Passende ggz vraagt om scherpe keuzes



1. Inleiding

De toegankelijkheid van de ggz staat onder druk; juist nú is fundamenteel anders organiseren noodzakelijk

De grootste uitdaging in de ggz is niet dat er te weinig zorg wordt geleverd. Waar het écht knelt, is dat specialistische zorg steeds moeilijker beschikbaar is voor de mensen die haar het hardst nodig hebben. Dit is een structureel toegankelijkheidsvraagstuk: in de specialistische ggz worden de Treeknormen al ruim een decennium overschreden. Wachttijden concentreren zich juist bij mensen met ernstige of complexe problematiek en hierdoor stapelen crisissen zich sneller op. Het probleem is daarmee niet alleen dat méér mensen hulp zoeken, maar vooral dat de specialistische capaciteit onvoldoende meebeweegt met de aard en zwaarte van de vraag.

Waar de schoen wringt is dat de groeiende zorgvraag zich ongelijk vertaalt binnen het stelsel. Lichtere vormen van ondersteuning, zoals huisartsenzorg, POH-ggz en basis-ggz, zijn sterk gegroeid, terwijl het aantal behandelde cliënten in de specialistische ggz in meerdere perioden juist beperkt groeide of zelfs afnam. Daardoor ontstaat een paradox: er is meer mentale problematiek en meer zorggebruik, maar niet automatisch meer toegang tot de zorg die nodig is voor de meest complexe groepen.

Een steeds groter deel van de gespecialiseerde professionals werkt in lichtere zorgvormen of kiest voor zelfstandige praktijkvoering, onder meer vanuit de wens naar meer autonomie en minder regeldruk. Deze beweging is begrijpelijk, maar heeft grote gevolgen: expertise verschuift uit crisisdiensten, intensieve behandelafdelingen en hoogspecialistische teams. Hierdoor worden de teams die de zwaarste zorg moeten leveren dunner bezet, neemt de werkdruk toe en raakt de noodzakelijke multidisciplinaire slagkracht versnipperd. Tegelijk laat de arbeidsmarkt geen simpel capaciteitsverhaal zien: het personeelsbestand in de ggz is gegroeid (in 2025 werken er ongeveer 115.000 mensen in de ggz, tegenover ongeveer 98.000 begin 2020)[1], terwijl de feitelijke behandelcapaciteit voor complexe specialistische zorg niet evenredig is toegenomen. Administratieve belasting, fragmentatie, tekorten aan sleutelprofessionals en verschuivingen in werkvormen bepalen dus mede hoeveel capaciteit echt beschikbaar is.

De druk op de cruciale ggz vraagt daarom niet om meer van hetzelfde, maar om een fundamenteel andere organisatie van zorg. Passende ggz biedt hiervoor het perspectief: de juiste hulp, op de juiste plek, met de juiste intensiteit, zodat schaarse specialistische capaciteit beschikbaar blijft voor degenen die deze het hardst nodig hebben.

Passende zorg vraagt om een goed functionerende voorkant én samenhang in het stelsel. Passende ggz wordt daarbij soms misverstaan als ‘minder zorg’, terwijl het in de praktijk juist draait om passende dosering: bij complexe problematiek kan een intensievere, goed afgebakende behandeling sneller herstel en minder terugval geven, terwijl bij andere zorgvragen korter, doelgerichter en met realistische verwachtingen passender is. Passende ggz is dus geen volumekorting, maar betere allocatie: de juiste intensiteit, op het juiste moment, voor de juiste doelgroep. Wanneer passende zorg tijdig en op de juiste plek wordt geleverd, worden crisissituaties voorkomen en komen mensen minder vaak terecht op plekken die niet aansluiten bij hun hulpvraag. Hierdoor blijven outreachende zorg, klinische zorg en acute ggz beschikbaar voor situaties waarvoor ze zijn bedoeld. Het versterken van passende ggz-zorg is daarmee een essentiële randvoorwaarde voor de toegankelijkheid van het zorgstelsel als geheel.

De bouwstenen voor verandering liggen er: het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) stimuleren regionale samenwerking, integrale triage en gezamenlijke sturing. De uitdaging zit nu echter in de uitvoering. Die uitvoering moet scherper aansluiten op de structurele oorzaken van wachttijden: contractering en omzetplafonds, regionale capaciteitsverdeling, onvolledige prikkels rond complexe zorg, ambulantisering zonder overal voldoende intensieve ambulante alternatieven en een arbeidsmarkt waarin formatie niet een-op-een behandelcapaciteit betekent. Dat vraagt om heldere keuzes, bestuurlijk lef en vertrouwen tussen partners. De urgentie is hoog, en precies daarom is dit het moment om de ggz anders en steviger te organiseren.

[1] De Nederlandse ggz, (augustus 2026). *Arbeidsmarkt en HR. De belangrijkste cijfers over de arbeidsmarkt in de ggz in 2025.* Factsheet-Arbeidsmarkt-HR-2025_deNLggz.pdf

© 2026 KPMG N.V., een Nederlandse naamloze vennootschap en lid van de wereldwijde KPMG-organisatie van onafhankelijke ondernemingen gelieerd aan KPMG International Limited, een Engelse vennootschap “limited by guarantee”. Alle rechten voorbehouden.

2. Onze visie

Schaarse zorg gericht inzetten voor wie het echt nodig heeft

Om de druk op de ggz te verlichten, moeten we capaciteit vrijspelen op een manier die voelbaar verschil maakt voor cliënten én professionals. Dat vraagt geen nieuwe plannen, maar een andere manier van werken: slimmer digitaal ondersteunen, echt samenwerken in de regio en duidelijke keuzes maken over wie wanneer welke zorg krijgt. Verschillende analyses maken duidelijk dat extra geld of extra mensen alleen onvoldoende zijn als de vertaling naar feitelijke behandelcapaciteit niet verandert.[2] De sleutel ligt in betere allocatie, heldere prioritering en het doorbreken van prikkels die complexe zorg onvoldoende aantrekkelijk of organiseerbaar maken.

Digitalisering: gebruik technologie om tijd vrij te maken voor de zwaarste zorg

Digitalisering is een randvoorwaarde om capaciteit vrij te spelen voor de zwaarste zorgvraag, mits we die ruimte ook benutten voor passend gedoseerde behandelingen. Door lichte en middelzware zorgvragen anders te organiseren (sneller duidelijkheid, meer zelfmonitoring, activatie en hybride aanbod) blijft er tijd en capaciteit beschikbaar in de teams die de meest complexe zorg leveren én voor trajecten die soms juist intensiever moeten zijn om terugval en daarmee opnieuw instromen in zorg te voorkomen. Digitalisering moet daarom expliciet worden gekoppeld aan capaciteitssturing: niet alleen ‘meer digitaal aanbod’, maar aantoonbaar minder onnodige instroom, kortere doorlooptijden, betere verwijzing en meer ruimte voor cruciale functies.

Concreet betekent dit inzetten op:

- **Digitale triage en hybride zorg,** zodat mensen sneller duidelijkheid krijgen en professionals minder tijd kwijt zijn aan eerste beoordelingen. Triage moet daarbij niet alleen screenen op ernst, maar ook op passende behandelintensiteit, risico op terugval en het beschikbare regionale alternatief.
- **Eén samenhangend digitaal werkproces** waarin triage, monitoring en behandeling logisch op elkaar aansluiten, waardoor doorstroming verbetert en wachttijden afnemen. Zonder gedeelde data en eenduidige definities blijft digitale innovatie versnipperd en levert ze onvoldoende systeemimpact op.
- **Digitale ondersteuning** die de eigen regie van cliënten en naasten versterkt, bijvoorbeeld via zelfmonitoring, online modules of blended contact. Dit kan zorggebruik verminderen zonder verlies van kwaliteit of menselijke maat en ruimte creëren voor de cruciale ggz, mits vooraf heldere doelen, passende selectiecriteria en realistische verwachtingen worden afgesproken.

Passende zorg vraagt niet alleen om nieuwe digitale werkwijzen, maar ook om het afbouwen van zorg die onvoldoende waarde toevoegt. Iedere nieuwe standaard vraagt tegelijkertijd afscheid van bestaande routines, behandelingen of controles die geen aantoonbare bijdrage leveren aan herstel, functioneren of kwaliteit van leven. De vraag is daarom niet alleen welke zorg we toevoegen, maar ook welke zorg we durven loslaten.[3]

Regionale netwerken: organiseer samen wat je alleen niet redt

Wanneer organisaties hun signalering, triage en capaciteit regionaal verbinden, kunnen ze eerder ingrijpen en escalaties voorkomen. Dat maakt de keten rustiger, beter voorspelbaar en effectiever. Deze gezamenlijke inrichting ondersteunt ook het kiezen van de juiste inzet: op basis van gedeelde triage-informatie, periodieke evaluaties en inzicht in beschikbare alternatieven kan onderscheid worden gemaakt tussen cliënten die gebaat zijn bij een kort, activerend behandeltraject in combinatie met een stevig sociaal of lokaal vangnet, en cliënten voor wie juist een tijdelijk intensiever programma nodig is om terugval, langdurige trajecten of herinstroom te voorkomen.



[2] Vinkers, C.H. & Jeurissen P.P.T., (juli 2026). *Wachttijden in de Nederlandse ggz. Een systeemanalyse van zorgvraag, zorgorganisatie en stelselprikkels*

[3] Kool, M. (2026, 9 januari). *Intensieve therapie blijkt effectief en goedkoper bij depressie en persoonlijkheidsstoornissen.* GGZ Nieuws.

© 2026 KPMG N.V., een Nederlandse naamloze vennootschap en lid van de wereldwijde KPMG-organisatie van onafhankelijke ondernemingen gelieerd aan KPMG International Limited, een Engelse vennootschap “limited by guarantee”. Alle rechten voorbehouden.



Dit sluit direct aan op de stelselanalyse: wachttijden ontstaan mede doordat verantwoordelijkheden over Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet en het sociaal domein zijn verdeeld, terwijl cliënten met complexe problematiek juist samenhangende zorg nodig hebben.

In de praktijk vraagt dit om:

- **Samen triëren en signaleren**, zodat mensen niet tussen organisaties in vallen en problemen eerder worden opgepakt. Maak hierbij regionaal zichtbaar waar wachtplekken, behandelcapaciteit en uitstroommogelijkheden vastlopen, zodat schaarste niet per instelling maar in de keten wordt opgelost.
- **Dagelijkse samenwerking** als vast onderdeel van het werk, met gedeelde data, transparante capaciteit en gezamenlijke afspraken over instroom én uitstroom. Geen tijdelijke projectstructuren, maar structurele samenwerking. Daarbij horen ook gezamenlijke evaluatiemomenten en heldere 'stop/door'-criteria, zodat zorg niet onnodig blijft doorlopen en doorstroom naar cruciale capaciteit mogelijk blijft.
- **Eén regionale 'voordeur'** waar preventie, vroegsignalering en lichte ondersteuning samenkomen. Dit bepaalt in belangrijke mate hoeveel druk uiteindelijk bij de cruciale ggz terechtkomt. De voordeur moet bovendien een achterdeur organiseren: tijdige uitstroom naar begeleiding, herstelondersteuning, wonen, werk of sociaal domein, zodat specialistische zorg niet onnodig bezet blijft.

Anders organiseren: durf keuzes te maken over wie je het eerst helpt

Door structurele schaarste worden hulpvragen nu vaak gelijk behandeld, terwijl urgentie en zorgbehoefte sterk verschillen. Juist daardoor lopen mensen met de grootste zorgvraag vast. Anders organiseren betekent dat regio's sturen op urgentie én gezamenlijke verantwoordelijkheid en dat we bij een behandeling kiezen voor korter waar het kan,[4,5] intensiever waar het moet. Zonder die scherpte ontstaat óf onderbehandeling (te laag intensief, met herinstroom en terugval) óf overbehandeling (onnodig lang doorbehandelen), en beide drukken uiteindelijk op de zorg voor de meest kwetsbaren. Het terugdringen van wachttijden is echter niet primair een kwestie van 'meer capaciteit erbij', maar draait om de manier waarop capaciteit, financiering en zorginkoop samen bepalen wie feitelijk toegang krijgt tot specialistische zorg.

Dat vraagt om duidelijke keuzes:

Prioriteit geven aan de zwaarste zorgvraag, zodat mensen met ernstige en complexe problematiek aantoonbaar voorrang krijgen bij de toegang tot schaarse specialistische capaciteit. Dit kan betekenen dat lichtere zorg tijdelijk anders, soberder of meer digitaal ondersteund wordt ingericht, maar het voorkomt dat de zwaarste zorgvraag verder vastloopt. Leg deze prioritering vast in regionale afspraken, inclusief objectieve criteria voor urgentie, complexiteit en maatschappelijke risico's.

Bindende regionale afspraken die ook worden nageleefd. Dit vraagt om bestuurlijk mandaat, doorzettingsmacht en de bereidheid om regionale keuzes boven organisatiebelang te plaatsen, juist wanneer dit lokaal schuurt. Vrijblijvende samenwerking is onvoldoende wanneer productieplafonds, contractgrenzen of domeingrenzen de feitelijke toegang bepalen.

Bewust sturen op eindigheid, waar zorg afnemende meerwaarde heeft. Door tijdig af te bouwen waar het kan, ontstaat ruimte voor groepen die langdurige en intensieve ondersteuning nodig hebben. Dit vraagt om vaste evaluatiemomenten en expliciete 'stop/door'-criteria, en om een serieus alternatief aanbod buiten de specialistische ggz (sociale basis, herstelondersteuning, begeleiding richting werk/dagbesteding), zodat afronden verantwoord én haalbaar is. Beleidsmakers en toezichthouders moeten deze keuzes expliciet legitimeren, zodat zij professioneel, verantwoord en transparant genomen kunnen worden.

Versterken van de sociale context als onderdeel van passende zorg. Een deel van de oplossing ligt niet binnen maar rondom de ggz. Door naasten, inwoners, maatschappelijke organisaties en lokale voorzieningen beter te betrekken, kunnen herstel, zelfredzaamheid en participatie vaker in de leefomgeving worden ondersteund. Dit vraagt om een sterke sociale basis en het besef dat niet iedere hulpvraag specialistische behandeling vereist, en dat ondersteuning buiten de ggz soms passender is dan behandeling binnen de ggz.

[4] Van Oenen, F. J. (2026, 22 januari). *Mensen die psychotherapie krijgen knappen er meestal niet van op.* NRC Handelsblad.
[5] Korrelboom, K. (2014). *Beter, sneller en goedkoper behandelen: kan dat?* Directieve Therapie, 34(4), artikel 8.

© 2026 KPMG N.V., een Nederlandse naamloze vennootschap en lid van de wereldwijde KPMG-organisatie van onafhankelijke ondernemingen gelieerd aan KPMG International Limited, een Engelse vennootschap "limited by guarantee". Alle rechten voorbehouden.

3. Wat moet nu gebeuren?

Een directe oproep aan bestuurders, beleidsmakers, toezichthouders, professionals en burgers

In een systeem met structurele schaarste is prioriteren geen keuze maar een verantwoordelijkheid. Juist omdat de bovenkant van de zorgpiramide onder druk staat (cruciale ggz), is het anders organiseren van de basis een gezamenlijke regionale opdracht. De opgave is om de spanning tussen macroruimte, contractering en feitelijke behandelcapaciteit te doorbreken. Wachttijden nemen niet vanzelf af wanneer er op papier budget, beleid of personeel beschikbaar is; capaciteit moet regionaal, doelgericht en toetsbaar worden vrijgespeeld voor de mensen die deze het hardst nodig hebben. Onderstaand beschrijven we welke concrete keuzes en randvoorwaarden volgens ons nú nodig zijn om dit in de praktijk te realiseren.



Bestuurders

- Leg regionale afspraken vast – triage, capaciteit, doorstroom en escalatie – en geef hierbinnen prioriteit aan complexe zorgvragen (zo objectief mogelijk op basis van data). Maak daarbij expliciet welke capaciteit beschikbaar is voor cruciale functies, welke toegankelijkheidsnormen gelden en wanneer regionale escalatie plaatsvindt.
- Beleg het gezamenlijke eigenaarschap in de regio voor toegankelijkheid van complexe ggz. Zolang iedere partij verantwoordelijk is voor een deel van het probleem, voelt niemand zich verantwoordelijk voor het geheel.
- Maak digitale en hybride zorg de norm waar het kan, zodat schaarse professionele capaciteit beschikbaar blijft voor cruciale functies en hoogcomplexe zorg. Meet niet alleen het gebruik van digitale zorg, maar ook of deze leidt tot kortere doorlooptijden, minder onnodige instroom en meer behandelruimte voor complexe zorg.
- Durf te kiezen en dit uit te dragen: niet alles kan overal. Organiseer zorg op basis van maatschappelijke noodzaak en regionale samenhang, ook als dit (tijdelijk) lokaal schuurt.
- Stuur op evaluatie (behandeling/doelen). Organiseer dat teams standaard werken met concrete doelen, vaste evaluatiemomenten en expliciete beslissingen (doorgaan, aanpassen of afronden). Zo voorkom je doorbehandelen zonder aantoonbare behandelwinst en komt capaciteit beschikbaar voor complexe zorgvragen.
- Maak de personele paradox bestuurbaar: kijk niet alleen naar formatie, maar naar feitelijke behandelcapaciteit en productiviteit. Verminder administratieve druk, bescherm multidisciplinaire specialistische teams en organiseer processen zo dat schaarse specialistische expertise maximaal beschikbaar is voor complexe zorgvragen.



Beleidmakers (gemeenten, verzekeraars, VWS)

- Creëer prikkels die samenwerking, toegankelijkheid en regionale prioritering belonen in plaats van institutionele of organisatorische grenzen te versterken. Voorkom dat productieplafonds of contractering onbedoeld leiden tot een patiëntenstop of terughoudendheid bij complexe zorgvragen.
- Versnel de ontwikkeling van digitale infrastructuur en gegevensdeling, zodat integrale triage, monitoring en ketensamenwerking daadwerkelijk kunnen functioneren.
- Bied heldere landelijke kaders die vastleggen waarop regionaal wordt geprioriteerd, regionale verschillen verkleinen en bestuurlijke legitimiteit geven om keuzes te maken in toegankelijkheid, dosering en inzet van zorg. Maak daarin expliciet hoe regio's kunnen sturen op urgentie, complexiteit, veiligheid en maatschappelijke impact.
- Maak passende dosering financieel en organisatorisch mogelijk: voorkom prikkels die 'veel contactmomenten over lange tijd' belonen, en ondersteun juist kort, doelgericht behandelen met evaluaties en (waar nodig) tijdelijke intensivering. Investeer daarnaast in alternatieven buiten de specialistische ggz, zodat afronden of verwijzen niet betekent 'geen vangnet'.
- Verbind Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet en sociaal domein in de uitvoering: mensen met complexe problematiek ervaren geen domeingrenzen, maar het stelsel organiseert die grenzen wel. Beleid moet regionale doorzettingsmacht en domeinoverstijgende oplossingen actief mogelijk maken.



Toezichthouders

- Maak expliciet dat prioritering binnen afgesproken kaders juridisch en vanuit toezicht is toegestaan. Bestuurders moeten weten dat zij hierop niet worden afgerekend, mits keuzes zorgvuldig, regionaal afgestemd en transparant worden gemaakt. Dit geldt ook voor het tijdig afronden of afschalen van een behandeling wanneer de meerwaarde beperkt is, mits er passende alternatieven en veiligheidsafspraken zijn.
- Stimuleer en bewaak bindende samenwerkingsafspraken. Doorzettingsmacht, mandaat en heldere escalatieroutes zijn randvoorwaarden voor een voorspelbaar en werkend systeem.

© 2026 KPMG N.V., een Nederlandse naamloze vennootschap en lid van de wereldwijde KPMG-organisatie van onafhankelijke ondernemingen gelieerd aan KPMG International Limited, een Engelse vennootschap "limited by guarantee". Alle rechten voorbehouden.

- Kijk bij zorgplicht en toegankelijkheid nadrukkelijk naar feitelijke toegang voor complexe doelgroepen, niet alleen naar gemiddelde wachttijden, contractvolume of algemene beschikbaarheid.

Professionals

- Gebruik het verkennend gesprek actief en consequent, zodat lichtere en mildere zorgvragen sneller buiten de specialistische ggz landen, zonder dat mensen verdwalen tussen loketten.
- Signaleer structurele knelpunten en terugkerende patronen, zodat regio's tijdig kunnen bijsturen voordat escalaties ontstaan. Maak zichtbaar waar doorverwijzing, wachttijd, uitstroom of ontbrekend alternatief steeds opnieuw vastloopt.
- Werk vanuit netwerklogica en gezamenlijke verantwoordelijkheid, en niet uitsluitend vanuit de eigen organisatie of professie. Maak daarbij de behandelkeuze expliciet: intensiveer waar te lichte zorg het risico op terugval of herinstroom vergroot, en schaal af waar doelen behaald zijn of de winst uitblijft. Zorg bij afschaling altijd voor een concreet alternatief en terugvalpreventie.

Burgers, cliënten en naasten

- Passende ggz vraagt ook om heldere verwachtingen: niet elke hulpvraag vereist een specialistische behandeling, en niet elke behandeling hoeft langdurig te zijn. Goede zorg kan ook betekenen: sneller duidelijkheid, korter behandelen, digitaal ondersteunen of begeleiding buiten de specialistische ggz.
- Tegelijk moet de samenleving erop kunnen vertrouwen dat mensen met ernstige en complexe problematiek niet achteraan komen te staan. Juist daarom is het nodig om schaarse middelen transparant te verdelen en cruciale zorg te beschermen.

Tot slot

Van goede bedoelingen naar scherpe uitvoering

Passende ggz gaat niet over minder doen, maar over beter kiezen. Als we wachttijden blijven benaderen als optelsom van vraaggroei en personeelstekort, missen we de kern. De echte opgave zit in de aansluiting tussen zorgvraag, specialistisch aanbod, contractering, regionale samenwerking en feitelijke behandelcapaciteit.

De uitdaging voor de komende jaren is niet langer om goede voorbeelden te ontwikkelen. Die zijn er al. De echte opgave is om bewezen effectieve werkwijzen uit te laten groeien tot de nieuwe standaard van zorg. Dat vraagt om normering, implementatie, monitoring en de bereidheid om bestaande werkwijzen los te laten. Pas dan ontstaat de schaal die nodig is om de cruciale ggz duurzaam toegankelijk te houden.

Het vraagt ook om bestuurders die keuzes durven vast te leggen, beleidsmakers die prikkels aanpassen, toezichthouders die prioritering legitimeren, professionals die netwerkgericht werken en burgers die weten wat passende zorg wel en niet betekent. Alleen dan komt de cruciale ggz beschikbaar voor de mensen die deze het hardst nodig hebben en blijft de ggz toegankelijk, doelmatig en menselijk.

Lees ook onze blog over AI in de ggz

We zien digitalisering als een belangrijke drijver voor het vrijspelen van capaciteit in de ggz. Ook AI kan daar een bijdrage aan leveren. Maar hoe benutten we die mogelijkheden zonder de menselijke maat en professionele verantwoordelijkheid uit het oog te verliezen?

Meer weten over wat AI kan betekenen voor de ggz? Lees dan onze blog **'AI redt de ggz niet, maar kan wél het verschil maken'**.



Contact

Karin Lemmens
Partner KPMG Health
E: Lemmens.karin@kpmg.nl
T: +31 6 12 51 36 83

Amber Pétin
Manager KPMG Health
E: Petin.amber@kpmg.nl
T: +31 6 17 19 88 57

Evi Hofstede
Senior Consultant KPMG Health
E: Hofstede.evi@kpmg.nl
T: +31 6 57 71 96 34

© 2026 KPMG N.V., een Nederlandse naamloze vennootschap en lid van de wereldwijde KPMG-organisatie van onafhankelijke ondernemingen gelieerd aan KPMG International Limited, een Engelse vennootschap "limited by guarantee". Alle rechten voorbehouden.