

## Kwalificatiecriteria 2b.1

Licht toe hoe de GGZ-aanbieder	<b>zorgt voor een goede (regionale) samenwerking met andere GGZ-aanbieders, bedrijfsartsen, huisartsen, POH GGZ en het sociale domein.</b>
Vraag zelfevaluatie	<b>U zorgt voor een goede (regionale) samenwerking met andere GGZ-aanbieders, bedrijfsartsen, huisartsen, POH GGZ en het sociale domein.</b>  <b>1. Hoe doet u dit?</b> <b>2. Wat is een belangrijk aandachtspunt bij deze (regionale) samenwerkingsverbanden in 2025?</b>

De opbrengsten laten zien dat er op verschillende manieren wordt samengewerkt binnen de GGZ-sector, gericht op het versterken van regionale samenwerking met GGZ-aanbieders, bedrijfsartsen, huisartsen, POH GGZ en het sociale domein. Hier volgt een samenvatting van de belangrijkste punten die besproken zijn in de chat en de plenaire sessie:

### **Samenwerkingsvormen en partners:**

- Er wordt samengewerkt met verschillende partners zoals zelfhulpgroepen (bijv. Geestelijke gezondheid - Zelfhulp Netwerk), fysiotherapeuten en oefentherapeuten. Belang om ook samen te werken met bijvoorbeeld fysio is om lichamelijke hulp te bieden en de fysieke ontspanning te versnellen.
- Samenwerking met bedrijfsartsen wordt door één groepje als lastiger ervaren.
- Grotere organisaties hebben vaak uitgebreide netwerken en samenwerkingsverbanden waarin triage aan de voorkant door bijvoorbeeld een instapteam wordt gedaan.
- Het sociale domein komt naar voren als een belangrijk aandachtspunt/doorgeleidingsfunctie.

### **Samenwerkingsstructuren en netwerkvorming:**

- Er bestaan formele en informele samenwerkingsstructuren. Sommige organisaties nemen deel aan formele overlegtafels zoals de Triage Tafel in Twente of overleggen over complexe casuïstiek, georganiseerd door huisartsen in Twenterand.
- Kleinere organisaties participeren ook in netwerkactiviteiten, zoals transfertafels, naast grotere GGZ-aanbieders. Hieruit blijkt dat samenwerking zowel lokaal als regionaal vorm krijgt.
- Het IZA stimuleert effectieve samenwerking doormiddel van het opzetten de mentale Gezondheid Netwerken. Bij de pilot van Indigo West, wordt een deel van de cliënten hierdoor doorverwezen naar het sociale domein ipv de GGz. Cliënten zijn er volgens de deelnemers erg tevreden over.

### **Communicatie en zichtbaarheid:**

- De deelnemers gaven aan dat goede communicatie met huisartsen cruciaal is, bijvoorbeeld door brieven te sturen bij de start en afronding van een behandeling. Dit zorgt voor duidelijkheid en een goede overdracht.
- Het zichtbaar blijven binnen netwerken en het zoeken van verbinding wordt gezien als essentieel. Ook het vindbaar en zichtbaar zijn via ZorgDomein.

### **Uitdagingen:**

- Verschillende deelnemers ervaren uitdagingen met verwijzingen en triage, vooral als het gaat om passende zorg en de dynamiek van communicatie met verwijzers.
- Er werden verschillen aangegeven tussen grotere en kleinere organisaties in hoe zij samenwerken en verwijzen. Voor kleine organisaties kan netwerkvorming uitdagend zijn vanwege de tijdsinvestering (zie tip: GGZ Praktijk).

### **Succesfactoren:**

- Deelnemers gaven aan dat pilots en initiatieven die de samenwerking met het sociale domein verbeteren, als succesvol worden ervaren. Dit leidt tot meer tevredenheid bij cliënten en efficiëntere zorg.
- Het organiseren van samenwerkingsverbanden per stad of regio wordt als een kans gezien door de deelnemers om de samenwerking verder te verbeteren, waarbij korte communicatielijnen (bijv. telefonisch overleg, gezamenlijke bijeenkomsten) de voorkeur hebben.

### **Praktische tips:**

- Een tip kwam vanuit GGZ Praktijk (Marga Bijma, Arnhem). Dat ging over het verenigen van de kleinere praktijken en het aanwijzen van één ambassadeur. Deze ambassadeur sluit namens de kleine praktijken aan bij bijvoorbeeld de transfertafels en netwerkoverleggen. De rol van ambassadeur kan overigens rouleren. Dit kan tijd besparen en samenwerking efficiënter maken. 1e stap: benader aanbieders om op de koffie te komen.
- Een tip werd gegeven voor het belang van een goede screening vooraf, bijvoorbeeld doormiddel van telescreening, om te bepalen of een cliënt in een kortdurende aanbod past.
- Eén groepje gaf de tip om contact met verwijzers en het netwerk te onderhouden, kan het nuttig zijn om een aantal dagen in een andere praktijk te werken.

In het algemeen blijkt dat de deelnemers de samenwerking binnen de GGZ zowel uitdagend als waardevol is. Regionale netwerken, goede triage en communicatie met verwijzers zijn sleutelcomponenten om de zorg passend en efficiënt te organiseren.

## Kwalificatiecriteria 2b.2

Licht toe hoe de GGZ-aanbieder

**de wachttijd zo kort mogelijk houdt.**

Vraag zelfevaluatie

**U houdt de wachttijd bij uw organisatie voor de monodisciplinaire GGZ zo kort mogelijk.**

**Hoe doet u dit?**

De deelnemers hebben diverse strategieën besproken om de wachttijd zo kort mogelijk te houden. Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste opbrengsten:

### **Wachttijdbeheer:**

- Om de instroom te reguleren, worden door de deelnemers soms aanmeldstops op de website geplaatst of aan verwijzers doorgegeven. Dit helpt om de wachttijd beheersbaar te houden en zorgt ervoor dat verwijzers alternatieven zoeken. Daarnaast werd de Treeknorm gehanteerd voor het gebruik van een wachttijd.
- Er wordt actief gewerkt door de deelnemers aan het beperken van *wachtlijstvervuiling*. Dit gebeurt door maandelijks contact op te nemen met mensen op de wachtlijst om te controleren of zij nog steeds wachten.

### **Screening en triage:**

- De deelnemers zien goede screening bij de aanmelding als essentieel. Dit gebeurt vaak telefonisch, waarbij de hulpvraag verduidelijkt wordt om te bepalen of de zorg passend is.
- Bij twijfel over de geschiktheid van een casus nemen de deelnemers contact op met verwijzers of alternatieven in de regio gezocht, bijvoorbeeld via het sociaal domein.
- De inzet van een telefonische intake helpt de deelnemers om tijdig duidelijkheid te geven en mensen eventueel door te verwijzen naar andere zorgaanbieders of alternatieven.

### **Communicatie en verwachtingsmanagement:**

- Er wordt veel nadruk gelegd op het managen van verwachtingen van cliënten door de deelnemers. Zo wordt vaak van tevoren aangegeven dat een traject bijvoorbeeld maximaal tien sessies omvat en dat niet alle problemen opgelost zullen worden.
- Tijdens het behandeltraject wordt regelmatig geëvalueerd door de deelnemers hoeveel sessies er nog resterend zijn en welke doelen haalbaar zijn. Dit helpt om behandelingen af te bakenen en cliënten goed voor te bereiden.

### **e-Health en blended care:**

- De inzet van *e-health* om wachttijd te overbruggen is een punt van gesprek. Sommigen deelnemers zien dit als een nuttige aanvulling, terwijl anderen terughoudend zijn omdat ze vinden dat de cliënt onvoldoende begrepen is. E-health wordt soms ingezet als de behandeling eenmaal gestart is, in een *blended care* model, waar e-health gecombineerd wordt met face-to-face sessies.
- Ook geven deelnemers aan dat er geëxperimenteerd wordt met groepsaanbod en blended care om de capaciteit te vergroten en de behandelduur efficiënter te maken. Dit vraagt om een bredere en transdiagnostische benadering, waarbij cliënten met vergelijkbare hulpvragen samen worden behandeld.

### **Kortdurende en doelgerichte zorg:**

- Een belangrijk thema voor de deelnemers is om behandelingen korter en doelgerichter te maken. Dit gebeurt bijvoorbeeld door het inzetten van het *KOP-model van Reinders*, dat korte en afgebakende trajecten ondersteunt. Hierdoor kunnen meer cliënten geholpen worden binnen de beschikbare capaciteit.

### **Samenwerking:**

- Deelnemers zoeken naar samenwerking met andere zorgaanbieders in de regio om de cliëntstroom te verdelen en de wachttijd te beperken.
- Deelnemers bieden laagdrempelige hulp aan via *maatschappelijk werk* of het sociaal domein om cliënten sneller te helpen zonder een volledige GGZ-behandeling te starten.
- Voor cliënten met complexe problematiek wordt door de deelnemers soms gebruikgemaakt van ambulante begeleiding vanuit de WMO om de zorgvraag af te stemmen en bij langdurige veranderingen te ondersteunen.

### **Afspraken en planning:**

- Het maken van duidelijke afspraken in de zorgketen en goede planning is essentieel voor de deelnemers om wachttijden te beheersen. Hierbij wordt ook gebruik gemaakt van systemen zoals ZorgDomein om de instroomtijden te optimaliseren.
- Deelnemers benadrukken dat de GGZ beperkte invloed heeft op de aanwas van cliënten, omdat dit deels een maatschappelijk probleem is. Wel kan de behandelduur beïnvloed worden door e-health en groepsbehandelingen strategisch in te zetten.

Samengevat laten de deelnemers zien dat er een gedeelde erkenning is dat efficiëntie en samenwerking noodzakelijk zijn om wachttijden binnen de GGZ zo kort mogelijk te houden. Oplossingen zoals groepsbehandelingen, blended care en een nauwe samenwerking met verwijzers en regionale partners spelen daarbij een belangrijke rol.

---

### **Vragen omtrent screening, behandelingsovereenkomst en inzetten van eHealth in de wachttijd.**

Voor deze vragen hebben we informatie ingewonnen bij het NIP en de [Wegwijzer](#) geraadpleegd. LET OP: dit betreft algemene kaders en richtlijnen. De psycholoog blijft altijd zelf verantwoordelijk voor de professionele keuzes die zij maken.

#### **Telt een screenings-/beoordelingsmoment als start van de behandelingsovereenkomst?**

Volgens het NIP telt een beoordeling of screening die uitgevoerd wordt door een psycholoog of behandelaar inderdaad als het startmoment van de behandelingsovereenkomst. Dit is het moment waarop inhoudelijk contact wordt gelegd en er een professionele relatie tot stand komt, wat een bepaalde verantwoordelijkheid met zich meebrengt. Deze verantwoordelijkheid is echter anders dan wanneer een cliënt daadwerkelijk in behandeling is (zoals aangegeven in de Wegwijzer: "*De omvang en inhoud van de zorgplicht wordt vooral bepaald door de context. Zo is de zorgplicht ten opzichte van een cliënt die na een intakegesprek op de wachtlijst staat, anders dan die tegenover een cliënt die behandeld wordt op basis van een behandelplan.*")

#### **Wat als ik geen screening uitvoer en mensen enkel op mijn wachtlijst plaats?**

Het is belangrijk om de cliënt centraal te stellen in deze afweging. Het is wenselijk dat de cliënt zo tijdig mogelijk weet of die (naar initiële inschatting) met zijn of haar hulpvraag terecht kan bij de praktijk.

#### **Verhoogt het aanbieden van eHealth tijdens de wachttijd de zorgplicht?**

In deze situatie gaan we er vanuit dat er een screening is uitgevoerd door een psycholoog, en er dus sprake is van een behandelingsovereenkomst. Vanuit het NIP werd aangegeven dat het enkel aanbieden van eHealth (of het toesturen van algemene informatie documenten/filmpjes om te kijken) naar hun inschatting niet zorgt voor een grotere zorgplicht. Dit komt omdat op deze wijze inzetten van eHealth geen direct contact met een behandelaar meebrengt. Het is echter van groot belang dat de cliënt begrijpt wat eHealth tijdens de wachttijd inhoudt: het is geen onderdeel van de behandeling, maar heeft een informatief of zelfhulpprofiel, ter voorbereiding op de intake of het starten van de behandeling. Het is essentieel dat de cliënt duidelijk geïnformeerd wordt over wat hij of zij kan verwachten. Leg bijvoorbeeld uit dat behandelaren de modules niet bekijken en dat cliënten voor vragen over de wachttijd/intake telefonisch contact moeten zoeken.

---

## Kwalificatiecriteria 2b.3

Licht toe hoe de GGZ-aanbieder	<b>het aanbieden van groepsbehandelingen vormgeeft of overweegt.</b>
Vraag zelfevaluatie	<b>Biedt u groepsbehandelingen aan?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Ja, welke groepsbehandelingen biedt u aan en hoe zijn deze vormgegeven?</b></li><li>• <b>Nee, omschrijf hoe u cliënten hiervoor doorverwijst naar andere GGZ-aanbieders.</b></li><li>• <b>Nee, omschrijf uw overwegingen; waarom biedt u geen groepsbehandelingen aan en waarom zijn hiervoor geen verwijfsafspraken met andere GGZ-aanbieders gemaakt?</b></li></ul>

De deelnemers hebben verschillende inzichten over het aanbieden van groepsbehandelingen in de GGZ. Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste punten:

### Frequentie:

- Deelnemers gaven aan dat groepsbehandelingen aanzienlijk vaker voor komen in de gespecialiseerde GGZ (sGGZ) dan in de basis GGZ (bGGZ). Dit wordt deels toegeschreven aan de complexiteit van de caseload en de grootte van de instellingen; grotere organisaties hebben meer middelen en mogelijkheden om groepen op te zetten.
- In de bGGZ stromen cliënten vaak door naar de sGGZ, waar groepsbehandelingen vaker een vast onderdeel zijn van het behandelplan.

### Uitdagingen:

- Deelnemers van vrijgevestigde en kleine praktijken ervaren praktische belemmeringen bij het organiseren van groepsbehandelingen. Dit omvat ruimtegebrek, te weinig hulpverleners, organisatorische uitdagingen en het feit dat groepen vaak moeilijk gevuld raken.
- Veel cliënten van de deelnemers geven bovendien de voorkeur aan individuele therapie, wat de drempel verhoogt om groepen vol te krijgen. Dit wordt ervaren als een uitdaging, omdat groepsbehandelingen wel voordelen bieden voor de toegankelijkheid en efficiëntie van zorg.
- Deelnemers van de kleine praktijken overwegen soms om cliënten eerst individueel voor te bereiden en hen vervolgens door te verwijzen naar grotere organisaties voor groepsbehandelingen.

### Voordelen:

- Groepsbehandelingen worden vaak ingezet door de deelnemers vanwege hun efficiëntie: meerdere cliënten kunnen tegelijkertijd worden geholpen, wat de wachttijden kan verkorten.

- Er zijn voor de deelnemers inhoudelijke voordelen, zoals normalisatie van klachten, groepsdynamiek die helpt bij het leren van ervaringen van anderen, en de mogelijkheid voor duurzame contacten tussen deelnemers.
- Groepen dragen volgens de deelnemers bij aan de effectiviteit van behandelingen, doordat gedeelde ervaringen en interacties het leerproces kunnen versterken.

#### **Innovatie:**

- Er zijn voorbeelden volgens de deelnemers van specifieke groepsbehandelingen, zoals angstgroepen, piekergroepen, en ACT-groepen die inspelen op de kracht van gezamenlijke ervaringen.
- Sommige deelnemers bieden online groepsbehandelingen aan, zoals kortdurende schema-groepen, wat de toegankelijkheid vergroot en logistieke beperkingen kan omzeilen.

#### **Samenwerking:**

- Groepsbehandelingen zijn niet altijd binnen de eigen praktijk van de deelnemers mogelijk, daarom worden er samenwerkingsverbanden gezocht met andere organisaties en netwerken in de regio. Dit kan ook het doorverwijzen naar bestaande groepen in het sociaal domein omvatten.
- Een goed netwerk is volgens de deelnemers essentieel om actuele informatie over groepsaanbod beschikbaar te houden en verwijzingen soepel te laten verlopen, aangezien informatie over beschikbare groepen vaak versnipperd en moeilijk te achterhalen is.

#### **Tips:**

- Deelnemers van grotere instellingen communiceren duidelijk op hun website dat groepsbehandelingen een standaardoptie zijn en dat cliënten direct kunnen starten met een groep, als alternatief voor individuele therapie met wachttijd.
- De keuze voor groepsbehandelingen wordt in sommige gevallen door de deelnemers gepresenteerd als een mogelijkheid om extra kennis en vaardigheden op te doen, wat minder weerstand bij cliënten oproept dan het verplichte karakter van groepsdeelname.
- Het opzetten van een groepsbehandeling wordt door de deelnemers gezien als een overweging vanwege de diverse voordelen voor zowel behandelaar als cliënt.

Samengevat bieden groepsbehandelingen duidelijke voordelen, maar er zijn ook praktische en organisatorische obstakels, vooral voor kleinere praktijken en vrijgevestigde therapeuten. Grotere instellingen hebben doorgaans meer succes bij het organiseren van groepen, wat bijdraagt aan de efficiëntie en toegankelijkheid van zorg. Ondanks de uitdagingen, worden groepsbehandelingen door de meeste deelnemers als waardevolle aanvulling gezien, met potentieel om wachttijden te verkorten en behandelingen te verrijken.