting:**

Er bestaat een risico dat het VG en het DOCO voornamelijk instrumenteel worden ingezet als 'verdeelstations', gericht op het bepalen van de 'juiste' route, zonder zicht te hebben op de werkelijke passendheid van de gekozen route en zonder bij te dragen aan daadwerkelijk meer integrale zorg en ondersteuning voor de persoon in kwestie. Het is aanneemelijk dat de waarde van deze mechanismen kan worden vergroot als er mogelijkheden worden gecreëerd om gezamenlijk te leren, gedeelde verantwoordelijkheid te nemen en te sturen op continuïteit in ondersteuning. Regio's zouden daarom moeten borgen dat deze mechanismen worden ingericht als startpunt van een gezamenlijke analyse én met mogelijkheden voor een gezamenlijk vervolg.

## **10.4 Aandachtspunten voor het monitoren en evalueren van de impact van domeinoverstijgende samenwerking**

Uit ons evaluatietraject blijkt dat de Versnellers-projecten maar beperkt zijn toegekomen aan het onderzoeken van de impact van hun aanpakken. Dat is ook begrijpelijk gezien de pioniersfase van de projecten: regio's zijn vooral druk geweest met relatieopbouw, en het ontwikkelen en testen van nieuwe samenwerkingsmechanismen in (veelal) kleinschalige en kortdurende pilots. Aldus blijven de daadwerkelijk effecten van betere regionale domeinoverstijgende samenwerking nog onduidelijk. Om effecten goed te kunnen vaststellen wijst ons evaluatietraject wel op een aantal aandachtspunten voor monitoring en evaluatie. In deze paragraaf gaan we in op deze punten, en formuleren we in het verlengde daarvan aanbevelingen.

### **10.4.1 Beschikbare informatie over wachttijden en aanbod is nog suboptimaal**

De Versnellers-aanpakken beoogden via het realiseren van betere regionale domeinoverstijgende samenwerking uiteindelijk bij te dragen aan een toegankelijke ggz met korte wachttijden. Uit onze evaluatie blijkt dat betrokkenen uit de regio's voorzichtig positief zijn over het daadwerkelijk bereiken van dit effect, mits samenwerkingsmechanismen worden doorontwikkeld en opgeschaald. Wel waarschuwen zij voor te optimistische verwachtingen omdat de wachttijdenproblematiek aanvullende oplossingen behoeft (zie paragraaf 10.5 voor nadere toelichting). Het merendeel van de Versnellers-projecten heeft de effecten van hun aanpak op de wachttijden in de ggz in hun regio niet (goed) onderzocht. Dit is ook niet verrassend omdat de looptijd van de projecten te kort was, en de schaalgrootte te klein, om überhaupt al zichtbare effecten in termen

van wachttijdvermindering te kunnen verwachten. In de meeste pilots van het VG werden wel zogeheten 'afbuigingspercentages' bijgehouden: het aandeel hulpvragers dat *niet* richting de ggz werd verwezen als vervolgstap. Echter, afbuigingspercentages direct na het VG geven niet meer dan een eerste positieve indicatie, en kunnen niet zonder meer worden opgevat als bewijs dat wachttijden structureel zullen dalen. Dit vraagt om het monitoren van de regionale wachttijden over een langere periode. Het gaat daarbij niet alleen om wachttijden in de ggz, maar óók in het sociaal domein en voor de POH-ggz. Dit om na te kunnen gaan of het 'afbuigen' van hulpvragers naar aanbod buiten de ggz, niet leidt tot verplaatsing van de wachttijdenproblematiek naar andere domeinen. Om de effecten van domeinoverstijgende samenwerking op wachttijden goed te kunnen evalueren is het ook nodig om een actueel en volledig inzicht te hebben in het beschikbare regionale aanbod van zorg en ondersteuning bij psychische of psychosociale problemen. Uit onze evaluatie blijkt echter dat het ontwikkelen van een dergelijke, complete informatievoorziening over wachttijden en aanbod geen sinecure is, en mede daarom hoogstens op onderdelen was gerealiseerd in Versnellers-regio's.

#### **Aanbeveling 8:**

***Voorzie in de continue beschikbaarheid van volledige, betrouwbare en actuele informatie over wachttijden en het beschikbare aanbod van zorg en ondersteuning in een regio***

#### **Toelichting:**

Deze informatievoorziening is cruciaal om in een regio na te kunnen gaan in hoeverre samenwerkingsmechanismen daadwerkelijk bijdragen aan het verminderen van de wachttijden in de ggz, en tegelijkertijd niet bijdragen aan het ontstaan of langer worden van wachttijden in andere domeinen. Een dergelijke informatievoorziening over wachttijden en aanbod kan naast monitoring en evaluatie, ook benut worden als hulpmiddel bij het toeleiden van hulpvragers naar passende zorg en/of ondersteuning. Het is ook één van de beoogde functies van de Mentale gezondheidsnetwerken. Om deze complexe opgave te realiseren wordt aanbevolen om voort te bouwen op (geleerde lessen uit) reeds lopende initiatieven.

### **10.4.2 Monitoring en evaluatie van ervaringen en uitkomsten van direct betrokkenen is nog niet goed van de grond gekomen**

Een centrale aanname van de Versnellers-aanpakken is dat door betere domeinoverstijgende samenwerking meer hulpvragers tijdiger worden toegeleid naar passende zorg en/of ondersteuning binnen of buiten de ggz, waardoor zij sneller of beter herstellen. Ook wordt verondersteld dat betere samenwerking op termijn gaat bijdragen aan minder werkdruk en meer werkplezier onder professionals. In hoeverre deze veronderstelde positieve effecten voor direct betrokkenen daadwerkelijk optreden, hebben de Versnellers-projecten nog niet kunnen toetsen, hoofdzakelijk vanwege hun al eerder benoemde pionierskarakter en bescheiden schaalgrootte en looptijd. Evaluatie van nieuwe samenwerkingsmechanismen als het VG en DOCO werd binnen de projecten voornamelijk ingevuld met het verzamelen van directe ervaringen van een (relatief klein) aantal betrokken professionals, die overwegend positief waren. Ervaringen en uitkomsten van indivi-

duale hulpvragers zijn niet of nauwelijks in kaart gebracht. Zoals eerder aangegeven, hielden de meeste pilots van het VG wel bij welk deel van de hulpvragers *niet* richting de ggz werd verwezen als vervolgstap. Echter, op basis van deze afbuigingspercentages direct na het VG kunnen geen uitspraken worden gedaan over de daadwerkelijke passendheid van de zorg en/of ondersteuning waarnaar individuele hulpvragers worden toegeleid. Hiervoor is het essentieel om ervaringen en uitkomsten van individuele hulpvragers, zoals tevredenheid over de ontvangen zorg en/of ondersteuning, herstel en kwaliteit van leven, over een langere periode te monitoren en te evalueren. Ook om na te kunnen gaan of domeinoverstijgend samenwerken daadwerkelijk bijdraagt aan minder werkdruk en meer werkplezier onder professionals is lange termijn monitoring van hun ervaringen en uitkomsten nodig. Met zulke waardegedreven monitoring en evaluatie wordt voorkómen dat in de transformatie naar regionale Mentale gezondheidsnetwerken het centrale concept van passende zorg en ondersteuning vernauwd raakt tot een doelmatigheidsconcept, en ook enkel als zodanig wordt gemeten (via procesindicatoren als afbuigingspercentages). Het is ook essentieel voor het toetsen van een centrale aanname in de veranderstrategie, namelijk dat een substantieel deel van de wachtenden eigenlijk niet thuishoort in de ggz, en beter geholpen of ondersteund kan worden *buiten* de ggz. Deze fundamentele aanname is vooralsnog niet goed onderbouwd door onderzoek. Bovendien wijst onze evaluatie erop dat er nog geen duidelijke, breed gedragen consensus bestaat over wanneer – bij welke personen met welke hulpvragen – ggz-zorg *niet* passend zou zijn.

#### **Aanbeveling 9:**

***Richt monitoring en evaluatie van de Mentale gezondheidsnetwerken zo in dat ervaringen en uitkomsten van professionals, maar bovenal van hulpvragers, leidend zijn***

---

#### **Toelichting:**

De Versnellers-projecten zijn begrijpelijkerwijs niet of nauwelijks toegekomen aan het in kaart brengen van de effecten van hun aanpakken bij hulpvragers en professionals. Lange termijn monitoring en evaluatie van de ervaringen en uitkomsten van direct betrokkenen – in het bijzonder hulpvragers, de personen om wie het uiteindelijk gaat – is echter cruciaal om na te kunnen gaan in hoeverre de veronderstelde positieve effecten van betere domeinoverstijgende samenwerking voor hen daadwerkelijk optreden. Zoals tijdige zorg en/of ondersteuning die aansluit bij de hulpvraag, meer herstel en hogere kwaliteit van leven bij hulpvragers, en minder werkdruk en meer werkplezier bij professionals. Zulke waardegedreven monitoring en evaluatie dient onderdeel te zijn van de transformatie naar regionale Mentale gezondheidsnetwerken, om te voorkómen dat een interventie landelijk wordt uitgerold zonder robuuste evidentie over de daadwerkelijke effecten op het niveau van direct betrokkenen.

## 10.5 Tot slot

In de voorgaande paragrafen zijn op basis van onze evaluatie van de Versnellers-aanpakken negen aanbevelingen geformuleerd die *gezamenlijk* richting geven aan de doorontwikkeling van domeinoverstijgende samenwerking rond de aanpak van de wachttijden in de ggz. Tot slot is goed om uit te zoomen en te benoemen dat de wachttijdenproblematiek niet alleen te wijten is aan een gebrek aan samenwerking tussen ggz, huisartsenzorg en sociaal domein, en ook niet alléén kan worden opgelost door betere samenwerking. Dit is ook wat betrokkenen uit de Versnellers-regio's zelf consistent naar voren brachten in onze evaluatie. Het vraagstuk rond wachttijden raakt aan diepere, meer fundamentele problemen, zoals de medicalisering van psychisch lijden, de maatschappelijke norm dat problemen vooral specialistisch moeten worden opgelost, omgevings- en maatschappelijke factoren die het risico op ontstaan, voortduren of verergeren van psychische problemen verhogen, de beperkte capaciteit in zowel de ggz als de huisartsenzorg en het sociaal domein, en de perverse prikkels in het financiële stelsel die eraan bijdragen dat juist personen met complexe problemen het langst moeten wachten op ggz. Deze fundamentele kwesties werden begrijpelijkerwijs in de Versnellers-projecten niet aangepakt, daarvoor zijn ze te groot. Tegelijkertijd bepalen ze wel de grenzen van de effecten die met samenwerkingsmechanismen kunnen worden bereikt. Dit noopt tot bescheidenheid over wat aanpakken die zich primair richten op het verbeteren van regionale domeinoverstijgende samenwerking kunnen bijdragen aan het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz en het verkorten van de wachttijden. Aansluitend bij recente analyses (o.a. Algemene Rekenkamer, 2020; Boumans, Kroon & van der Hoek, 2023; Zorginstituut Nederland, 2023; IBO, 2025; RVS, 2025) ligt het voor de hand dat alleen een aanpak waarin de verschillende aspecten van het wachttijdenprobleem in samenhang worden onderkend, de gewenste vruchten zal afwerpen. Met andere woorden: een complex, meervoudig probleem, vraagt om een complex, meervoudig antwoord.

### **Aanbeveling 10:**

***Erken dat er geen enkelvoudige oplossing bestaat voor de wachttijdenproblematiek in de ggz***

---

### **Toelichting:**

Door de verschillende dimensies van de wachttijdenproblematiek in samenhang te benaderen – organisatorisch, financieel, professioneel en maatschappelijk – ontstaat een realistische en effectievere aanpak van de wachttijden in de ggz.

# Referenties



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. Den Haag: Algemene Rekenkamer. [Resultaten verantwoordingsonderzoek 2023 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Rapport](#)

Akwa GGZ. (2024) Rapport. Uitkomsten online panel Akwa GGZ – Overbruggingszorg. Utrecht: Akwa GGZ. [https://akwaggz.nl/wp-content/uploads/2024/11/AkwaGGZ\\_Rapport\\_Overbruggingszorg.pdf](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](#)

Bouman, G., Vonk, R., & Jongebreur, W. (2018). Anders kijken naar wachttijden in de ggz. Onttrafelen 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 mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief. Utrecht: Trimbos-instituut. [AF2059-Ggz-uit-de-knel](#)

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

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](https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/7/66-2024-9-hoekstra_oa.pdf)

Delespaul, P. (2024). Het verkennend gesprek verkend. Tijdschrift voor Psychiatrie, 66(9), 506–507. [https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/7/66-2024-9-delespaul\\_com.pdf](https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/7/66-2024-9-delespaul_com.pdf)

IBO - Interdepartementaal Beleidsonderzoek mentale gezondheid en ggz (2025). Uit Balans. [Interdepartementaal Beleidsonderzoek](#)

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. [Toezicht op samenwerking toegankelijke ggz en passende zorg](#)

IZA - Integraal Zorgakkoord (2022). Samen werken aan gezonde zorg. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>

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 Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). Versterkingsagenda mentale gezondheid & ggz. [Samen gezond, fit en veerkrachtig](#)

Nuijen, J., Boumans, J., Magnée, T., Janson, I., & Leemrijse, C. (2024). Regionale Versnellers-aanpakken wachttijden in de ggz in kaart gebracht. Utrecht: Trimbos-instituut. [TRI75-012-Versnellers-aanpakken-ggz.pdf](#)

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/](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! | 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](#)

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>

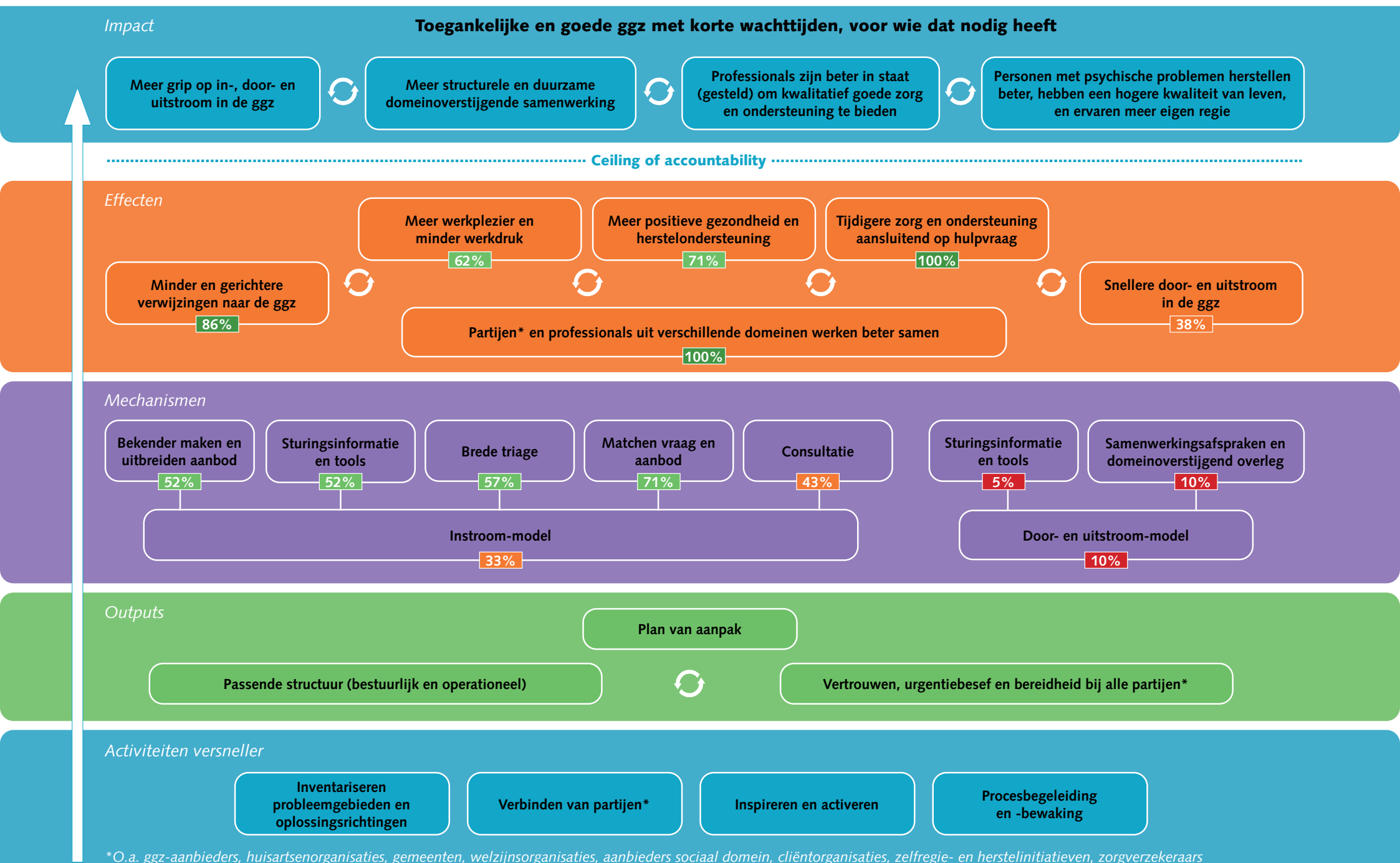
Zorginstituut Nederland (2023). Niemand kan het alleen: signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen. Diemen: Zorginstituut Nederland. [Signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen | Rapport](#)

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



## Bijlage 1

**Figuur 1 De overkoepelende verandertheorie van de Versnellers-aanpakken van wachttijden in de ggz.** Door te klikken op de 'i-tjes', verschijnt informatie over specifieke mechanismen of beoogde effecten. (Om de interactiviteit te gebruiken, download dit rapport en bekijk het in de Acrobat Reader).



\*O.a. ggz-aanbieders, huisartsenorganisaties, gemeenten, welzijnsorganisaties, aanbieders sociaal domein, cliëntorganisaties, zelfregie- en herstelinitiatieven, zorgverzekeraars

