



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Aan: Mevrouw Helder, Minister voor Langdurige Zorg en Sport

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igj.nl

Onderwerp Toezicht op regionale aanpak wachttijden ggz: resultaten
vervolgaanpak 2022 in negen regio's

Datum: 1 maart 2023

Informatie bij
Meldpunt IGJ
T +31 (0)88 120 50 00
E meldpunt@igj.nl

Kenmerk
2023-2850505/EK/HV/mv

Datum
1 maart 2023

Geachte mevrouw Helder,

Bijlage
--

"De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) staat al langere tijd onder druk. De zorgvraag stijgt, er zijn personeelstekorten en de coronapandemie verbetert de situatie niet." De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) schreven dit op 22 oktober 2021 aan de staatssecretaris van VWS de heer Blokhuis naar aanleiding van ons gezamenlijk 'Toezicht op regionale aanpak wachttijden ggz: resultaten verkenning mei-juli 2021'.

Ruim een jaar later spraken wij, als vervolg op deze verkenning, in dezelfde negen regio's met (een vertegenwoordiging van) de Regionale Taskforces (RTF). Deze gesprekken gingen over de vervolgaanpak van het terugdringen van de wachttijden in deze regio's. In deze brief blikken wij terug op de resultaten van de RTF's van het afgelopen jaar. Daarnaast kijken we naar wat nodig is om passende zorg in de ggz mogelijk te maken.

Gezamenlijk toezichtstraject IGJ en NZa in eerdere jaren

De IGJ en de NZa zijn meerdere jaren actief in hun toezicht op de wachttijden. In 2019 startten wij een gezamenlijk toezichtstraject waarbij wij kijken naar de rol van zorgaanbieder (ggz-aanbieders en huisartsen) en van zorgverzekeraars. Daarnaast gaan wij na hoe deze partijen regionaal samenwerken om de wachttijden terug te dringen. De aanpak van de wachttijden behoort immers niet bij één instelling of sector, maar hangt samen met de instroom, doorstroom en uitstroom van cliënten in de gehele ggz-keten.

In 2020 heeft dit toezicht, in de vorm van een pilotsamenwerking, geleid tot [een eerste rapportage](#). In deze pilot voerden wij in vier regio's met structureel te hoge wachttijden verkennende gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In 2021 is deze rondgang vervolgens uitgebreid naar negen regio's met de hoogste wachttijden. Het doel van deze rondgang was om ons te informeren over de regionale aanpak van de wachttijden. Wij spraken met de zogenaamde versnellers en de voorzitters van de RTF in deze regio's en constateerden, zoals beschreven in [ons briefrapport van 22 oktober 2021](#), dat de aanpak van de hoge wachttijden een ingewikkeld probleem is. De oplossing ligt niet bij één partij. Het is van belang is om de verantwoordelijkheden van partijen in de RTF te concretiseren. Daarnaast blijken meer randvoorwaarden nodig om de problematiek op te lossen.

Vervolggesprekken in negen regio's

Afgelopen jaar volgden wij de ontwikkelingen van de aanpak van de wachttijden in de regio's via de Vektis data-rapportages en de informatie van de landelijke Stuurgroep 'toegankelijkheid en wachttijden ggz'¹.

In september – oktober 2022 bezochten de IGJ en de NZa de negen regio's² uit het onderzoek van 2021 opnieuw om een beeld te krijgen van de voortgang van de wachttijdenaanpak. Wij spraken in iedere regio met een brede vertegenwoordiging van de regionale taskforce over de opvolging van de specifieke aanbevelingen voor de regio in eerdere rapportages. Ook bespraken wij de algemene aanbevelingen voor alle regionale partijen uit het brieffrapport d.d. 22 oktober 2021. Tijdens deze regiobezoeken stonden wij daarnaast stil bij de [afspraken en ambities uit het Integraal Zorgakkoord](#) (IZA) om de ggz-zorg in Nederland toegankelijker te maken en te houden.

In deze brief beschrijven wij de meest opvallende bevindingen uit onze gesprekken. Het gaat om een globaal beeld, gedestilleerd uit de beschrijving van de situatie in de negen regio's door vertegenwoordiging van de RTF. Wij zijn daarom voorzichtig met te stellige en generaliserende uitspraken, omdat dit geen recht doet aan specifieke omstandigheden in de regio's.

We geven eerst de belangrijkste conclusies. Vervolgens geven we aan wat we gezien hebben. Daarbij maken we onderscheid tussen algemene bevindingen op regionaal niveau en de bevindingen per betrokken partij. Waar mogelijk geven we aan wat goed gaat en waar verbeteringen mogelijk zijn. Tot slot volgen onze aanbevelingen en de invulling van onze rol als toezichthouders daarbij.

Conclusies toezicht op regionale aanpak wachttijden ggz 2022

- 1. Samenwerking is verbeterd binnen de regionale taskforces (RTF's), maar nog geen daling wachttijden.** De inzet van zorgaanbieders en zorgverzekeraars binnen de regionale samenwerking is gegroeid, net als het onderling vertrouwen. Desondanks zien we in de cijfers van de wachttijden nog onvoldoende resultaat. De wachttijden zijn constant gebleven. In sommige regio's fluctueren ze gedurende het jaar. Landelijk is het aantal verwijzingen naar de ggz toegenomen³. Het gelijk blijven van de wachttijden is mogelijk een resultaat van de inspanningen, maar een verband tussen vraag en aanbod kan (nog) niet worden gelegd.
- 2. Men is afhankelijk van elkaar om wachttijden in de ggz te verminderen.** De toegankelijkheid van de ggz is niet de verantwoordelijkheid van één partij. Veranderingen in de organisatie binnen én rondom de ggz zijn nodig om de toegenomen vraag naar ggz op te vangen. De uitvoering van afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) is daarom noodzakelijk. De ontwikkelingen in de meeste regio's bieden een goede basis hiervoor.

¹ De stuurgroep bestaat uit een afvaardiging van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse ggz (deNLggz), MeerGGZ, Sociaal Werk Nederland (SWN), Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Landelijke huisartsen Vereniging (LHV), InEen en MIND.

² Het gaat om de regio's Drenthe, Flevoland, Apeldoorn e.o., Arnhem, Nijmegen, Groningen, Zuid-Limburg, Amsterdam en Rotterdam.

³ Zie [Monitor Toegankelijkheid van Zorg](#)

3. Regie en verantwoordelijkheden zijn nog niet duidelijk belegd.

Samenwerking kost tijd en energie. Doelen (vastgelegd in regionale plannen) zijn nog niet overal uitgewerkt en/of uitgevoerd. Tussenevaluaties en actualiseren van de plannen gebeurt veelal niet structureel. De inzet is wisselend per regio en per partij. De meeste grotere ggz-instellingen in de regio's participeren actief in de RTF's. De inzet van kleine ggz-instellingen blijft nogal eens achter. Dat geldt ook voor de aansluiting van huisartsen; het blijkt lastig om de alle huisartsen in de regio te informeren en te betrekken bij initiatieven van de RTF.

De samenwerkingspartners maken onvoldoende naar elkaar duidelijk wat kan worden verwacht. Met name de rol van de zorgverzekeraars in het terugdringen van wachttijden is in de regio's niet overal duidelijk. Partijen uit het sociaal domein zijn nog weinig betrokken. De rol van de gemeentes binnen een regio taskforce verschilt. De gemeentes kennen grote verschillen qua organisatie en werkwijze binnen het sociaal domein.

4. Regioeelden zijn vaak incompleet of onvoldoende op de ggz

ingericht. Er is nog onvoldoende inzicht in zorgbehoefte en zorgaanbod per regio, terwijl dit wel van zorgverzekeraars wordt verwacht op basis van de handvatten bij de uitvoering van de zorgplicht⁴. Een belangrijk doel binnen het IZA is om zicht te krijgen op de benodigde capaciteit, voorzieningen en infrastructuur van (boven)regionaal zorgaanbod, passend bij de zorgvraag van de patiënt. Afgesproken is dat de twee grootste zorgverzekeraars en de twee grootste gemeentes de (zorgbrede) regioeelden⁵ ontwikkelen en de daarop gebaseerde regioplannen. Hiervoor moeten nog initiatieven worden ontwikkeld.

5. Goede ervaringen in de samenwerking tussen de ggz en herstel- en zelfregiecentra.

De ervaringen met ervaringsdeskundigheid rechtvaardigen meer aandacht voor de link tussen de ggz en het sociale domein. Hierdoor vinden mensen met een psychische kwetsbaarheid meer mogelijkheden om eigen regie over hun leven te krijgen. Dit beïnvloedt medicalisering en vermindert de vraag naar behandeling in de ggz. Partijen treffen in meerdere regio's voorbereidingen om te komen tot een domein overstijgende samenwerking in aanmeldpunten. Waar dit al is ingericht wordt duidelijk dat niet elke hulpvraag door de ggz opgepakt hoeft te worden. Deze ontwikkelingen sluiten aan bij de in het IZA genoemde 'mentale gezondheidscentra'.

6. Beleidsinstrumenten om wachttijden te verminderen worden binnen de regionale taskforces wisselend gebruikt.

Partijen maken toenemend gebruik van transfermechanismes. Zij gebruiken de hoogste opschalingstrede van de regionale doorzettingsmacht niet, omdat zij verwachten er weinig resultaat mee te verkrijgen. Aanmeldstops worden niet alleen gebruikt bij het bereiken van contractuele omzetplafonds, maar ook om de druk op behandelteams te verminderen. Deze patiënten worden niet op de wachtlijst

⁴ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_323566_22/

⁵ Hierbij wordt voor het onderdeel ggz aangesloten op de algemene inhoudelijke en procesmatige criteria zoals deze zijn [geformuleerd](#) voor het regiobeeld en de regioplannen

geplaatst en zijn daarmee niet zichtbaar op de wachtlijst van de zorgaanbieder en zij blijven aangewezen op de hulp van de huisarts.

- 7. Partijen lopen bij samenwerking aan tegen gebrek aan randvoorwaarden.** Veel partijen ervaren onvoldoende budget, tijd en menskracht om de gewenste samenwerking tot stand te brengen en te borgen. Men hoopt op extra (financiële) inzet van bijvoorbeeld versnellers en een domein overstijgende bekostiging. Afspraken in het IZA (bijv. t.a.v. transitiegelden) moeten daarbij helpen. Ook blijft er onzekerheid bestaan over de mogelijkheden om privacygevoelige informatie met elkaar te delen.
- 8. Bij de uitwerking van regionale initiatieven wordt weinig gebruik gemaakt van elkaars ervaringen.** De onderlinge leereffecten zijn niet groot. Hierdoor is ook nog te weinig bekend welke ervaringen helpen in de samenwerking.

Bevindingen Regionale Taskforces

1. Versterkte samenwerking

In alle regio's sluiten ggz-aanbieders, huisartsen en zorgverzekeraars aan bij de RTF om de in-, door- en uitstroom binnen de ggz te verbeteren. Partijen zoeken elkaar op, weten elkaar te vinden en communiceren via korte lijnen. Dit leidt tot meer begrip voor elkaar en een gedeeld urgentiebesef als het gaat om de wachtlijstproblematiek. In het afgelopen jaar zijn domeinoverstijgende samenwerkingsinitiatieven (verder) opgezet om afstemming te verbeteren. Gemeenten en het sociaal domein raken steeds meer betrokken. De mate van aansluiting verschilt echter per regio en partij. Ook cliëntvertegenwoordigers of ervaringsdeskundigen krijgen een grotere rol in de RTF's. In een aantal regio's kwam ter sprake dat de continuïteit van de samenwerking mede afhangt van de personen die deelnemen in het netwerk. Door personele wijzigingen bij een aanbieder of gemeente kan de samenwerking ineens onder druk staan.

De afgelopen tijd bleek het moeilijk voor (met name grotere) ggz-instellingen om de toenemende vraag naar zorg te beantwoorden. Dit kwam door onder andere de coronapandemie, de krapte op de arbeidsmarkt, de invoering van het zorgprestatie model en het ontbreken van duurzame financiering voor samenwerking. Het wordt steeds duidelijker dat het terugdringen van de wachttijden om een transformatie van het ggz-landschap vraagt met een gezamenlijke inspanning van alle partijen, zoals overeengekomen in het IZA. Dat constateerden wij in 2021, maar dat blijkt nu even goed geldig.

De aangestelde versnellers faciliteerden de organisatie van de regionale aanpak. Het aflopen van de financiering van de versnellers belemmerde de voortgang van de regionale aanpak wachttijden ggz. Hierdoor stokten of vertraagden in gang gezette processen. De subsidie van ZonMw voor de inzet van versnellers (veel regio's hebben een aanvraag ingediend) zal deze processen bespoedigen, maar borgt duurzame verandering niet.

Elke regio bevindt zich in een andere fase van samenwerking: van kennismaking tot intensieve samenwerking. We zien RTF's die ondanks genoemde moeilijkheden actief samenwerken en regio's waarbij partijen elkaar het afgelopen jaar slechts

een enkele keer in RTF-verband hebben ontmoet.

Wat gaat goed?

Verbetering in zachte factoren van de samenwerking

Ten opzichte van onze verkenning in 2021 zien wij dat in veel regio's energie is gestoken in de samenwerking, passend bij onze eerdere aanbevelingen. Partijen vinden elkaar sneller en het onderlinge vertrouwen is gegroeid. Men voelt zich steeds meer gezamenlijk verantwoordelijk voor het oplossen van de wachttijden en het bieden van passende zorg aan cliënten. Partijen erkennen dat de wachttijden niet meer alleen het probleem van de ggz zijn. Verleden jaar was dit besef nog niet overal aanwezig. Daar waar partijen elkaar actief opzoeken en overleggen in de RTF, zien we dat zij elkaars aanbod en werkwijzen beter kennen, hetgeen de basis is voor het bieden van passende zorg aan patiënten. Steeds meer partijen, zoals cliëntvertegenwoordigers, het sociaal domein en gemeentes haken aan.

Domeinoverstijgende samenwerking in aanmeldpunten

In meerdere regio's starten pilots voor de inrichting van een centraal aanmeldpunt waar de zorgvraag (na verwijzing van de huisarts) domeinoverstijgend wordt beoordeeld. Dit kan ertoe leiden dat een zorgvraag niet door de ggz, maar door het sociaal domein of gezamenlijk wordt opgepakt.

Wat kan beter?

Gebrek aan evaluatie regioplannen en concrete vervolgplannen

De wachttijdenaanpak vereist een regioplan met afspraken over resultaat en inspanningen inclusief helderheid over ieders bijdrage aan de uitvoering. In de regio's is over het algemeen overeenstemming over het einddoel: lokale en regionale samenwerking die zorg en welzijn verbindt en gericht is op passende zorg en preventie. De concrete uitwerking van deze doelen en de precieze weg ernaartoe is echter nog niet altijd duidelijk. Op dit moment zien wij dat de plannen van voorgaande jaren niet of nauwelijks zijn geëvalueerd en dat vervolgplannen met concrete uitkomsten vaak ontbreken. Een groot deel van de regio's koppelt het vervolg van de samenwerking aan de toekenning van de aangevraagde subsidie 'Versnellers binnen de ggz' bij ZonMw. Veel RTF's geven aan nog niet te weten hoe zij de regionale samenwerking verder vorm geven als de subsidie niet wordt toegekend.

Duidelijkheid over regie en verantwoordelijkheden

In 2021 gaven wij als aanbeveling aan de landelijke stuurgroep om de taken en verantwoordelijkheden van de RTF's te verduidelijken. Hierop leverde de landelijke stuurgroep begin vorig jaar de werkkaart '[Samenwerken aan een toegankelijke ggz: een uitwerking van rollen, taken en verantwoordelijkheden](#)' op. In deze werkkaart zijn de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de RTF verder uitgewerkt. In een aantal regio's is deze kaart niet bekend of wordt er niet mee gewerkt. De processtappen uit de werkkaart worden daardoor vaak niet (allemaal) gevolgd. Er blijft, mede hierdoor, onduidelijkheid over de rolverdeling van de verschillende partijen bij het terugdringen van de wachttijden. Aan de RTF's vroegen wij verleden jaar om verwachtingen van partijen over en weer verder uit te werken. Dit is weinig gedaan. Bovendien zijn partijen in enkele regio's niet tot nauwelijks bijeen geweest in RTF-verband. Dat heeft de samenwerking beïnvloed. Wij zien daardoor verschillen tussen regio's in de voortgang, terwijl overal vergelijkbare belemmeringen als personeelstekort en financiering van

samenwerking spelen. Hiermee wordt geen invulling gegeven aan onze aanbevelingen over het creëren van duidelijkheid over rollen, verantwoordelijkheden en verwachtingen en wat hierover in de werkkaart is opgenomen.

Het samenwerken gaat soms gepaard met ongerustheid onder zorgprofessionals vanwege vragen over de privacywetgeving bij het delen van medische gegevens.

2. Ervaringsdeskundigen worden vaker betrokken en herstelcentra worden opgericht

In een aantal regio's zijn initiatieven als laagdrempelige steunpunten vanuit ervaringsdeskundig perspectief aangehaakt bij de RTF, bijvoorbeeld herstel- en zelfregiecentra.

Wat gaat goed?

Partijen beschouwen deze herstelcentra als een meerwaarde. Ze ondervinden dat de inzet van de juiste herstelondersteunende zorg leidt tot verminderde toestroom naar de ggz.

Wat kan beter?

De rol van ervaringsdeskundigen, bijvoorbeeld in herstelcentra, is nog niet in elke regio ingericht. Door meer aandacht te schenken aan deze vormen van ondersteuning, krijgen cliënten een passender aanbod. Daarnaast kan het bijdragen aan een verbetering van de in-, door- en uitstroom van patiënten naar de ggz. In het IZA worden bovengenoemde punten eveneens benoemd.

3. Wisselend gebruik instrumenten

Het afgelopen jaar zijn verschillende instrumenten ontwikkeld door de landelijke stuurgroep om de wachttijden omlaag te brengen, zoals transfermechanismen, doorzettingsmacht en aanmeldstops.

Transfermechanismen

De transfertafels worden gebruikt voor beleidsvorming en het maken van regionale verwijfsafspraken. Aan de overleg- of casuïstiektafels worden individuele cliëntcasussen besproken met als doel de patiënt op basis van multidisciplinair overleg op de best passende plek te krijgen. De overleggen vinden met een vaste en redelijk hoge frequentie plaats.

Regionale doorzettingsmacht

Regionale doorzettingsmacht, een escalatiemodel waarbij voor complexe casuïstiek (boven)regionale hulp wordt gezocht, wordt in de praktijk bijna niet gebruikt en partijen zien weinig meerwaarde om dit instrument verder uit te werken. Zij geven aan dat de mogelijkheid van opschaling naar (boven)regionale structuren al bestond voor de vorming van de genoemde overlegtafels.

Wat gaat goed?

Toegenomen inzet van transfermechanismen

Vrijwel alle regio's zijn positief over de toegenomen inzet van transfermechanismen. Partijen leren van elkaar, nemen patiënten over of gaan samen de cliënt behandelen. In het IZA is ook afgesproken dat de huidige aanpak

met transfer-, overlegtafels en doorzettingsmacht wordt voortgezet om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren en de wachttijden te verminderen.

Wat kan beter?

Transfertafels

In sommige gevallen kunnen transfers niet doorgaan, omdat het afgesproken budgetplafond tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder is bereikt of de betreffende zorgaanbieder niet gecontracteerd wordt door een bepaalde zorgverzekeraar. Daarnaast zijn nog niet alle partijen in elke regio betrokken bij deze overlegtafels, zoals het sociaal domein en kleine/vrijgevestigde zorgaanbieders.

Aanmeldstops

Soms gebruiken zorgaanbieders een aanmeldstop om de druk op behandelteams te verminderen. Patiënten worden hiermee niet zichtbaar op de wachtlijst van de zorgaanbieder. De druk op de huisartsenzorg neemt toe omdat de patiënt aangewezen blijft op hulp van de huisarts. Deze heeft onvoldoende capaciteit en deskundigheid is om deze patiënten passende zorg te bieden.

4. Matige verbinding met de landelijke Stuurgroep Wachttijden ggz

De regio's geven aan dat er een matige verbinding is met de landelijke stuurgroep wachttijden. Belemmeringen in de samenwerking, zoals financiële knelpunten worden daardoor niet altijd doorgegeven aan de stuurgroep.

5. Randvoorwaarden

Tijdens de gesprekken met de RTF's kwam een aantal randvoorwaarden voor samenwerking naar voren. Deze werden ook in onze vorige rapportbrief besproken. Hieronder wordt weergegeven hoe het met de besproken randvoorwaarden staat.

Inzicht in vraag en aanbod en gebruik van regiobeelden

In 2021 gaven wij als aanbeveling om te investeren in de ontwikkeling van regiobeelden zodat de zorgvraag kan worden afgezet tegen de beschikbare capaciteit. In de meeste regio's zijn de regiobeelden nog altijd incompleet of onvoldoende op ggz toegespitst, waardoor er amper gebruik van wordt gemaakt. De data die als input worden gebruikt, zijn daarnaast niet altijd actueel volgens zorgverzekeraars. Bij de zorgverzekeraar is vaak wel een beeld van hun eigen verzekerden, maar niet van de gehele regiopopulatie. In één regio is samenwerking gezocht met gemeenten op dit thema.

Onvoldoende middelen voor structurele borging

Wat in alle regio's naar voren komt, is dat er onvoldoende budget, tijd en menskracht beschikbaar is om de gewenste samenwerking tot stand te brengen en te borgen. De structurele borging van de samenwerking (met een gedeelde ambitie, organisatievorm, financiering en regie) en afspraken over governance zijn nodig om de afspraken uit het IZA vorm te geven.

Onbekendheid met bekostiging en behoefte aan structurele domeinoverstijgende bekostiging

We zien enerzijds dat partijen weinig bekend zijn met de bekostigingsmogelijkheden die er nu al zijn. De bestaande mogelijkheden voor consultatie van huisartsen worden nog onvoldoende gebruikt evenals de mogelijkheden om partijen uit het sociaal domein consultatie te bieden. Daarnaast zijn partijen op dit moment nog onvoldoende op de hoogte van de inzet en aanvraag van transitie-instrumenten, zoals overeengekomen in het IZA, voor hun regio. Anderzijds is er behoefte aan structurele domeinoverstijgende bekostiging waarbij er aandacht is voor kosten van indirecte tijd (voor bijvoorbeeld preventie en overleg), financiering van ervaringsdeskundigheid en voor financiering van consultaties voor zowel het medische als het sociale domein. In het IZA zijn afspraken gemaakt over totstandkoming van nieuwe vormen van domeinoverstijgende bekostiging.

Arbeidsmarktproblematiek speelt in alle domeinen

Alle regio's ervaren een tekort aan hulpverleners. Dit geldt voor zowel ggz-aanbieders, de huisartsenzorg als voor het sociale domein. De coronacrisis heeft dit probleem vergroot. De exacte uiting van de arbeidsmarktproblematiek kan verschillen, maar het zorgt in alle regio's voor een grotere druk op de instellingen en behandelaren. Grote ggz-aanbieders geven aan dat er een trend gaande is dat behandelaars uitstromen naar kleine ggz-aanbieders. Daarnaast ervaren zij problemen met het overreiden van (crisis)diensten vanwege een tekort aan psychiaters. In het IZA zijn afspraken gemaakt met de verschillende branches om over Nacht/Avond/Weekend-diensten werkafspraken te maken.

Beeld individuele partijen

1. Geïntegreerde ggz-instellingen

Een actieve rol van geïntegreerde ggz-instellingen bij de aanpak van de wachttijden en de samenwerking over domeinen heen is nodig voor het terugdringen van de wachttijden. Deze actieve rol zien we in veel regio's. Daar waar regionale crisisdiensten en FACT of gebiedsteams samenwerkingsafspraken maken met huisartsen en kleinere ggz-aanbieders over consultatie, bereikbaarheid en overname bij complexe casuïstiek vergroot dit het vertrouwen in elkaar en de bereidheid patiënten in zorg te nemen.

Wat gaat goed?

In deze instellingen is steeds meer aandacht voor de sturing op uitstroom naar de huisarts en het sociaal domein. In een aantal regio's is er meer begrip tussen de verschillende partijen en de crisisdienst van de ggz-instelling, bijvoorbeeld doordat de crisisdienst uitleg heeft gegeven over haar werkwijze. Daarnaast zijn samenwerkingsafspraken gemaakt met de crisisdienst en met FACT-teams van grotere ggz-instellingen. In enkele regio's worden afspraken gemaakt tussen ggz-aanbieders over het overnemen van elkaars wachttijden.

Wat kan beter?

We zien verschillen tussen regio's in de inzet van geïntegreerde ggz-instellingen in de RTF. In de ene regio is de deelname actiever dan in de andere. GGZ-instellingen geven aan dat er problemen ontstaan met het overreiden van (crisis)diensten vanwege een tekort aan psychiaters.

2. Kleine en vrijgevestigde ggz-aanbieders

Het aandeel van kleine en vrijgevestigde ggz-aanbieders in het totale zorgaanbod varieert per regio: van een klein aandeel tot ruim veertig procent van het totale aanbod. Ook de aansluiting van deze partijen wisselt per regio. In een aantal regio's zijn (een deel van) de kleine en/of vrijgevestigde aanbieders door één van hen vertegenwoordigd in de RTF.

Wat gaat goed?

In een aantal regio's zijn de kleine en vrijgevestigde zorgaanbieder goed vertegenwoordigd in de RTF en doen zij actief mee. Zo zijn er regio's waarbij kleinere aanbieders complexe casuïstiek overnemen met achtervang van de crisisdienst, FACT- of gebiedsteam. Ook zijn er voorbeelden waarbij vrijgevestigde of kleine aanbieders overbruggingszorg bieden gedurende de wachttijd.

Wat kan beter?

De meeste regio's hebben, ondanks inspanningen vanuit de RTF, moeite om deze groep (blijvend) aan te haken, terwijl aansluiting hard nodig is voor het terugdringen van de wachtlijsten. De RTF's ervaren soms dat er bij kleinere partijen minder sprake is van een gezamenlijk verantwoordelijkheidsgevoel voor de wachtlijstproblematiek. Ook hebben zij minder personele ruimte voor een bijdrage aan de RTF. We zien dat veel kleine en vrijgevestigde zorgaanbieders, net als verleden jaar, exclusiecriteria hanteren voor complexere of crisisgevoelige cliënten. Dit is wellicht niet nodig wanneer de samenwerking met de regionale crisisdienst verbetert én er afspraken zijn over consultatie, bereikbaarheid en overname van zorg. Belangrijk hiervoor is dat het vertrouwen in elkaar groeit.

3. Huisartsen

Huisartsen spelen een rol bij de verwijzing van patiënten naar de ggz of het sociaal domein wanneer patiënten op de wachtlijst staan en als zij uitstromen uit de ggz. Binnen de RTF worden huisartsen vaak vertegenwoordigd door een afvaardiging van de lokale huisartsenorganisatie.

Wat gaat goed?

In alle regio's zijn de huisartsen betrokken bij de RTF's. In de meeste regio's nemen de huisartsen actief deel aan de RTF en voelen zij een gedeelde verantwoordelijkheid om bij te dragen aan de wachtlijstproblematiek. Huisartsen in deze regio's weten niet alleen de ggz beter te vinden, zij vinden ook steeds meer aansluiting bij het sociaal domein.

Wat kan beter?

Een deel van de huisartsen is voldoende betrokken

Voor sommige regio's blijkt het een uitdaging om alle huisartsen uit de regio aan te sluiten. Het is lastig om de gehele groep huisartsen in de regio te informeren en te betrekken bij initiatieven van de RTF.

Consultatiemogelijkheden zijn nog niet duidelijk of worden niet optimaal gebruikt. De financiële mogelijkheden voor consultatie van de ggz⁶ zijn nog niet voor alle huisartsen duidelijk, toereikend en worden niet optimaal gebruikt.

⁶ Zie [Informatiekaart domeinoverstijgend samenwerken ggz en sociaal domein](#) en [Informatiekaart consultatie van de ggz door de poh-huisarts](#)

Het doorverwijzen van patiënten verloopt nog niet altijd soepel

Ook blijft het van belang om aandacht te schenken aan het op de juiste manier doorverwijzen van patiënten. Bij verwijzing zijn wachttijden niet altijd inzichtelijk. Dit maakt het voor de huisartsen complex, omdat zij verantwoordelijk blijven zolang de patiënt op de wachtlijst voor een intake staat. Daarnaast geven huisartsen aan dat het aanbod van de ggz en het sociaal domein nog wat versnipperd is.

4. Zorgverzekeraars

In alle regio's participeren één of twee zorgverzekeraars in de RTF. De participatie loopt van een actieve bijdrage tot aan het zoeken naar de juiste rolinvulling. Voor andere partijen in de RTF is het onduidelijk of zorgverzekeraars bij hun contractering sturen op een bijdrage van kleine zorgaanbieders bij de regionale opgave van het terugdringen van de wachttijden.

Wat gaat goed?

De financiering van initiatieven in de overbruggingsperiode blijft onzeker (alhoewel verzekeraars pilots soms (incidenteel) financieren, maar dit is vooralsnog tijdelijk). Enkele zorgverzekeraars denken welwillend mee bij het ontplooiën van regionale initiatieven en in geval van het ophogen van het budgetplafond waardoor deze initiatieven plaats kunnen vinden.

Wat kan beter?

Onduidelijk of de juiste zorg wordt ingekocht

In meerdere regio's geeft de zorgverzekeraar aan dat ze voldoende zorg inkopen omdat er daar sprake is van budgetonderschrijdingen, maar dat zij gezien de bestaande wachtlijstproblematiek mogelijk niet de juiste zorg inkopen. Zorgverzekeraars denken dat het zorgprestatie-model inzicht zal geven in welke zorg en hoeveel zorg er nodig is voor patiënten. Veldpartijen vroegen zich af of het groeiende online-aanbod geschikt is voor de doelgroepen met de langste wachttijden.

Rol van de zorgverzekeraar bij zorgbemiddeling wisselt

De visie van de zorgverzekeraar op hun rol bij zorgbemiddeling wisselt per regio: van terughoudend tot stimulerend.

Ondanks onze aanbeveling van 2021, hebben zorgverzekeraars op regioniveau nog onvoldoende inzicht in de zorgbehoefte en het zorgaanbod. In het IZA zijn afspraken gemaakt om op korte termijn te komen tot regiobeelden en regioplannen die per sector verder uitgewerkt moeten worden. De twee grootste zorgverzekeraars met twee gemeentes per regio moeten hierbij de regie nemen. Dit is in de praktijk (nog) weinig aan de orde. De huidige regiobeelden vragen om een verdiepingsslag en uitbreiding naar de ggz om passende regioplannen op te stellen. Zorgverzekeraars moeten, zoals beschreven in de handvatten bij de uitvoering van hun zorgplicht⁷, een grotere rol pakken bij de financiële belemmeringen van transfers, stimulering van zorgbemiddeling en meer duidelijkheid geven over hun werkwijze bij de huidige bekostigingsmogelijkheden

⁷ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_323566_22/

en hun regionale inkoopbeleid ggz van onder andere kleine en vrijgevestigde aanbieders.

5. Sociaal domein

Partijen uit het sociaal domein zijn in steeds meer regio's betrokken door bijvoorbeeld deelname in pilots en werkgroepen, aan casuïstiektafels en/of deelname in de RTF

Wat gaat goed?

Daar waar huisartsen en ggz-aanbieders samenwerken met het sociaal domein, ervaren de partijen dat het inzicht verbetert in de mogelijkheden van maatschappelijke ondersteuning, waardoor meer toe- en uitstroom naar het sociaal domein ontstaat in plaats van naar de ggz. In het IZA wordt het versterken van het sociaal domein en sociale basis als belangrijk onderdeel van de transformatie genoemd.

Wat kan beter?

Ondanks de toename van de betrokkenheid van het sociaal domein, is het sociaal domein over het algemeen nog onvoldoende aangehaakt. Het aanbod is nog versnipperd en onoverzichtelijk, mede doordat aanbieders van maatschappelijke zorg per gemeente kunnen verschillen.

6. Gemeenten

In de meeste RTF's is een grotere gemeente betrokken, maar de mate van betrokkenheid wisselt sterk. Niet bij elk gesprek in de regio's was een vertegenwoordiger van de gemeente aanwezig.

Wat gaat goed?

In de meeste RTF's is de gemeente betrokken, of zijn daar plannen voor.

Wat kan beter?

De grote verschillen tussen gemeenten qua organisatie en werkwijze en de vele gemeenten per regio maken aanhaking en het maken van regionale afspraken lastiger. In het IZA is afgesproken dat gemeenten en de ggz thema's vastleggen in een werkagenda waarbij wordt aangesloten op de reeds bestaande ontwikkelagenda Toegankelijkheid en Wachttijden GGZ.

Aanbevelingen

Aanbevelingen aan alle partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, VWS)

Werk aan bewustwording omtrent de (on)mogelijkheden van de ggz bij mentale problemen.

De mentale ongezondheid in Nederland neemt toe⁸. De vraag naar de ggz in Nederland is groter dan de sector aan kan. Mede hierdoor ontstaan wachttijden. De hoge druk op de ggz is hiermee ook een maatschappelijk probleem. De ggz kan slechts deels antwoorden op de vragen om hulp. Maak duidelijk dat lange wachttijden niet alléén door de ggz kunnen worden opgelost. Wijs burgers op de mogelijkheden om de mentale gezondheid te versterken en ondersteun lokale en regionale alternatieven voor ggz bij mentale problemen.

Aanbeveling aan partijen in de regionale taskforces

- 1. Ontwikkel beter regionaal zicht, met name op mensen met ernstige psychiatrische problemen.** Een betere toegankelijkheid van de ggz en goede samenwerking is het meest van belang voor de kwetsbare groep mensen met ernstige psychiatrische problemen. Regio-beelden moeten meer zicht bieden, met name op deze doelgroep. Door hun vraag naar zorg te beantwoorden kan escalatie worden voorkomen. Zorgverzekeraars en gemeenten zijn in de lead bij de ontwikkeling van deze beelden.
- 2. Maak regioplannen verder concreet en evalueer ze.** De regionale samenwerking en de inzet van transfermechanismen is afgelopen jaar gegroeid. Regionale plannen om wachttijden te verminderen zijn echter nog vaak (te) abstract en onvoldoende meetbaar. Formuleer doelen die binnen de regio bereikt moeten worden. Analyseer de wachtlijsten, richt laagdrempelige steunpunten in en werk transfermechanismen verder uit. Kijk op welke manier mensen sneller (en op de juiste plek) geholpen kunnen worden. Kijk niet alleen naar de (beperking van de) instroom van patiënten, maar ook naar hun doorstroom en uitstroom van de ggz. Dit kan per regio verschillen. Evalueer ieder half jaar de plannen, om na te gaan waar de uitvoering eventueel schort. Betrek hier ook patiëntenorganisaties bij, zij zijn de eerst belanghebbenden.
- 3. Werk vanuit de ggz regionaal verder samen met de gemeenten en initiatieven in het sociale domein.** Door de inzet van bijvoorbeeld herstel- en eigenregiecentra ontstaan meer mogelijkheden voor mensen om de "eigen kracht" en weerbaarheid te versterken. De inzet van ervaringsdeskundigen en (e-)communities is van belang. Binnen het IZA worden landelijk afspraken over de afstemming tussen de domeinen gemaakt. Bevorder dat alle partijen regionaal/lokaal invulling geven aan deze afspraken.

⁸ 26 procent (ruim een kwart) van de volwassen Nederlanders (18-75 jaar) had in 2022 een psychische aandoening. Dat zijn 3,3 miljoen mensen. Het aantal volwassenen met een angststoornis, depressieve stoornis of stoornis in het gebruik van alcohol en drugs is de afgelopen twaalf jaar sterk gestegen. Dat blijkt uit het langlopende landelijke [NEMESIS onderzoek](#) van het Trimbos-instituut, 2023.

- 4. Benoem scherper de verantwoordelijkheden bij de uitwerking van plannen.** GGZ-aanbieders, huisartsen, zorgverzekeraars, gemeenten en het sociaal domein moeten zichtbaarder naar elkaar maken wat ze van elkaar kunnen verwachten. Ga bij het beschrijven van verantwoordelijkheden na wat ieders belangen zijn en ga daarover met elkaar in gesprek.
- 5. Betrek vanuit de regionale taskforces meer de kleine ggz-aanbieders.** Alle aanbieders (groot en klein, vrijgevestigd) zijn nodig bij het terugdringen van de wachttijden. Zij kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan wachtlijstreductie, door bijvoorbeeld afspraken te maken met regionale crisisdiensten of FACT-teams over consultatie, bereikbaarheid en overname van patiënten (of het creëren van zorgnetwerken rondom de patiënt). Hierdoor kunnen deze kleinere partijen hun exclusiecriteria voor patiënten met complexe problematiek verminderen. Zorgverzekeraars kunnen hierop sturen in hun inkoopbeleid.
- 6. Wissel ervaringen uit via de landelijke Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden.** Er zijn veel verschillende goede regionale initiatieven om de problemen in de ggz op te lossen en de toegankelijkheid te vergroten. Deel positieve ervaringen en succesvolle voorbeelden, maar ook knelpunten, zodat de stuurgroep overzicht houdt op de voortgang en de problemen waar partijen tegenaan lopen. Zij kunnen deze informatie vervolgens afstemmen met landelijke stakeholders.

Aanbevelingen aan landelijke koepels in de Stuurgroep wachttijden ggz

- 1. Blijf in contact met de regionale taskforces om knelpunten en best practices te vernemen en breder te delen.** Geef inzicht over het gebruik van instrumenten als regionale doorzettingsmacht en aanmeldstops.
- 2. Bied duidelijkheid aan alle regio's over de afspraken uit het IZA die de regionale samenwerking stimuleren.** Geef opnieuw bekendheid aan al bestaande financieringsmogelijkheden voor samenwerking, consultatie en dergelijke. Geef bekendheid aan een werkwijze voor een domeinoverstijgende samenwerking voor verkennende gesprekken en 'mentale gezondheidscentra', die veldpartijen (samen met AKWA) gaan ontwikkelen.

Aanbevelingen aan het ministerie van VWS

- Versterk de (domeinoverstijgende) samenwerking.** Stimuleer en faciliteer regionale initiatieven die bijdragen aan samenwerking om wachttijden terug te dringen en creëer mogelijkheden om een samenwerkingsverband formeel aan te spreken bij het uitblijven van dit soort initiatieven. Dit kan op verschillende manieren:
- a.** Ondersteun de samenwerking binnen de regio met financiële middelen. De huidige inzet van versnellers bij de taskforces wordt met een tijdelijke ZonMw-subsidie mogelijk gemaakt. De bekostigingsmogelijkheden voor samenwerking vanuit het IZA worden nog uitgewerkt. De beoogde transitie-middelen lijken tijdelijk. Voorkomen moet worden dat er een gat valt tussen de huidige tijdelijke financiering van de ondersteuning en de

structurele bekostiging van de (domeinoverstijgende) samenwerking zoals beschreven in het IZA.⁹

- b.** Monitor (in samenwerking met de Stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden) de afspraken die in het IZA zijn gemaakt. Stimuleer de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz en een zwaardere inzet van preventie.
- c.** Creëer een (wettelijke) basis voor partijen om elkaar aan te spreken op hun inspanningen tot samenwerking. Dit kan in het kader van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), maar ook de toekomstige afspraken in AKWA-verband bieden duidelijke handvatten. Maak duidelijk wat volgens de ACM wel en niet kan.
- d.** Bied duidelijkheid over de mogelijkheden binnen de privacy wetgeving om zorgvuldig (bijzondere) persoonsgegevens uit te wisselen.

Rol toezichthouders

Om de toegankelijkheid van de ggz voor de toekomst te borgen, houden de IGJ en de NZa¹⁰ afzonderlijk toezicht op de inspanningen van individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarbovenop zien wij als twee toezichthouders toe op de gezamenlijke wachttijdenaanpak van partijen in de regio's. Wij volgen de regionale ontwikkelingen op de voet, spiegelen erop en stimuleren waar dat nodig en mogelijk is.

De afgelopen jaren hebben wij op basis van ons gezamenlijk toezicht op verschillende niveaus, zowel regionaal als landelijk, aanbevelingen aan de betrokken partijen gegeven.

Op regionaal niveau moedigden wij partijen aan om meer in beweging te komen. Uit wetenschappelijk onderzoek van ESPHM en IQ Healthcare blijkt dat de agenderende en stimulerende rol van toezichthouders op netwerkverbanden effect heeft op samenwerking, zelfs in een situatie zonder duidelijke normen¹¹. Uit onze toezichtronde in 2022 blijkt dat de samenwerking om wachttijden te verkorten in de betrokken regio's steeds beter verloopt. Er is meer verbinding tussen de verschillende zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Landelijk vroegen wij aandacht voor de randvoorwaarden om betere samenwerking te realiseren. Inmiddels zijn in het Integraal Zorgakkoord afspraken gemaakt om deze randvoorwaarden uit te werken. Regionale initiatieven die bijdragen aan samenwerking om wachttijden terug te dringen moeten (financieel) mogelijk zijn en beloond worden.

Om vrijblijvendheid in de samenwerking te voorkomen, zien IGJ en NZa actief toe op de inspanning van de veldpartijen. Bij het uitblijven van dit soort initiatieven (ondanks de mogelijkheden die beschikbaar zijn) kan dit leiden tot vervolgstappen in het toezicht. Wanneer een regionaal netwerk of samenwerkingsverband niet naar behoren opereert, is het opleggen van formele maatregelen gericht op dat netwerk of samenwerkingsverband als geheel niet mogelijk. Een netwerk of samenwerkingsverband is als zodanig immers geen

⁹ [Integraal Zorgakkoord](#): blz 46 punt 5e

¹⁰ [Informatiekaart NZa-taken toegankelijkheid ggz](#)

¹¹ [Bouwstenen voor toezicht op netwerkzorg by Erasmus University Rotterdam - Issuu](#).

juridische entiteit. In dat kader vinden we het (net als in ons briefrapport over wachttijden van 2021) belangrijk dat hiervoor binnen de Wkkgz een steviger wettelijke basis ontstaat.

In de meeste regio's zijn eerdere aanbevelingen over de samenwerking opgepakt, maar wij zien ook dat in een aantal regio's bepaalde aanbevelingen over de uitvoering van de plannen onvoldoende zijn opgevolgd. Toegankelijkheid en wachttijden in de ggz zijn niet de verantwoordelijkheid van één partij. Niet altijd is duidelijk bij wie de regie ligt. Partijen wijzen soms ook naar elkaar. We signaleren verschillen per regio.

Voor de vervolgaanpak van ons toezicht op de regionale wachttijden willen wij de komende jaren gericht de ontwikkelingen in enkele regio's volgen en dieper op de materie inzoomen. Daarbij kijken we naar het samenwerkingsverband, maar vooral ook naar de rol van de individuele partijen daarin.

Deze vervolgaanpak is bovendien in lijn met de gemaakte afspraken in het IZA over onze rol als toezichthouders bij de zorgtransformatie. Wij zien er (deels gezamenlijk, deels individueel) actief op toe dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars de afgesproken instrumenten inzetten en regionale samenwerking verder vormgeven om de wachttijden in de ggz terug te dringen. Ons toetsingskader zal daarbij worden gebaseerd op de landelijke afspraken die tegen die tijd gemaakt zijn.

Passend bij haar wettelijke taken zal de NZa zich verder inzetten op het ontwikkelen van passende bekostiging van zorg, regionale partijen faciliteren bij het opstellen van regiobeelden, toezien op de aanleverplicht van zorgaanbieders en op overtredingen van de zorgplicht door zorgverzekeraars¹². Daarbij zullen we bijvoorbeeld nagaan of zorgverzekeraars een voldoende proactieve rol oppakken. De NZa kan partijen verder ook informatie verschaffen over de mogelijkheden voor bekostiging en financiering.

De IGJ zal zich concentreren op de inzet van huisartsen en de (grote en kleine) ggz-instellingen bij de samenwerking. Ook patiëntenorganisaties zullen worden betrokken bij haar toezicht. De IGJ houdt geen toezicht op de rol van de gemeenten en het sociaal domein, maar wil wel nagaan hoe zorgaanbieders met partijen in het sociaal domein samenwerken.

Wanneer individuele zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars de voor hen geldende normen niet naleven, grijpen wij als toezichthouders in. Bijvoorbeeld als de kwaliteit van de geboden zorg achterblijft of als zorgverzekeraars hun zorgplicht niet nakomen.

Karina Raaijmakers
NZa

Angela van der Putten
IGJ

¹² [Dit handvattendocument](#) verheldert wat de NZa van zorgverzekeraars verwacht bij het uitvoeren van de zorgplicht.