

# Van zorgpad naar zorglandschap in de SGGZ

Luuk Stroink

GGNet, Scelta Poli Complex trauma; Integraal Therapiehuis, Nijmegen

## Samenvatting

De Nederlandse specialistische geestelijke gezondheidszorg (SGGZ) bevindt zich in een spanningsveld tussen toenemende klinische complexiteit en een organisatie die grotendeels is ingericht rondom afgebakende diagnoses, zorgpaden en productstructuren. In de behandelpraktijk groeit het besef dat veel patiënten met onder andere trauma, functionele somatische klachten, persoonlijkheidsproblematiek en dissociatie niet passen binnen deze lineaire ordening. Transdiagnostische en fasegerichte benaderingen winnen terrein, maar stuiten in de uitvoering op wachttijden, verkoking en beperkte doorstroommogelijkheden. Dit artikel betoogt dat deze problemen niet primair voortkomen uit capaciteitstekorten of uitvoeringsfouten, maar uit een fundamentele mismatch tussen de dynamiek van psychisch lijden en de besturingslogica van de SGGZ. Vanuit een ecosystemische en transdisciplinaire invalshoek wordt verkend hoe een verschuiving van zorgpaden naar zorglandschappen kan bijdragen aan betere toegankelijkheid, samenhang en duurzaamheid van zorg. Daarbij wordt zichtbaar hoe aanpassing van instroom, triage, monitoring en samenwerking noodzakelijk is om transdiagnostisch werken werkelijk tot zijn recht te laten komen.

**Sleutelwoorden:** Mismatch, besturingslogica, SGGZ, zorgpaden, zorglandschap, toegankelijkheid, samenhang, duurzaamheid, GGZ, triage, monitoring

GGZ Vaktijdschrift · volume 9 · nummer 1 · DOI 10.31739/GGZV.2026.1.2

## 1. Inleiding: een systeem onder spanning

In brede delen van de Nederlandse specialistische geestelijke gezondheidszorg is de druk op toegankelijkheid en doorstroom structureel: wachtlijsten blijven voor veel diagnoses en regio's te lang, terwijl de veldnormen voor aanmeld- en behandelwachtijd regelmatig worden overschreden. Dit belemmert tijdige hulpverlening en vraagt om structurele oplossingen in de organisatie van zorg.<sup>1</sup> Tegelijkertijd ervaren behandelaren spanning tussen wat zij klinisch waarnemen en wat het systeem van hen vraagt: in de spreekkamer gaat het vaak om dynamische patronen van emotieregulatie, stressfysiologie, ontwikkelingsgeschiedenis en relationele context, die zich niet laten reduceren tot starre diagnostische categorieën.

De organisatie van zorg blijft echter grotendeels gestoeld op een medisch-administratief model waarin diagnoses de toegang tot zorg bepalen, vaste zorgpaden de behandeling structureren en productiecijfers de bestuurlijke werkelijkheid mede vormgeven. Hierdoor ontstaan knelpunten in samenwerking en doorstroom.<sup>2</sup>

Deze mismatch wordt versterkt door de toegenomen complexiteit van de populatie. Comorbiditeit is eerder regel dan uitzondering en scherpe scheidslijnen tussen stoornissen blijken beperkt voorspellend voor het daadwerkelijke behandelverloop. In reactie hierop groeit de aandacht voor transdiagnostische benaderingen, waarin niet de stoornis maar onderliggende processen centraal staan, en voor fasegerichte modellen, waarin behandeling wordt opgevat als een dynamisch bewegingsproces.<sup>3</sup>

Toch blijft de impact van deze benaderingen op de bredere organisatie van zorg vaak beperkt. Transdiagnostische initiatieven bestaan geregeld naast de bestaande structuur, terwijl instroom, triage, wachtlijstbeheer en doorstroom nog steeds vooral langs diagnose- en lijnlogica worden georganiseerd. Daardoor worden patiënten die niet goed in een standaardpad passen nog regelmatig doorverwezen of geconfronteerd met herhaalde wachttijden.

Daarmee komt een fundamenteel probleem in beeld. De spanning tussen klinische realiteit en organisatievorm lijkt niet alleen een uitvoeringskwestie, maar ook een ontwerpprobleem. In dit artikel wordt die situatie daarom opgevat als een ontwerpspanning: de SGGZ wordt bestuurd alsof zij een voorspelbaar en lineair systeem is, terwijl de klinische realiteit kenmerken vertoont van een complex adaptief systeem waarin uitkomsten voortkomen uit interacties tussen actoren, contexten en feedbackloops. Vanuit dat perspectief wordt onderzocht waarom wachtlijsten en verkokering niet alleen uitvoeringsproblemen zijn, maar ook emergente gevolgen van het huidige ontwerp. Vervolgens wordt een alternatief raamwerk geschetst waarin de SGGZ zich beweegt van zorgpaden naar zorglandschappen, met adaptiever ingerichte instroom, triage, monitoring en samenwerking.

## 2. De transdiagnostische werkelijkheid in de behandelpraktijk

In de dagelijkse behandelpraktijk blijkt steeds duidelijker dat veel patiënten zich niet laten vangen in één dominante diagnose. In plaats daarvan presenteren zij zich met een samenhangend patroon van klachten op het gebied van emotieregulatie, lichamelijke sensaties, identiteit, relaties en stressverwerking. Angst, depressie, dissociatie, functionele somatische klachten en persoonlijkheidsgerelateerde kwetsbaarheden lopen daarbij vaak door elkaar heen. Dit patroon van overlap en wisselende manifestaties is eerder regel dan uitzondering bij patiënten die langdurig of intensief zorg nodig hebben. t

Deze klinische realiteit heeft geleid tot een groeiende belangstelling voor transdiagnostische modellen, waarin gedeelde onderliggende processen centraal staan. In plaats van afzonderlijke verklaringen per diagnose richten deze modellen zich op mechanismen als verhoogde stressgevoeligheid, verminderde emotieregulatie, rigiditeit in denken en gedrag, vermijding en verstoringen in het gevoel van autonomie en verbondenheid. u Zulke processen blijken dwars door traditionele categorieën heen een belangrijke rol te spelen in zowel het ontstaan als het voortbestaan van klachten.

Parallel hieraan wordt in meerdere zorgdomeinen gewerkt met fasegerichte benaderingen, vooral bij patiënten met een voorgeschiedenis van chronische stress, trauma of ontwikkelingsproblematiek. Deze modellen gaan ervan uit dat behandeling zich niet lineair voltrekt binnen één vast protocol, maar in fasen waarin stabilisatie, verwerking, integratie en herstel elkaar afwisselen. Welke interventies passend zijn, hangt dan niet alleen af van het type klachten, maar ook van de actuele draagkracht, context en ontwikkelingsfase van de patiënt. v

Juist hier begint de spanning met de bestaande organisatie voelbaar te worden. Hoewel deze inzichten steeds breder worden gedragen in richtlijnen, opleidingen en behandelprogramma's, botst hun toepassing in de praktijk regelmatig met zorgstructuren die nog gebaseerd zijn op scherpe diagnosegrenzen en vooraf vastgelegde trajecten. Hierdoor ontstaat een paradox: klinisch wordt erkend dat patiënten zich dynamisch ontwikkelen en meerdere kwetsbaarheden tegelijk hebben, terwijl zij organisatorisch worden vastgezet in één label en één route.

Voor patiënten betekent dit dat zij te vroeg, te laat of op de verkeerde plek terecht kunnen komen. Voor behandelaars betekent het dat zij voortdurend moeten schakelen tussen wat inhoudelijk nodig is en wat formeel past binnen de bestaande structuur. Voor organisaties betekent het dat innovatieve initiatieven kwetsbaar blijven zolang de bredere instroom- en doorstroomlogica niet meebeweegt.

## 3. Wachtlijsten en verkokering als systeemkenmerken

In het publieke en bestuurlijke debat over de SGGZ worden wachtlijsten vaak benaderd als een capaciteitsprobleem: er zijn te weinig behandelaars, te weinig plekken of te weinig budget. Hoewel deze factoren onmiskenbaar bijdragen aan de druk op het systeem, verhullen zij ook een dieper liggende oorzaak. Wachtlijsten en stagnerende doorstroom zijn in belangrijke mate het gevolg van de manier waarop de SGGZ is ontworpen en bestuurd.<sup>1</sup>

Het huidige zorgmodel gaat impliciet uit van een relatief stabiele werkelijkheid: een patiënt meldt zich met een herkenbaar klachtenpatroon, krijgt een diagnose, wordt geplaatst in een passend zorgpad en stroomt na afronding uit. Die logica is overzichtelijk zolang problematiek eenduidig is en trajecten redelijk voorspelbaar verlopen. In de praktijk, waarin comorbiditeit, ontwikkelingsgeschiedenis, sociale context en lichamelijke ontregeling door elkaar lopen, blijkt deze voorspelbaarheid echter vaak een illusie.<sup>3</sup>

Wanneer een patiënt niet goed past binnen een bestaand zorgprogramma, ontstaat vertraging. De intake moet worden heroverwogen, een andere zorglijn wordt gezocht of aanvullende diagnostiek wordt ingezet. Elk van die stappen kost tijd en vergroot de kans op nieuwe wachttijd. Omdat veel programma's strak zijn afgebakend op basis van diagnose of doelgroep, is de ruimte om iemand tijdelijk op te vangen of mee te laten bewegen beperkt. Het systeem creëert zo mede de files die het vervolgens probeert op te lossen.

Daarnaast versterken verkokering en gescheiden budgetten dit effect. Zorglijnen worden gestuurd op eigen productie en doelgroepen, wat samenwerking over grenzen heen ontmoedigt. Patiënten met een gemengd profiel, bijvoorbeeld een combinatie van traumagerelateerde klachten, functionele somatische symptomen en persoonlijkheidskwetsbaarheid, worden daardoor vaak van het ene naar het andere team verwezen. Niet omdat zij niet behandelbaar zijn, maar omdat zij niet passen binnen de organisatorische afbakening van de zorg.

Vanuit een ecosysteemperspectief is dit begrijpelijk. De SGGZ functioneert als een netwerk van onderling afhankelijke onderdelen: instroom bij de ene afdeling beïnvloedt de druk op een andere, wachttijden beïnvloeden crisisinstroom en uitval, en behandelresultaten hangen samen met continuïteit en afstemming. In zo'n systeem leiden lokale optimalisaties vaak tot suboptimale uitkomsten voor het geheel.<sup>2</sup>

Hieruit volgt een belangrijke consequentie. Zolang wachtlijsten uitsluitend worden benaderd als een probleem van schaarste, blijft buiten beeld dat ook de ordening van zorg zelf frictie produceert. Het gevolg is een vicieuze cirkel: wachttijden verhogen stress en ontregeling, waardoor patiënten complexer worden en meer zorg nodig hebben wanneer zij uiteindelijk aan de beurt zijn. Dit verlengt behandelduur en verkleint uitstroom, wat op zijn beurt de wachttijden verder doet oplopen. Pogingen om dit uitsluitend met capaciteitsmaatregelen op te lossen, geven hooguit tijdelijke verlichting zolang het onderliggende ontwerp niet verandert.

#### 4. Van zorgpad naar zorglandschap

Wanneer de SGGZ wordt gezien als een ecosysteem in plaats van een verzameling losse zorgprogramma's, verandert ook de manier waarop zorg logisch kan worden georganiseerd. In het traditionele model fungeert het zorgpad als centraal ordeningsprincipe: een patiënt wordt toegewezen aan een vooraf gedefinieerd traject op basis van diagnose en blijft daarbinnen tot uitstroom. In een transdiagnostische en fasegerichte praktijk blijkt deze benadering echter vaak te rigide. Veel patiënten bewegen zich in de tijd door verschillende fasen van stabiliteit, ontregeling, verwerking en herstel en hebben daarbij wisselende vormen van ondersteuning nodig.

Het concept van een zorglandschap biedt een alternatief raamwerk. In een zorglandschap worden zorgvormen niet gezien als afgesloten routes, maar als gebieden waarin patiënten zich, afhankelijk van hun situatie, kunnen bewegen. Deze gebieden verschillen in intensiteit, mate van structuur, focus op stabilisatie, verwerking of participatie, en in de betrokken disciplines. Waar iemand zich op een bepaald moment bevindt, wordt dan niet uitsluitend bepaald door diagnose, maar door een combinatie van functionele kwetsbaarheid, draagkracht, systeemdruk en ontwikkelingsfase.

Dat vraagt om een andere vorm van triage en instroom. In plaats van de vraag "welk zorgprogramma past bij deze diagnose?" komt de vraag centraal te staan: "wat heeft deze persoon op dit moment nodig om weer meer regie, veiligheid en samenhang te ervaren?" Die behoefte kan veranderen, soms snel, soms geleidelijk. Plaatsing in het zorglandschap is daarom geen eenmalige beslissing, maar een iteratief proces dat periodiek wordt herijkt op basis van voortgang en context.

Juist op dit punt wordt concreet zichtbaar wat deze verschuiving in de praktijk zou kunnen betekenen.

#### Praktijkvoorbeeld: modulair bewegen door het zorglandschap

Een hypothetisch voorbeeld kan deze verschuiving verduidelijken. Stel: een 34-jarige vrouw meldt zich aan via één centrale voordeur met aanhoudende vermoeidheid, functionele uitvalsverschijnselen, traumagerelateerde klachten, moeite met emotieregulatie en een sterk patroon van aanpassing aan anderen. In een klassiek zorgpadmodel is de kans groot dat zij achtereenvolgens wordt beoordeeld vanuit verschillende diagnostische ingangen, bijvoorbeeld somatiek, trauma of persoonlijkheidsproblematiek, waarna opnieuw moet worden afgewogen welk programma het beste past. Juist bij dit type gemengde problematiek leidt dat gemakkelijk tot vertraging, doorverwijzing en verlies van continuïteit.

In een zorglandschapbenadering wordt zij niet primair gekoppeld aan één diagnosegebonden traject, maar geplaatst binnen een transdiagnostisch behandelarrangement dat modulair kan worden opgebouwd. De eerste inschatting richt zich dan op vragen als: hoe groot is de actuele ontregeling, hoeveel veiligheid en draagkracht is aanwezig, welke klachten staan op de voorgrond en welke interventies zijn op dit moment haalbaar? Op basis daarvan kan bijvoorbeeld worden gestart met een stabiliserende module gericht op emotieregulatie en lichaamsgerichte vaardigheden, parallel aan een individueel behandelcontact waarin het toestandbeeld, de ontwikkelingsfase en de behandelrichting worden gemonitord.

Wanneer de patiënt meer stabiliteit ontwikkelt, kan een traumagerichte module worden toegevoegd, terwijl andere onderdelen blijven doorlopen. Indien opnieuw ontregeling optreedt, kan de focus tijdelijk verschuiven naar verdere stabilisatie of vaardigheidsgerichte behandeling. Daarnaast kan een module gericht op autonomievaardigheden of persoonlijkheidsverandering worden ingezet wanneer blijkt dat niet alleen symptoomreductie, maar ook meer structurele verandering nodig is. Zo ontstaat geen lineair traject, maar een samenhangend en flexibel behandelproces waarin verschillende specialistische onderdelen op elkaar worden afgestemd.



**Figuur 1. Van zorgpad naar zorglandschap.**

Deze werkwijze sluit aan bij modulaire en fasegevoelige manieren van behandelen, zoals ook zichtbaar is in de door Stöfseel en Mooren beschreven interventiekring, waarin behandelinterventies geordend kunnen worden zonder dat een vaste sequentie wordt voorgeschreven. Het nadruk op overzicht en flexibiliteit biedt een bruikbare inhoudelijke analogie voor het bredere organisatorische denken in zorglandschappen. Waar de interventiekring vooral helpt om binnen een behandeling koers te houden, maakt het zorglandschap zichtbaar hoe ook instroom, triage, samenwerking en doorstroom modulair en adaptief kunnen worden ingericht.

Voor behandelaren betekent dit dat samenwerking niet primair wordt georganiseerd via doorverwijzing, maar via gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de beweging van de patiënt door het systeem. Multidisciplinaire afstemming richt zich dan niet alleen op de inhoud van de behandeling, maar ook op de vraag of de huidige plek in het landschap nog passend is. Daarmee ontstaat een lerende cultuur waarin teams zicht houden op de dynamiek van instroom, doorstroom en uitstroom.

Voor bestuur en beleid betekent dit een verschuiving van sturen op afzonderlijke zorgpaden naar sturen op het geheel van het landschap. Indicatoren verschuiven dan van productie per diagnose of zorglijn naar maten voor doorstroming, continuïteit, wachttijdreductie en het voorkomen van vastlopen. In plaats van lokale optimalisatie ontstaat ruimte voor systeemoptimalisatie.

## 5. Ecosysteemdenken in de SGGZ

Het denken in zorglandschappen krijgt pas werkelijk betekenis wanneer het wordt geplaatst binnen een breder ecosysteemperspectief. In een ecosysteembenadering wordt de SGGZ niet gezien als een verzameling losstaande organisaties en zorglijnen, maar als een netwerk van onderling afhankelijke actoren: patiënten, naasten, behandelaren, teams, instellingen, financiers, verwijzers en maatschappelijke contexten. Wat op één plek in dat netwerk gebeurt, heeft onvermijdelijk gevolgen elders. Wachttijden, uitval, crisisopnames en langdurige trajecten zijn daarom niet louter het resultaat van individuele keuzes, maar van patronen in het systeem als geheel.

In het huidige stelsel wordt deze onderlinge afhankelijkheid nog maar beperkt benut in de manier van sturen. Afdelingen, zorgprogramma's en aanbieders worden grotendeels afzonderlijk afgerekend op productie, doelgroepen en financiële kaders. Dit bevordert een focus op lokale optimalisatie. In een complex ecosysteem leidt dat echter vaak tot ongewenste neveneffecten. Wanneer één zorglijn haar instroom beperkt om wachttijden te beheersen, verschuift de druk naar andere delen van het systeem. Wanneer een team patiënten snel uitstroomt om productiedoelen te halen, kan dit elders leiden tot heraanmelding of crisiszorg.

Ecosysteemdenken nodigt uit om die dynamiek expliciet te maken en er gezamenlijk verantwoordelijkheid voor te nemen. In plaats van te vragen of een individuele zorglijn goed functioneert, komt de vraag centraal te staan of het geheel van de regio of instelling als netwerk goed werkt voor patiënten met uiteenlopende en veranderende behoeften.

Een belangrijk element daarbij is het ontwikkelen van gedeelde kaders voor wat als passende zorg wordt gezien. In een transdiagnostische context gaat het dan niet alleen om symptomen of diagnoses, maar ook om factoren als draagkracht, veiligheidsniveau, autonomie, relationele steun en maatschappelijke druk. Wanneer deze dimensies systematisch worden meegenomen in intake, voortgangsbesprekingen en beleidsmonitoring, ontstaat een rijker beeld van waar in het ecosysteem knelpunten ontstaan en waar interventies nodig zijn.

Ook multidisciplinaire samenwerking krijgt binnen een ecosysteem-SGGZ een andere lading. In plaats van disciplines die elkaar vooral ontmoeten bij overdracht, ontstaat ruimte voor gezamenlijke reflectie op patronen die teams overstijgen: waarom stromen bepaalde groepen patiënten steeds vast, welke delen van het landschap raken structureel overbelast, en welke interventies ontlasten niet alleen de patiënt, maar ook het netwerk?

Voor bestuurders betekent ecosysteemdelen een verschuiving in governance. In plaats van primair te sturen op contracten, volumes en afzonderlijke prestaties, komt het sturen op relaties, feedbackloops en adaptiviteit centraler te staan. Daarmee verschuift besturen van beheersen naar navigeren.

## 6. Implicaties voor besturing en beleid

Wanneer de SGGZ wordt benaderd als een ecosysteem en zorg wordt georganiseerd als een dynamisch landschap, heeft dit verstrekken gevolgen voor de manier waarop instellingen en regio's worden bestuurd. Veel van de huidige knelpunten zijn niet alleen een gevolg van schaarste, maar ook van een sturingslogica die onvoldoende aansluit bij de dynamiek van complexe problematiek. Een ecosysteem-GGZ vraagt daarom niet primair om meer regels of scherpere afbakening, maar om andere vormen van regie.

Een eerste verschuiving betreft instroom en triage. In het huidige model zijn die sterk gekoppeld aan diagnose en zorglijn. Dat leidt ertoe dat patiënten met een gemengd of onduidelijk profiel relatief vaak worden doorverwezen of op wachtlijsten belanden. In een zorglandschapbenadering verschuift de focus naar functionele behoeften: stabiliteit, veiligheid, draagkracht en systeemdruk. Besturing richt zich dan niet alleen op de verdeling van patiënten over programma's, maar op het bewaken van evenwicht in het totale netwerk.

Dat vraagt ook om andere informatievoorziening. In plaats van vooral te monitoren hoeveel patiënten zich in welke diagnosecategorie bevinden, wordt het belangrijk zicht te hebben op doorstroompatronen, wachttijden tussen zorgvormen, heraanmeldingen en de duur van vastlopende trajecten. Dergelijke gegevens maken zichtbaar waar blokkades ontstaan en waar gerichte interventies nodig zijn.

Verder vraagt een ecosysteem-GGZ om randvoorwaarden voor gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dat betekent ruimte voor interdisciplinaire en interlijn-overleggen waarin niet alleen individuele casuïstiek wordt besproken, maar ook patronen in instroom en uitstroom. Het vraagt bovendien om het verminderen van financiële en organisatorische schotten die samenwerking ontmoedigen.

Voor contractering en bekostiging impliceert dit meer aandacht voor flexibiliteit en continuïteit. Wanneer patiënten zich door het zorglandschap bewegen, moet het systeem hen daarin kunnen volgen zonder dat elke overgang gepaard gaat met administratieve barrières of verlies van behandelrelatie. Dat vraagt om afspraken die ruimte laten voor meebewegen en herpositioneren, in plaats van een strikte koppeling tussen diagnose, product en budget.

Leiderschap krijgt in deze context eveneens een andere betekenis. In plaats van het beheersen van voorspelbare processen, gaat het om het faciliteren van leren en aanpassen in een complex systeem. Bestuurders en managers worden daarmee niet alleen verantwoordelijken voor output, maar ook voor het creëren van feedbackloops waarin teams kunnen reflecteren op wat werkt en waar het vastloopt.

Ten slotte verandert ook de manier waarop succes wordt gedefinieerd. In plaats van primair te kijken naar aantallen behandelingen of afgesloten trajecten, komt de vraag centraal te staan of het systeem als geheel toegankelijk, samenhangend en duurzaam functioneert. Dat betekent dat ook het voorkomen van vastlopen, het verkorten van wachttijden over zorglijnen heen en het ondersteunen van herstel buiten de formele behandeling als relevante uitkomsten worden gezien.

## 7. Conclusie: naar een adaptieve en samenhangende SGGZ

De kern van het probleem is niet alleen dat de SGGZ onder druk staat, maar dat zij nog te vaak is ingericht voor overzichtelijke problematiek en lineaire trajecten, terwijl de klinische werkelijkheid juist wordt gekenmerkt door complexiteit, overlap en beweging. Daardoor ontstaat frictie tussen wat patiënten nodig hebben en wat het systeem kan bieden.

In dit artikel is betoogd dat deze spanning niet primair een uitvoeringsprobleem is, maar een ontwerpprobleem. Door de SGGZ te benaderen als een ecosysteem en zorg te organiseren als een landschap in plaats van als een verzameling lineaire paden, wordt zichtbaar hoe transdiagnostisch en fasegericht werken structureel ondersteund kan worden. Dat vraagt om een verschuiving in hoe instroom, triage, samenwerking en monitoring zijn ingericht, en om een bestuurslogica die beter is afgestemd op dynamiek en onderlinge afhankelijkheid.

Voor beleidsmakers en bestuurders ligt hier een belangrijke opgave. De transitie naar een ecosysteem-GGZ betekent niet dat bestaande kaders en verantwoordelijkheden moeten worden losgelaten, maar dat zij anders worden ingezet. Sturen op samenhang, doorstroming en adaptiviteit vraagt om andere indicatoren, andere overlegstructuren en een grotere bereidheid om te leren van wat zich in het systeem ontvouwt.

De huidige druk op de SGGZ biedt in dat opzicht ook een kans. Wachlijsten, verkokering en uitval maken zichtbaar waar het systeem zijn grenzen bereikt. Door deze signalen te benutten als feedback in plaats van als incidenten, kan een beweging ontstaan naar een zorglandschap waarin patiënten, professionals en organisaties elkaar vinden in een gedeelde verantwoordelijkheid voor ontwikkeling en herstel.

Transdiagnostisch werken vraagt dus niet alleen om nieuwe behandelvormen, maar ook om een nieuwe manier van kijken naar zorg. Een ecosysteem-GGZ biedt daarvoor een samenhangend en toekomstbestendig perspectief.

---

## Referenties

1. Schutjens V, Nuijen J, Magnée T. In de wachtstand: een literatuurinventarisatie naar de impact van wachttijden in de ggz op patiënten, naasten, huisartsen en POH's-GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut/Nivel; 2024. 36 p.
2. Magnée T, Nuijen J, Van der Hoeven C, Knottnerus B. Bruggen slaan en navigeren op weg naar herstel: eindrapport van een onderzoek onder patiënten, naasten, huisartsen en POH's-GGZ naar de impact van de ggz-wachttijden en ervaringen met ondersteuning tijdens de wachttijd. Utrecht: Nivel; 2025. 196 p.
3. Van Amelsvoort TAMJ, Klaassen MC, Van den Heuvel OA. Transdiagnostische psychiatrie: concept in ontwikkeling. Tijdschr Psychiatr. 2018;60(3):194–198.
4. Dalglish T, Black M, Johnston D, Bevan A. Transdiagnostic approaches to mental health problems: current status and future directions. J Consult Clin Psychol. 2020;88(3):179–195. doi:10.1037/ccp0000482.
5. Cuthbert BN. Research Domain Criteria (RDoC). National Institute of Mental Health; 2010.
6. Holt DJ, Choi KW, DeTore NR, Balogun O, et al. Transdiagnostic prevention in youth mental health, Part I: rationale, shared risk factors. Neuropsychopharmacology. 2026;51(1):293–309. doi:10.1038/s41386-025-02233-w.
7. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. BMJ. 2013;347:f6753. doi:10.1136/bmj.f6753.
8. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. Int J Integr Care. 2002;2:e12. doi:10.5334/ijic.67.
9. Stöfse M, Mooren TT. De interventiekring: het ordenen van behandelinterventies bij persoonlijkheidsproblematiek. GZ-Psychologie. 2019;(3):25–29.