

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In het [Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord](#) (AZWA, augustus 2025) zijn onder meer afspraken gemaakt over het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz (C6). Die moeten ervoor zorgen dat patiënten die deze zorg het hardste nodig hebben, deze sneller kunnen ontvangen. Een van de acties die bij C6 zijn afgesproken, gaat over **Passend vervolg** en luidt

De Nederlandse ggz, LHV, InEen, MIND en de beroepsgroepen maken uiterlijk Q2 2026 een continuüm van afspraken over de wijze waarop patiënten met een chronische aandoening (binnen de zogenaamde EPA-groep) waarbij de klachten (tijdelijk) zijn gestabiliseerd op een goede manier worden overgedragen aan de huisarts. Onderdeel van de afspraken is het uitwerken van een terugvalaanbod. Hierbij zal rekening worden gehouden met het ‘Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg (2022)’. De oplossingsrichtingen sluiten nauw aan bij de behoefte van de patiënt en het absorptievermogen voor zowel huisartsen als de ggz. De bovengenoemde partijen betrekken bij de uitwerking de partners in het sociaal domein.

1.2 Werkgroep en aanpak

De partijen waarbij de opdracht is belegd, werkten (met uitzondering van de beroepsgroepen) al samen in het programma [Mentale gezondheidsnetwerken](#). In dat programma werkten zij aan afspraken in het [Integraal Zorgakkoord](#) rond mentale gezondheidsnetwerken. Partijen spraken af een van de werkgroepen van het programma uit te breiden met beroepsgroepen en tijdelijk voort te zetten. Dit document is opgesteld door deze werkgroep. De werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van de Nederlandse ggz, InEen, LHV, MIND, NIP, NVvP, LV POH-GGZ, SWN en V&VN.

De werkgroep heeft – onder meer uit enquêteresultaten en door het raadplegen van achterbannen – verkend welke (aanvullende) afspraken nodig zijn om aan de opdracht te voldoen. Op 14 april 2026 is een online dialoogsessie gehouden met een selectie van regio's waar een of meer oplossingsrichtingen al in de praktijk worden gebracht. Op basis van de bevindingen heeft de werkgroep dit document opgesteld.

Dit document neemt u mee langs die bevindingen. Hoofdstuk 2 beschrijft de gewenste situatie: waar willen we naartoe? Hoofdstuk 3 benoemt de knelpunten die een passend vervolg nu in de weg staan, geordend langs drie thema's. Hoofdstuk 4 zet op een rij welke samenwerkingsafspraken er al zijn. Hoofdstuk 5 laat aan de hand van drie praktijkvoorbeelden zien hoe het wél kan en welke werkzame elementen daaruit spreken. Hoofdstuk 6 vertaalt dit alles naar een checklist voor regio's. Hoofdstuk 7 sluit af met de conclusie van de werkgroep en het vervolgproces. Het totaaloverzicht van regionale voorbeelden vindt u in bijlage 1.

1.3 Andere initiatieven

Het onderwerp Passend vervolg heeft raakvlakken met andere lopende initiatieven.

1.3.1 Versterkingsagenda Mentale gezondheid en ggz

Het doel van de Versterkingsagenda is om de keten van mentale gezondheid (preventie – ondersteuning – zorg) als geheel te overzien en tot betere samenhang tussen de onderdelen van de keten te komen. De Versterkingsagenda focust op vijf thema's:

- versterken mentale veerkracht
- wachttijdondersteuning
- overgang jeugd- naar volwassenen ggz
- waakvlamondersteuning
- vrouwengezondheid en mentale gezondheid.

De waakvlamondersteuning (doel: voorkomen terugval na afronding ggz-behandeling) heeft raakvlakken met 'passend vervolg'. In april 2026 is hierover een stakeholder-conferentie, over onder meer laagdrempelige beschikbaarheid van zorg die zo nodig snel kan worden opgeschaald.

1.3.2 Traject Voorzorg in de ggz

De Pakketagenda Voorzorg Mentale Gezondheid is erop gericht mogelijk te maken dat een hulpvrager direct na het opkomen van een hulpvraag op weg wordt geholpen om een eerste stap te zetten richting herstel doordat Voorzorg Mentale Gezondheid beschikbaar is met doorlopend wederzijds contact.

1.3.3 Versterken Kwaliteitstransparantie ggz

Partijen in de ggz (branche- en beroepsverenigingen, vertegenwoordigers van cliënten en naasten, zorgverzekeraars) werken onder leiding van Zorginstituut Nederland aan het verbeteren van inzicht in de kwaliteit van de zorg. Dit inzicht draagt bij aan beter passende zorg. Een van de gesprekstafels in het programma Versterken Kwaliteitstransparantie ggz gaat over de EPA-groep.

1.3.4 Toepassing Cyclus van gepast gebruik

In het IZA staat dat de Cyclus van Gepast Gebruik als continue motor voor het concretiseren van Passende zorg dient te fungeren. Deze afspraken zijn geconcretiseerd in plannen van aanpak voor onder meer huisartsenzorg en ggz. Het doel is Passende zorg te bevorderen, dat wil zeggen zorg die waardegedreven is, samen met en rond de patiënt tot stand komt, op de juiste plek wordt geleverd en die zich richt op gezondheid en niet alleen op ziekte.

1.3.5 Verbetertraject bemoeizorg

Er zijn mensen die na een behandeling uit beeld verdwijnen en hulp of ondersteuning weigeren, ondanks dat ze nog kampen met problemen van psychische en/of sociaal maatschappelijke aard. Voor deze mensen kunnen gemeenten bemoeizorg inzetten. In de afgelopen jaren is gebleken dat bemoeizorg niet overal ingekocht is, dat de invulling uiteenloopt, dat de samenwerking tussen sociaal domein en ggz moeizaam is en dat het nogal eens ontbreekt aan een duurzame financiële basis. Onderdeel van de aanpak onbegrepen gedrag is een verbetertraject voor bemoeizorg die op bovenstaande

obstakels verbetering moet brengen. Dit gebeurt in samenwerking tussen VWS, VNG, de Nederlandse ggz, ZN en ZIN. Rond de zomer 2026 moet een eerste procesresultaat worden opgeleverd.

concept

2 Waar willen we naar toe en wat is daarvoor nodig?

De opdracht in het IZA spreekt van 'op een goede manier overdragen' en 'terugvalaanbod'. De werkgroep heeft die abstracte begrippen vertaald naar een beschrijving van de gewenste situatie.

De kern daarvan zijn duidelijke afspraken, laagdrempelig contact en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de patiënten in een regio. Dat dit werkt, weten we uit de somatische zorg. Daar bestaan al langer verschillende effectieve vormen van consultatie, overleg en (spoed)verwijzing tussen huisartsen en medisch specialisten. Kenmerkend is dat de zorgverleners een gezamenlijke verantwoordelijkheid ervaren voor de patiënten in hun regio. Dit kan ook richting geven aan de samenwerking rond zorg voor EPA-patiënten.

In de ideale situatie ontvangt de individuele persoon in alle fasen van behandeling en herstel passende zorg. Ze weten steeds bij wie ze met welke vraag terecht kunnen. Daarbij horen ook peer support en ondersteuning vanuit ervaringsdeskundigheid. Dat is belangrijk, want mensen met psychische problemen hebben meestal een fluctuerende problematiek en zorgbehoefte. Dat is inherent aan een herstelproces. De zorg kan eenvoudig worden op- of afgeschaald, zodat die steeds aansluit bij de actuele zorgbehoefte van de persoon. Afstemming tussen zorgverleners, de persoon om wie het gaat en andere betrokkenen maakt mogelijk en laat zien dat zij samen de verantwoordelijkheid dragen die nodig is om steeds passende zorg te kunnen realiseren.

In een goed functionerende samenwerking voelen ggz, huisartsenzorg en sociaal domein zich gezamenlijk verantwoordelijk voor goede en continue zorg voor EPA-patiënten in de regio. Partijen blijven, ieder vanuit hun eigen rol en expertise, beschikbaar om mee te denken of zorg te bieden wanneer dat nodig is, ook als het aandeel van hun domein in de zorgverlening is afgerond.

De professionals die samenwerken kennen elkaar en kunnen elkaar eenvoudig bereiken voor overleg of advies. In de samenwerking is steeds duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. De afspraken over informatie-uitwisseling rond de overdrachtsmomenten die op landelijk en regionaal niveau zijn gemaakt, dragen hieraan bij. Binnen die afspraken is er ruimte om flexibel om te gaan met de verdeling van zorg, zodat die goed aansluit bij de situatie van de patiënt. Bij de taakverdeling wordt rekening gehouden met expertise en mogelijkheden van de betrokken professionals. Dat zou er in een individuele situatie bijvoorbeeld toe kunnen leiden dat na afronding van een behandeling in de ggz de medicatiecontrole nog bij de ggz blijft, terwijl de huisarts de reguliere huisartsenzorg levert en het sociaal domein begeleiding biedt. Verandert de situatie van de patiënt, dan is er ruimte om de zorg snel af of op te schalen. Er is goede onderlinge samenwerking en een terugvalaanbod dat dit mogelijk maakt. De persoon kan als het nodig zonder wachttijd weer in behandeling komen in de ggz of kan terug naar de bekende ggz-aanbieder zonder nieuwe intake. En soms kan de behandeling eerder worden afgerond, omdat de goede samenwerking tussen huisarts, ggz en sociaal domein zorgt dat de betrokken professionals zich gesteund weten.

3 Probleemstelling, knelpunten

De ideale situatie die in hoofdstuk 2 is beschreven, is nog geen werkelijkheid. Patiënten die de specialistische ggz verlaten maar nog niet volledig zelfredzaam zijn, vallen regelmatig tussen wal en schip. De huisarts krijgt de verantwoordelijkheid voor de zorg wel overgedragen, maar het lukt niet altijd de informatie die daarvoor nodig is goed over te dragen. De voorwaarde in de ggz is, dat de cliënt moet instemmen met de overdracht. De begeleiding vanuit het sociaal domein die na de overdracht nodig is wordt niet of niet tijdig opgestart.

Als de situatie later verslechtert, is de samenwerking tussen huisarts en ggz nu onvoldoende ingericht om snel met elkaar te kunnen schakelen. Door de wachtlijsten kan de ggz niet altijd de zorg bieden die gewenst is. De huisarts ervaart uiteindelijk dat hij of zij er alleen voor staat. Dit is de kern van het probleem dat we in dit document beschrijven. Als het gaat om EPA-patiënten, bij wie de klachten (tijdelijk) zijn gestabiliseerd, is dit probleem extra dringend. Hun aandoening is chronisch en de kans op terugval is steeds aanwezig. Met name voor deze groep geldt, dat de cliëntreis geen lineair traject is.

De opdracht in het AZWA is helder: er moet een goede overdracht plaatsvinden én er moet een terugvalaanbod zijn. De praktijk is dat beide in een groot deel van de regio's nog niet praktisch zijn geregeld. De afspraken die dit zouden moeten borgen zijn vastgelegd in de Zorgstandaard Landelijke samenwerkingsafspraken (LGA). De 45 mentale gezondheidsnetwerken die in 2026 verder operationeel worden, zullen op basis van de landelijke Werkwijze Mentale Gezondheidsnetwerken afspraken maken over domeinoverstijgende samenwerking.

De knelpunten zitten echter niet in het papier, maar in de dagelijkse praktijk. Afspraken moeten worden gevolgd door praktische implementatie.

De verkenningen in de werkgroep en de dialoogsessie van 14 april 2026 maakten duidelijk dat de knelpunten zich laten ordenen langs drie thema's: 1) bereikbaarheid en communicatie vanuit gezamenlijke verantwoordelijkheid, 2) specifieke knelpunten voor de EPA-groep en 3) de rol van het sociaal domein.

3.1 Thema 1: Bereikbaarheid en communicatie vanuit gezamenlijke verantwoordelijkheid

90% van de huisartsen vindt de specialistische ggz moeilijk benaderbaar; voor de basis-ggz is dat 65%. De ggz ervaart omgekeerd dat huisartsen ook niet makkelijk te bereiken zijn, en dat overlegvragen niet altijd bij de juiste persoon belanden.

Dat maakt de overdracht moeizaam. Bijna altijd gaat die per brief. Warme overdracht (de huisarts bellen vóórdat de ontslagbrief de deur uitgaat) is in de zorgstandaard slechts aanbevolen en niet verplicht, en gebeurt in de praktijk zelden. De brieven die wél verstuurd worden bevatten regelmatig onvoldoende informatie: over het verloop van de

behandeling, over medicatie, over signalen die kunnen duiden op een aankomende crisis. Huisarts en POH-ggz missen daardoor houvast.

Er is ook een praktisch probleem met wie je moet bellen. Huisartsen willen bij voorkeur de psychiater spreken; de ggz wijst erop dat anderen in het team de situatie net zo goed kennen. In de andere richting wordt de POH-ggz door de ggz regelmatig overgeslagen, ook al is die een logische schakel in de samenwerking na ontslag. Er is te weinig tijd voor telefonisch overleg. Warme overdracht vindt daardoor zelden plaats, en bij concrete casussen bijsturen is al helemaal moeilijk.

In de dialoogsessie van 14 april 2026 werd bereikbaarheid benoemd als absolute basisvoorwaarde: je kunt van alles afspreken, maar zonder een bereikbaar aanspreekpunt staat alles stil. Concreet: een direct telefoonnummer in de ontslagbrief, of een aangewezen contactpersoon per organisatie. Regio's waar dat al zo werkt, laten betere samenwerking zien.

3.2 Thema 2: Specifieke knelpunten EPA-groep

Boven op de algemene bereikbaarheidsknelpunten speelt voor EPA-patiënten een definitieprobleem: wat betekent 'stabiel'? Het AZWA gebruikt dat als criterium voor overdracht, maar een gedeelde omschrijving bestaat niet. In de praktijk leidt dat tot onduidelijkheid over wanneer overdracht aan de orde en mogelijk is en wie daarna de regie heeft.

Een groter probleem is het ontbreken van een terugvalaanbod. Als een patiënt na afsluiting van de behandeling terugvalt, is er geen georganiseerde route terug naar de ggz. De patiënt belandt opnieuw op een wachtlijst. De huisarts draagt de verantwoordelijkheid, maar heeft geen directe lijn naar de ggz en geen handvatten en handelingsperspectief voor de zorg in de tussentijd. Met name bij de EPA-groep, waar terugval altijd een reële mogelijkheid is, is dit een groot probleem.

Netwerkgg – waarbij ggz, sociaal domein en het netwerk van de patiënt samen een behandelplan dragen – is nog onvoldoende geïmplementeerd. Na ontslag van een FACT-team is daardoor vaak onduidelijk wie nog betrokken blijft. Daarbij is zo dat in veel regio's de aansluiting tussen FACT-team en huisartsen en sociaal domein nog niet goed geregeld is.

Regio's met een concrete terugkeergarantie laten zien dat het anders kan. In regio Eemland is afgesproken: terugval binnen een jaar? Dan een gesprek met de ggz-behandelaar binnen drie weken, en opname in behandeling binnen vier. Bij Welkracht in Bergen op Zoom worden patiënten die terugkomen versneld in zorg opgenomen, buiten de wachtlijst om. In beide gevallen zijn huisartsen merkbaar bereid om meer verantwoordelijkheid te dragen. Het weten dat je kunt terugvallen geeft patiënten rust en vermindert juist het gebruik van dat vangnet.

In de dialoogsessie werd een knelpunt randvoorwaarde benoemd dat die in de huidige samenwerkingsafspraken niet voorkomt: alertheid in de huisartsenpraktijk zelf. De overdracht van een EPA-patiënt raakt niet alleen de huisarts of POH-ggz, maar de hele

praktijk. Als een receptionist niet herkent dat een no-show van een EPA-patiënt een signaal van verslechtering kan zijn, gaat er iets mis. Een kaderhuisarts in Drenthe heeft dit opgelost door zijn hele praktijk te scholen, een EPA-attentieregel in het HIS-dossier op te nemen en protocol te maken bij no-shows.

3.3 Thema 3: Rol sociaal domein

Mensen met psychische problematiek zijn in de zorg passanten, maar wonen langdurig in de wijk. Het sociaal domein levert nu al een onmisbare bijdrage aan integrale ondersteuning, dicht bij de mensen en in die wijk. Gemeenten organiseren een aanzienlijk deel van de institutionele sociale basis: randvoorwaarden voor bestaanszekerheid (P-wet, armoede, schulden), regie op volkshuisvesting, en brede zorg en ondersteuning voor inwoners van 0 tot 100 jaar, waaronder op het terrein van mentale gezondheid en ggz.

De grondgedachte van de Wmo is dat de samenleving zo wordt ingericht dat mensen met hulpvragen zo goed mogelijk zelf, met behulp van anderen en via algemene voorzieningen kunnen wonen en meedoen. Sturing in het sociaal domein verschilt fundamenteel van sturing in de zorg. Ze is minder gericht op individuele trajecten, meer op collectieve voorzieningen die passen bij de lokale situatie, op het schaalniveau van wijken en met oog voor maatschappelijke impact. De eigen keuze van inwoners staat voorop.

Gemeenten en hun partners in het sociaal domein lopen tegen de volgende knelpunten aan:

- Capaciteitsknelpunten bij gemeenten zelf, in het sociaal werk en in formele en informele netwerken.
- Beperkingen in gegevensdeling binnen en buiten de drie decentralisatiewetten (Wmo, Participatiewet, Jeugdwet).
- Dreigende tekorten op gemeentelijke budgetten en het risico van afschaling van sociaal-maatschappelijke ondersteuning zoals het sociaal werk.
- De ggz-expertise die voorheen permanent onderdeel uitmaakte van de wijkteams, is niet meer via Zvw gefinancierd. De nu geldende consultatiefunctie is daarvoor onvoldoende: signalen worden gemist en vroegsignalering wordt bemoeilijkt, wat leidt tot vermijdbare escalaties.
- Crisissituaties worden sterk medisch-psychiatrisch gedefinieerd, waardoor het sociaal domein in acute situaties niet altijd passend kan acteren.

Een specifiek financieel knelpunt is dat bemoeizorg (de ggz-betrokkenheid die nodig is om stabilisatie voor de EPA-groep duurzaam te maken) niet meer via de Zvw wordt bekostigd. Gemeenten verschillen sterk in hoeverre zij de ggz hiervoor willen en kunnen inzetten. Al deze feiten en omstandigheden maken het voor het sociaal domein een uitdagend om de rol te vervullen die nodig is voor een passend vervolg.

De dialoogsessie benadrukte dat de sterkste voorbeelden van passend vervolg juist die zijn waarbij ggz en sociaal domein als vanzelfsprekend samenwerken vanuit gedeeld eigenaarschap. Het voorbeeld van Welkracht, een ggz-aanbieder die vanuit

hetzelfde pand als het sociaal werk opereert en consultaties van- en naar het sociaal werk normaliseert, liet zien hoe krachtig die integratie kan zijn. Tegelijk werd uit de sessie ook duidelijk dat zelfs in een regio waar al jaren aan samenwerkingsafspraken wordt gewerkt, afspraken over de verbinding met het sociaal domein nog grotendeels ontbreken. Dat is veelzeggend en vraagt om expliciete aandacht in de te maken afspraken.

concept

4 De bestaande samenwerkingsafspraken

De [zorgstandaard Samenwerkingsafspraken \(volwassenen\)](#) (Akwa GGZ) geeft richtlijnen voor de samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen en tussen de verschillende echelons in de ggz. De zorgstandaard bevat 'afspraken over terugrapportage na ontslag'. Die staan hieronder vermeld. De branche- en beroepsverenigingen in de werkgroep hebben bij hun achterban getoetst of en hoe deze afspraken in de praktijk voldoende zijn. Op enkele onderdelen na, is dat zo. De afspraken zijn in de lokale praktijk echter niet overal voldoende concreet uitgewerkt. Dan gaat het met name om terugverwijzing naar de huisarts, warme overdracht, bereikbaarheid, en duidelijke verantwoordelijkheden. Verder worden de afspraken in de lokale praktijk niet altijd nageleefd.

Het ontslag document bevat de volgende gegevens.

- *problematiek, diagnose en beloop tot nu toe;*
- *behandelgeschiedenis: soorten therapieën, medicatie (indien van toepassing) en resultaat;*
- *eventueel controlebeleid door ggz en/of huisartsenpraktijk;*
- *eventueel medicatie-advies en bijbehorende controle, laatste laboratoriumuitslagen en beleid;*
- *eventueel advies voor doorverwijzing voor vervolgbehandeling en het bedoelde echelon: huisartsenpraktijk, generalistische basis ggz of specialistische ggz;*
- *plan bij terugval/crisisplan (bijvoorbeeld crisiskaart);*
- *persoonlijke wensen en doelen van de patiënt;*
- *wat besproken is met patiënt en naastbetrokkene(n), de visie van de patiënt en naastbetrokkene(n) en of er sprake was van gedeelde besluitvorming;*
- *hoofdbehandelaar en contactgegevens.*

Bij patiënten die langer dan een half jaar in zorg bij de ggz zijn ontvangt de huisarts, mits de patiënt hiervoor toestemming geeft, minimaal elk jaar een voortgangsverslag met:

- *(gewijzigde) medicatie;*
- *(gewijzigd) controlebeleid door ggz en/of huisartsenpraktijk;*
- *eventueel crisisplan;*
- *aanspreekpunt en contactgegevens ggz.*

Bij een terugverwijzing van een chronische stabiele patiënt heeft een telefonische of persoonlijke 'warme' overdracht sterk de voorkeur. In de correspondentie worden de volgende gegevens extra toegevoegd:

- *gegevens over persoonlijk herstel (persoonlijke wensen en doelen);*

- *gegevens over maatschappelijk herstel (sociaal netwerk: omgeving, werk, bezigheden, instanties: dagbesteding; Wmo-aanvraag geregeld?);*
- *signalerings- en crisisplan: symptomen die aangeven dat het niet goed gaat, welke acties kunnen de patiënt en zijn omgeving ondernemen om de situatie weer te stabiliseren, omschrijving van een crisis (wat zijn lichte, matige en ernstige symptomen van ontregeling?).*

Zorg dat de patiënt, zijn omgeving en de huisarts een exemplaar van het signalerings- en crisisplan krijgen.”

Bij de overdracht moet rekening worden gehouden met de grenzen van het basisaanbod van de huisartsenpraktijk volgens het [Aanbod Huisartsgeneeskundige zorg](#). Medicatiecontroles bijvoorbeeld, kunnen daarbuiten vallen.

concept

5 Hoe het wél kan. Drie goede voorbeelden uit de praktijk.

In het voorgaande constateerden we dat de samenwerkingsafspraken er ‘op papier’ wel zijn maar alleen werken als ze ook in de praktijk worden geconcretiseerd en geïmplementeerd. In dit hoofdstuk laten we aan de hand van drie verschillende invalshoeken zien hoe de concrete implementatie regionaal is opgepakt en wat volgens die regio’s goed werkt.

5.1 Welkracht (Bergen op Zoom): Laagdrempelige ggz vanuit sociaal werk

Welkracht is een ambulante ggz-organisatie die is opgericht vanuit het sociaal werk in Bergen op Zoom, vanuit de behoefte om de ggz laagdrempeliger en dichtbij het sociaal werk te organiseren. De reguliere ggz werd als ‘moeilijk benaderbaar’ ervaren. Welkracht is inmiddels vijf jaar actief en biedt zowel ambulante behandeling als consultatieve ondersteuning.

Het bijzondere kenmerk van Welkracht is de consultatieve samenwerking tussen ggz en sociaal werk die beide kanten uitwerkt. Ggz-medewerkers (verpleegkundigen, psychologen, psychiaters) kunnen op consultatiebasis mee op pad gaan met sociaal werk professionals als die vragen hebben over mensen met ernstige psychische klachten. Ze kunnen kortdurend aansluiten, meekijken en tips en tricks geven, waarna de professional er zelf mee verder kan. En andersom: als er naast psychische klachten ook sociale problematiek spelen (financiële problemen, huisvesting), kan de ggz makkelijk het sociaal werk erbij betrekken. Doordat de twee zo dicht bij elkaar zitten, kunnen zij samen in beeld brengen wat de situatie vraagt. Zorgverzekeraars hebben ruimte gegeven voor deze consultatieve inzet naast de normale behandeltrajecten, wat essentieel is voor de werkwijze.

De werkzame elementen in dit voorbeeld zijn meervoudig. Ten eerste de fysieke nabijheid: ggz en sociaal werk zitten in hetzelfde gebouw en zijn in feite elkaars collega's (Welkracht is weliswaar een aparte rechtspersoon maar dat heeft alleen met de financiering te maken). Ten tweede het werken vanuit een ander perspectief: veel minder vanuit het medisch model redeneren, niet alleen naar diagnostiek kijken maar ook naar de context waarin iemand zich bevindt, en normaliseren waar mogelijk. Ten derde de laagdrempelige beschikbaarheid na afsluiting: het feit dat een dossier wordt gesloten, betekent niet dat de persoon geen contact meer kan opnemen. Als iemand belt en zorg of ondersteuning nodig heeft, wordt dit snel opgepakt, juist om te stimuleren dat iemand het ook weer zelf gaat proberen. Het wantrouwen dat bij huisartsen was ontstaan doordat de deur van de ggz na afronding van de behandeling dicht ging, neemt af nu er actief aan wordt gewerkt om te laten zien dat de ggz beschikbaar blijft.

5.2 Regio Eemland: Terugkeergarantie en concrete afspraken op papier

In regio Eemland (Utrecht) zijn al in 2018 uitgebreide regionale afspraken gemaakt over samenwerking tussen ggz, huisartsenzorg en sociaal domein. Deze afspraken zijn ontstaan onder de Taskforce Wachttijden en werden aanvankelijk ontwikkeld in regio Utrecht Midden (met betrokkenheid van onder meer Altrecht), waarna ze zijn vertaald naar regio Eemland. De afspraken staan in een document met concrete schema's over welke route moet worden gevolgd bij opschaling, wat moet worden meegestuurd, en wanneer bepaalde stappen worden gezet. Het document bevat ook een wegwijzer met een overzicht van alle organisaties in de regio, hun contactgegevens en aanbod. Het is een 'levend document' dat elke zes maanden wordt herzien door professionals uit de verschillende domeinen.

Een bijzonder kenmerk is de concrete terugkeergarantie. Als een patiënt binnen een jaar na afsluiting van ggz-behandeling terugvalt, volgt binnen drie weken een gesprek met de 'bekende' ggz-behandelaar en binnen vier weken opname in behandeling. Deze garantie heeft een dubbel effect: huisartsen blijken bereid om meer verantwoordelijkheid te dragen omdat ze weten dat ze niet alleen staan, en patiënten ervaren rust omdat ze weten dat behandeling in de ggz beschikbaar blijft. Paradoxaal genoeg vermindert het daadwerkelijke gebruik van dit vangnet juist doordat het er is. Circa 20 partijen zijn voornemens om de afspraken te ondertekenen.

Het voorbeeld illustreert tegelijk het belangrijkste leerpunt: de afspraken bestaan al sinds 2018 en iedereen kan zich er inhoudelijk in vinden, maar de daadwerkelijke implementatie ('van het papier af krijgen') blijft complex. Momenteel loopt een intensief implementatietraject waarin onder meer in elke betrokken organisatie iemand als aanspreekpunt wordt aangewezen. De werkzame elementen zijn enerzijds de concrete invulling van afspraken (terugkeergarantie, wegwijzer, heldere schema's), anderzijds de systematische aanpak van implementatie met begeleiding per domein.

5.3 Drenthe: EPA-patiënten afschalen naar huisartsenpraktijk

In Drenthe loopt sinds ongeveer drie jaar een project waarbij stabiele EPA-patiënten onder voorwaarden worden overgedragen van FACT-teams en ambulante poliklinieken naar de huisartsenpraktijk. Deze praktijk is hiervoor bijzonder goed toegerust doordat er een kaderhuisarts ggz werkzaam is. De achterliggende gedachte is dat de overdracht ruimte vrijmaakt in de ggz die nieuwe instroom mogelijk maakt. Voor afschaling gelden duidelijke criteria: de patiënt moet zelfredzaam zijn, twee jaar in remissie, medicatietrouw, en een goede vertrouwensrelatie hebben met de huisarts. Zowel ggz, huisarts als patiënt moeten instemmen. Het gaat bewust om patiënten die terug kunnen naar de eerste lijn, ook al gebruiken zij bijvoorbeeld Clozapine of Lithium (medicatie waarbij huisartsen volgens het NHG niet verplicht zijn om te begeleiden in de eerste lijn). Het bijzondere aan dit voorbeeld is de combinatie van warme overdracht en praktijkbrede alertheid, mede mogelijk door de betrokkenheid van de kaderhuisarts. De overdracht gebeurt via drie gesprekken waarin de verpleegkundig specialist of SPV van de ggz samen met de patiënt naar de praktijk komt om overdracht te doen aan de POH-ggz. De huisarts ontvangt een complete set informatie: een ontslagbrief waarin duidelijk

staat wie vanuit de ggz de hoofdbehandelaar is en wie kan worden aangetrokken bij dreigende terugval, een crisissignaleringsplan, een advies voor de controle van de psychofarmaca en het somatische/metabole aspect, en informatie over naasten en de betrokkenheid van het sociaal domein. Bij terugval is er een terugkeergarantie: laagdrempelig overleg met de hoofdbehandelaar is mogelijk, en loopt het niet goed dan kan de patiënt met voorrang terug in behandeling. Maar minstens zo belangrijk: de hele praktijk is geschoold, niet alleen de huisarts en POH-ggz. De assistenten zijn getraind om te weten waar ze op moeten letten, er is een attentieregel in het HIS-dossier die verschijnt zodra het dossier wordt geopend, en er is een protocol bij no-shows of wanneer iemand een afspraak afmeldt - dit kan namelijk een teken zijn dat een dreigt terug te vallen.

De resultaten na twee jaar laten zien dat het om beperkte aantallen gaat maar dat de kwaliteit van de samenwerking en het leereffect groot zijn. Dit bijkomende effect van het project blijkt bijna het meest positieve: door het project leren partijen elkaar heel goed kennen, ontstaan korte lijnen, kwam er een kernteam, en werden ook circa 20 EPA-patiënten gevonden die wel Lithium of Clozapine gebruikten maar helemaal nergens bekend waren en die onvoldoende werden begeleid. Deze worden nu wel netjes gevolgd. De werkzame elementen zijn de terugkeergarantie die vertrouwen schept, de warme overdracht met complete informatie, de praktijkbrede alertheid gevoed door de kaderhuisarts en de bereikbaarheid van kaderhuisarts en ggz bij vragen.

5.4 Werkzame elementen

De voorbeelden laten vanuit verschillende invalshoeken (sociaal domein, regio-brede afspraken, huisartsenpraktijk) zien, dat 'passend vervolg' vooral daar ontstaat waar de volgende werkzame elementen aanwezig zijn. De elementen vormen geen keuzemenu, maar hangen samen en versterken elkaar; voor een passend vervolg voor de EPA-groep zijn ze alle van belang.

1. Goede onderlinge relaties en gezamenlijke verantwoordelijkheid

In alle drie de voorbeelden vormen persoonlijke relaties de basis: professionals uit ggz, huisartsenzorg en sociaal domein kennen elkaar en voelen zich samen verantwoordelijk voor de patiënten in hun regio. Bij Welkracht zitten ggz en sociaal werk in hetzelfde gebouw en werken zij feitelijk als collega's; in Drenthe ontstonden door het project korte lijnen en een kernteam. Die relaties ontstaan niet vanzelf, maar worden opgebouwd door duidelijke afspraken te maken en samen aan concrete casussen te werken. Waar zij bestaan, blijven partijen, ieder vanuit de eigen rol en expertise, ook na afronding van het eigen aandeel in de zorg beschikbaar om mee te denken. In de samenwerking is steeds duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is.

2. Warme overdracht met complete informatie

In de voorbeelden gaat de overdracht van een EPA-patiënt gepaard met direct contact tussen de betrokken professionals; een brief of elektronische melding alleen volstaat in deze situatie niet. De overdragende partij zoekt daarom het overleg over de passende overdracht en de taakverdeling. In Drenthe gebeurt de overdracht in drie gesprekken, waarbij de ggz-professional samen met de patiënt naar de huisartsenpraktijk komt. De huisarts ontvangt een complete set informatie: wie vanuit de ggz behandelaar was en

aanspreekbaar blijft bij dreigende terugval, een signalerings- en crisisplan, adviezen voor medicatiecontrole en somatische controles, en informatie over naasten en de betrokkenheid van het sociaal domein. Onderdeel van de overdracht zijn expliciete afspraken over de verdeling van verantwoordelijkheden, onder meer rond specialistische medicatie (zie het [NHG-standpunt 'Herhalen specialistische medicatie'](#)) en met inachtneming van de grenzen van het [Aanbod Huisartsgeneeskundige zorg](#) (LHV). Dit vraagt dat organisaties structureel tijd en capaciteit voor overdracht reserveren.

3. Werken vanuit de netwerkgedachte

Werkzaam is dat het netwerk rond de patiënt (naasten, ervaringsdeskundigen en professionals uit ggz, huisartsenzorg en sociaal domein) al tijdens de behandeling in kaart wordt gebracht en betrokken. Zo kan tijdig worden geanticipeerd op het einde van de behandeling. Bij de afronding ligt de nadruk op het activeren van dit netwerk: wie draagt bij aan het behoud van herstel en het voorkomen van terugval? Bij Welkracht betreft de ggz het sociaal werk er eenvoudig bij wanneer naast psychische klachten ook sociale problematiek speelt, en andersom. Deze werkwijze vermindert fragmentatie en maakt de gezamenlijke verantwoordelijkheid en taakverdeling concreet, ook voor de cliënt.

4. Bereikbaarheid

Bereikbaarheid is de basisvoorwaarde; in de dialoogsessie werd het zo samengevat: je kunt van alles afspreken, maar zonder een bereikbaar aanspreekpunt staat alles stil. In de voorbeelden is praktisch geregeld dat professionals elkaar daadwerkelijk kunnen vinden: een direct telefoonnummer of aangewezen contactpersoon in de ontslagbrief (Drenthe), een halfjaarlijks geactualiseerde wegwijzer met contactgegevens en aanbod van alle organisaties in de regio (Eemland) en consultatie over en weer tussen ggz en sociaal werk (Welkracht). De betrokken professionals moeten elkaar makkelijk kunnen spreken, ongeacht domein of functie en rekening houdend met de deskundigheid die in een bepaald geval nodig is.

5. Terugvalaanbod

Een georganiseerde route terug naar de ggz blijkt een sleutelement. In Eemland geldt een terugkeergarantie: bij terugval binnen een jaar volgt binnen drie weken een gesprek met de bekende behandelaar en als het nodig blijkt, vervolgens binnen vier weken terugkeer in behandeling. Bij Welkracht en in Drenthe kunnen patiënten versneld of met voorrang terug in zorg, zonder nieuw intake-traject. Het effect is tweeledig: huisartsen durven patiënten eerder over te nemen omdat zij weten dat de verantwoordelijkheid gedeeld wordt. Patiënten ervaren rust. In de praktijk wordt er weinig aanspraak gedaan op het vangnet. Bij een crisis wordt vanzelfsprekend opgeschaald via de crisisdienst.

6. Alertheid in de hele huisartsenpraktijk

De zorg voor een overgedragen EPA-patiënt raakt de hele huisartsenpraktijk, niet alleen huisarts en POH-ggz. In Drenthe is daarom de hele praktijk geschoold: assistenten weten waarop zij moeten letten, een attentieregel in het HIS-dossier verschijnt zodra het dossier wordt geopend en er is een protocol bij no-shows, omdat die een signaal van terugval kunnen zijn. Het team weet wie de patiënten met EPA zijn, wat er in het signalerings- en crisisplan staat, wie verantwoordelijk is voor somatische controles en

specialistische medicatie, en met welke ggz-behandelaar drempelloos contact mogelijk is. Voorwaarde is dat de huisarts zich bekwaam genoeg voelt en dat de praktijk voldoende capaciteit heeft; in Drenthe vervult de kaderhuisarts ggz hierin een dragende rol.

7. Actieve implementatie met spilfiguren

Afspraken op papier gaan pas werken als de implementatie actief wordt georganiseerd. Eemland laat zien dat zelfs breed gedragen afspraken 'van het papier af krijgen' complex is. Ze vragen om een intensief implementatietraject. Werkzaam is een spilfiguur in elk van de betrokken organisaties, die vasthoudt aan het gezamenlijke belang en binnen de eigen organisatie borgt dat de rol van de organisatie in het netwerk wordt ingevuld. Ook periodiek onderhoud hoort daarbij: het Eemlandse afsprakendocument is een levend document dat elke zes maanden door professionals uit de verschillende domeinen wordt herzien.

concept

6 Checklist Passend vervolg

Maak afspraken over <i>gezamenlijke verantwoordelijkheid</i> op basis van een gedeelde visie	Regionaal
Zorg voor passend aanbod in sociaal domein	Regio en Mentale gezondheidsnetwerk
Regel bereikbaarheid structureel (dat is meer dan een telefoonnummer in een overdrachtsbrief)	Regionaal
Zorg voor een terugvalaanbod zonder nieuwe intake of wachtlijst	Regionaal
Zorg dat bemoeizorg in de hele regio beschikbaar is en wordt ingezet	Regionaal
Zorg voor verbinding met FACT team én voor verbinding tussen FACT en sociaal domein	Regionaal
Werk vanuit de netwerkgedachte: breng het netwerk rond de patiënt tijdens de behandeling in kaart en activeer het bij afronding	Regionaal
Regel warme overdracht met complete informatie en een expliciete taakverdeling	Regionaal
Regel hoe GGZ betrokken blijft bij overdracht met specialistische medicatie.	Regionaal
Zorg voor alertheid in de hele huisartsenpraktijk (scholing, attentieregel in het HIS, protocol bij no-shows)	Regionaal
Implementeer actief, bijv. met spilfiguren	Regio en Mentale gezondheidsnetwerk

7 Conclusie en vervolg

In het AZWA is afgesproken dat partijen een continuüm van afspraken maken over een goede overdracht en een terugvalaanbod voor patiënten in de EPA-groep bij wie de klachten (tijdelijk) zijn gestabiliseerd. De werkgroep concludeert dat de benodigde afspraken op papier grotendeels al bestaan, maar dat passend vervolg pas mogelijk is als regio's ze praktisch invullen en naleven. De knelpunten zitten niet in het ontbreken van richtlijnen, maar in bereikbaarheid en communicatie, in het ontbreken van een georganiseerde route terug naar de ggz en in een onvoldoende verankerde rol van het sociaal domein.

Praktijkvoorbeelden laten zien dat het anders kan. Waar de zeven werkzame elementen uit hoofdstuk 5 aanwezig zijn komt passend vervolg tot stand en groeit het onderlinge vertrouwen tussen ggz, huisartsenzorg en sociaal domein. De checklist in hoofdstuk 6 vertaalt deze elementen naar acties die regio's, vaak via de mentale gezondheidsnetwerken, zelf kunnen oppakken. Een beperkt aantal randvoorwaarden moet landelijk worden geregeld; de werkgroep agendeert deze bij de betrokken landelijke partijen.

De werkgroep legt dit document ter consultatie voor aan de achterbannen van de deelnemende partijen. Met de reacties scherpt de werkgroep het document aan tot de definitieve set afspraken waarmee partijen uitvoering geven aan wat in het AZWA is afgesproken.

Bijlage 1: Totaaloverzicht regionale voorbeelden

Voorbeeld	Toelichting
Samenwerkingsafspraken somatische zorg	Afspraken over de samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen in de somatische zorg.
Doorstroom- en afstemmingsgesprek (DAG) – GGZ Noord-Holland-Noord	Wanneer een patiënt die in behandeling is samen met de behandelaar aangeeft dat een doorstroom- en afstemmingsgesprek wenselijk is, wordt dit gesprek ingepland bij de huisarts of POH-ggz om een warme overdracht te organiseren.
Telefonische nabijheid (Groningen)	De hulpvrager krijgt na afronding van de behandeling in de ggz het telefoonnummer van de behandelaar mee.
Terugverwijzing binnen een half jaar (Zoetermeer, Drenthe, Arnhem en Nijmegen)	Bij terugkerende klachten kan iemand binnen een half jaar terugkeren in behandeling.
Inzet VIP-team (Vroege Interventie Psychose)	Het team blijft na afronding van de behandeling een half jaar betrokken; binnen die periode is terugkeer mogelijk.
Wachten Waard (Utrecht en Nijmegen)	Patiënten op de wachtlijst kunnen zich aanmelden voor 'Wachten Waard'. Het aanbod staat los van de ggz-instellingen; ervaringsdeskundigen verzorgen de groepen.
FACT Plus	Een samenwerking tussen FACT-teams en het sociaal domein.
Omdenkers	Heeft het Expertisecentrum GROEN uitgewerkt, gericht op integrale samenwerking binnen het sociaal domein voor de doelgroep van 4 tot 27 jaar.
Consultatie aan de voordeur	Een samenwerking tussen huisartsenzorg en ggz, waarbij een psychiater beschikbaar is voor consultatie en advies 'aan de voordeur'.
Welkracht (Bergen op Zoom)	Een door het sociaal domein opgerichte organisatie die de verbinding met de ggz organiseert.

Samenwerkingsovereenkomst Eemland	In een samenwerkingsovereenkomst tussen huisartsen, ggz, sociaal domein en herstelnetwerk zijn afspraken vastgelegd over verwijzing, overdracht, afstemming en snelle hervatting van ondersteuning bij terugval.
Complete ontslagbrieven (o.a. FACT-teams Altrecht)	Ontslagbrieven volgens de richtlijn, met alles wat de huisarts moet weten: welke zorgverleners betrokken blijven, warme overdracht indien geïndiceerd, een terugnamegarantie van één jaar buiten de wachtlijst om, en contactgegevens voor overleg.

concept