

GGZ

Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 30-04-2020 om 11:12. Bekijk de meest actuele versie op <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychotherapie>

Autorisatiedatum 28-02-2019 Beoordelingsdatum 28-02-2019

Generieke module

Psychotherapie

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	5
1.1 Introductie	5
2. Samenvatting	7
2.1 Samenvatting	7
2.1.1 Het onderwerp van de module	7
2.1.2 Verklaringsmodellen psychotherapie	7
2.1.3 Patiëntenperspectief	8
2.1.4 Kernelementen van goede zorg	8
2.1.5 Diagnostiek	9
2.1.6 Herstel, participatie en re-integratie	10
2.1.7 Aandachtspunten organisatie van zorg	10
3. 1. Inleiding	12
3.1 1.1 Algemeen	12
3.2 1.2 Uitgangspunten	12
3.2.1 Algemeen	12
3.2.2 Specifiek	13
3.3 1.3 Doelstelling	17
3.4 1.4 Doelgroepen en domein	17
3.5 1.5 Betrokken organisaties	18
3.6 1.6 Leeswijzer	19
4. 2. Patiëntenperspectief en kwaliteitscriteria	20
4.1 2.1 Algemeen	20
4.2 2.2 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	20
5. 3. Zorg rondom psychotherapie	24
5.1 3.1 Inleiding	24
5.2 3.2 Wat is psychotherapie?	24
5.2.1 Voor wie is psychotherapie bedoeld?	28
5.2.2 Welke psychotherapeutische behandelingen zijn er?	29
5.2.3 Hoe lang duurt een behandeling met psychotherapie?	33
5.2.4 Wat zijn de effecten van psychotherapie?	35
5.2.5 Wat zijn de bijwerkingen van psychotherapie	37
5.3 3.3 Psychische klachten	38
5.4 3. 4 Diagnostiek	39
5.4.1 Getrapte diagnostiek	41
5.4.2 Diagnose: werkhypothese en DSM-classificatie	42
5.4.3 Indicatiestelling	44

5.5 3.5 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie	46
5.5.1 Zelfmanagement	47
5.6 3.6 Monitoring en evaluatie	47
5.7 3.7 Herstel, participatie en re-integratie	48
6. 4. Organisatie van zorg	49
6.1 4.1 Inleiding	49
6.2 4.2 Betrokken zorgverleners	49
6.2.1 Psychotherapeut, klinisch psycholoog en psychiater	49
6.2.2 Gezondheidszorgpsycholoog	51
6.2.3 Andere beroepsgroepen	51
6.2.4 BIG-registratie	51
6.3 4.3 Competenties	51
6.3.1 Registers van beroepsverenigingen en specialistische verenigingen voor psychotherapie	52
6.3.2 Bij- en nascholen	53
6.3.3 Intervisie	53
6.4 4.4 Samenwerking	53
6.5 4.5 Kwaliteitsbeleid	54
6.5.1 Kwaliteitsstatuut	54
6.5.2 Eisen aan praktijkvoering	54
6.5.3 Beroepscode, klachtrecht en tuchtrecht	54
6.5.4 Eisen aan deskundigheidsbevordering	55
6.6 4.6 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	55
6.7 4.7 Financiering	55
6.7.1 Algemeen	55
6.7.2 Specifiek	56
7. 5. Kwaliteitsindicatoren	58
7.1 5.1 Algemeen	58
7.2 5.2 Specifiek	58
8. 6. Implementatieplan	59
8.1 Kwaliteitsstandaarden	59
8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden	60
8.2.1 Monitoring van de implementatie	61
8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen	61
8.4 Bestaande afspraken	61
8.5 Algemene implementatie thema's	62
8.5.1 Bewustwording en kennisdeling	62
8.5.2 Samenwerking	63
8.5.3 Capaciteit	64
8.5.4 Behandelaanbod	65

8.5.5 Financiering	65
8.5.6 ICT	66
8.6 Specifieke implementatie thema's	67
8.6.1 Bewustwording en kennisdeling	67
8.6.2 Samenwerking	68
8.6.3 Capaciteit	68
8.6.4 Behandelaanbod	69
8.6.5 Financiering	69
8.6.6 ICT	69
9. 7. Achtergronddocumenten	70
9.1 Samenstelling werkgroep	70
9.2 Overzicht opleidingseisen	72
9.3 Overzicht registers	72
9.4 Geraadpleegde literatuur	73
9.5 Referenties patiëntenperspectief	75
9.6 Begrippenlijst	76
9.7 Ontwikkelagenda	78
9.7.1 Onderscheid psychotherapie, psychotherapeutische deeltechnieken en psychologische behandelingen	78
9.7.2 Nadere ontwikkeling beroepen- en opleidingsstructuur	78
9.7.3 Ontwikkeling en uniformering registers	79

1. Introductie

Autorisatiedatum 05-04-2020 Beoordelingsdatum 05-04-2020

1.1 Introductie

Psychotherapie is het behandelen van psychische stoornissen of levensproblemen door middel van praten. Het is een wetenschappelijk bewezen effectieve behandelmethode. De patiënt en hulpverlener hebben gesprekken met elkaar, om zo gedrag, cognities, emoties en/of persoonskenmerken te veranderen. Zo kunnen psychische klachten en problemen verminderen of worden opgeheven.

Psychotherapie bestaat in vele vormen. Er bestaan tientallen verschillende vormen van psychotherapie, die ieder een eigen invalshoek hebben. De ene vorm van psychotherapie richt zich erop verkeerde gedachten te corrigeren. Een andere vorm van psychotherapie zal leren om gedachten helemaal niet zo serieus te nemen. Ook zijn er therapieën die zich richten op het achterhalen van onbewuste motieven en wensen.

Lees meer over wie welke behandelingen uitvoert in de generieke module

In de generieke module Psychotherapie lees je wat psychotherapie is, welke psychotherapeutische behandelingen er zijn, wat de patiënt van psychotherapie kan verwachten en welke professional psychotherapeutische behandelingen mag uitvoeren. Kortom: de generieke module psychotherapie geeft een beschrijving van kwaliteitscriteria voor de inhoud en organisatie van psychotherapie.



2. Samenvatting

Autorisatiedatum 28-02-2019 Beoordelingsdatum 28-02-2019

2.1 Samenvatting

Van deze generieke module kunt u [hier de samenvattingskaart Psychotherapie downloaden](#). Deze behandelt de volgende onderwerpen:

1. Het onderwerp van de module
2. Verklaringsmodellen psychotherapie
3. Patiëntenperspectief
4. Kernelementen van goede zorg
5. Diagnostiek
6. Herstel, participatie en re-integratie
7. Aandachtspunten organisatie van zorg

2.1.1 Het onderwerp van de module

Psychotherapie is een wetenschappelijk bewezen effectieve behandelmethodede die wordt toegepast bij psychische klachten en problemen. Het doel van psychotherapie is een verandering te bewerkstellingen in het gedrag, cognities, emoties en/of persoonskenmerken en zo psychische klachten en problemen te verminderen of op te heffen.

Psychotherapie is gebaseerd op evidentie en praktijk gebaseerde behandelmethoden en maakt gebruik van wetenschappelijke kennis over (psycho-)pathologie, diagnostiek en behandeling. *Bij psychotherapie worden verbale en/of non-verbale methoden ingezet waardoor de patiënt zicht krijgt op de oorzaak en de in stand houdende factoren van zijn psychische problemen en/of de patiënt ervaringen op doet die helpen om anders te denken, te voelen en zich te gedragen.*

Psychotherapie is gebaseerd op evidentie en praktijk gebaseerde behandelmethoden en maakt gebruik van wetenschappelijke kennis over (psycho-)pathologie, diagnostiek en behandeling.

2.1.2 Verklaringsmodellen psychotherapie

- Cognitieve gedragstherapie: gaat ervan uit dat klachten en problemen in belangrijke mate worden verklaard en in stand gehouden door oude en nieuwe (on)bewuste leerervaringen.
- Psychoanalytische psychotherapie: gaat uit van het onbewuste, de innerlijke belevingswereld, het deel van het psychische leven dat niet direct kenbaar is voor het bewustzijn.
- Persoonsgerichte experiëntiële psychotherapie: gaat uit van de belevingswereld, de zelfopvatting en het relationeel functioneren van de patiënt.
- Systeemtherapie: gaat ervan uit dat psychische klachten nooit op zichzelf staan maar dat er altijd invloed is van en naar de sociale omgeving.
- Groepspsychotherapie: gaat ervan uit dat psychische klachten een uitdrukking zijn van

interpersoonlijke problemen, die zijn ontstaan door onvolkomen emotionele afstemming tussen ouders en kind en door negatieve ervaringen in andere sociale verbanden.

Psychotherapie is geschikt voor alle leeftijdsgroepen en effectief voor de meeste aanhoudende psychische problemen.

2.1.3 Patiëntenperspectief

Bij psychotherapie staat de persoonlijke ervaring van de patiënt centraal. Het gaat niet om de betekenis die anderen geven aan die ervaring, maar om het perspectief van de patiënt. Tijdens psychotherapie leert de patiënt zijn kwetsbaarheden herkennen, accepteren en te integreren met zijn weerbaarheden zodat de patiënt (weer) kan functioneren in zijn leefomgeving en kan deelnemen aan de samenleving.

Aandachtspunten vanuit patiëntenperspectief

- De patiënt en behandelaar maken samen de beslismomenten en evaluatiemomenten in het behandeltraject expliciet, waarna op basis van gezamenlijke besluitvorming beslissingen worden genomen over de behandelaanpak.
- Iedere patiënt heeft een passend behandelplan, gericht op (herstel van) functioneren, bevorderen van kwaliteit van leven en zelfmanagement.
- De behandeling (inclusief aanpak, relatie, resultaten en doelen) worden periodiek geëvalueerd en vastgelegd in het behandelplan.
- De patiënt ervaart dat hij de kwaliteit van de behandelrelatie aan de orde kan stellen.
- De persoonlijke ervaring en de hulpvraag van de patiënt staan centraal.
- De behandelaar heeft aandacht voor de context van de patiënt, in het bijzonder wanneer er kinderen in het spel zijn.
- Er is gelijke toegang tot psychotherapeutische behandelingen.
- Het professionele oordeel en de hulpvraag van de patiënt bepalen wat een passende behandeling is.
- In het behandelplan wordt opgenomen wie de regiebehandelaar is en hoe en waarover afstemming met in- of externe aanpalende disciplines plaatsvindt.
- De patiënt behoudt (indien gewenst) gedurende de behandeling zoveel mogelijk zijn vertrouwde behandelaar. De behandeling wordt uitgevoerd door een bevoegde en bekwame behandelaar.
- Patiënten worden op leeftijd adequate wijze geïnformeerd in alle fasen van het behandeltraject.
- Zorgaanbieders maken hun zorgaanbod en bevoegdheden en bekwaamheden van hun behandelaren inzichtelijk.
- Patiënten worden vooraf geïnformeerd over de te verwachten extra kosten van de psychotherapeutische behandeling.
- Bij de start van een psychotherapeutische behandeling informeert de behandelaar de patiënt over de te verwachte resultaten en over mogelijke bijwerkingen.
- Voor de patiënt bestaat er een mogelijkheid voor een second opinion.

2.1.4 Kernelementen van goede zorg

Algemene uitgangspunten:

- De patiënt staat centraal bij het aanbieden van psychotherapie.
- Voor afzonderlijke stoornissen zijn de bestaande behandelrichtlijnen leidend voor het professionele handelen. Daarvoor wordt verwezen naar de zorgstandaarden waarin beschreven staat wat de best passende zorg is bij specifieke problemen in een bepaalde fase van het behandeltraject.
- Psychotherapie kan worden toegepast bij alle leeftijdsgroepen: kinderen en jeugdigen, volwassenen en ouderen.
- In de Wet BIG is psychotherapie niet aangeduid als voorbehouden handeling. Dit betekent dat psychotherapeutische behandelingen kunnen worden uitgevoerd door behandelaars die bekwaam zijn op basis van opleiding en competenties.
- De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de integraliteit van het behandelproces en het centrale aanspreekpunt voor alle betrokkenen.
- Patiënt en regiebehandelaar beslissen samen over het doel en de inhoud van een behandeling. De afspraken hierover leggen zij vast in een behandelplan.
- Deze module beschrijft waaraan goede psychotherapie voldoet, ongeacht de financieringsbron waaruit deze behandeling bekostigd wordt.
- Een goede behandelrelatie kenmerkt zich door compassie, empathie, acceptatie en authenticiteit (echtheid) van de behandelaar.
- Het is van belang dat de behandelaar regelmatig reflecteert op zijn eigen handelen, speciaal bij conflicten of andere problemen in de relatie met de patiënt.

2.1.5 Diagnostiek

- In deze fase staan de vragen wat is het probleem van de patiënt en hoe is het gekomen centraal.
- Het doel van deze fase is om goed zicht te krijgen op waar de patiënt last van heeft, wat de (onderliggende) factoren zijn die de psychische problemen veroorzaken en/of in stand houden.
- De behandelaar betreft bij de diagnostiek de informatie die is verzameld bij de huisarts, de bedrijfsarts of eerdere behandelaars.
- Patiënt en behandelaar bespreken of het wenselijk is de naasten in deze fase te betrekken.
- De diagnostiefase kan één of meerdere gesprekken in beslag nemen.
- Meestal wordt een behandeling begonnen met een werkhypothese waarin de behandelaar een voorlopige verklaring van de problemen geeft, een voorlopige DSM- classificatie(s) stelt en een voorlopige behandelstrategie opstelt. Voor psychotherapie is het van belang dat de werkhypothese duidelijk maakt welke (onderliggende) factoren volgens de behandelaar een rol spelen in het ontstaan en/of voortduren van de problematiek, waarbij deze mechanismen ook aangrijpingspunten bieden voor de selectie van interventies.
- Voor het stellen van een definitieve diagnose is vaak meer informatie nodig waar de behandelaar meestal pas gaandeweg de behandeling zicht op krijgt.
- Bij de indicatiestelling staan de vragen wat wil de patiënt bereiken en hoe pakken de patiënt en behandelaar dit samen het beste aan centraal.

De keuze voor en uitvoering van een specifieke vorm van psychotherapie is een proces van gezamenlijke besluitvorming van patiënt en professional. Zonder overeenstemming over het probleem, de aanpak, het nagestreefde effect en de gewenste uitkomst kan er geen sprake zijn van goede psychotherapeutische behandeling.

Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

- In deze fase staan de vragen wat een patiënt en behandelaar doen en het verwachte resultaat centraal.
- Er zijn verschillende psychotherapeutische behandelingen variërend van kortdurend tot langdurend, van individueel tot groepsgericht, van ambulantly tot (dag)klinisch en al dan niet ingebed in een multidisciplinair team of in een netwerk van vrijgevestigden. Binnen de behandeling zijn verschillende aangrijpingspunten en verschillende aanbiedingsvormen mogelijk.
- De uitvoering is vaak situationeel bepaald.
- Welke interventies worden ingezet is afhankelijk van de soort psychische problemen.

Monitoring en evaluatie

- In deze fase staan de vragen wat het oordeel is van de patiënt en de behandelaar over de behandeling en hoe de patiënt en behandelaar verder gaan centraal.
- De patiënt en behandelaar evalueren periodiek de voortgang van de behandeling, de behandel aanpak, de behandelrelatie, de behandelresultaten en de behandel doelen.
- Afspraken hierover worden vastgelegd in het behandelplan.
- Zo nodig wordt het behandelplan op basis van de evaluatie aangepast.

2.1.6 Herstel, participatie en re-integratie

- Psychotherapie is gericht op herstel.
- Als er geen sprake is van volledig herstel richt de behandeling zich op het opheffen van de factoren die aan deze problemen ten grondslag liggen.
- Als het niet mogelijk is om volledig herstel te bereiken (bijvoorbeeld als de belemmerende factoren in andere domeinen liggen) kan een verwijzing naar de langdurende ggz plaatsvinden, waar het accent ligt op begeleiding en leren omgaan met de resterende beperkingen.

2.1.7 Aandachtspunten organisatie van zorg

- Bij de uitvoering van psychotherapie zijn 2 aspecten leidend: de aard van de behandeling en bekwaamheid en bevoegdheid van de behandelaar. De bevoegdheid van behandelaars is gekoppeld aan eisen van bekwaamheid: de behandelaar heeft een specifieke (BIG) beroepsopleiding gevolgd, heeft voldoende relevante werkervaring en onderhoudt zijn kennis en vaardigheden door bijscholing en intervisie.
- Diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van complexe problemen met toepassing van alle vormen van psychotherapie, worden uitgevoerd door psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters. Zij zijn op basis van hun opleiding bekwaam en competent om zelfstandig te diagnosticeren en psychotherapie zelfstandig uit te voeren en te evalueren. De gezondheidszorgpsycholoog kan vormen van psychotherapeutische behandeling uitvoeren waarvoor een aanvullende opleiding is genoten.
- Voor patiënten is het belangrijk zicht te hebben op de bekwaamheid van een behandelaar. Daarvoor omschrijft de behandelaar zijn specifieke expertise(s) en werkwijzen en onderbouwt dit met een overzicht van zijn lidmaatschappen en erkenningen door specialistische verenigingen.
- Een behandeling kan op zichzelf staan of deel uitmaken van een breder behandeltraject binnen een instelling of binnen een netwerk van vrijgevestigde praktijken.
- Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat verschillende psychotherapie vormen voor diverse

psychische problemen en voor diverse leeftijdsgroepen effectief zijn.

- Per 1 januari 2017 dient iedere aanbieder van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg te beschikken over een kwaliteitsstatuut .

3. 1. Inleiding

Autorisatiedatum 28-02-2019 Beoordelingsdatum 28-02-2019

3.1 1.1 Algemeen

Deze generieke module bevat een beschrijving van de inhoud en organisatie van psychotherapie.

Psychotherapie (individueel, groeps- en relatie/gezins-) is het brede theoretische, wetenschappelijke en praktische kennisdomein dat er op gericht is om symptoomverlichting en persoonlijkheidsverandering te bieden, om toekomstige symptomatische episodes te beperken, de kwaliteit van leven te verbeteren, het adaptieve functioneren in werk, opleiding en relaties te bevorderen en om de kans op gezonde levensbeslissingen te doen toenemen en andere voordelen te bieden door de hechte samenwerking tussen de patiënt en de psychotherapeut / behandelaar. Psychotherapie omvat een grote variëteit aan behandelingen, variërend van relatief eenvoudige tot uiterst complexe psychische problemen.

De patiënt vindt in dit document een beschrijving wat psychotherapie is, welke psychotherapeutische behandelingen er zijn, door welke professionals die worden aangeboden, wat de keuzemogelijkheden zijn en wat hij van de diverse behandelingen kan verwachten.

De zorgprofessional en zorgaanbieder vinden in dit document de kwaliteitscriteria waaraan inhoud en organisatie van psychotherapie moeten voldoen. Voor hen biedt deze generieke module een basis voor nadere concretisering in zorgprogramma's en zorgpaden. Zorgverzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg vinden in dit document normen voor adequate, veilige, effectieve en doelmatige psychotherapeutische behandelingen.

De tekst is in consensus tot stand gekomen tussen vertegenwoordigers van beroepsgroepen, methodische verenigingen en patiëntenorganisaties en daarom leidend bij het aanbieden van psychotherapie. Partijen hebben bij de ontwikkeling geconstateerd dat er een aantal discussiepunten zijn die om nadere uitwerking vragen. Deze zijn opgenomen in een ontwikkelagenda voor de generieke module Psychotherapie.

3.2 1.2 Uitgangspunten

3.2.1 Algemeen

Een generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

3.2.2 Specifiek

Bij het opstellen van deze tekst zijn de volgende uitgangspunten leidend geweest:

Patiëntenperspectief vertrekpunt

De patiënt staat centraal bij het aanbieden van psychotherapie. Daarom is het perspectief van de zorgvrager geconcretiseerd in [Patiëntenperspectief en kwaliteitscriteria](#). Deze kwaliteitscriteria zijn aanvullend op bestaande behandelrichtlijnen.

Professionele standaard leidend

Voor afzonderlijke stoornissen zijn de bestaande behandelrichtlijnen leidend voor het professionele handelen. Dat betekent dat de behandelaar zich baseert op door de beroepsgroepen geaccordeerde behandelrichtlijnen en zorgstandaarden waarin beschreven staat wat de best passende zorg is bij specifieke problemen in een bepaalde fase van het behandeltraject. De behandelaar kan waar nodig afwijken van die behandelrichtlijn, mits beargumenteerd. Wanneer voor specifieke problemen geen behandelrichtlijn of zorgstandaard bestaat of de behandelrichtlijn ontoereikend is, dan baseert de behandelaar zich op wat in de beroepsgroep gebruikelijk is en past waar nodig professioneel verantwoorde (innovatieve) interventies toe en integreert behandelmethoden.

In deze generieke module is niet beschreven welke psychotherapeutische behandeling het meest adequaat is voor bepaalde psychische problemen in een bepaalde situatie. Dat is afhankelijk van de hulpvraag, de klachten, de duur en ernst van de problemen, de mogelijkheden en de voorkeur van de patiënt voor een bepaalde behandeloptie. In de aandoening specifieke zorgstandaarden wordt beschreven welke psychotherapeutische behandeling(en) het meest aangewezen zijn voor welk soort psychische problemen.

Breed werkterrein

In deze generieke module beschrijven we het brede werkkerrein waarbij psychotherapie wordt ingezet. Psychotherapie kan worden toegepast bij alle leeftijdsgroepen: kinderen en jeugdigen, volwassenen en ouderen. Psychotherapie is effectief bij een reeks van psychische problemen, variërend van relatief eenvoudige tot uiterst complexe psychische stoornissen. Psychotherapie kent een grote variatie in intensiteit en behandelduur. Psychotherapie wordt uitgevoerd in verschillende settingen (face-to-face, telefonisch of digitaal, individueel, als echtpaar/gezin of in een groep). En in verschillende organisatorische verbanden, zoals in ggz-instellingen, in de verslavingszorg, in forensische klinieken, in de kinder- en jeugd ggz, in vrijgevestigde praktijken en op psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en academische centra. Psychotherapie kan onderdeel uitmaken van een geïntegreerde multidisciplinaire behandeling of op zichzelf staan. We hebben gekozen voor de titel generieke module Psychotherapie om dit gehele spectrum aan te duiden.

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

De Wet BIG kent bepaalde beroepstitels wettelijke bescherming toe. Dat betekent dat het voeren van zo'n titel slechts is toegestaan aan hen die staan ingeschreven in het BIG-register of een wettelijk beschermde opleidingstitel genieten. De Wet BIG bepaalt voorts dat sommige handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg uitsluitend zelfstandig mogen worden uitgevoerd door bepaalde beroepstitelhouders, mits bekwaam ('voorbehouden handelingen'). Anderen mogen dat slechts in opdracht van een zelfstandig bevoegde.

Arts, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, verpleegkundige en verpleegkundig specialist zijn beschermde titels. Een beschermde titel mag worden gevoerd wanneer een behandelaar beschikt over de juiste opleiding en diploma's. Voor het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg geldt altijd de eis dat de behandelaar bekwaam is. Daarvoor moet een behandelaar zijn vakkennis en competenties onderhouden. Deze eis is vastgelegd in de beroepscode van behandelaars. Bekwaamheid is essentieel voor het goed en veilig uitvoeren van psychotherapeutische en andere behandelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. De opleiding, de attitude, kennis en vaardigheden bepalen welke vorm van diagnostiek, indicatiestelling en psychotherapeutische behandelingen een behandelaar mag uitvoeren. In de regeling periodieke registratie Wet BIG artikel 6d en artikel 6e staan de vereiste kerncompetenties voor de beroepen gezondheidszorgpsycholoog en psychotherapeut genoemd:

"Kerncompetenties en vaardigheden gezondheidszorgpsycholoog en psychotherapeut"

Voor het beroep **gezondheidszorgpsycholoog** gelden de volgende kerncompetenties en kernvaardigheden (regeling periodieke registratie Wet BIG artikel 6d Wet BIG):

- het stellen van een diagnose op basis van anamnese en psychodiagnostisch onderzoek;
- het stellen van een indicatie op basis van anamnese en psychodiagnostisch onderzoek;
- het zelfstandig uitvoeren van psychologische en orthopedagogische behandelingen;
- het evalueren en vastleggen van psychologische en orthopedagogische behandelingen.

Voor het beroep **psychotherapeut** gelden de volgende kerncompetenties en kernvaardigheden (artikel 6e wet BIG):

- het stellen van een psychodiagnose op basis van een psychodiagnostisch onderzoek;
- het stellen van een indicatie voor psychotherapie;

- het opstellen van een behandelplan voor psychotherapie;
- het zelfstandig uitvoeren van een psychotherapeutische behandeling;
- het evalueren van de psychotherapeutische behandeling.

De kerncompetenties en vaardigheden zijn uitgewerkt in opleidingseisen voor verschillende beroepsgroepen, zie achtergronddocument [Overzicht BIG registratie, universitaire opleiding en bijbehorende opleidingseisen op het gebied van psychotherapie van verschillende betrokken professionals](#).

In de Wet BIG is psychotherapie niet aangeduid als voorbehouden handeling. Dit betekent dat psychotherapeutische behandelingen kunnen worden uitgevoerd door behandelaars die bekwaam zijn op basis van opleiding en competenties. De afspraken hierover zijn vastgelegd in opleidingsplannen [bijlage 2 Overzicht BIG registratie, universitaire opleiding en bijbehorende opleidingseisen op het gebied van psychotherapie van verschillende betrokken professionals]. Zie voor de betrokkenheid van verschillende zorgverleners het onderdeel [Organisatie van zorg](#).

Model kwaliteitsstatuut ggz

In het model kwaliteitsstatuut ggz is de functie regiebehandelaar beschreven. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de integraliteit van het behandelproces en het centrale aanspreekpunt voor alle betrokkenen. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het intakeproces en draagt zorg voor het (doen) stellen van een diagnose. De regiebehandelaar stelt samen met de patiënt, in direct contact, een behandelplan op. De regiebehandelaar die wordt ingezet moet passend zijn bij de aard van de problematiek en de bijpassende behandeling. Dit betekent dat de regiebehandelaar moet beschikken over relevante inhoudelijke deskundigheid.

In het model kwaliteitsstatuut (verwijzing) is beschreven welke behandelaars in de verschillende ggz settingen en echelons als regiebehandelaar mogen optreden.

Regiebehandelaar in de ggz settingen en echelons		
	Generalistische basis ggz	Gespecialiseerde ggz
Vrijgevestigden	<ul style="list-style-type: none"> • Gz-psycholoog • Psychotherapeut • Klinisch psycholoog • Klinisch neuropsycholoog 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeut • Klinisch psycholoog • Klinisch neuropsycholoog • Psychiater
Ggz-instellingen	<ul style="list-style-type: none"> • Gz-psycholoog • Klinisch psycholoog/klinisch neuropsycholoog • Psychotherapeut • Verpleegkundig specialist ggz <p>Afhankelijk van de hoofddiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater • Verslavingsarts 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiater • Klinisch psycholoog <p>Afhankelijk van de patiënt/ behandeling en aanwezigheid van zorgverleners binnen de organisatie of netwerk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verslavingsarts • Specialist ouderengeneeskunde • Klinisch geriater • Psychotherapeut • Klinisch neuropsycholoog • Verpleegkundig specialist ggz • Gz-psycholoog

Huidig financieringskader niet leidend

Deze module beschrijft waaraan goede psychotherapie voldoet, ongeacht de financieringsbron waaruit deze behandeling bekostigd wordt (Zorgverzekeringsweg, Jeugdwet, aanvullende verzekering of eigen betaling door de patiënt). Dit document beschrijft wat vanuit patiëntenperspectief nodig of wenselijk is, ongeacht financieringsschotten die voortkomen uit actuele wet- en regelgeving.

Wettelijke kaders en richtinggevende documenten

Deze module is gebaseerd op relevante wettelijke kaders en een aantal richtinggevende documenten:

- Wet BIG en Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).
- Model kwaliteitsstatuut GGZ en de toelichting daarop.
- Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief zoals verwoord in basisset kwaliteitscriteria ggz (LPGGz, 2015) en Visiestuk Focus op gezondheid – Zorg voor herstel.
- Bestaande behandelrichtlijnen.
- Beroepscodes, zoals de beroepscode voor psychotherapeuten (NVP), de beroepscode voor psychologen (NIP), de beroepscode voor psychiaters (NVvP), beroepscode verpleegkundig specialist en SPV.
- Opleidingsplannen, zoals opleidingsplan psychotherapeut 2013, HOOP 2.0, opleidingsplan klinisch psycholoog, opleidingsplan gz-psycholoog 2015, opleidingsplan verpleegkundig specialist, beroepsdeelprofiel sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (zie ook achtergronddocument Overzicht BIG registratie, universitaire opleiding en bijbehorende opleidingseisen op het gebied van

psychotherapie van verschillende betrokken professionals).

- LVVP kwaliteitscriteria.

3.3 1.3 Doelstelling

Deze generieke module beschrijft wat psychotherapie inhoudt en welke kwaliteitseisen aan psychotherapeutische behandelingen gesteld worden. Daarmee biedt het kaders voor patiënten en naasten (wat mag ik verwachten van een psychotherapeutische behandeling), zorgaanbieders (waar moet ik minimaal aan voldoen), verwijzers (welke verwijsopties zijn er), verzekeraars (wat moet ik inkopen), Inspectie voor de gezondheidszorg (welke kwaliteits- en veiligheidseisen moet ik stellen aan zorgaanbieders) en ontwikkelaars van kwaliteitsstandaarden (waaraan moet de beschrijving van psychotherapeutische behandelingen in specifieke zorgstandaarden voldoen).

Ontwikkelaars van andere kwaliteitsstandaarden kunnen verwijzen naar deze generieke module Psychotherapie voor algemeen gedeelde kwaliteitseisen waaraan psychotherapeutische behandelingen en haar uitvoerders moeten voldoen.

Wanneer er bij een specifieke stoornis in een bepaalde behandelfase gelijkwaardige alternatieven voorhanden zijn, is het belangrijk dat in de betreffende zorgstandaard beschreven staat wat de verschillende verklaringsmodellen en de aangrijpingspunten zijn van specifieke behandelingen. Omdat bekwaamheid naast bevoegdheid essentieel is voor het deskundig uitvoeren van specifieke psychotherapeutische behandelingen, is het van belang dat in de zorgstandaarden beschreven staat welke deskundigheidseisen gesteld worden aan professionals die deze behandelingen uitvoeren.

3.4 1.4 Doelgroepen en domein

Psychotherapie is geschikt voor alle leeftijdsgroepen en effectief voor de meeste aanhoudende psychische problemen.

Bron: APA, 2012

De psychische problemen moeten gepaard gaan met significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of op andere belangrijke levensgebieden.

De psychische problemen moeten gepaard gaan met significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of op andere belangrijke levensgebieden. : In de DSM-5 wordt een psychische stoornis gedefinieerd als 'een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Psychische stoornissen (inclusief verslavingsproblematiek) gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdendruk of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden (APA, 2014).

De generieke module Psychotherapie is geschreven voor behandelingen in de generalistische basis ggz en de gespecialiseerde ggz (waaronder de hoogspecialistische zorg).

3.5 1.5 Betrokken organisaties

De ontwikkeling van deze generieke module Psychotherapie is geïnitieerd door de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) en de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT). Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz heeft de ontwikkeling gefinancierd en is derhalve opdrachtgever.

De NVP en de VGCT hebben een stuurgroep gevormd die belanghebbende organisaties heeft benaderd om leden voor te dragen voor de werkgroep Inhoud en de werkgroep Organisatie. Voor de samenstelling van de werkgroepen en stuurgroep (zie achtergronddocument [Samenstelling werkgroep](#)).

De concept tekst van de generieke module Psychotherapie is door de stuurgroep vastgesteld en voor commentaar voorgelegd aan de besturen van belanghebbende organisaties.

De stuurgroep heeft de definitieve versie ter autorisatie voorgelegd aan belanghebbende organisaties.

De volgende 15 belangenorganisaties hebben – in alfabetische volgorde – deskundigen afgevaardigd die hebben meegewerkt aan de ontwikkeling van deze generieke module Psychotherapie:

Cliënten en familieorganisaties

- MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid

Brancheorganisatie:

- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP)

Beroepsorganisaties:

- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

- Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen (NVGzP)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Overige betrokken organisaties

- Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica en Groepspsychotherapie (NVGP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse (NVPA)
- Nederlandse vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie (NVPP)
- Nederlandse Vereniging voor Relatie en Gezinstherapie (NVRG)
- Vereniging EMDR Nederland (VEN)
- Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT)
- Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie (VKJP)
- Vereniging Persoonsgerichte Experimentiële Psychotherapie (VPEP)

3.6 1.6 Leeswijzer

Vanwege de leesbaarheid wordt in dit document de term patiënt gehanteerd. Voor het woord patiënt kan ook cliënt, patiëntensysteem of familiesysteem worden gelezen. Met het woord patiënt bedoelen we alle leeftijdsgroepen: kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen.

In [Patiëntenperspectief en kwaliteitscriteria](#) staan kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief beschreven, waaraan psychotherapie moet voldoen. De criteria zijn gebaseerd op ervaringen en wensen van patiënten. Deze kwaliteitscriteria komen terug in de tekst bij de relevante tekstpassages in Zorg rondom psychotherapie en Organisatie van Zorg. Daarbij is de nummering van de kwaliteitscriteria uit Patiëntenperspectief en kwaliteitscriteria aangehouden.

In [Zorg rondom psychotherapie](#) is beschreven wat psychotherapie is, voor wie dit bedoeld is, welke varianten er zijn, hoe lang een behandeling kan duren en wat de risico's zijn. Verder zijn de verschillende fasen van een psychotherapeutisch behandelproces beschreven.

In [Organisatie van zorg](#) is de organisatie van psychotherapeutische zorg beschreven met aandacht voor noodzakelijke voorwaarden om kwaliteit te borgen.

Bij achtergronddocumenten is een [Begrippenlijst](#) opgenomen waarin de betekenis van veel gebruikte termen staat uitgelegd.

4. 2. Patiëntenperspectief en kwaliteitscriteria

Autorisatiedatum 28-02-2019 Beoordelingsdatum 28-02-2019

4.1 2.1 Algemeen

Mensen komen met psychische klachten en problemen bij de ggz omdat ze lijden onder hun klachten of beperkt worden in hun functioneren. Gezondheid is geen statisch concept van optimaal welbevinden zonder ziekten of gebreken maar een dynamisch vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.

Bron: Huber 2011

Deze omschrijving van gezondheid sluit onder andere aan bij psychotherapie, waarbij de persoonlijke ervaring van de patiënt in zijn individuele context centraal staat. Het gaat niet om de betekenis die anderen geven aan die ervaring, maar om het perspectief van de patiënt. Tijdens psychotherapie leert de patiënt zijn kwetsbaarheden herkennen, accepteren en te integreren met zijn weerbaarheden zodat de patiënt (weer) kan functioneren in zijn leefomgeving en kan deelnemen aan de samenleving.

Voor deze generieke module zijn patiëntervaringen met psychotherapie in kaart gebracht. Daarvoor zijn documenten en artikelen over het patiëntenperspectief en documenten over psychotherapie en de relatie met de behandelaar geraadpleegd [Referenties patiëntenperspectief, bijlage 5]. Aanvullend hierop is bij de verschillende patiëntenverenigingen die aangesloten zijn bij MIND geïnventariseerd wat hun standpunten over psychotherapie zijn. Vervolgens zijn deze standpunten gekoppeld aan de basisset kwaliteitscriteria ggz

Bron: LPGGz, 2015

en het visiestuk Focus op Gezondheid – Zorg voor Herstel.

Bron: LPGGz, 2016

Dit heeft geleid tot 16 kwaliteitscriteria.

4.2 2.2 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

Het is belangrijk te beseffen dat er een verschil kan bestaan in het kwaliteitsoordeel van de patiënt en de professional. Indien de patiënt iets anders verwacht dan de professional beoogt, kunnen de kwaliteitsoordelen van patiënt en professional uiteenlopen. Daarom is het essentieel helderheid te krijgen over de verwachtingen van de patiënt en de bedoelingen van de professional ten aanzien van de behandeling.

Gezamenlijke besluitvorming

Bij psychotherapie is gezamenlijke besluitvorming essentieel om te komen tot de best passende en meest succesvolle behandeling.

Bron: Crawford et al., 2016

Deze gezamenlijke besluitvorming

gezamenlijke besluitvorming: In December 2010 namen 58 mensen van 18 verschillende landen deel aan de Salzburg Global Seminar. Dit heeft geleid tot de Salzburger Statement on Shared Decision Making.

is in elke fase van het behandeltraject noodzakelijk. In de verschillende fasen staan de volgende vragen centraal:

- Diagnosestelling: Wat is het probleem van de patiënt en hoe is het gekomen?
- Indiciestelling: Wat wil de patiënt bereiken en wat pakken patiënt en behandelaar aan?
- Behandeling: Wat gaan patiënt en behandelaar doen en wat is het verwachte resultaat?
- Evaluatie: Wat is het oordeel van de patiënt en de behandelaar over de behandeling en hoe gaan patiënt en behandelaar verder?

Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming is de noemer voor een continu proces waarin patiënt en zorgverlener (eventueel met diens naaste familie) gezamenlijk beslissingen nemen in alle fasen van de zorg. De achterliggende gedachte is dat de patiënt zijn wensen en voorkeuren kenbaar moet (kunnen) maken, waarop de zorgverlener hem moet helpen om op basis hiervan de juiste keuzen te maken in diagnostiek en behandeling. Patiënten en zorgverleners zijn ieder expert op hun eigen gebieden: zorgverleners weten veel van de ziekte en de behandeling daarvan, patiënten hebben ervaringskennis over hun ziekte en over het eigen leven waarin een behandeling geïntegreerd zal moeten worden. Beide partijen brengen hun specifieke expertise in en beslissen vervolgens samen over het zorgtraject.

Bron: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2013

Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief is door MIND (analoog aan Donabedian)

Bron: Donabedian A., 1966

uitgewerkt in 4 kwaliteitsdomeinen: focus van zorg, vorm van zorg, inhoud van zorg en eisen aan zorg.

Bron: LPGGZ, 2016

Kwaliteitsdomein	Uitwerking
Focus van Zorg (uitkomst)	Herstel van Vitaliteit: patiënten ervaren een verbetering van hun levenslust en hun vermogen om dingen te doen.
	Kwaliteit van Leven: patiënten ervaren een verbetering van hun welbevinden op hun relevante levensgebieden.
Vorm van Zorg (proces: relaties)	Patiënt Centraal: het gaat om de persoonlijke ervaring van de patiënt en de regie over de zorg ligt bij de patiënt.
	Zorg in Triade: naasten worden met toestemming van de patiënt betrokken bij de zorg en worden geïnformeerd en ondersteund.
Inhoud van Zorg (proces: inhoud)	Adequate Behandeling: er is behandeling op maat en de behandeling is effectief, efficiënt, veilig, tijdig en toegankelijk.
	Integrale Zorg: er is integratie van behandeling en welzijn. Er is sprake van coördinatie en continuïteit.
Eisen aan Zorg (structuur)	Professionele Behandeling: er zijn bevoegde en bekwame professionals, deugdelijke faciliteiten, en adequate richtlijnen.
	Transparante Behandeling: er is inzicht in het behandelaanbod, de kosten van behandeling en de kwaliteit van de behandeling.

Deze 4 kwaliteitsdomeinen zijn op basis van ervaringen van patiëntenverenigingen met psychotherapie geconcretiseerd in 16 kwaliteitscriteria voor psychotherapie.

Kwaliteitsdomein	Kwaliteitscriterium	Toelichting
Focus van zorg	1 Gezamenlijke besluitvorming	De patiënt en behandelaar maken samen de beslismomenten en evaluatiemomenten in de behandeltraject expliciet, waarna op basis van gezamenlijke besluitvorming beslissingen worden genomen over het behandelaanpak. Dat geldt ook voor de diagnostiekfase en welke instrumenten daarvoor ingezet worden.
	2 Passend behandelplan	Iedere patiënt heeft een passend behandelplan. Het behandelplan is gericht op (herstel van) functioneren op verschillende levensgebieden/rollen en op het bevorderen van kwaliteit van leven en zelfmanagement.
	3 Evalueren	De patiënt en behandelaar evalueren periodiek de voortgang van de behandeling, de behandelaanpak, de behandelrelatie, de behandelresultaten en de behandeldoelen. Afspraken hierover worden vastgelegd in het behandelplan. Zo nodig wordt het behandelplan op basis van de evaluatie aangepast.
Vorm van zorg	4 Goede behandelrelatie	Bij psychotherapeutische behandelingen is de relatie tussen patiënt en de behandelaar belangrijk. De patiënt en behandelaar evalueren de kwaliteit van de behandelrelatie standaard met enige regelmaat en patiënt en behandelaar treffen maatregelen om deze te optimaliseren. De patiënt ervaart dat hij de kwaliteit van de behandelrelatie aan de orde kan stellen.
	5 Ervaring van de patiënt centraal	In de diagnostiekfase en behandeling staan de persoonlijke ervaring en de hulpvraag van de patiënt centraal.
	6 Aandacht voor de context van de patiënt	De behandelaar besteedt aandacht aan het relatiesysteem van de patiënt, in het bijzonder wanneer er kinderen in het spel zijn. Patiënt en behandelaar wegen expliciet af of het raadzaam is naasten te betrekken bij de diagnostiek en behandeling van de patiënt, of het wenselijk is gezinstherapie in te zetten en/of ondersteuning te bieden aan het gezinssysteem.
Inhoud van zorg	7 Goede toegang	Er is – met in acht neming van de wettelijk vastgestelde maximale wachttijden – gelijke toegang tot psychotherapeutische behandelingen, ongeacht de leeftijd en ongeacht de regio waarin iemand woonachtig is.
	8 Passende behandeling	Het professionele oordeel en de hulpvraag van de patiënt bepalen wat een passende behandeling is. Het behandeldoel kan per patiënt, levensfase en situatie verschillen. Het kan voorkomen dat patiënt en behandelaar bewust kiezen voor afwachten, een 'lichte variant' of 'symptoombestrijding'. Of dat zij juist kiezen voor een ingrijpend intensief behandeltraject dat structurele verandering beoogt. Ook kan het behandeldoel verschuiven gedurende het behandeltraject. Op basis van gezamenlijke besluitvorming wordt de behandeling geïntensiveerd als dat nodig is en afgeschaald als dat geëigend is.
	9 Afstemming met aanpalende disciplines	In het behandelplan wordt opgenomen wie de regiebehandelaar is en hoe en waarover afstemming met in- of externe aanpalende disciplines plaatsvindt. Op verzoek van de patiënt toont de behandelaar zich bereid om – binnen de grenzen van de wet- en regelgeving- de situatie van de patiënt te verhelderen.

5. 3. Zorg rondom psychotherapie

Autorisatiedatum 28-02-2019 Beoordelingsdatum 28-02-2019

5.1 3.1 Inleiding

In deze generieke module beschrijven we het brede spectrum van psychotherapie en psychotherapeutische behandelingen. Daarmee includeren we zowel behandelingen voor relatief eenvoudige tot uiterst complexe psychische problemen, kortdurende behandelingen en langdurende behandelingen, individueel en groepsgericht, ambulante en (dag)klinisch, en behandelingen die op zichzelf staan als behandelingen die onderdeel uitmaken van een geïntegreerde multidisciplinaire behandeling.

5.2 3.2 Wat is psychotherapie?

Psychotherapie is gericht op het psychisch functioneren en beoogt psychische problemen op te heffen of te verminderen en/of een gestagneerde leeftijd adequate ontwikkeling weer op gang te brengen.

Het doel van psychotherapie is factoren aan te pakken die de psychische problemen veroorzaken en/of in stand houden dan wel die kwetsbaar maken bij stressvolle omstandigheden. Psychotherapie is gericht op curatie.

curatie. : Onder curatie wordt verstaan behandeling gericht op herstel met als doel te genezen. Bij psychische stoornissen wordt onder curatie ook het leren omgaan met beperkingen als gevolg van de stoornis verstaan, waarbij de behandeling in de tijd is afgebakend. Patiënten doen een beroep op curatieve behandelingen om te genezen van een ziekte, ter bestrijding van symptomen of om een beperkingen als gevolg van de stoornis dragelijker te maken. Curatieve zorg is belangrijk omdat het mensen in staat stelt hun autonomie te behouden of terug te krijgen.

Definitie psychotherapie: Psychotherapy is the informed and intentional application of clinical methods and interpersonal stances derived from established psychological principles for the purpose of assisting people to modify their behaviors, cognitions, emotions, and/or other personal characteristics in directions that the participants deem desirable.

Psychotherapy is the informed and intentional application of clinical methods and interpersonal stances derived from established psychological principles for the purpose of assisting people to modify their behaviors, cognitions, emotions, and/or other personal characteristics in directions that the participants deem desirable. :

Aldus: APA, 2012

[Meer informatie](#)

In het Leerboek Psychotherapie

Bron: Leerboek Psychotherapie, 2009 (p. 18)

is dat als volgt vertaald: “psychotherapie is het op deskundige wijze doelbewust toepassen van klinische methodes en attitudes die gebaseerd zijn op algemeen aanvaarde psychologische principes met als doel mensen bij te staan in het veranderen van hun gedrag, cognities, emoties en/of persoonskenmerken in de richting die door de betrokkenen wenselijk wordt geacht”.

In deze definitie van de American Psychological Association moeten alle participanten, dus patiënt(en) én behandelaars, instemmen met de richting van de beoogde verandering. Deze definitie wordt door de werkgroep beschouwd als de beste voorhanden.

Bij psychotherapie worden verbale en/of non-verbale methoden ingezet waardoor de patiënt zicht krijgt op de oorzaak en de in stand houdende factoren van zijn psychische problemen en/of patiënt ervaringen opdoet die helpen om anders te denken, te voelen en zich te gedragen.

Psychotherapie is gebaseerd op evidentie en praktijk gebaseerde behandelmethoden en maakt gebruik van wetenschappelijke kennis over (psycho-)pathologie, diagnostiek en behandeling.

Verschillende verklaringsmodellen

In elke psychotherapeutische behandeling wordt een verklaringsmodel aangeboden om de problemen begrijpelijk te maken. Voor patiënten kan inzicht in het verklaringsmodel relevant zijn om tot een keuze te kunnen komen.

"Beknopte beschrijving van verklaringsmodellen"

- Cognitieve gedragstherapie

(Cognitieve) gedragstherapie gaat ervan uit dat klachten en problemen in belangrijke mate kunnen worden verklaard uit en in stand worden gehouden door oude en nieuwe al dan niet bewuste leerervaringen. De invloed van die leerervaringen komt onder andere tot uitdrukking in de wijze waarop men denkt, voelt en doet. In de therapie ligt de nadruk op het beïnvloeden van het geleerde voor zover dit een rol speelt in het ontstaan en voortbestaan van de klachten en problemen. Door het formuleren van heldere doelen kan de therapie voortdurend worden geëvalueerd en waar nodig

worden bijgesteld. In de therapie wordt zowel binnen als tussen de sessies gebruikt gemaakt van opdrachten en gerichte oefeningen.

- Psychoanalytische psychotherapie

In de psychoanalytische psychotherapie – ook wel psychodynamische psychotherapie genoemd – staat het onbewuste, de innerlijke belevingswereld, centraal, het deel van het psychische leven dat niet direct kenbaar is voor het bewustzijn. Daarbij spelen de ervaringen die in de (vroeg) kindertijd worden opgedaan of ervaringen die in de kindertijd zijn gemist een belangrijke rol omdat ze bepalend worden geacht voor het huidige psychisch functioneren. Vroeg aangeleerde patronen in het omgaan met emoties en onbewuste gevoels- en gewetensconflicten kunnen leiden tot psychisch lijden. In de relatie tussen patiënt en behandelaar worden deze onbewuste patronen en conflicten zichtbaar (overdracht) en bespreekbaar en kunnen daardoor beter hanteerbaar gemaakt worden. De psychoanalytische psychotherapie kent verscheidene vormen variërend van steunend tot inzichtgevend, van kort tot lang durend.

- Persoonsgerichte experiëntiële psychotherapie

In de persoonsgerichte experiëntiële psychotherapie staat de belevingswereld, de zelfopvatting en het relationeel functioneren van de patiënt centraal. Verandering komt tot stand door emotionele verdieping. In deze behandeling speelt de zeggingskracht van het lichaam een belangrijke rol. Door te focussen op en stil te staan bij innerlijke gewaarwordingen exploreert de patiënt de eigen binnenwereld. De buitenwereld, in het bijzonder de relaties met anderen, wordt onderzocht in de ontmoeting met de behandelaar. De behandelaar wordt primair als procesdeskundige gezien, die de patiënt in het emotioneel verdiepingsproces terzijde staat en indien nodig kan aansturen, met inzet van experiëntiële interventies.

- Systeemtherapie

Systeemtherapeuten gaan ervan uit dat psychische klachten nooit op zichzelf staan maar dat er altijd invloed is van en naar de sociale omgeving. Systeemtherapeuten bekijken en bewerken psychische problemen daarom in hun relationele, sociale en culturele context, het systeem waarvan mensen deel uit maken. In de therapie kunnen patiënten zich bewust worden van mogelijke betekenissen van hun klachten in relaties, van onderlinge reacties op elkaar en begrijpen welke invloed zij op anderen hebben en omgekeerd. Individuele problemen kunnen een aanleiding voor systeemtherapie zijn, net zoals problemen in (delen van) het sociale systeem, bijvoorbeeld de partnerrelatie of het gezin in zijn geheel. Systeemtherapeuten betrekken belangrijke anderen direct of indirect bij de therapie. De behandelaar gaat een behandelrelatie aan met alle betrokkenen. Dat vergt veel oog voor de diversiteit aan werkelijkheden, perspectieven en posities in een systeem.

- Groepspsychotherapie

Bij groepspsychotherapie worden psychische klachten gezien als uitdrukking van interpersoonlijke problemen, die zijn ontstaan door onvolkomen emotionele afstemming tussen ouders en kind en door negatieve ervaringen in andere sociale verbanden. Een therapiegroep functioneert als een 'sociale microkosmos' waarin de maladaptieve patronen van gedrag, denken en voelen van de patiënt in de hier-en-nu interactie met andere groepsleden snel zichtbaar en voelbaar worden. De behandelaars zorgen ervoor dat de groep veilig is en bevorderen reflecties op de onderlinge interacties en

opgeroepen emoties. Hierdoor leert de patiënt zijn disfunctionele patronen herkennen en kan hij meer bevredigende omgangsvormen met zichzelf en met anderen ontwikkelen.

De behandelrelatie

In de ggz wordt veel waarde gehecht aan de kwaliteit van de behandelrelatie, zowel door de patiënt als door de behandelaar. Een goede behandelrelatie kenmerkt zich door compassie, empathie, acceptatie en authenticiteit (echtheid) van de behandelaar. Vanuit de patiënt is erkenning van de behandelaar als expert en veiligheid biedend persoon van belang. Een goede behandelrelatie kenmerkt zich daarnaast door overeenstemming over de wederzijdse taken en verantwoordelijkheden, en over de doelen en methoden van behandeling. Dit kan als zodanig een helende ervaring zijn voor patiënten. Een veilig en betrouwbaar ervaren behandelrelatie biedt de patiënt een context waarbinnen deze moeilijke en pijnlijke aspecten van zichzelf en zijn leven durft te exploreren en deze van nieuwe betekenissen kan voorzien.

De therapeutische relatie

Bij behandeling van complexe psychische problemen wordt bij sommige vormen van psychotherapie veel waarde gehecht aan de dynamiek tussen patiënt en behandelaar – en in geval van groepspsychotherapie de dynamiek in de groep. Kenmerkend voor die vormen van psychotherapie is dat in de dynamiek tussen patiënt en behandelaar (en in de groep) relatiepatronen van de patiënt - en de daarbij behorende impliciete en expliciete betekenissen uit eerdere levensfasen - zichtbaar kunnen worden of zich opnieuw kunnen voordoen en daarmee voor systematische bewerking toegankelijk zijn. In dat geval wordt de behandelrelatie therapeutisch ingezet.

De therapeutische relatie - met de ontwikkelingen daarin en de thema's die daarin zichtbaar worden - is een belangrijk instrument bij deze vormen van psychotherapie. De wijze waarop de behandelaar de behandelrelatie therapeutisch inzet, is afhankelijk van het verklaringsmodel dat de behandelaar hanteert en het soort interventies dat de behandelaar inzet.

Er kunnen problemen of 'breuken' in de therapeutische relatie ontstaan. Het is van belang dat deze problemen of breuken hersteld worden. Daarnaast leveren deze problemen of breuken in de therapeutische relatie mogelijk materiaal op om kenmerkende relatiepatronen van de patiënt zichtbaar te maken en te bewerken.

De behandelaar moet in staat zijn op zorgvuldige wijze een therapeutische relatie op te bouwen en deze relatie te onderhouden én deze relatie ook op een methodische wijze weten te vestigen, te structureren en te hanteren.

Bij groepspsychotherapie is de therapeutische relatie breder gedefinieerd dan bij individuele therapie. Een groepspsychotherapeut moet in staat zijn een goede samenwerking tussen hem en de groep tot stand te brengen, evenals een goede samenwerkingsrelatie tussen de groepsleden onderling. Het op methodische wijze vestigen en bevorderen van groepscohesie is daarbij essentieel.

Zelfreflectie

Het is van belang dat de behandelaar regelmatig reflecteert op zijn eigen handelen, speciaal bij conflicten of andere problemen in de relatie met de patiënt. Daartoe bespreekt de behandelaar regelmatig met vakgenoten zijn eigen functioneren en reflecteert op zijn eigen aandeel in problemen

in de behandelrelatie.

Het kán tijd kosten om een goede therapeutische relatie op te bouwen. Daarom, maar ook omdat de behandelaar de patiënt goed moet leren kennen, is het belangrijk dat er bij de start van een behandeling bij zowel patiënt als behandelaar de intentie is om indien nodig voor langere tijd een relatie aan te gaan.

Wanneer er geen goede behandelrelatie ontstaat tussen patiënt en behandelaar of wanneer breuken in de therapeutische relatie niet hersteld kunnen worden, dan is het aangewezen om verder te gaan met een andere behandelaar. Om daar zicht op te houden evalueren patiënt en behandelaar periodiek de kwaliteit van de relatie en treffen zij maatregelen om die te optimaliseren.

"Kwaliteitscriterium 4 Goede behandelrelatie: Bij psychotherapeutische behandelingen is de relatie tussen patiënt en de behandelaar belangrijk. De patiënt en behandelaar evalueren de kwaliteit van de behandelrelatie standaard met enige regelmaat en patiënt en behandelaar treffen maatregelen om deze te optimaliseren. De patiënt ervaart dat hij de kwaliteit van de behandelrelatie aan de orde kan stellen."

5.2.1 Voor wie is psychotherapie bedoeld?

Psychotherapie is geschikt voor alle leeftijdsgroepen en effectief voor de meeste aanhoudende psychische problemen.

Bron: APA, 2012

De psychische problemen moeten gepaard gaan met significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of op andere belangrijke levensgebieden.

Traditionele exclusiecriteria – zoals laag intelligentieniveau, gebrek aan psychologisch inzicht en specifieke psychische problemen zoals psychotische stoornissen, borderline persoonlijkheidsstoornis,

borderline persoonlijkheidsstoornis,: Voor borderline persoonlijkheidsstoornis zijn de laatste decennia verschillende effectieve evidence based psychotherapeutische behandelingen ontwikkeld, zie ook zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen
[Meer informatie](#)

bipolaire stoornis, eetstoornissen en verslaving – zijn geen reden om psychotherapie af te raden.

Bron: APA, 2012

Wanneer er cognitieve beperkingen zijn, is het zaak te zoeken naar een psychotherapie vorm die wel toegepast kan worden. Wanneer er risico bestaat op psychische decompensatie is het zaak dat patiënt en behandelaar goede afspraken maken, veiligheidsmaatregelen organiseren en zo gezamenlijk een afgewogen risico nemen.

Psychotherapie is niet geïndiceerd wanneer:

Bron: Colijn et al, 2009; Lambert, 2013

- de patiënt - ook na psycho-educatie en motiverende gespreksvoering - een behandeling met psychotherapie weigert
- er sprake is van ernstige sociaal maatschappelijke instabiliteit die een succesvolle uitvoering van de psychotherapeutische behandeling in de weg staat
- er sprake is van ernstige cognitieve beperkingen die toepassing van specifieke psychotherapeutische behandeling in de weg staan, zelfs wanneer de behandeling is aangepast aan cognitieve beperkingen.

5.2.2 Welke psychotherapeutische behandelingen zijn er?

Er zijn verschillende psychotherapeutische behandelingen variërend van kortdurend tot langdurend, van individueel tot groepsgericht, van ambulante tot (dag)klinisch en al dan niet ingebed in een multidisciplinair team of in een netwerk van vrijgevestigden. Binnen de behandeling zijn verschillende aangrijpingspunten en verschillende aanbiedingsvormen mogelijk.

De aard, ernst en het beloop van de psychische problemen, de voorlopige verklaring van de problemen en de behandeldoelen van de patiënt zijn leidend voor welk aangrijpingspunt of aangrijpingspunten en welke aanbiedingsvorm gekozen wordt.

De kans op een succesvolle behandeling neemt toe wanneer de patiënt goed geïnformeerd is over de behandeling die zij ontvangen.

Bron: Crawford, 2016

"Vijf aangrijpingspunten voor de behandeling"

Bij psychotherapie zijn verschillende aangrijpingspunten mogelijk om de psychische problemen aan te pakken. De meest gebruikelijke aangrijpingspunten

meest gebruikelijke aangrijpingspunten: In de werkgroep is verschillende keren gesproken over de meest voorkomende aangrijpingspunten in een behandeling. Over de vijf aangrijpingspunten die hier worden bespreken was de meeste overeenstemming in de werkgroep. Er zijn ook andere aangrijpingspunten denkbaar, zoals innerlijke structuur, verlangens/intentie en trauma. Deze zijn echter niet nader beschreven, omdat hierover geen overeenstemming was in de werkgroep.

zijn: denkpatronen, gedrag, emoties, interpersoonlijke relaties en/of het systeem. Hiermee wordt niet het verklaringsmodel bedoeld voor de onderliggende factoren die de problemen veroorzaken of in stand houden.

Het accent van de behandeling kan op één of meerdere aangrijpingspunten tegelijkertijd liggen. Daardoor kan het accent van de behandeling per patiënt verschillen.

- Denkpatronen

In de behandeling ligt de focus op het veranderen van denkpatronen voor zover die problemen veroorzaken dan wel in stand houden. Hoe iemand tegen een situatie aankijkt, is van invloed op het gevoel van die persoon in die situatie en hoe hij zich gedraagt. Niet zozeer de gebeurtenissen zelf bezorgen mensen negatieve gevoelens, maar de 'gekleurde bril' waarmee zij de dingen zien. Door disfunctionele overtuigingen om te buigen en te leren om gebeurtenissen anders te interpreteren komt er een heldere en meer reële waarneming van situaties. Daardoor kunnen buitensporige negatieve gevoelens verdwijnen en ontstaat er meer ruimte om disfunctioneel gedrag te veranderen.

- Gedrag

In de behandeling ligt de focus op het veranderen van het gedrag van de patiënt. Hoe iemand zich gedraagt bepaalt mede hoe iemand zich voelt en hoe hij denkt. De patiënt en behandelaar brengen eerst het problematische gedrag en de omstandigheden waarin die voorkomen in kaart. Vervolgens gaan patiënt en behandelaar op zoek naar beter passende gedragspatronen om te reageren op die omstandigheden.

- Emoties

In de behandeling ligt de focus op emoties. De behandeling kan gericht zijn op het accepteren en beter leren hanteren van emoties, bijvoorbeeld door vaardigheden te leren om beter met emoties om te gaan. De behandeling kan gericht zijn op het beter leren ervaren en bewust worden van emoties. En de behandeling kan ook gericht zijn op het verwerken van emoties. Tenslotte kan het aangrijpingspunt liggen op de emotionele betekenis die ervaringen uit het heden of het verleden voor patiënt hebben, waarbij door emotie-gerichte methoden veranderingen in de emotionele betekenis van die ervaringen teweeggebracht kunnen worden.

- Interpersoonlijke relaties

In de behandeling ligt de focus op hoe de patiënt met anderen omgaat. Veilige, voorspelbare relaties waarin grenzen worden aangegeven en er zorg en aandacht voor elkaar is, zijn van wezenlijk belang

voor een gezonde ontwikkeling. Als die omgeving er niet is (geweest) of verstoord is door (vroegkinderlijke) trauma's, wordt contact bijvoorbeeld vermeden of wordt daar strijd in geleverd. Samen met de behandelaar kan bekeken worden hoe traumatische situaties en relaties uit het verleden doorspelen in het heden en hoe daar verandering in aan te brengen is. De relatie met de behandelaar - of met groepsgenoten - dient ook als basis om ook in de buitenwereld veranderingen aan te brengen, maar kan ook zelf onderwerp zijn van de therapie, omdat zich in de relatie met de behandelaar – of bij groepspsychotherapie met groepsgenoten - dezelfde interpersoonlijke verschijnselen kunnen voordoen die voor de patiënt ook buiten de therapie relevant zijn.

- Systeem

In de behandeling ligt de focus op de invloed van de directe sociale omgeving op de psychische problemen van de patiënt. De behandelaar gaat ervan uit dat de problemen die de patiënt ervaart te maken hebben met de situatie waarin iemand leeft en beïnvloed worden door de mensen waarmee iemand samenleeft en andersom. Deze focus zorgt voor meer begrip tussen de patiënt en zijn naasten zoals partner, broer, zus, burens, vrienden, collega's en behandelaars.

"Verschillende aanbiedingsvormen"

Er zijn verschillende aanbiedingsvormen. Iedere aanbiedingsvorm vraagt specifieke kennis en vaardigheden van behandelaars. Voor patiënten is inzicht in de verschillende aanbiedingsvormen relevante informatie om tot een keuze te kunnen komen.

- Individueel: de behandeling vindt plaats in een één op één contact van een patiënt en een behandelaar, soms in het bijzijn van een derde, bijvoorbeeld de partner of ouder.
- Echtpaar/relatietherapie: de behandeling richt zich op beide partners die samen een behandeling volgen.
- Gezinstherapie: de behandeling richt zich op het hele gezin dat gezamenlijk een behandeling volgt.
- Groepspsychotherapie: de behandeling vindt plaats in een groep. De behandeling richt zich zowel op de individuen in de groep als op de onderlinge interactie tussen de groepsleden. Groepspsychotherapie wordt toegepast bij individuele patiënten en bij partners of gezinnen die gezamenlijk groepspsychotherapie volgen. De therapeutische methode en de aard van de doelgroep bepalen waar het accent in de behandeling ligt en welke werkwijze wordt gehanteerd.
- Ambulant: de behandeling wordt gegeven in een of meerdere sessies per week.
- Deeltijd: psychotherapie maakt deel uit van een groepsgericht programma dat verzorgd wordt door een multidisciplinair team. De behandeling bestaat uit meerdere dagdelen per week. Psychotherapie wordt ondersteund door vaktherapieën (), en/of specifieke trainingen (bijv. in sociale vaardigheden) en/of sociotherapie en/of farmacotherapie en/of individuele behandeling en/of echtpaarrelatietherapie respectievelijk gezinstherapie.
- Klinisch: psychotherapie maakt deel uit van een groepsgericht programma dat verzorgd wordt door een multidisciplinair team. De behandeling bestaat uit 5-7 dagen per week en de patiënt verblijft daarom in de kliniek. Psychotherapie wordt ondersteund door vaktherapieën (beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie, speltherapie en psychomotorische (kinder)therapie) en/of specifieke trainingen (bijv. in sociale vaardigheden), en/of sociotherapie en/of farmacotherapie. en/of individuele behandeling en/of echtpaarrelatietherapie c.q. gezinstherapie. Ook het woonklimaat kan onderdeel van de behandeling uitmaken.
- Digitaal: de behandeling vindt digitaal plaats, de patiënt kan dit vanuit een willekeurige locatie doen.

Er zijn verschillende varianten. Het kan op een vast tijdstip plaatsvinden, of op een eigen gekozen tijdstip. Het kan zelfstandig worden uitgevoerd met standaard feedback of begeleid worden door een behandelaar die op maat reageert op de vorderingen van de patiënt. Het kan in real time plaatsvinden of met een time lapse. Het kan bestaan uit een app waarin de patiënt zelf bepaalde aspecten kan monitoren, maar het kan ook bestaan uit een individuele of groepstherapie. Digitale behandeling kan op zichzelf staan of onderdeel uitmaken van een behandeltraject. In de generieke module eHealth staat dit beschreven.

"Psychotherapie voor kinderen en jeugdigen en voor ouderen"

Psychotherapie kan in alle leeftijdsfasen effectief zijn. Voor bepaalde leeftijdsgroepen zijn specifieke psychotherapeutische behandelingen ontwikkeld.

- Kinderen en Jeugdigen

Wanneer de ontwikkeling van het kind of jongere (van 0 tot 23 jaar) verstoord dreigt te raken of stagneert kan psychotherapie een goede optie zijn. Bij deze leeftijdsgroep kan de verstoring veroorzaakt worden door kwetsbaarheden in het kind zelf en/of door omstandigheden die buiten het kind liggen. Gezien de grote afhankelijkheid van en wisselwerking met de omgeving is het belangrijk omgevingsfactoren mee te nemen in diagnostiek en behandeling bij deze leeftijdsgroep.

Het doel van psychotherapie bij kinderen en jeugdigen is het verhelpen van klachten en daarmee de ontwikkeling van het kind of de jongere bij te sturen of weer op gang te brengen. Gezien de belangrijke rol van ouders is daarnaast een bijkomend doel dat zowel het kind als de ouders/verzorgers meer inzicht krijgen in het functioneren van het kind en meer vaardigheden krijgen om daar op een goede manier mee om te gaan.

De meest gangbare psychotherapie bij kinderen en jeugdigen wordt individueel aangeboden, in combinatie met een vorm van ouderbegeleiding/mediatietherapie (hierbij wordt alleen met ouders/opvoeders gewerkt om via hen het kind te behandelen). Bij heel jonge kinderen (0 tot 3,5 jaar) wordt vaak een ouder-kindbehandeling ingezet waarbij de interactie tussen ouder(s) en kind centraal staat omdat deze op jonge leeftijd van grote invloed is op de ontwikkeling van het kind. Kinderen tot 12 jaar worden vaak behandeld in een spelkamer. Hier kan het kind allerlei spelmaterialen gebruiken in de uiting en verwerking van zijn of haar problemen. Omdat met name in de jeugd leeftijdsgenoten een grote invloed hebben op de vorming van het zelfbeeld wordt vaak groepstherapie ingezet. Wanneer problemen van jongeren en de wijze waarop het gezin functioneert elkaar wederzijds beïnvloeden wordt gezinstherapie ingezet. Vanwege de multipiele problemen op verschillende levensgebieden, wordt bij de behandeling van adolescenten vaak een multidisciplinair behandeladvies gegeven waarbij de behandeling zich richt op zowel de persoonlijkheidsontwikkeling, als het systeem en de leefwereld (bijv. onderwijs).

Bij jongeren beneden de 12 jaar geven de ouders/voogd toestemming voor uitvoering van een behandeling. Bij jongeren in de leeftijd van 12 tot 16 jaar verlenen zowel ouders/voogd als de jongere toestemming voor de behandeling. Vanaf 16 jaar verleent de patiënt hiervoor zelf toestemming.

- Ouderen

Uit onderzoek blijkt dat psychotherapie bij ouderen bijdraagt aan de kwaliteit van leven.

Psychotherapie bij deze doelgroep verschilt over het algemeen niet wezenlijk van volwassenen behalve dan dat er relatief meer aandacht is voor existentiële thema's. Zoals verlies van partner of andere belangrijke personen, verlies van een duidelijke rol in het dagelijks leven, verlies van werk waaraan een belangrijk deel van de eigen identiteit ontleend werd, verlies van lichamelijke kracht en gezondheid. Ook angst voor de nabije toekomst staat vaak centraal, zoals angst voor toenemende afhankelijkheid of eenzaamheid, angst om dement te worden of angst voor de dood. Verder moet de behandelaar zowel tijdens de diagnostiekfase als tijdens de behandeling alert zijn op somatische ziekten die klachten (mede) veroorzaken, klachten onderhouden of die ontstaan tijdens een (langer durende) behandeling.

Er zijn specifieke psycho-educatieve cursussen en specifieke psychotherapeutische methoden voor ouderen ontwikkeld, zoals reminiscentie en life review. Bij reminiscentie staat het op een gestructureerde manier praten en denken over positieve ervaringen uit het verleden op de voorgrond, waardoor de patiënt een positiever beeld krijgt van zichzelf en de positieve kanten van zijn leven 'herontdekt'. Life review is directiever en intensiever waarbij ook negatieve ervaringen, mislukkingen, tegenslagen of onopgeloste problemen naar boven worden gehaald. Uitgangspunt is dat praten en denken over vroeger tot verwerking kan leiden en helpt om de balans op te maken en daarmee te komen tot aanvaarding en integratie van positieve en negatieve ervaringen in het leven, waardoor de kans op depressie en andere psychische problemen kleiner wordt.

5.2.3 Hoe lang duurt een behandeling met psychotherapie?

Om gezamenlijk te besluiten over de best passende behandeling, is het van belang dat de patiënt inzicht heeft in de aard en intensiteit van de behandeling.

Een behandeling kan afhankelijk van de aard van de klachten en de behandeldoelen van de patiënt een aantal sessies duren of een jaar tot meerdere jaren in beslag nemen.

De intensiteit van de behandeling wordt onder meer bepaald door het aantal zittingen per week en de totale behandelduur. De behandeling kan kortdurend zijn (tot 3 maanden), middellang (3 tot 18 maanden) of langdurend (langer dan 18 maanden) en een of meerdere zittingen per week beslaan. De behandeling kan ook in deeltijd of klinisch plaatsvinden. Gedurende de behandeling kan de dosering veranderen.

Voor veel psychische problemen zijn verschillende vormen van psychotherapie effectief bevonden in bepaalde doseringen: frequentie van de sessies, duur van de sessie en lengte van de behandeling. Om ervoor te zorgen dat de behandeling ook effectief is, is het belangrijk dat de behandeling modelgetrouw wordt uitgevoerd, in de juiste intensiteit zoals die beschreven is in de specifieke zorgstandaarden.

Afronden van de behandeling

Hoe en wanneer een behandeling mogelijk afgesloten wordt bespreekt de behandelaar al bij aanvang van de behandeling met de patiënt en legt dit vast in het behandelplan.

Sommige vormen van psychotherapie kennen een vaste behandelduur. De behandeling wordt gestopt wanneer het aangekondigde aantal sessies of het aantal weken zijn bereikt. Het is niet noodzakelijk dat alle behandeldoelen dan al helemaal bereikt zijn, omdat de therapie nog kan

doorwerken en de patiënt op eigen kracht de doelen kan behalen. Het is wel raadzaam dat patiënt en behandelaar na verloop van tijd een evaluatie te houden en afwegen of voldoende effecten zijn behaald of dat nog aanvullende behandeling nodig is.

Er zijn ook behandelingen die pas afgerond worden wanneer patiënt en behandelaar het erover eens zijn dat de behandeldoelen voldoende bereikt zijn. Het is niet altijd op voorhand aan te geven hoe lang de behandeling in beslag zal nemen omdat ze geen vaste behandelduur heeft. Het is wel noodzakelijk dat periodiek de effecten van de behandeling geëvalueerd worden.

Er zijn verschillende redenen om de behandeling af te ronden:

- na het bereiken van het vooraf aangegeven aantal sessies;
- nadat de behandeldoelen bereikt zijn;
- als blijkt dat de behandeling onvoldoende effect sorteert;
- als blijkt dat geen aanvullend effect meer wordt bereikt;
- als blijkt dat er geen goede behandelrelatie tot stand komt tussen patiënt en behandelaar. Het initiatief om de behandeling te beëindigen kan zowel van de patiënt komen als van de behandelaar;
- op initiatief van de behandelaar. In de beroepscode is vastgelegd onder welke voorwaarden de behandelaar eenzijdig de behandelrelatie mag beëindigen.

Tijdens een behandeling is sprake van een zekere afhankelijkheid van de behandelaar. Dit is inherent aan iedere vorm van behandeling. Idealiter neemt gaandeweg de behandeling de afhankelijkheid van patiënt af zodat de patiënt uiteindelijk zelfstandig verder kan. Een patiënt kan een sterke mate van afhankelijkheid blijven tonen

Een patiënt kan een sterke mate van afhankelijkheid blijven tonen: Het is bekend dat afhankelijkheid een groter probleem vormt bij mensen met een onveilige gehechtheidstijl, die vanuit angst de hechting hyperactiveren (Mikulincer, et al 2007)

en terugval laten zien wanneer de behandeling tot z'n einde komt. Het is van belang dat de behandelaar en patiënt dit met elkaar bespreken en zij samen toewerken naar afronding van de behandeling om te voorkomen dat de behandelduur wordt opgerekt zonder dat er nog aanvullend behandelresultaat wordt behaald.

De behandelaar legt na afronding van de behandeling in het patiëntendossier vast wat het resultaat van de behandeling is, hoe dit effect is vastgesteld en hoe de behandeling is afgerond. Bij afsluiting van de behandeling wordt de huisarts hiervan op de hoogte gesteld alsmede van de globale resultaten. Als de patiënt in behandeling is gekomen zonder verwijzing door de huisarts vraagt de behandelaar toestemming aan de patiënt voor terugkoppeling aan de huisarts. Over het algemeen rapporteert de behandelaar aan de huisarts niet over inhoudelijke aangelegenheden die tijdens de behandeling zijn besproken, tenzij behandelaar en patiënt het erover eens zijn dat dit relevant is voor de veiligheid van de patiënt of voor een vervolgbehandeling. Zie ook de generieke module [Landelijke GGZ samenwerkingsafspraken](#).

5.2.4 Wat zijn de effecten van psychotherapie?

Met psychotherapie worden veranderingsprocessen op gang gebracht. Deze veranderingsprocessen verlopen soms in golfbewegingen: vooruitgang wordt afgewisseld met momenten van stagnatie, terugval of vermijding.

Bron: Colijn et al, 2009

Psychotherapie heeft doorgaans een positief effect.

Bron: APA, 2012

In sommige gevallen wordt er geen effect behaald of een negatief effect.

Bron: Crawford, 2016

Het positieve effect kan tijdelijk of blijvend zijn. Ook kan een psychotherapeutische behandeling het risico op toekomstige problemen reduceren. Het effect kan in sommige gevallen vrij snel optreden en soms langzaam optreden of pas na verloop van tijd zich voordoen.

Het belangrijkste effect van psychotherapie is dat de patiënt zo mogelijk herstelt, of minder lijdt onder de klachten en/of problemen waarmee hij zich voor behandeling meldt en (weer) kan functioneren in zijn leefomgeving.

Voorbeelden van positieve effecten zijn dat de patiënt beter in staat is om:

- met emoties om te gaan door die te benoemen, te verdragen en te hanteren en/of reguleren;
- zijn disfunctionele gedrag te herkennen en te reguleren;
- zijn disfunctionele gedachten te herkennen en bij te stellen;
- lichamelijke signalen van stress of andere emoties te interpreteren en te reguleren;
- de oorzaak van bepaald gedrag, gedachten of gevoelens te begrijpen;
- relaties aan te gaan en daarin veiligheid en intimiteit te ervaren;
- conflicten in relaties aan te gaan en op te lossen;
- zichzelf en zijn emoties en de ander en zijn emoties met gepaste afstand te kunnen zien en te begrijpen;
- zichzelf beter kan accepteren en waarderen;
- gestagneerde groei weer op gang komt (met name bij kinderen en jeugdigen);
- te zien hoe zijn klachten begrepen kunnen worden vanuit en binnen de sociale context waarin de patiënt is opgegroeid en nu leeft;

- betekenis te geven aan zijn verleden en betekenis te ervaren in zijn huidige leven.

Uitblijvend behandelresultaat

Het komt ook voor dat behandelresultaten uitblijven of dat er onvoldoende effect wordt geboekt. In dat geval moet de behandelaar consultatie inroepen bij collega's. Er kunnen verschillende dingen aan de hand zijn:

- Problemen in de behandelrelatie.
- Het kan zijn dat patiënt en behandelaar onvoldoende overeenstemming hebben over het doel en/of de methode van de behandeling. Om problemen in de behandelrelatie op te lossen, is het zaak dat behandelaar en patiënt de behandelrelatie periodiek evalueren en zo nodig maatregelen treffen. Wanneer zij niet tot een bevredigende oplossing kunnen komen, is een doorverwijzing naar een andere behandelaar aangewezen.
- Verkeerde werkhypothese. Om de juiste psychotherapeutische behandeling, het juiste aangrijpingspunt in de behandeling en de juiste dosering te kunnen bepalen, is het belangrijk goed zicht te hebben op de veroorzakende of onderhoudende factoren die leiden tot de problematiek. Soms komt de behandelaar erachter dat de werkhypothese niet klopt. Het kan gebeuren dat gaandeweg pas alle relevante informatie over veroorzakende en onderhoudende factoren boven tafel komt (bijvoorbeeld bij vroegkinderlijke trauma's) of dat in de tussentijd andere problematiek zich ontwikkeld heeft die de behandeling in de weg staat. Dit kan gebeuren doordat de patiënt pas gaandeweg meer inzicht geeft in zijn innerlijke wereld, doordat naasten onvoldoende betrokken zijn bij de diagnostiek en behandeling maar ook door een onzorgvuldige onderzoeksfase. Het komt ook voor dat er een somatische oorzaak is voor de psychische klachten die in eerste instantie niet herkend is. Wanneer deze situaties zich voordoen moet de werkhypothese aangepast worden en in overleg met de patiënt het behandelplan, zodat alsnog de best passende behandeling ingezet kan worden.
- Verkeerde behandeling. In de stoornis specifieke zorgstandaarden staat beschreven welke psychotherapeutische behandeling welke problematiek het meest effectief is. Het kan gebeuren dat de behandeling, het aangrijpingspunt van de behandeling en de aanbiedingsvorm onvoldoende aansluit bij de situatie of persoonlijkheid van de patiënt. Bij onvoldoende behandelresultaat moet de behandelaar zich afvragen of de best passende behandeling is toegepast. Waarbij expliciet moet worden afgewogen of het patiëntensysteem adequaat is betrokken en de juiste combinatie van behandelexpertise is ingezet- of de patiënt voldoende geïnformeerd was over de behandelopties en of sprake was van gezamenlijke besluitvorming. Wanneer de verkeerde behandeling is toegepast, moeten patiënt en behandelaar opnieuw afwegen wat de best passende behandeling is of dat de behandeling gestopt wordt.
- Verkeerde toepassing van interventies. Het kan voorkomen dat een behandelaar de interventies verkeerd toepast, zodat ze niet werkzaam zijn, of zelfs averechtse effecten hebben. Ook de patiënt kan interventies die hij als huiswerk uitvoert verkeerd toepassen. Het is van belang dat de behandelaar - samen met collega's - nagaat of de interventies goed zijn uitgevoerd en of de behandelaar voldoende bekwaam is om de interventies adequaat uit te voeren.
- Verkeerde dosering. Het tempo en intensiteit waarin gewerkt wordt aan de verschillende problemen van de patiënt kan het effect van de behandeling beïnvloeden. Wanneer de patiënt zich onvoldoende gesteund voelt door de behandelaar en er nog onvoldoende waarborgen zijn dat de patiënt buiten de therapie sessies zich staande houdt kan de toestand verergeren en ondraaglijk worden. Bij de

periodieke evaluaties zal dit zichtbaar worden en moet het behandelplan aangepast worden met een meer geschikte dosering.

Bij uitblijvend effect kan de patiënt en zijn behandelaar er voor kiezen een second opinion aan te vragen om de diagnose of het behandeladvies te laten toetsen.

"Kwaliteitscriterium 16 Second opinion : Voor de patiënt en zijn behandelaar bestaat er een mogelijkheid voor een second opinion om de diagnose en/of het behandeladvies te laten herbeoordelen. De patiënt is geïnformeerd waar hij daarvoor terecht kan."

Wanneer er onvoldoende resultaat wordt geboekt of wanneer er geen goede behandelrelatie (meer) is zijn er 4 opties :

- De therapie wordt door een andere behandelaar vervolgd. Dan vindt in overleg met de patiënt doorverwijzing en overdracht naar een collega plaats
- Er wordt opnieuw diagnostiek gedaan om te kijken of er sprake is van problematiek die aanvankelijk over het hoofd is gezien en een andere behandeling behoeft, en/of dat een andere al of niet psychotherapeutische behandeling mogelijk soelaas kan bieden
- De behandeling wordt stop gezet
- De patiënt en behandelaar spreken af dat de patiënt het een tijd op eigen kracht probeert, waarna in een latere evaluatie met patiënt wordt bekeken of de behandeling kan worden afgesloten, een vervolg behoeft, of dat andere hulp (of aanvullende diagnostiek) geïndiceerd is.

5.2.5 Wat zijn de bijwerkingen van psychotherapie

Psychotherapie kan bijwerkingen

bijwerkingen: De term bijwerkingen heeft in de commentaarfase veel reactie opgeleverd. De werkgroep heeft voor deze term gekozen om duidelijk te maken dat psychotherapeutische behandelingen – net als veel andere, bijvoorbeeld medicamenteuze behandelingen - niet altijd zonder vervelende bijwerkingen zijn. De werkgroep heeft de term 'ongewenste effecten' of 'risico' overwogen, maar niet elke bijwerking is een ongewenst effect of een risico. Sommige bijwerkingen zijn tijdelijk en gaan ook weer over. Door bijwerkingen expliciet te benoemen, kunnen patiënt en behandelaar maatregelen nemen om ze te voorkomen, draaglijker te maken of te verhelpen. Daarmee verklein je de kans dat een patiënt als gevolg van vervelende bijwerkingen besluit de behandeling te stoppen.

met zich meebrengen. Door bijwerkingen expliciet te benoemen, kunnen patiënt en behandelaar maatregelen nemen om ze te voorkomen, draaglijker te maken of te verhelpen. Daarmee verklein je de kans dat een patiënt als gevolg van vervelende bijwerkingen besluit de behandeling te stoppen.

De meest bekende bijwerking van psychotherapie is dat het de patiënt tijdelijk in disbalans kan brengen. Dit zal zich per patiënt anders uiten en kan de mate van lijden en het disfunctioneren van de patiënt (tijdelijk) doen toenemen. Het kan ook voorkomen dat psychische klachten verminderen, maar dat de patiënt meer gaat voelen – bijvoorbeeld verdriet of boosheid – wat de patiënt uit balans

brengt. Deze disbalans kan terug te zien zijn in de tussentijdse effectmetingen, klachten kunnen tijdelijk verergeren. Deze vormen van disbalans zijn meestal van tijdelijke aard.

Wanneer een patiënt onvoldoende geïnformeerd is over deze mogelijke fase van disbalans kan het voorkomen dat hij voortijdig met de behandeling stopt. Voor sommige patiënten is de disbalans moeilijk te verdragen. Sommige patiënten verliezen bij disbalans het vertrouwen in de behandelaar en/of behandeling. Wanneer een patiënt stopt in een fase van disbalans, kan het voorkomen dat hij er slechter uitkomt dan toen hij eraan begon. Daarnaast doet de patiënt een faalervaring op die mogelijk belemmerend werkt om opnieuw hulp te zoeken voor zijn problemen.

Een andere bijwerking is dat de patiënt ambivalent is over de behandeling en weerstand ervaart om te veranderen. De motivatie van de patiënt voor de behandeling fluctueert.

Verder is bekend dat een deel van de patiënten jaren na afronding van de behandeling negatieve effecten ervaart van psychotherapie.

Bron: Crawford, 2016

De behandelaar heeft verschillende mogelijkheden om de bijwerkingen te verzachten en drop-out te voorkomen, zoals goede voorlichting geven, beslissingen in het behandelproces samen met de patiënt te nemen, de patiënt emotioneel steunen en motiveren, actief contact zoeken wanneer de patiënt wegblijft, problemen in de therapeutische relatie bespreken en aanpassingen in het behandelplan maken. De patiënt kan bijdragen aan het draagbaarder maken van dergelijke moeilijke perioden door uitleg en emotionele steun te vragen aan de behandelaar, steun in het eigen systeem te zoeken, zich te realiseren dat de pijn of verwarring tijdelijk is, en tijdens de therapie niet teveel belastende andere zaken op zich te nemen.

Wanneer het risico op psychische decompensatie groot is, kunnen de patiënt en behandelaar ervoor kiezen een crisisplan op te stellen waarin wordt vastgelegd hoe te handelen wanneer de situatie ernstig verslechtert en ondraaglijk wordt.

"Kwaliteitscriterium 15 Informatie over resultaten en bijwerkingen: Bij de start van een psychotherapie informeert de behandelaar de patiënt over de te verwachte resultaten en over mogelijke bijwerkingen. Ook informeert de behandelaar de patiënt hoe te handelen op het moment dat de bijwerkingen zich voordoen."

In de praktijk kan het soms moeilijk zijn te bepalen of een verslechtering ook opgetreden zou zijn zonder behandeling of dat de verslechtering toe te schrijven is aan de behandeling.

5.3 3.3 Psychische klachten

Bijna twee derde van de mensen met psychische klachten (van enigerlei aard) zoekt pas na meer dan een jaar na het ontstaan ervan voor het eerst hulp.

Bron: Veerbeek, 2012

Kenmerkend voor hulpzoekende patiënten is niet zozeer dat ze klachten hebben (die bestaan bijna altijd al veel langer), maar dat ze door de klachten en de bijbehorende belemmeringen (zoals isolatie, verlies van dagelijkse activiteiten) steeds meer ontregeld raken. Pas wanneer ontregeling optreedt gaan mensen of naasten (zoals ouders van kinderen en jeugdigen) om hulp vragen.

Bron: Colijn et al, 2009 (p. 161)

De eerste onderkenning van psychische klachten, symptomen of problemen vindt vaak plaats bij de huisarts of medisch specialist. Bij kinderen en jeugdigen vindt de signalering van psychische klachten, symptomen of problemen met name in de directe omgeving van het kind plaats (zoals thuis en op school). Bij patiënten met persisterende psychische klachten - en/of stagnatie van een leeftijd adequate ontwikkeling - die van invloed zijn op het functioneren, kan psychotherapie een goede behandeloptie zijn.

5.4 3. 4 Diagnostiek

Nadat de patiënt door de huisarts of bedrijfsarts verwezen is naar de basis- of specialistische ggz start de diagnostiekfase om te bepalen of en welke vorm van psychotherapie geïndiceerd is. In deze stap van het behandelproces staan 2 vragen centraal:

1. Wat is het probleem van de patiënt?
2. Hoe is het gekomen?

Het doel van deze fase is om goed zicht te krijgen op waar de patiënt last van heeft, wat de (onderliggende) factoren zijn die de psychische problemen veroorzaken en/of in stand houden. De behandelaar betreft daarbij de informatie die bij de huisarts, de bedrijfsarts of eerdere behandelaars is verzameld (zie de [Landelijk ggz samenwerkingsafspraken](#) en de [generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk](#)). De behandelaar besteedt aandacht aan het relatiesysteem van de patiënt, speciaal wanneer er kinderen in het spel zijn of wanneer de patiënt nog bij zijn ouders woont. Patiënt en behandelaar bespreken of het wenselijk is de naasten in deze fase te betrekken.

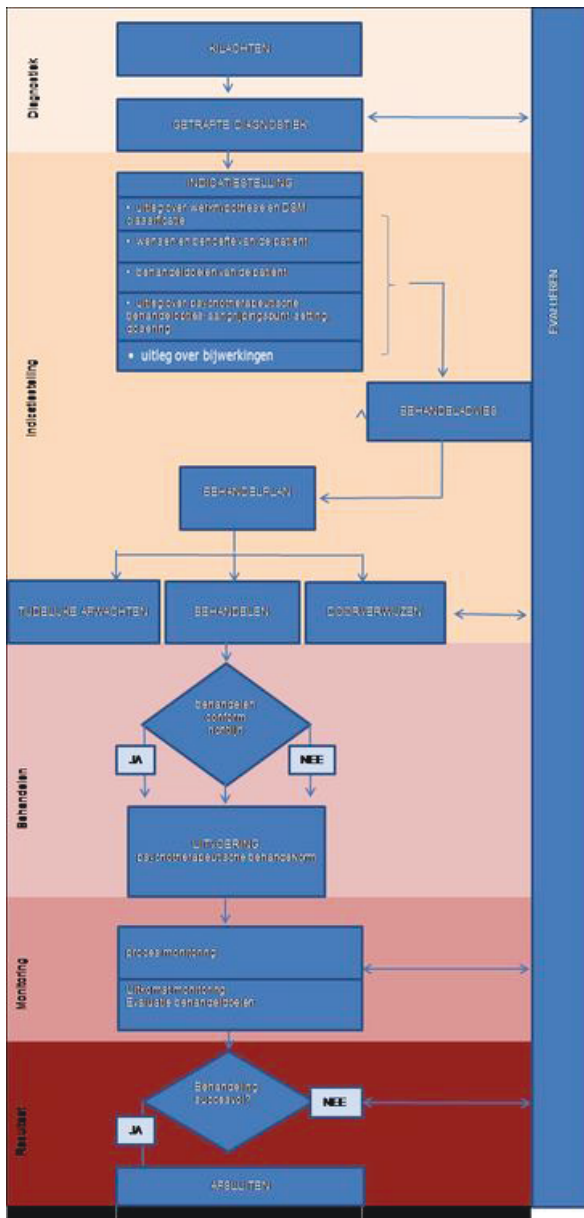
De behandelaar heeft oog voor de mogelijkheid dat klachten van de patiënt (mede) kunnen samenhangen met somatische dysfuncties. Wanneer er een vermoeden bestaat dat dat het geval zou kunnen zijn, dan doet de behandelaar nader somatisch onderzoek of verwijst daarvoor door naar een medische professie.

Deze fase vormt de basis voor een behandeladvies. Het is van belang dat een bekwame professional een behandeladvies opstelt, waarbij goed ingeschat wordt welke vormen van behandeling op basis van de richtlijnen geïndiceerd zijn, risicovol zijn en/of niet geïndiceerd. In [Organisatie van zorg](#) wordt beschreven wanneer sprake is van bekwame professional.

Psychotherapeutisch behandelproces op hoofdlijnen

Het psychotherapeutische behandelproces bestaat uit een aantal stappen. Het begint bij klachten, gevolgd door diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en evaluatie. De kern van het proces is het behandelplan waarin patiënt en behandelaar afspraken vastleggen over de behandeling. De verschillende stappen in het proces worden met enige regelmaat geëvalueerd op basis van gemeten resultaten.

Niet elke behandeling laat zich in deze schematische opzet vangen. In de praktijk komt het regelmatig voor dat patiënt en behandelaar pas gaandeweg de behandeling goed zicht krijgen op de onderliggende factoren, waardoor het behandelplan aangepast moet worden. Ook kunnen de omstandigheden van de patiënt veranderen, of kan er sprake zijn van een terugval. In deze situaties ontstaat er een cyclisch proces, waarin de diagnostische fase, de indicatiestelling en de behandelfase verschillende keren doorlopen worden voordat een behandeling succesvol afgesloten wordt. In de figuur hieronder is het psychotherapeutisch behandelproces schematisch weergegeven.



5.4.1 Getrapte diagnostiek

De diagnostiekfase

diagnostiekfase: In de diagnostiekfase kunnen verschillende zaken aan bod komen (NVvP Richtlijn psychiatrische diagnostiek, 2015):

- Klachteninventarisatie: Inventarisatie van de aard van de klachten, de duur en beloop ervan, de aard en ernst van de lijdensdruk, problemen in het dagelijks functioneren, risico op gevaar of schade, co-morbiditeit (andere psychische en/of somatische en/of systeemproblemen), belastende psychosociale omstandigheden en beschermende factoren.
- Hoe staat de patiënt zelf tegenover de klachten? (waaronder betekenisgeving, relatie tot levensfase).
- Biografische gegevens.
- Familie anamnese.
- Resultaten van somatisch onderzoek.
- Actuele medicatie, eventuele intoxicaties.
- Actuele sociale omstandigheden.
- Persoonlijkheidsonderzoek.
- Psychodiagnostisch onderzoek met behulp van gevalideerde methoden zoals psychologische tests en specialistische interviews.
- Hulpverleningsgeschiedenis.
- Rapportages van derden.

kan één of meerdere gesprekken in beslag nemen. Wanneer uit de probleemverkenning, voorgeschiedenis en hulpvraag van de patiënt een beeld van enkelvoudige en relatief eenvoudig te diagnosticeren problematiek naar voren komt, waarvoor een passend hulpaanbod duidelijk is, volstaat een korte intakeprocedure. Er is relatief snel duidelijk welke factoren centraal staan in het onderhouden van de klachten en waar in de behandeling op moet worden ingezet. Dat betekent een lage dosering van diagnostiek. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als er geen aanwijzingen zijn voor complicerende factoren, de DSM-classificatie duidelijk is en er evidence en practice based protocollen beschikbaar zijn voor de geconstateerde psychische problemen.

Bij een patiënt waarbij sprake is van duurzaam en ernstig verstoord emotioneel, relationeel en maatschappelijk functioneren, waarbij comorbiditeit eventueel een rol speelt en waarbij mogelijk een eerdere - toepasselijke en correct uitgevoerde - behandeling onsuccesvol was, is uitgebreide diagnostiek aangewezen. Via meerdere kanalen worden de problemen in volle samenhang geïnventariseerd om een werkhypothese te vormen over de problematiek van de patiënt.

Bron: Kamphuis, 2011

5.4.2 Diagnose: werkhypothese en DSM-classificatie

Bij psychische klachten komt het regelmatig voor dat het tijd in beslag neemt om een definitieve diagnose te stellen. Meestal wordt een behandeling begonnen met een werkhypothese

werkhypothese: De termen diagnose, classificatie, werkhypothese, casusconceptualisatie en diagnostische formulering worden nogal eens in verschillende betekenis gebruikt. In de werkgroep leidde dit regelmatig tot verwarring. De werkgroep heeft besloten om de term diagnose breed te definiëren, waarbij de werkhypothese de eerste voorlopige formulering is. Dit in tegenstelling tot wat in Amerika gebruikelijk is, daar wordt onder diagnose alleen de DSM-classificatie bedoeld.

waarin de behandelaar een voorlopige verklaring van de problemen geeft, een voorlopige DSM-classificatie(s) stelt en een voorlopige behandelstrategie opstelt.

Voor psychotherapie is het van belang dat de werkhypothese duidelijk maakt welke (onderliggende) factoren volgens de behandelaar een rol spelen in het ontstaan en/of voortduren van de problematiek, waarbij deze mechanismen ook aangrijpingspunten bieden voor de selectie van interventies.

"Werkhypothese"

De werkhypothese (soms ook wel casusconceptualisatie genoemd) bevat 4 elementen:

- De diagnostische formulering = Het wat: een beschrijving van de klachten, de huidige situatie van de patiënt, welke onderliggende processen de problemen veroorzaken en/of in stand houden en een DSM-classificatie.
- De klinische formulering = Het waarom: een verklaring van het probleem.
- De culturele formulering = De rol van cultuur: een beschrijving en verklaring van de wijze waarop sociale en culturele factoren een bijdrage leveren aan de problemen.
- De behandel formulering = Het hoe: een beschrijving van de behandelstrategie.

Case conceptualisation is a method and process of summarizing seemingly diverse clinical information about a client into a brief, coherent statement or 'map,' which elucidates the client's basic pattern and which serves to guide the treatment process from first contact to termination.

Bron: Sperry, 2010

Voor het stellen van een definitieve diagnose is vaak meer informatie nodig waar de behandelaar meestal pas gaandeweg de behandeling zicht op krijgt. Vaak moet een patiënt vertrouwen krijgen in en zich veilig voelen bij de behandelaar om alle relevante informatie (zoals bijvoorbeeld vroegkinderlijke trauma's) te kunnen delen.

Behandelaars kunnen onzekerheid over de diagnose goed verdragen. Voor patiënten is het veel lastiger niet te weten wat de diagnose is

Bron: Lapsley, 2013

of geconfronteerd te worden met wisselende diagnoses. Daarom is het belangrijk dat de behandelaar de patiënt informeert waarom het tijd in beslag neemt een definitieve diagnose te stellen. Het is de uitdrukkelijke wens van patiënten om in de ggz gepast gebruik te maken van diagnostische labels.

5.4.3 Indicatiestelling

In deze fase van het behandelproces staan 2 vragen centraal:

1. Wat wil de patiënt bereiken?
2. Hoe pakken patiënt en behandelaar dit samen het beste aan?

De behandelaar legt de patiënt zijn werkhypothese voor en bespreekt die met de patiënt en, indien gewenst door de patiënt, diens naasten. Vervolgens bespreken patiënt en behandelaar wat de verschillende behandelopties zijn, wat de te verwachte resultaten zijn, wat de motivatie van de patiënt is om iets aan zijn problemen te doen, wat het behandeldoel van de patiënt is en wat de voor- en nadelen van de verschillende behandelopties zijn. Op basis daarvan komen patiënt en behandelaar gezamenlijk tot een behandelplan.

"Behandelplan"

Het behandelplan is de uitkomst van gezamenlijke besluitvorming van patiënt en behandelaar. Het behandelplan bevat een set afspraken tussen patiënt en (regie)behandelaar over zorg en zelfmanagement. Het vormt de feitelijke uitwerking van de behandelovereenkomst. De afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de patiënt en eventueel diens naasten. In het behandelplan leggen patiënt en behandelaar gezamenlijk het probleem, de gewenste doelen, de gekozen aanpak, de omvang en verwachte duur, de tussentijdse evaluatiemomenten en de verwachte resultaten vast.

Bij jongeren beneden de 12 jaar geven de ouders/voogd toestemming voor uitvoering van het behandelplan. Bij jongeren in de leeftijd van 12 tot 16 jaar verlenen zowel ouders/voogd als de jongere toestemming voor de behandeling. Vanaf 16 jaar verleent de patiënt hiervoor zelf toestemming. Dit toestemmingsvereiste geldt ook voor de verwijzing naar een behandelaar door bijvoorbeeld de huisarts.

De behandelaar stelt zich hierbij de volgende vragen:

- Kunnen we tijdelijk afwachten?
- Kunnen we effectief ingrijpen?
- Kan een zinvol behandelplan gedaan worden (op basis van de behandelrichtlijnen)? Welke mogelijkheden zijn er om af te wijken van de 1e keus behandeloptie, wanneer deze behandeling niet aansluit bij de mogelijkheden of voorkeur van de patiënt? Is dat behandelplan voorhanden.
- Ben ik voldoende bekwaam om die behandeling uit te voeren)

- Kunnen we zinvol overdragen?

Voor de patiënt is de volgende informatie belangrijk om een gewogen beslissing over de verschillende behandelopties te kunnen nemen:

- Wat is de intensiteit en omvang van de verschillende behandelopties?
- Wat zijn de voor- en nadelen en de kansen en mogelijke bijwerkingen?

De patiënt stelt zich vervolgens de volgende vragen:

- Welke wensen en verwachtingen heb ik over het verloop en de resultaten van de behandeling?
- Ben ik voldoende gemotiveerd om een psychotherapeutisch behandeltraject in te gaan?

De keuze voor en uitvoering van een specifieke vorm van psychotherapie is een proces van gezamenlijke besluitvorming van patiënt en professional. Zonder overeenstemming over het probleem, de aanpak, het nagestreefde effect en de gewenste uitkomst kan er geen sprake zijn van goede psychotherapeutische behandeling.

Wanneer de patiënt het oneens is met (elementen van) de werkhypothese en/of het behandeladvies, dan wordt dit expliciet in het patiëntendossier opgenomen. In dat geval kan de behandeling niet worden gestart. Er zijn dan verschillende mogelijkheden:

- de patiënt krijgt pre-therapie aangeboden;
- de patiënt wordt gewezen op de mogelijkheid van een second opinion;
- de patiënt wordt terugverwezen naar de verwijzer.

"Pre-therapie"

Niet elke patiënt is meteen rijp is voor elke vorm van psychotherapie. In die gevallen kan extra aandacht besteed worden aan motivatie. Daarvoor kan de behandelaar psycho-educatie

psycho-educatie: Psycho-educatie bestaat uit het geven van voorlichting en het verstrekken van informatie aan de patiënt over diens klachten of psychische stoornis, de oorzaken ervan, en mogelijke oplossingen. Psycho-educatie kan ook gaan over wat psychische gezondheid is en hoe die te bereiken is. Psycho-educatie kan voorafgaan aan de psychotherapeutische behandeling, maar ook een geïntegreerd onderdeel ervan vormen.

en motiverende gespreksvoering

motiverende gespreksvoering: Het komt voor dat de patiënt nog onvoldoende erkent een probleem te hebben of onvoldoende gemotiveerd is om een therapie aan te gaan. Het is dan van belang eerst gesprekken te laten plaatsvinden, waarin de patiënt eerst onderzoekt hoe hij tegenover de geconstateerde problemen staat en of hij kiest voor een psychotherapeutische behandeling of niet. Hiervoor zijn specifieke methoden ontwikkeld die in onderzoek werkzaam zijn gebleken, zoals 'motivational interviewing'.

inzetten.

"Kwaliteitscriterium 1 Gezamenlijke besluitvorming: De patiënt en behandelaar maken samen de beslismomenten en evaluatiemomenten in het behandeltraject expliciet, waarna op basis van gezamenlijke besluitvorming beslissingen worden genomen over het behandelaanpak. Dat geldt ook voor de diagnostiekfase en welke instrumenten daarvoor ingezet worden."

"Kwaliteitscriterium 2 Passend behandelplan: Iedere patiënt heeft een passend behandelplan. Het behandelplan is gericht op herstel van functioneren op verschillende levensgebieden/rollen en op het bevorderen van kwaliteit van leven en zelfmanagement."

"Kwaliteitscriterium 6 Context van de patiënt: De behandelaar besteedt aandacht aan het relatiesysteem van de patiënt, in het bijzonder wanneer er kinderen in het spel zijn of de patiënt nog bij zijn ouders woont. Patiënt en behandelaar wegen expliciet af of het raadzaam is naasten te betrekken bij de diagnostiek en behandeling van de patiënt, of het wenselijk is gezinstherapie in te zetten en/of ondersteuning te bieden aan het gezinssysteem. Om te voorkomen dat de naasten op hun beurt patiënt worden biedt de behandelaar hen zo nodig begeleiding of behandeling."

"Kwaliteitscriterium 12 Adequate informatievoorziening: Patiënten worden op leeftijd adequate wijze geïnformeerd in alle fasen van het behandeltraject, conform de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) De informatie wordt mondeling en indien gewenst ook schriftelijk verstrekt, zodat zij dit later kunnen teruglezen."

5.5 3.5 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

In deze fase staan de vragen centraal:

1. Wat gaan patiënt en behandelaar doen?
2. Wat is het verwachte resultaat?

Tijdens de behandeling worden de interventies uitgevoerd die in het behandelplan zijn vastgelegd. De uitvoering is vaak situationeel bepaald. Het onderwerp van de behandeling kan verschuiven in de tijd en de frequentie kan ook veranderen. Zo zullen bijvoorbeeld de interventies bij patiënten die emotioneel en gedragsmatig ernstig ontregeld zijn, in eerste instantie gericht zijn op stabilisering.

De behandelaar geeft bij aanvang van de behandeling - én bij tussentijdse verandering van aanpak -

voorlichting over de interventies die toegepast gaan worden en de beoogde resultaten.

Het kan belangrijk zijn dat de patiënt dezelfde behandelaar behoudt wanneer de behandeling geïntensiveerd wordt (opschalen van de behandeling), of wanneer de behandeling minder intensief wordt voortgezet (afschalen van de behandeling). Redenen hiervoor zijn onder andere:

- de behandelaar kent de patiënt en diens problematiek goed;
- de patiënt en behandelaar hebben een werkzame behandelrelatie;
- de tijd die het kan kosten om een goede behandelrelatie op te bouwen. Er kunnen ook – zowel positieve als negatieve - redenen zijn juist wel van behandelaar te wisselen. Dat bespreekt de behandelaar altijd met de patiënt.

"Kwaliteitscriterium 8 Passende behandeling: Het professionele oordeel en de hulpvraag van de patiënt bepalen wat een passende behandeling is. Het behandeldoel kan per patiënt, levensfase en situatie verschillen. Het kan voorkomen dat patiënt en behandelaar bewust kiezen voor afwachten, een 'lichte variant' of 'symptoombestrijding'. Ook kan het behandeldoel verschuiven gedurende het behandeltraject. Op basis van gezamenlijke besluitvorming wordt de behandeling geïntensiveerd als dat nodig is en afgeschaald als dat geëigend is."

"Kwaliteitscriterium 10 Continuïteit van behandeling: De patiënt behoudt – indien gewenst - gedurende de behandeling zoveel mogelijk zijn vertrouwde behandelaar. Zo mogelijk ook bij intensiveren of afschalen van de intensiteit van de afspraken (van ambulantly naar klinisch en vice versa) en bij het bereiken van de leeftijdsgrens van 18 jaar. De behandelaar informeert de patiënt hoe de behandelaar bereikbaar is, wat de contactmogelijkheden zijn buiten kantooruren, tijdens vakantie en ziekte van de behandelaar en wanneer sprake is van een crisis."

5.5.1 Zelfmanagement

Wanneer met de patiënt overeengekomen wordt dat zelfmanagement een aanvulling is op de therapeutische sessies of een logische stap is in de afbouwfase, worden afspraken gemaakt over wat de patiënt nodig heeft ter begeleiding of ondersteuning van het zelfmanagement-programma. Bijvoorbeeld om vragen te beantwoorden of vorderingen en mogelijke aanpassingen van het programma te bespreken. Hieronder valt ook de begeleiding van e-health, zoals online programma's en apps om bijvoorbeeld de stemming bij te houden.

Welke interventies worden ingezet is afhankelijk van de soort psychische problemen, wat volgens de zorgstandaard de meest aangewezen behandelingen zijn en de wensen van de patiënt. Zie ook de [generieke module Zelfmanagement](#) en de [generieke module eHealth](#).

5.6 3.6 Monitoring en evaluatie

In deze stap staan de volgende vragen centraal:

1. Wat is het oordeel van de patiënt en behandelaar over de behandeling?
2. Hoe gaan patiënt en behandelaar verder?

Om het beloop van de behandeling te bevorderen en om de kans te verkleinen dat behandelresultaten stagneren of de situatie dreigt te verslechteren vinden regelmatige evaluaties plaats.

De behandelaar is in staat het psychotherapeutisch behandelproces en het behandelresultaat inzichtelijk te maken. Voor de patiënt maar ook (geanonimiseerd, over grotere groepen patiënten) voor de buitenwereld.

Behandelaars passen systematische periodieke effect-evaluaties toe om inzicht te verkrijgen in de behandelresultaten en evalueren periodiek het therapeutisch proces. Deze evaluaties doet de behandelaar samen met de patiënt. Zo nodig wordt de behandeling aangepast op basis van de resultaten. Bij een kortdurende behandeling (tot 3 maanden) vindt aan het begin van de behandeling een meting plaats en bij de afsluiting van de behandeling. Bij langer durende behandeltrajecten wordt ook tussentijds gemeten. De periodieke evaluaties worden vastgelegd in het dossier van de patiënt.

De behandelaar gebruikt de evaluatiegegevens, geaggregeerd over grotere groepen patiënten, ook om te bepalen bij welke patiënten minder goede resultaten worden behaald. Deze gegevens worden collegiaal besproken (intervisie) en zo nodig worden maatregelen genomen om behandelresultaten te verbeteren.

"Kwaliteitscriterium 3 Evalueren: De patiënt en behandelaar evalueren periodiek de voortgang van de behandeling, de behandelaanpak, de behandelrelatie, de behandelresultaten en de behandeldoelen. Afspraken hierover worden vastgelegd in het behandelplan. Zo nodig wordt het behandelplan op basis van de evaluatie aangepast. "

5.7 3.7 Herstel, participatie en re-integratie

Psychotherapie beoogt curatie, mede door het wegnemen van de onderliggende factoren die aan de psychische problemen ten grondslag liggen en die kwetsbaar maken bij stressvolle omstandigheden. Het kan gebeuren dat ondanks dat symptomen minder op de voorgrond staan of niet meer aanwezig zijn, er geen sprake is van volledig herstel. De psychische problemen kunnen zich bijvoorbeeld uitstrekken tot problemen in het ontwikkelen van interesses en capaciteiten, problemen in het aangaan van zinvolle en stabiele relaties, en/of problemen in het op zinvolle wijze deelnemen aan de samenleving. De behandeling zal in die gevallen ook gericht moeten zijn op het opheffen van de factoren die aan deze problemen ten grondslag liggen. Het kan ook zijn dat de belemmerende factoren in andere domeinen liggen, in welk geval de behandeling zich er niet op zal richten en eventueel een gerichte verwijzing moet plaatsvinden. Het kan ook zijn dat het niet mogelijk is om met psychotherapie volledig herstel op al deze terreinen te bewerkstelligen, ondanks dat psychopathologische factoren aan de problemen ten grondslag liggen. In deze gevallen kan een verwijzing naar de langdurende ggz plaatsvinden, waar het accent ligt op begeleiding en leren omgaan met de resterende beperkingen.

6. 4. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 28-02-2019 Beoordelingsdatum 28-02-2019

6.1 4.1 Inleiding

Psychotherapie wordt aangeboden in (netwerken van) zelfstandig gevestigde praktijken, ggz-instellingen, verslavingszorg, forensische ggz, kinder- en jeugd ggz, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen of Universitaire Medische Centra. Omdat per setting verschillende bekostigingsmodellen worden gehanteerd en het onderscheid tussen basisggz en specialistische ggz niet in iedere setting van toepassing is, wordt dit hoofdstuk 'Organisatie van zorg' generiek beschreven.

Bij de uitvoering van psychotherapie zijn 2 aspecten leidend:

1. de aard van de behandeling;
2. en bekwaamheid en bevoegdheid van de behandelaar.

"Kwaliteitscriterium 13 Inzicht in het aanbod: Zorgaanbieders maken hun zorgaanbod en bevoegdheden en bekwaamheden van hun behandelaars inzichtelijk voor patiënten en andere geïnteresseerden in digitale en/of schriftelijke vorm. Zorgaanbieders leveren deze informatie aan bij landelijke en regionale beheerders van sociale kaarten."

6.2 4.2 Betrokken zorgverleners

De bevoegdheid van behandelaars is gekoppeld aan eisen van bekwaamheid: de behandelaar heeft een specifieke (BIG) beroepsopleiding gevolgd, heeft voldoende relevante werkervaring en onderhoudt zijn kennis en vaardigheden door bijscholing en intervisie.

De Federatie van Gezondheidszorgpsychologen en Psychotherapeuten (FGzPt) is verantwoordelijk voor het vaststellen van de opleidings- en registratie-eisen van de (psychologische) BIG-beroepen Gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog en psychotherapeut. Voor psychiaters ligt deze verantwoordelijkheid bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. De beroepsverenigingen (NIP, NVP, NVGZP en NVvP) adviseren hierover aan de Minister met betrekking tot de betreffende Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB's).

De vigerende wet- en regelgeving, in het bijzonder de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), benadrukken het belang van bekwame en goed functionerende zorgverleners ook met betrekking tot het uitvoeren van psychotherapie en psychotherapeutische behandelingen (zie ook [Uitgangspunten](#)).

6.2.1 Psychotherapeut, klinisch psycholoog en psychiater

Diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van complexe problemen

complexe problemen: Er is sprake van complexe problematiek wanneer:

- na meerdere behandelingen de problematiek nauwelijks verminderd is
- de problematiek sterk verweven is met een of meer additionele psychische problemen of medische condities die tegelijkertijd integrale behandeling behoeven problematiek sterk mede bepaald of in stand gehouden wordt door psychosociale problematiek (bijvoorbeeld armoede, eenzaamheid, werkloosheid, gebrek aan opleidingsmogelijkheden)
- de systemische context sterk beperkend is (Opleidingsplan psychotherapeut, 2013)

met toepassing van alle vormen van psychotherapie, zoals beschreven in Box 5, worden uitgevoerd door behandelaars met het BIG beroep psychotherapeut, klinisch psycholoog en psychiater. Zij zijn op basis van hun opleiding [bijlage 2 Overzicht BIG registratie, universitaire opleiding en bijbehorende opleidingseisen op het gebied van psychotherapie van verschillende betrokken professionals] bekwaam en competent om zelfstandig te diagnosticeren en om alle vormen van psychotherapie zelfstandig veilig uit te voeren en te evalueren.

Psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters beheersen op grond van de eindtermen van hun opleiding het brede domein van de psychotherapie. Dat wil zeggen dat zij breed, multi-theoretisch, zijn opgeleid waarbij zij hebben geleerd om psychische stoornissen vanuit verschillende theoretisch perspectieven te behandelen, zowel klachtgericht als persoonsgericht. Afhankelijk van de problematiek kunnen zij hiertussen schakelen.

Daarnaast kunnen deze handelingen worden uitgevoerd door professionals die in opleiding zijn voor deze beroepen. Zij doen dit altijd onder verantwoordelijkheid van een respectievelijk psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater.

"Werkbegeleiding en supervisie in opleidingssituaties"

Wanneer een behandelaar in opleiding is en nog niet bevoegd is tot het zelfstandig uitvoeren van een psychotherapeutische behandeling, dan is het noodzakelijk dat toezicht gehouden wordt op de uitvoering en de behandelaar begeleid wordt.

De behandelaar in opleiding wordt, afhankelijk van de opleiding, begeleid door een gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater die werkzaam is in dezelfde werksetting als de behandelaar in opleiding. Zij houden ook toezicht op de behandeling conform het model kwaliteitsstatuut ggz.

De behandelaar in opleiding volgt daarnaast supervisie. Bij supervisie reflecteert de supervisant met de supervisor intensief over de behandeling, wat betreft de casusconceptualisatie, de keuze en toepassing van interventies, de therapeutische relatie, en persoonlijke zaken die de supervisant als behandelaar daarbij tegenkomt. Supervisoren zijn in de regel niet werkzaam in dezelfde werksetting als de behandelaar in opleiding en zijn niet eindverantwoordelijk voor de behandeling.

Om de kwaliteit van de supervisie te garanderen zijn verschillende supervisorenregisters ingericht. Om in aanmerking te komen voor registratie, worden supervisoren getoetst aan specifieke opleidings-

en vaardigheidseisen. Supervisoren kunnen zich laten registreren bij specialistische psychotherapieverenigingen en bij het Supervisorenregister Psychotherapie van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. Met deze registers waarborgen specialistische psychotherapieverenigingen en beroepsverenigingen dat de gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters die in deze registers zijn ingeschreven voldoende theoretisch onderlegd en praktisch vaardig zijn om op adequate wijze hun taak als supervisor te kunnen vervullen.

6.2.2 Gezondheidszorgpsycholoog

De gezondheidszorgpsycholoog (gz-psycholoog) voert op methodische wijze klacht-gerichte interventies uit bij de meest voorkomende psychische problemen en/of stoornissen. De gz-psycholoog is op basis van zijn opleiding bekwaam om zelfstandig de psychische gezondheidstoestand te onderzoeken, een passende vorm van behandeling te bepalen en psychologische behandeling uit te voeren.

Een gz-psycholoog kan vormen van een psychotherapeutische behandeling uitvoeren waarvoor een door de beroepsgroepen goedgekeurde aanvullende opleiding is genoten. Zie het [Model kwaliteitsstatuut GGZ](#) met betrekking tot afspraken over het regiebehandelaarschap.

6.2.3 Andere beroepsgroepen

Andere beroepsgroepen (zoals SPV, verpleegkundig specialist, master psycholoog, orthopedagoog, vaktherapeut, basis arts en agoog) kunnen op basis van een specifieke aanvullende opleiding bekwaam zijn om onderdelen van een psychotherapeutische behandeling uitvoeren. Afhankelijk van het soort behandeling doen zij dit onder verantwoordelijkheid van een gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater.

6.2.4 BIG-registratie

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te bewaken en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. Van beroepsbeoefenaren die staan ingeschreven in het BIG-register staat vast dat zij op het moment van (her)inschrijven voldeden aan de opleidings- en eventuele werkervaringseisen en dat op hen geen beroepsbeperkende maatregel van toepassing is, tenzij dit met zoveel woorden staat aangetekend in het BIG-register.

6.3 4.3 Competenties

In de opleidingen van de psychotherapeut, klinisch psycholoog, psychiater, gezondheidszorgpsycholoog en verpleegkundig specialist zijn psychotherapeutische kennis en vaardigheden in meer of mindere mate vastgelegd in de competenties en opleidingsplannen. Voor alle competentiebeschrijvingen geldt dat het Canmeds model

Canmeds model: CanMeds staat voor Canadian Medical Education Directives for Specialists. Dit model is in de jaren negentig ontwikkeld en gebaseerd op consensus over de inhoud van beroep arts, op een educatief model en op empirisch onderzoek. Het CanMeds model omvat 7 competentiegebieden. Het CanMeds model wordt tegenwoordig door verschillende opleidingen gebruikt om competenties op een uniforme wijze te beschrijven.

leidend is. Zie ook het achtergronddocument [Overzicht BIG registratie, universitaire opleiding en bijbehorende opleidingseisen op het gebied van psychotherapie van verschillende betrokken professionals](#)

6.3.1 Registers van beroepsverenigingen en specialistische verenigingen voor psychotherapie

Het vakgebied is omvangrijk, daarom specialiseren behandelaars zich. Bekwaamheid voor specifieke onderdelen van psychotherapie is gegarandeerd op het moment van voltooien van een opleiding gericht op een specifieke doelgroep, behandeling of methodiek. Bekwaam blijven is een verantwoordelijkheid van de professional zelf. Specifieke verenigingen stimuleren dit door bij de registratie eisen te stellen aan relevante werkervaring en scholing en hierop bij de herregistratie te controleren. De erkenning van deze verenigingen garandeert dat de professional deskundig is en zijn deskundigheid onderhoudt met bij- en nascholing en intervisie.

Voor de kinder- en jeugd psychotherapie geldt dat naast de gewone vervolgopleiding een aantekening behaald moet worden waaruit blijkt dat de professional kennis heeft van de leeftijdsfase en het behandelen van jonge kinderen, kinderen in de lagere schoolleeftijd en adolescenten.

Voor patiënten, verwijzers, werkgevers en zorgverzekeraars is het belangrijk zicht te hebben op de bekwaamheid van een behandelaar. Daarvoor omschrijft de behandelaar zijn specifieke expertise(s) en werkwijzen en onderbouwt dit met een overzicht van zijn lidmaatschappen en erkenningen door specialistische verenigingen. De specialistische verenigingen hebben openbare registers die geraadpleegd kunnen worden om uit te zoeken of een behandelaar bekwaam is in een bepaalde vorm van psychotherapie. Een overzicht van relevante registers is opgenomen in achtergronddocument [Overzicht registers](#).

Ontwikkeling

De eisen op het gebied van werkervaring, scholing en intervisie die gesteld worden aan registratie verschillen per register en vereniging. De specialistische verenigingen wordt geadviseerd de taak op zich te nemen om de komende jaren te expliciteren en uniformeren welke eisen worden gesteld aan werkervaring, scholing en supervisie van (aspirant-)leden.

De ontwikkelaars van de zorgstandaarden wordt geadviseerd de taak op zich te nemen om bij de verschillende psychotherapeutische behandelopties de noodzakelijke erkenningen door specialistische verenigingen vast te leggen.

"Kwaliteitscriterium 11: Bekwame en bevoegde behandelaars: De behandeling wordt uitgevoerd door een bevoegde en bekwame behandelaar, die werkt volgens de zorgstandaard en die daar - alleen zo nodig én in overleg met de patiënt - beargumenteerd van afwijkt en dit dan schriftelijk vastlegt."

6.3.2 Bij- en nascholen

Omdat het vakgebied en de sector in ontwikkeling zijn, is het zaak dat de behandelaar zich regelmatig bijschoolt zodat hij steeds vakbekwaam zijn beroep kan uitoefenen. Dit geldt zowel voor de generieke kennis van diagnostiek en behandeling als de specialistische diagnostische en psychotherapeutische kennis op basis waarvan hij zich als beroepsbeoefenaar presenteert.

Met name wanneer nieuwe zorgstandaarden ontwikkeld zijn, is het belangrijk dat de behandelaar kennis neemt van de inhoud en zo nodig vaardigheden actualiseert of aanvult met nieuwe vaardigheden. Immers, van de behandelaar wordt verwacht dat hij handelt volgens de professionele standaarden en daar alleen beredeneerd van afwijkt. Aan welke eisen de bij- en nascholing moet voldoen wordt aangegeven door de verschillende beroepsverenigingen.

6.3.3 Intervisie

Tijdens intervisie worden – geanonimiseerd – diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van patiënten besproken en het functioneren van de behandelaar. Bij intervisie bespreken collega's dit vertrouwelijk onderling met elkaar. Deelname aan intervisie is een verplichte eis voor registratie en herregistratie van artikel 14 beroepen (klinisch psycholoog, psychiater en verpleegkundig specialist) en van de verschillende registers van specialistische verenigingen. Daarbij worden minimumeisen gesteld voor aantal uur en deskundigheid van de collega's waarmee intervisie wordt gedaan. Daarnaast is intervisie ook een vereiste bij specialistische verenigingen en is het vastgelegd in het model kwaliteitsstatuut ggz.

6.4 4.4 Samenwerking

Een behandeling kan op zichzelf staan of deel uitmaken van een breder behandeltraject binnen een instelling of binnen een netwerk van vrijgevestigde praktijken. Bij de behandeling kunnen één of meer behandelaars betrokken zijn. Wanneer er meerdere behandelaars betrokken zijn bij de behandeling, dan is er sprake van een multidisciplinair team (binnen een instelling) of een netwerk van vrijgevestigde praktijken. Hoe de multidisciplinaire teams of professionele netwerken eruit zien hangt af van de aard van de problematiek, de geïndiceerde behandeling en de vaardigheden van de behandelaar. Bij multidisciplinaire behandeling en behandeling in een professioneel netwerk coördineert één behandelaar de behandeling. Dit is de regiebehandelaar. Wanneer maar één behandelaar betrokken is bij de behandeling, dan is deze de regiebehandelaar. In het model kwaliteitsstatuut ggz zijn de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de regiebehandelaar beschreven. Eveneens is hier vastgelegd welke behandelaar in welke situatie regiebehandelaar mag zijn. Verder zijn de [landelijke ggz samenwerkingsafspraken] van toepassing.

"Kwaliteitscriterium 9 Afstemming met aanpalende disciplines: In het behandelplan wordt opgenomen wie de regiebehandelaar is en hoe en waarover afstemming met aanpalende

in- of externe disciplines plaatsvindt. Op verzoek van de patiënt toont de behandelaar zich bereid om – binnen de grenzen van de wet- en regelgeving- de situatie van de patiënt te verhelderen."

6.5 4.5 Kwaliteitsbeleid

6.5.1 Kwaliteitsstatuut

Per 1 januari 2017 dient iedere aanbieder van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg te beschikken over een kwaliteitsstatuut conform het Model Kwaliteitsstatuut GGz dat is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland. Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder borgt dat de zorgaanbieder bewerkstelligt dat de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste zorgprofessional, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk wordt geleverd.

Vanaf 2017 is binnen de zorg sprake van een regiebehandelaar: de zorgverlener die de regie voert over het zorgproces en verantwoordelijk is voor de integraliteit van het behandelproces. Voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naasten of wettelijk vertegenwoordiger, is hij het centrale aanspreekpunt. De afspraken over het regiebehandelaarschap kunnen per instelling verschillen. De algemene regels over wie als regiebehandelaar kunnen optreden staan beschreven in het Model Kwaliteitsstatuut ggz. Binnen deze kaders wordt de uiteindelijke keuze voor een regiebehandelaar gemaakt in overleg met de patiënt en vastgelegd in het behandelplan. Dit Kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op de Generieke Module Psychotherapie.

De regiebehandelaar stemt de behandeling en begeleiding van de verschillende aandoeningen op elkaar af. Mocht de deskundigheid ontbreken op een bepaald gebied, dan vraagt een zorgverlener (al of niet de regiebehandelaar) specialistische kennis van elders, maar blijft de regie bij de oorspronkelijke regiebehandelaar. Binnen de generieke module psychotherapie, kan het betekenen dat de regiebehandelaar vaststelt dat complexe psychotherapeutische behandeling nodig is, en een psychotherapeut vraagt deze uit te voeren.

6.5.2 Eisen aan praktijkvoering

Zelfstandig gevestigden en instellingen laten door onafhankelijke derden hun praktijkvoering doorlichten en beoordelen. Bij zelfstandigen leidt dit tot een visitatiekeurmerk (bijvoorbeeld LVVP, NVvP, NIP of NVGzP- geaccrediteerd) en bij instellingen tot een kwaliteitskeurmerk (bijvoorbeeld HKZ of ISO).

Bij een visitatiekeurmerk beoordelen beroepsgenoten de praktijkvoering en wordt ook aandacht besteed aan zorginhoudelijke aspecten, zoals een toets op richtlijn conforme behandelplannen en dossiervoering.

Bij een instellingskeurmerk beoordeelt een certificerende instantie of voldaan wordt aan de normen. Dit zijn randvoorwaardelijke normen voor zorgvuldig handelen.

6.5.3 Beroepscode, klachtrecht en tuchtrecht

Alle behandelaren die vormen van psychotherapie aanbieden zijn gebonden aan de wet en aan hun

beroepscode. Daarin staat omschreven wat zij wel en niet mogen in het contact met patiënten en het bevat gedragsregels over bejegening, toegankelijkheid en overdracht van patiëntgegevens.

Daarnaast moeten alle zorgaanbieders en zelfstandig werkzame behandelaren beschikken over een klachtenregeling voor patiënten, conform de eisen die hieraan worden gesteld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz). Zorgaanbieders voldoen per 1 januari 2017 aan alle eisen die deze wet stelt.

Los hiervan kunnen de Inspectie voor de Gezondheidszorg, patiënten en andere belanghebbenden eventueel een tuchtklacht indienen bij het tuchtcollege, althans tegen zorgverleners die in het BIG-register staan ingeschreven.

6.5.4 Eisen aan deskundigheidsbevordering

Het beroep psychotherapeut is een Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) art. 3 beroep. Door de wet worden aan art. 3 beroepen geen verplichte eisen voor bijscholing en collegiale toetsing gesteld. Om voldoende kwaliteit te garanderen heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) het Kwaliteitsregister Psychotherapie ingesteld. Registratie in dit register garandeert dat de professional voldoet aan de eisen in de Wet BIG (werkervaringseisen) én dat de professional zich voldoende bijschoolt op het gebied van psychotherapie én deel neemt aan intervisie.

6.6 4.6 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat verschillende psychotherapie vormen voor diverse psychische problemen en voor diverse leeftijdsgroepen effectief zijn.

Bron: APA, 2012

De behandelaar ziet erop toe dat het proces van behandelplanning doelmatig verloopt en binnen een acceptabele termijn is afgerond. De professionele standaarden zijn daarbij leidend. In deze standaarden zijn doelmatigheid en kosteneffectiviteit meegewogen bij de aanbevolen behandelingen en interventies.

6.7 4.7 Financiering

6.7.1 Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van

de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

6.7.2 Specifiek

Er zijn verschillende financieringsmogelijkheden voor psychotherapie: via het basispakket van de ziektekostenverzekering (Zorgverzekeringswet), de Jeugdwet, het aanvullend pakket van een ziektekostenverzekering, de werkgever en eigen betaling van de patiënt.

Zorgverzekeringswet

De minister bepaalt elk jaar welke zorg verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit doet de minister op basis van het advies van Zorginstituut Nederland.

Niet elke behandeling met psychotherapie is verzekerde zorg. Psychotherapie wordt vergoed vanuit de Zvw op basis van diagnose behandelcombinaties (DBC's) en de zorgproducten in de generalistische basis ggz. Dit betekent dat om in aanmerking te komen voor vergoeding van psychotherapie er sprake moet zijn van een DSM geclassificeerde stoornis, die valt onder de door de minister vastgestelde vormen van verzekerde zorg. Daarnaast is het ook mogelijk om - onder bepaalde voorwaarden – de kosten voor medebehandeling en consultatie gefinancierd te krijgen uit de Zvw.

Sinds 2015 wordt psychotherapie voor kinderen en jongeren vergoed door gemeenten op basis van de Jeugdwet.

Volwassen patiënten betalen per kalenderjaar een wettelijk maximaal eigen risico dat jaarlijks wordt vastgesteld. Dit eigen risico geldt voor alle ziektekosten die zij maken, met uitzondering van huisartsenzorg en verloskundige zorg.

"Kwaliteitscriterium 7 Goede toegang : Er is – met in acht neming van de wettelijk vastgestelde maximale wachttijden – gelijke toegang tot psychotherapie, ongeacht de leeftijd en ongeacht de regio waarin iemand woonachtig is. "

In diverse professionele standaarden zijn verschillende vormen van psychotherapie de voorkeursbehandeling. Ondanks dat psychotherapie in verschillende situaties de 1e keus behandeloptie zijn, krijgt nog lang niet iedere patiënt deze behandeling aangereikt

Bron: Franx, 2013

of niet zoals het moet.

Bron: Korrelboom, 2016

"Kwaliteitscriterium 14 Inzicht in kosten van de behandeling: Patiënten worden vooraf geïnformeerd over de te verwachten extra kosten van de psychotherapeutische behandeling. De behandelaar informeert de patiënt wanneer de zorg niet gecontracteerd is en wijst er op dat dit kan leiden tot extra kosten voor de patiënt buiten het verplichte eigen risico om."

7. 5. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 28-02-2019 Beoordelingsdatum 28-02-2019

7.1 5.1 Algemeen

Cyclisch werken aan verbetering van de kwaliteit van leven is een belangrijke doelstelling van de generieke module Psychotherapie. Inzicht in de stand van de kwaliteit van de geboden behandeling is daarvoor noodzakelijk. Dit inzicht ontstaat door elementen van het proces, de uitkomsten en de structuur van behandeling te meten, te registreren, te verzamelen en te analyseren. Deze gegevens worden gebruikt voor evaluatie en bijsturing van het behandelproces, voor onderlinge vergelijking van prestaties (benchmark) en om de transparantie in de zorg te vergroten.

Kwaliteitsindicatoren

Indicatoren maken de kwaliteit van zorg inzichtelijk. Kwaliteitsindicatoren zijn meetbare elementen van de zorgverlening die een aanwijzing geven over de mate van kwaliteit van de geleverde zorg. Een indicator heeft een signaalfunctie en geeft aanleiding tot nader onderzoek. Kwaliteitsindicatoren worden onderverdeeld in uitkomst- proces- en structuurindicatoren. Uitkomstindicatoren weerspiegelen de uitkomst van het behandelproces. Procesindicatoren zijn een maat voor de uitvoering van het behandelproces. Structuurindicatoren zijn een maat voor de kwaliteit van de (keten)organisatie.

7.2 5.2 Specifiek

Voor de generieke module Psychotherapie zijn geen specifieke kwaliteitsindicatoren geformuleerd. Er wordt aangesloten bij de generieke set kwaliteitsindicatoren die door Akwa GGZ wordt ontwikkeld.

8. 6. Implementatieplan

Autorisatiedatum 30-04-2020 Beoordelingsdatum 30-04-2020

8.1 Kwaliteitsstandaarden

Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'.

'kwaliteitsstandaard': Kwaliteitsstandaarden zijn niet statisch maar worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding nodig is. Vanaf publicatie van een standaard vindt jaarlijks een eenvoudige beoordeling plaats waarbij (kleine) aanpassingen waar nodig worden verwerkt. Eens in de 4 jaar start een volledige revisiebeoordeling van iedere standaard.

Een zorgstandaard biedt voor álle professionals, patiënten en hun naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg bij een bepaalde aandoening er uit ziet vanuit het perspectief van de patiënt (beschrijving optimale zorg). Een zorgstandaard beschrijft het complete zorgcontinuüm (ofwel alle fases waar een patiënt mee te maken krijgt of kan krijgen) voor een bepaalde psychische aandoening. In een zorgstandaard komt niet alleen een groot aantal mogelijke zorgproblemen aan de orde, maar wordt ook expliciet de organisatie van het zorgproces beschreven. Dat alles gezien vanuit het perspectief van de patiënt.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische aandoeningen, gebruikmakend van wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van professionals, patiënten en naasten. Voor specifieke situaties gebruiken professionals de richtlijnen die relevant zijn voor hun specifieke beroepsgroep en specifiekere dan de zorgstandaard ingaan op wat er op dát moment aan zorg geleverd kan worden (beschrijving minimale zorg). Aan één zorgstandaard kunnen dus meerdere richtlijnen ten grondslag liggen (bijvoorbeeld de NHG-richtlijnen van huisartsen, een MDR opgesteld en geautoriseerd door psychiaters en psychologen, richtlijnen voor verpleegkundigen, etc.).

Een generieke module biedt, net als een zorgstandaard, professionals, patiënten en naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg er uit ziet vanuit het perspectief van een patiënt. Het verschil tussen een zorgstandaard en een generieke module is dat een zorgstandaard stoornis specifiek is en een generieke module juist zorgcomponenten of zorgonderwerpen beschrijft die relevant zijn voor meerdere psychische aandoeningen. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in één of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules vormen een eenheid. Hiermee kunnen de

professional en de patiënt samen de behandeling vormgeven.

8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules vormen samen met multidisciplinaire richtlijnen, wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de zorgprofessional om tot goede zorg te komen (de professionele standaard).

(de professionele standaard): De professionele standaard in de gezondheidszorg is het geheel van professionele medische normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed handelen' is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren. De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen, beroepscode, uitspraken van de tuchtrechter, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en handreikingen. De professionele standaard kan dus gezien worden als de gedeelde waarden en normen binnen een beroepsgroep.

[Meer informatie](#)

De zorgprofessional kan er beargumenteerd van afwijken als - naar zijn oordeel en in samenspraak met de patiënt - de belangen van de patiënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

De toepassing van professionele standaarden komt voort uit het [Burgerlijk wetboek, artikel 453](#). Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.'

professionele standaard.: Artikel 1 van de Zorgverzekeringswet geeft de definitie van een professionele standaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces. Een professionele standaard legt vast wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen en is in een openbaar register opgenomen.

[Meer informatie](#)

Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Kwaliteitsstandaarden zijn echter geen doel op zich. Zij hebben een functie in het proces van kwaliteitsbevordering. Kwaliteitsstandaarden vervullen een onmisbare functie in de kwaliteitscyclus. In die context bevorderen ze de [kwaliteit en doelmatigheid van de zorg](#). Op welke wijze zorgaanbieders en financiers, maar ook patiënten/burgers en zorgverzekeraars kwaliteitsstandaarden gebruiken in de respectievelijk zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt, is

aan hen om in te vullen.

8.2.1 Monitoring van de implementatie

Eén van de taken van Akwa GGZ is het evalueren van het gebruik van kwaliteitsstandaarden en het inzichtelijk maken hoe de kwaliteit van zorg in de ggz zich ontwikkelt. In de tweede helft van 2019 bouwt Akwa GGZ een structuur op waarmee de implementatiegraad van de kwaliteitsstandaarden kan worden gemeten.

8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft grotendeels de bestaande praktijk ten aanzien van de zorg voor mensen met psychische klachten en aandoeningen. In de standaard zijn verwijzingen opgenomen naar onderliggende richtlijnen en veldnormen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Zo is de standaard voor een groot deel al ingebed in het dagelijks werk van de zorgprofessional.

Deels bevat de kwaliteitsstandaard nieuwe elementen, of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. De kwaliteitsstandaard is geschreven vanuit het perspectief van de patiënt en diens naaste. Aandacht voor herstel en eigen regie komen daardoor nadrukkelijker aan bod dan in bijvoorbeeld richtlijnen; gezamenlijke besluitvorming over de behandeling door patiënt en professional vormt in alle standaarden een kernelement. Andere elementen zijn bijvoorbeeld de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling. De opstellers van deze kwaliteitsstandaard zijn zich ervan bewust dat de implementatie van deze elementen een transitie betekent die een gemeenschappelijke inspanning vraagt van zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten en financiers. Al deze partijen zetten zich gezamenlijk in om deze kwaliteitsstandaard zo goed en zo snel mogelijk te implementeren.

8.4 Bestaande afspraken

Zorgprofessionals en zorgaanbieders in de 'brede ggz' zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van deze kwaliteitsstandaard en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Zorgprofessionals en zorgaanbieders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor implementatie in hun eigen organisatie. Koepel-, branche en beroepsorganisaties helpen hun leden hierbij.

Een aantal algemene thema's speelt bij de implementatie van (vrijwel) alle standaarden een rol. Dit zijn thema's waar in algemene zin aandacht voor moet zijn én aandacht voor moet blijven om de kwaliteit van de zorg steeds verder te verbeteren. Het gaat om de zes thema's bewustwording en kennisdeling, samenwerking, capaciteit, behandelaanbod, financiering en ICT. Dit zijn ook thema's waar in sommige gevallen zorgen over zijn en knelpunten worden gezien bij implementatie van de standaarden. Implementatie-activiteiten voor deze zes thema's moeten geen losstaande actiepunten zijn. In de meeste gevallen zijn deze actiepunten al onderdeel van bestaande afspraken zoals onder andere verwoord in het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) 2019 t/m 2022](#) en [Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022](#). Landelijke implementatie van de

kwaliteitsstandaarden in het veld is daarmee direct gekoppeld aan de planning en gemaakte afspraken in deze bestuurlijk akkoorden. Daarom koppelen we de planning van implementatie van deze standaard aan de looptijd van de bestuurlijk akkoorden.

Concreet betekent dit dat de partijen uit de brede ggz zich inzetten om alle kwaliteitsstandaarden voor de ggz op 31 december 2022 volledig geïmplementeerd te hebben.

8.5 Algemene implementatie thema's

De implementatie van de kwaliteitsstandaard vraagt tijd en energie van alle partijen. Maar dat is niet voor niks: werken volgens kwaliteitsstandaarden biedt ook kansen voor effectievere en doelmatiger behandelingen.

De afspraken in het algemene deel van het plan richten zich daarom vooral op uitvoerbaarheidsissues die een landelijke aanpak vragen om implementatie op lokaal/regionaal niveau mogelijk te maken. Iedere regio en iedere zorgaanbieder is anders. De mate van wat er nog geïmplementeerd moet worden en hoe dat het beste gedaan kan worden, verschilt per situatie. Op lokaal niveau moet implementatie verder worden ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van een (lokaal) uitvoeringsplan.

8.5.1 Bewustwording en kennisdeling

Verandering begint bij bewustwording. Ook in de ggz. De zorgstandaarden en generieke modules stellen, meer dan zorgverleners tot nu toe gewend waren van professionele standaarden, expliciet het perspectief van patiënten centraal. Dat kan misschien wel tot een ander gesprek in de behandelkamer leiden, waarin via gezamenlijke besluitvorming mogelijk ook andere keuzes voor behandeling en begeleiding worden gemaakt. Kennisdeling en bewustwording zijn de sleutelwoorden om deze verandering te realiseren.

Kennisdeling draagt bij aan het beter begrijpen van de impact die psychische aandoeningen op een patiënt hebben, en van hun wensen en ideeën over behandeling en herstel. Kennis delen gebeurt op verschillende niveaus: in de (basis)opleiding tot zorgprofessionals, tijdens bij- en nascholing van professionals maar kan ook bijvoorbeeld via een landelijke campagne. Het delen van kennis kan hierdoor bijdragen aan bijvoorbeeld:

- het verminderen van stigma over mensen met psychische aandoeningen, in de zorg maar ook daarbuiten;
- het realiseren van een culturomslag in eigen organisatie;
- het creëren van draagvlak voor het gebruik en de inhoud van de standaard;
- oog hebben voor specifieke problematiek;
- oog hebben voor eventuele risico's.

Landelijke afspraken

Iedere professional zorgt ervoor dat hij de kwaliteitsstandaarden kent die voor uitoefening van zijn beroep nodig zijn. Zorgaanbieders faciliteren hun medewerkers, zodat zij deel kunnen nemen aan de benodigde bij- en nascholing.

Het bestuurlijk akkoord bevat een groot aantal actiepunten die kennisdeling over en bewustwording van de kwaliteitsstandaarden stimuleren:

- Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende kwaliteitsstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld om bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Partijen hebben met elkaar afgesproken dat beroepsgroepen structureel de doorontwikkeling van opleidingen borgen die betrekking hebben op ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.
- Het akkoord bevat afspraken over bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

Deze afspraken ten aanzien van opleiding dragen bij aan het verankeren van kennis over en gebruik van kwaliteitsstandaarden in de praktijk. Onderstaande partijen zetten zich in voor uitvoering van deze afspraken op landelijk niveau.

Lokale oplossingsrichtingen

Professionals in de ggz hebben de 'verantwoordelijkheid' om hun collega's in aanpalende domeinen daar waar nodig kennis bij te brengen over psychische aandoeningen en over de (inhoud van) de daarbij behorende kwaliteitsstandaard. Denk hierbij aan het organiseren van een cursus of voorlichting over psychische aandoeningen aan collega's van de somatische afdelingen in het ziekenhuis of een informatie-bijeenkomst over jeugd-ggz aan gemeenten.

8.5.2 Samenwerking

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Vaak zijn er meerdere professionals betrokken bij de behandeling en is een duidelijke rolverdeling tussen die professionals (binnen en tussen organisaties) nodig. Voor een goede implementatie van kwaliteitsstandaarden maken professionals (in en buiten de ggz), aanbieders, financiers en andere betrokkenen duidelijke samenwerkingsafspraken zodat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet in het geding komt. Goede en snelle informatie-uitwisseling (met respect voor privacy-wetgeving) en toegankelijkheid van informatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Het [Landelijk Schakelpunt](#), waarin zorgverleners met toestemming van de patiënt eenvoudig inzicht hebben in het medicatieoverzicht van de patiënt, is een voorbeeld van een hulpmiddel voor uitwisseling van en toegang tot informatie. Steeds meer GGZ-instellingen sluiten zich hier al bij aan.

Landelijke afspraken

Het bestuurlijk akkoord bevat een aantal actiepunten die de benodigde samenwerking in het kader van implementatie van de kwaliteitsstandaarden stimuleren: in de (door)ontwikkeling van opleidingen die betrekking hebben op ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering) wordt meer aandacht besteed aan samenwerking tussen verschillende domeinen en het organiseren van integrale zorg.

Ondertekende partijen schatten in dat de invoering van het kwaliteitsstatuut en de afspraken over

samenwerking in het bestuurlijk akkoord voldoende helder zijn en dat voor implementatie van de standaard geen aanvullende afspraken nodig zijn.

Lokale oplossingsrichtingen

Zowel zorgprofessionals, zorgaanbieders als samenwerkingspartners besteden nu al veel aandacht aan lokale en regionale samenwerking. Dankzij deze samenwerking kunnen zij onnodige en dure zorg voorkomen. Iedere professional werkt binnen de eigen lokale en regionale context uiteraard samen met collega's, maar ook met partners zoals huisartsen, jeugdzorg, wijkteams, gemeenten, ziekenhuis, school, woningcoöperaties of UWV.

Als leidraad voor deze samenwerkingafspraken dienen:

- De Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken: deze vormen de basis van afspraken tussen huisartsen, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- Het kwaliteitsstatuut: hierin staan werkafspraken die de zorgaanbieder maakt over het vormgeven van de afstemming en samenwerking tussen professionals, over op- en afschalen en over een goede overdracht.
- In het kader van het bestuurlijk akkoord maken gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionale afspraken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Zorgaanbieders en gemeenten maken afspraken over de betrokkenheid van ggz-hulpverleners bij het wijknetwerk.
- In het bestuurlijk akkoord is ook vastgelegd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de manier waarop de zorgprofessional voldoende ruimte en tijd krijgt voor goede samenwerking en afstemming.

8.5.3 Capaciteit

Een succesvolle uitvoering van de kwaliteitsstandaarden vereist voldoende capaciteit en tijd van professionals. In de huidige praktijk staan beschikbare tijd en capaciteit van professionals onder druk. Waar in sommige gevallen sprake is van een personeelstekort, is in andere gevallen sprake van problemen met optimale inzet van bepaalde professionals. Het organiseren en leveren van de zorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaarden kan resulteren in extra druk op bepaalde beroepsgroepen, verschuiving van inzet van de ene naar de andere beroepsgroep, maar mogelijk ook in minder werkdruk doordat de standaard goed wordt uitgevoerd en/of professionals beter samenwerken.

Ook blijken er in de praktijk behoorlijk wat problemen te zijn bij verwijzingen, met name veel te lange wachttijden voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen die verwezen worden naar de S GGZ.

Landelijke afspraken

In het bestuurlijk akkoord is benoemd dat op dit moment sprake is van (ernstige) arbeidsmarktproblematiek. Voor zorg en welzijn wordt in 2022 een groot personeelstekort verwacht. De bestuurlijk akkoorden (ggz en huisartsenzorg) bevatten hiervoor een aantal actiepunten:

- Bestaande (behandel)capaciteit kan beter ingezet via vermindering van administratieve lasten en

een betere taakverdeling, beter benutten van de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden, alsook het opleiden van professionals in de ggz, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in gericht in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

- (Tijdelijk) verruimen van capaciteit van regiebehandelaren en investeren in optimaal gebruik van (behandel)capaciteit door mee te werken aan actieprogramma 'werken in de zorg'.
- Meer inzet van praktijkondersteuners ggz of consultatie van ggz-expertise in de huisartsenpraktijk.

Met de acties zoals beschreven in de bestuurlijk akkoorden en inzicht in de juiste capaciteitsbehoefte, wordt een basis gelegd voor de aanpak van de arbeidsmarktknelpunten in de ggz.

8.5.4 Behandelaanbod

Landelijke afspraken

De ggz-sector kent een divers zorgaanbod: grote en kleinere ggz-instellingen met eigen personeel en een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over het benodigde behandelaanbod in de regio. Gemeenten bepalen zelf de omvang van het budget voor zorg maar ook de manier waarop zij de verschillende onderdelen van het sociaal domein willen organiseren. Als blijkt dat zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds, dan moet het voor patiënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. Zorgaanbieders en financiers in de regio hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de wachttijden aan te pakken. Als er te weinig behandelaars zijn, dan is het de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om mensen te wijzen op de zorgbemiddeling

zorgbemiddeling: Zie hiervoor ook het document Q&A Wachttijden Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, november 2018.

[Meer informatie](#)

door hun eigen zorgverzekeraar. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord.

Lokale oplossingsrichtingen

Betere samenwerking tussen ggz-instellingen in de regio, bijvoorbeeld als het gaat om het draaien van ANW-diensten. Een voorbeeld: in sommige regio's worden ANW-diensten bijna geheel door een klein clubje psychiaters in vaste dienst gedaan, terwijl ook psychiaters niet in vaste dienst bereid zijn mee te draaien in deze diensten. Door hier goede afspraken over te maken, kan er voldoende capaciteit en aanbod geregeld worden in de regio.

8.5.5 Financiering

Landelijke afspraken

In het 'Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022' hebben alle betrokken

partijen de ambitie uitgesproken om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat zorg zowel nu als op de lange termijn fysiek, tijdig én financieel toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Ook is afgesproken er naar te streven op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei.

Lokale oplossingsrichtingen

Het bestuurlijk akkoord regelt dat gemeenten en zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders in de 'brede ggz' stapsgewijs regionaal afspraken maken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Het cliënt- en familieperspectief is hierbij vertegenwoordigd. De volgende thema's zullen, afhankelijk van de regionale situatie, in meerdere of mindere mate aan de orde zijn:

- Preventie en vroegsignalering.
- De aanpak van personen met verward gedrag.
- Brede triage en consultatie.
- De opbouw van ambulante zorg en ondersteuning.
- De bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein.
- De benodigde aanpak met betrekking tot de (financiering van) EPA / multiproblematiek-doelgroep.
- Overgang 18-/18+.
- De invulling van crisis- en ANW-uren.
- De rol en bekostiging van herstelacademies en zelfregiecentra.

Hoewel afspraken zijn gemaakt om toe te werken naar regionale afspraken over integrale zorg en daaruit volgend een integrale bekostiging, zijn we daar nu nog niet. Dat is ook te merken aan de knelpunten ten aanzien van financiering die worden genoemd rondom implementatie van de kwaliteitsstandaarden:

- Hoe is de continuïteit van zorg én bekostiging te borgen, bijvoorbeeld bij de overgang 18-/18+, continueren van dagbesteding als de behandeling stopt of het financieren van contingentie management bij verslaving.
- Hoe kunnen we komen tot integrale bekostiging bij specifieke doelgroepen zoals kwetsbare ouderen, mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) of mensen met zowel somatische als psychiatrische problematiek?
- Hoe kunnen we komen tot een passende bekostiging voor bijvoorbeeld inzet ervaringsdeskundigen, inzet op preventie, zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB), zorg aan patiënten met eetstoornissen in een gespecialiseerd centrum of inzet diëtist bij deze groep patiënten.

In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt over hoe deze vraagstukken de komende jaren kunnen worden opgelost. Zo hebben partijen zich gecommitteerd aan afspraken uit het actieprogramma Zorg voor de Jeugd voor wat betreft het inzetten van acties gericht op het soepel verlopen van de overgang naar volwassenheid (18-/18+). En subsidieert VWS op dit moment preventiecoalities, bedoeld om structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen te stimuleren en activeren.

8.5.6 ICT

(Goede en snelle) informatie uitwisseling en toegankelijkheid van informatie, waarbij de privacy van de patiënt optimaal wordt geborgd, zijn belangrijke randvoorwaarden voor samenwerking tussen zorgprofessionals binnen hun professionele netwerk. De implementatie van kwaliteitsstandaarden vraagt om verdere optimalisatie van gegevensuitwisseling via ICT.

Landelijke afspraken

In het zorgbrede '[Actieplan \(Ont\)Regel de zorg](#)' is een sectoraal actieplan curatieve ggz vastgesteld. Daar waar stroomlijning van gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen niet mogelijk of wenselijk is treden partijen met elkaar in overleg in het Informatieberaad Zorg en kunnen partijen gezamenlijk tot besluitvorming komen. Ook besteedt het actieplan aandacht aan vermindering van administratieve last als gevolg van het EPD en aan ICT-problematiek.

Daarnaast wordt er door het ministerie van VWS geïnvesteerd in het [Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional \(VIPP\) GGZ](#). Het gaat om een budget voor instellingen die Zvw-zorg leveren om de informatievoorziening in de curatieve geestelijke gezondheidszorg te verbeteren, door het implementeren van standaarden voor gegevensuitwisseling tussen patiënt en professional, het beschikbaar stellen van deze informatie aan de patiënt, het veilig verstrekken van (informatie over) medicatie en de inzet van eHealth bij de behandeling.

Lokale oplossingsrichtingen

Welke informatie, voor welke professionals, bij welke doelgroepen, bij welke aanbieders nodig is, is een keuze die lokaal gemaakt dient te worden. Of informatie over een eerdere suïcidepoging of informatie over medicatiegebruik en mogelijke bijwerkingen bijvoorbeeld standaard beschikbaar moet zijn óf dat alle informatie over een patiënt ook voor vaktherapeuten en huisartsen via het ICT systeem van de instelling te raadplegen moet zijn, zijn keuzes die binnen het professionele netwerk en met betrokken zorgaanbieders worden gemaakt. Dát zorgprofessionals (snel) toegang moeten hebben tot (goede) informatie gegeven bestaande werkafspraken (zie hiervoor het Kwaliteitsstatuut waar iedere zorgaanbieder over dient te beschikken) én beschikbare ICT toepassingen om de continuïteit én de kwaliteit van de zorg die men met elkaar nastreeft te waarborgen, is hierbij het uitgangspunt. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden via een zorginfrastructuur of schakelpunt.

8.6 Specifieke implementatie thema's

8.6.1 Bewustwording en kennisdeling

1. Psychotherapie mag gegeven worden door daartoe opgeleide professionals; te weten de psychotherapeut, klinisch psycholoog en psychiater. Een GZ-psycholoog kan vormen van een psychotherapeutische behandeling uitvoeren waarvoor een door de beroepsgroepen goedgekeurde aanvullende opleiding is genoten. Andere beroepsgroepen (zoals SPV, verpleegkundig specialist ggz, master psycholoog, orthopedagoog, vaktherapeut, basis arts en agoog) kunnen op basis van een specifieke aanvullende opleiding bekwaam zijn om onderdelen van een psychotherapeutische behandeling uitvoeren. Een behandelaar heeft voldoende kennis nodig over het geven van psychotherapie zelf én voldoende kennis en expertise voor het doen van uitgebreide diagnostiek en het 'personaliseren' (indiceren) van psychotherapie om te bepalen per patiënt welke aangrijpingspunten en vormen van psychotherapie het meest geschikt zijn en wanneer

psychotherapie niet geschikt is. Iedere professional dient zelf zorg te dragen om deze kennis up-to-date te houden. Deze kennis wordt opgedaan tijdens de opleiding en via bij- en nascholing. Ook kan kennis tussen professionals worden gedeeld via intercollegiale toetsing of intervisie. Zorgaanbieders faciliteren daarnaast hun medewerkers, zodat zij deel kunnen nemen aan de benodigde bij- en nascholing. Daarnaast is het van belang dat er ook in de beroepsopleidingen voldoende aandacht blijft voor psychotherapie zelf, het doen van uitgebreide diagnostiek en het, waar nodig en relevant, personaliseren van psychotherapie.

Landelijke afspraken

De landelijke afspraken zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan bieden voldoende antwoord op dit implementatievraagstuk.

2. Registers van beroeps- en specialistische verenigingen spelen een belangrijke rol bij het bevorderen van kwaliteit van psychotherapie en psychotherapeutische behandelingen. Geconstateerd is dat betrokken organisaties verschillende criteria hanteren voor de registers waarin specialisaties, bekwaamheid en bevoegdheid worden vastgelegd. Verschillen bestaan onder andere ten aanzien van eisen van vooropleiding, lidmaatschap en van bij- en nascholing (en registratieplicht). Het is van belang komende jaren duidelijkheid te scheppen in deze en een uniforme set van criteria te ontwikkelen die als leidraad dient voor alle verenigingen. Bron: [Ontwikkelagenda / generieke module Psychotherapie](#).

Landelijke afspraken

De [stuurgroep](#) van de generieke module psychotherapie beveelt aan om dit punt de komende 2 jaren nader uit te werken, zodat de uitkomsten kunnen worden verwerkt bij de eerste revisie van de generieke module psychotherapie.

Ondertussen zijn de beroepsverenigingen NVP, NVGzP, NIP en NVO gestart met het ontwikkelen van een nieuwe beroepsstructuur (in samenwerking met de LVVP en P3NL). De beroepsverenigingen zullen per beroep/specialisme een openbaar register ontwikkelen waarin de aanvullende aantekeningen beheerd worden.

8.6.2 Samenwerking

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

8.6.3 Capaciteit

Er is een verschuiving gaande van psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters van de gespecialiseerde ggz instellingen naar de vrije sector. Hierdoor ontstaat er een capaciteitsprobleem aan professionals die breed opgeleid zijn in de psychotherapie bij complexe problemen (onder andere bij persoonlijkheidsproblematiek). Ook vergrijzing bij deze groep professionals speelt hierbij een rol.

Landelijke afspraken

De landelijke afspraken, met name de afspraak over het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen, zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan bieden voldoende antwoord op dit implementatievraagstuk. Meer opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen kan ook de doorstroom naar daartoe opgeleide gespecialiseerde professionals voor het uitvoeren van psychotherapie bevorderen. Waarbij ook meer ruimte komt voor de juiste professional op de juiste plek.

8.6.4 Behandel aanbod

Door het tekort aan professionals die breed zijn opgeleid in de psychotherapie (zie paragraaf capaciteit hierboven), is psychotherapie voor sommige patiëntengroepen onvoldoende beschikbaar. Bijvoorbeeld voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis maar mogelijk ook voor andere patiëntengroepen, zoals mensen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis of een narcistische persoonlijkheidsstoornis, of mensen met een psychotische stoornis of een autisme spectrum stoornis. Dit terwijl 'traditionele exclusiecriteria' zoals laag intelligentieniveau, gebrek aan psychologisch inzicht en specifieke psychische problemen (psychotische stoornissen, borderline persoonlijkheidsstoornis, bipolaire stoornis, eetstoornissen en verslaving) geen reden zijn om psychotherapie af te raden. Of en in welke mate psychotherapie onvoldoende beschikbaar is voor sommige patiëntengroepen is echter niet goed gekwantificeerd.

Landelijke afspraken

De komende 2 jaar wordt nagegaan (gemonitord):

- of bij patiënten (met een borderline persoonlijkheidsstoornis) psychotherapie wordt geïndiceerd,
- of psychotherapie ook daadwerkelijk wordt gegeven,
- en als niet, wat de reden is dat patiënt geen psychotherapie ontvangt.

Vraag: welke instellingen zijn bereid om de komende 2 jaar mee te werken om bovenstaande in kaart te brengen?

8.6.5 Financiering

Er worden geen substantiële meerkosten verwacht bij implementatie van deze generieke module, zowel niet binnen de ggz of zorgsector als daarbuiten. Er worden geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

8.6.6 ICT

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

9. 7. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 28-02-2019 Beoordelingsdatum 28-02-2019

9.1 Samenstelling werkgroep

Werkgroep

Werkgroep: Op het moment van publicatie is deze zorgstandaard (nog) niet geautoriseerd door de LVVP, InEen, NVKG, Platform Meer GGZ, NPaV en VEN.

De LVVP ziet voornamelijk af van autorisatie vanwege het ontbreken van spelregels.

De prioriteit van Ineen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

Platform Meer GGZ is van mening dat in de generieke module te weinig aandacht is voor behandelmanagement en voor een expliciete vermelding voor welke vormen van psychotherapie uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat ze evidence based zijn en wat dan de voorgeschreven behandelvormen c.q. protocollen zijn.

De NPaV ziet af van autorisatie om dezelfde reden als de LVVP, namelijk het ontbreken van spelregels.

De VEN vindt de generieke module psychotherapie in het algemeen een heel behoudend document geworden en zij geven aan hierin te missen de laatste ontwikkelingen voor wat betreft evidence based behandelen in de GGZ.

Naam	Beroep	Werkzaam bij	Afgevaardigd namens	Werkgroep
Hieke Bos	psychotherapeut Gezondheidszorgpsycholoog	Psychologen groepspraktijk Amsterdam	Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten	Inhoud
Maud van Thiel	psychotherapeut	OYA psychotherapie	Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten	Context en kwaliteit
Roelof Wolters	psychotherapeut	SPON Nijmegen	Nederlandse vereniging voor groepsdynamica en groepspsychotherapie	Inhoud
Ingrid Krijnen	psychotherapeut	GGZ InGeest	Nederlandse vereniging voor groepsdynamica en groepspsychotherapie	Context en kwaliteit
Gerrit van Ramshorst	psychotherapeut	Triversum	Nederlandse vereniging voor relatie en gezinstherapie	Inhoud
Nelleke Nicolai	psychiater	Praktijk voor psychiatrie en psychotherapie	Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie	Inhoud
Nel Draijer	Klinisch psycholoog - Psychotherapeut	Draijer Praktijk voor Psychotherapie en Wetenschappelijk Onderzoek	Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie	--
Jos van Mosel	klinisch psycholoog	Praktijk voor psychoanalyse en psychotherapie	Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse	Inhoud
Jos van Mosel	klinisch psycholoog	Praktijk voor psychoanalyse en psychotherapie	Nederlandse Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie	Context en kwaliteit
Mirjam Soons	psychiater	Arkin/NPI	Nederlandse Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie	
Kees Kooiman	psychiater	Rivierduinen	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie	Inhoud
Herman Groen	psychiater	Dimence	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie	Context en kwaliteit
Marianne Frieling	SPV	GGZ Noord Holland Noord	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland	Inhoud
Tamira Pronk	VS i.o	GGZ Noord Holland Noord	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland	Context en kwaliteit
Irma de Hoop	SPV		Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland	--
Ben Lijten	Verpleegkundig specialist		Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland	--

Erik van der Put	Klinisch psycholoog	Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie	Inhoud
Tom Deenen	Klinische psycholoog / psychotherapeut	Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie	Context en kwaliteit
Susanna Roland	Psychotherapeut	Vereniging Kinder- en jeugdpsychotherapie	Inhoud
Roberte Korthals Altes	Psychiater	Vereniging Kinder- en jeugdpsychotherapie	Context en kwaliteit
Maarten Jacobs	Huisarts	Nederlands Huisartsen Genootschap	Context en kwaliteit
Roelf Jan Takens	Psychotherapeut	Vereniging Persoonsgerichte Experimentiële Psychotherapie	Inhoud
Paul Boelen	Gezondheidszorgpsycholoog	Nederlandse vereniging voor gezondheidszorgpsychologie	Context en kwaliteit
Anneke Huson	Ervaringsdeskundige	MIND Landelijke Platform Psychische Gezondheid	Context en kwaliteit
Paul Ulrich	Ervaringsdeskundige	Stichting Borderline	Inhoud
Annemarie Kamevaar-Kegel	Ervaringsdeskundige	MIND Landelijke Platform Psychische Gezondheid	Context en kwaliteit
Peter van Zuidam		Zorgverzekeraars Nederland	--
Sjoerd Colijn	Psychotherapeut	voorzitter werkgroep	Context en kwaliteit
Arnoud Arntz	Klinisch psycholoog	voorzitter werkgroep	Inhoud

Stuurgroep

Naam	Beroep	afgevaardigd namens
Jack Dekker	hoogleraar klinische psychologie	onafhankelijk
Kirsten Hauber	psychotherapeut	NVP
Arnold van Emmerik	psycholoog	VGct
Arnoud Arntz	klinisch psycholoog hoogleraar klinisch psychologie	onafhankelijk
Sjoerd Colijn	psychotherapeut	onafhankelijk
Hubert van der Kleij	directeur bureau VGct	VGct
Astrid Nolet	directeur bureau NVP	NVP

Projectgroep

Naam	Beroep	werkzaam bij
Hans Blaauwbroek	gezondheidswetenschapper	BBVZ / NVP
Katrien de Ponti	psycholoog	NVP
Renée van Rijswijk	secretaresse	NVP

9.2 Overzicht opleidingseisen

Overzicht BIG registratie, universitaire opleiding en bijbehorende opleidingseisen op het gebied van psychotherapie van verschillende betrokken professionals

Beroep	BIG-registratie	Vereiste vooropleiding	Psychotherapie-onderwijs	Aantal uren cursorisch psychotherapie onderwijs	Aantal uren supervisie
Psychiater (1)	Ja	Universitair, master geneeskunde	Multi-theoretisch	Niet gespecificeerd (geschat op max. 200 uur)	120 uur
GZ-psycholoog (2)	Ja	Universitair, master psychologie / pedagogie	psychologische en pedagogische technieken en psychotherapeutische deeltechnieken zowel individu- als systeemgericht; leer- en cognitieve theorieën, psychodynamische theorieën, experiëntiële theorieën, systeemtheorieën en groepsdynamica ¹	200 uur behandelingsmethoden, waaronder psychotherapeutische deeltechnieken	45 uur supervisie over diagnostiek en behandeling
Klinisch psycholoog (3)	Ja	GZ-psychologie	Evenwichtig over cognitief gedragstherapeutisch en persoonsgericht exploratief referentiekader	200 uur behandeling (w.o. psychotherapie)	135 uur
Klinisch neuropsycholoog	Ja	GZ-psychologie	geen	geen	geen
Psychotherapeut (4)	Ja	Universitair, master psychologie (pedagogie; geneeskunde)	De psychoanalytische therapie, de gedragstherapie, de rogeriaanse therapie en de systeemtherapie die zijn gebaseerd op onderscheidenlijk de psychoanalytische theorieën, de leer- en cognitieve theorieën, de experiëntiële theorieën en de systeemtheorieën	580 uur psychotherapie, inclusief diagnostiek en indicatiestelling.	150 uur
Verpleegkundig specialist (5)	Ja	HBO-verpleegkunde	Gedragsmodificatie en systeembehandeling	Niet gespecificeerd	geen
Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige	Ja	HBO-verpleegkunde	Gespreksvoering	Niet bekend	Niet bekend
Orthopedagoog	Nee	MSc Pedagogiek	Nee	0	0
Basisarts	Ja	MSc Geneeskunde	Nee	0	0
Psycholoog	Nee	MSc Psychologie	Nee	0	0

1. Op basis van Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie van 2009
2. Op basis van het Besluit Gezondheidszorgpsycholoog 1998
3. Op basis van het Besluit Klinisch Psycholoog van 2016
4. Op basis van het Besluit Psychotherapeut van 1998
5. Op basis van Opleidingsplan 2014 – 2018 Stichting opleidingsinstelling GGZ-VS

NB. Alle bovengenoemde beroepsbeoefenaren kunnen hun psychotherapeutische competenties uitbreiden door deel te nemen aan cursussen of opleidingsroutes van verenigingen.

9.3 Overzicht registers

Er zijn verschillende registers waarin (onderdelen van) psychotherapie een plaats heeft. Hieronder staat een opsomming van een aantal registers. Deze registers zijn van verschillend niveau en specificiteit.

Dit overzicht is niet uitputtend.

Algemeen

- BIG-register (Ministerie van VWS)

Registers beroepsverenigingen (BIG beroepen)

- Vereniging voor gezondheidspsychologie (NVGzP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Verpleegkundig Specialisten Register

Registers specialistische psychotherapie verenigingen

- Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT)
- Vereniging voor kinder- en jeugdpsychiatrie (VKJP)
- Vereniging Persoonsgerichte Experimentiële Psychotherapie (VPEP)
- Vereniging voor psychoanalytische psychotherapie (NVPP)
- Vereniging voor groepsdynamica en groepspsychotherapie (NVGP)
- Vereniging voor relatie en gezinstherapie (NVRG)
- Nederlandse Psychoanalytische Vereniging (NPaV)

Registers voor specifieke behandelprotocollen

- DIT register (dynamische interpersoonlijke therapie)
- EFT register (emotion focused therapy)
- Register AFP (affect fobie psychotherapie)
- Register EMDR Europe Practitioner
- Register MBT (mentalisation based therapy)
- Register schematherapie
- Register TFP (transference focused psychotherapy)

9.4 Geraadpleegde literatuur

- American Psychological Association (APA, 2012) Recognition of Psychotherapy Effectiveness
- American Psychiatric Association (APA, 2014) DSM-5 Beknopt overzicht van de criteria
Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Baljon, M. Pool, G. & Takens, R.J. (2015). Persoonsgerichte therapie in de praktijk. Amsterdam: Hogrefe
- Buitenhuis, M.L. (2012) De psychotherapeut. Uit: Beroepenwetgeving gezondheidszorg 2012/2013 p528-549
- Crawford, M.J et al (2016) Patiënt experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey The British Journal of Psychiatry DOI: 10.1192/bjp.bp.114.162628
- Colijn, S. et al (2009) Leerboek Psychotherapie Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij
- Commissie Hoofdbehandelaarschap ggz (2015) Hoofdbehandelaarschap GGZ als noodgreep
- CONO – Kamer psychotherapeut (2013) Opleidingsplan psychotherapeut
- Donabedian A., (1966) Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem, Fund Quart 44, 166-206
- Franx, G. (2013) Quality improvement in mental healthcare. The transfer of knowledge into practice. Utrecht: Trimbos instituut

- Huber M. et al. (2011) How should we define health? BMJ 2011 343 (4163) : 235-237. DOI: 10.1136/bmj.d416.
- Kamphuis, J.H. (2011) Therapeutische psychodiagnostiek. De Psycholoog- juni 10-18
- Korrelboom, K (2016) Negatieve effecten van psychotherapie
- Lambert, M.J. (2013) Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change 6th edition
- Lapsley, P (2013) Lessons from patients' journeys BMJ 2013; 346:f1988
- Lemmens, F.M.J. et al (1994) Oriëntatie in de psychotherapie. Bohn, Stafleu Van Loghum
- LPGGz (2015) Basisset kwaliteitscriteria GGZ. Geformuleerd vanuit een cliënten en familieperspectief Utrecht
- LPGGZ/Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2015, in ontwikkeling) Focus op Gezondheid – Zorg voor Herstel
- Milders, F. en Thunnissen, M (2015) Psychotherapeutische psychiatrie Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij
- Mikulincer, M & Shaver, Ph. (2007) Attachment in Adulthood. New York Guilford.
- LVVP. LVVP Kwaliteitscriteria (2015)
- Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2016a) Model GGz-Zorgstandaard
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz 2016b) Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2016c) Generieke module psychische klachten in de huisartsenpraktijk
- NVP (geraadpleegd 30-6-2015)
- NVP (2007) Beroepscode voor psychotherapeuten
- NVP (2014) Psychotherapie als effectieve behandelmethodede voor psychische stoornissen
- NVP, NVO, NVGzP, NIP, FGzPt (2015) Voorstel uitbreiden eisen herregistratie voor gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten
- NVvP (geraadpleegd 30-6-2015)
- NVvP (2016) Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie HOOP 2.0
- NVvP (2011) Competentieprofiel Psychotherapie- Taakgroep psychotherapie 2010-2011
- NVvP (2012) Profielschets en veldnormen zelfstandig gevestigde psychiaters
- NVvP (2014) Inleiding in de kwaliteitsvisitaties
- NVVP (2010) Kwaliteitscriteria voor de vrijgevestigde praktijk
- Opleidingsinstituut PPO Competentieprofiel Gezondheidszorgpsycholoog
- RVZ (2013) Gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt - normatieve achtergrond
- Saffran, J.D., Muran, J.C. & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. Psychotherapy, 48, 80-87.)
- Sperry, L (2010). Core competencies in counseling and psychotherapy. New York: Routledge. H5 Case conceptualization and assessment p 82-101 en H6 Case conceptualization and treatment planning p 102-113
- Splunteren, P. van et al (2014) Implementatie van bestaande richtlijnen. Utrecht: Trimbos Instituut
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2015, concept) Generieke module Diagnostiek en behandeling in de generalistische basis ggz
- Veerbeek, M et al (2012) GGZ in getallen Utrecht: Trimbos instituut
- Verhagen, Commissie (werkgroep psychotherapie) (1981) Advies inzake een beleid voor

psychotherapie Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage.

- V&VN (2012) V&V 2020 Deel 4 Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist

9.5 Referenties patiëntenperspectief

- Beemen-Schrikker, R. van & Eeland,, K. (1999), Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief. Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, 54(7/8), 782-787.
- Boevink, W. (2003) Cliëntenperspectief: Het vernieuwingsgehalte van de Nederlandse psychiatrie. *Deviant*, 2003,(37), 10-13.
- Boumans J., Tuithof M., Hoof F. van, Nuijen J. (2014) Hoofdbehandelaarschap en kwaliteit van zorg Perspectieven van GGZ-cliënten, Trimbos Instituut i.s.m. LPGGz
- Dakin EK, Areán P, (2013) Patient perspectives on the benefits of psychotherapy for late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013 Feb;21(2):155-63. doi:10.1016/j.jagp.2012.10.016. Epub 2013 Jan 22
- Dam, C., (2003) Kwaliteit van zorg: een zorg voor cliëntenraden. Deelnemers willen vooral informatie. *Patiënt en Perspectief*, 2003, 4(4), 22-23.
- Donabedian A., (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem, Fund Quart* 44, 166-206
- Goldsmith L.P., Lewis S.W., Dunn G., Bentall R.P.(2015) Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis, *Psychol Med*. 2015 August; 45(11): 2365–2373.
- Hafkenscheid A.(2014) De therapeutische relatie Utrecht: De Tijdstroom, ISBN 978 9 058982 56 4
- Hendriksen-Favier A., Nijns K., Rooijen S. van, (2012), Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz, Trimbos-instituut, Utrecht, ISBN 978-90-5253-719-1
- de Jonge, M. (1999) Cliëntenperspectief. Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1999, 54(4), 402-404
- Klumpen H., (2013) Gezondheidswinst vanuit cliëntenperspectief, artikel t.b.v. Dimence, 28 augustus 2013
- Kragten, R. & Klapwijk, C. (1997) Bejegening in de G.G.Z.: cliënten in de geestelijke gezondheidszorg aan het woord over bejegening. Cliëntenraad Willem Arntsz Huis, Utrecht.
- Lorijn A. de (2015) Behulpzame Interventies volgens Cliënten in Groeps- of Individuele Psychotherapie: Een Kwalitatieve Studie, masterthese Klinische psychologie en Training & Development, UvA
- LPGGz (2016) Focus op gezondheid – zorg voor herstel
- LPGGz (2015) Basisset Kwaliteitscriteria GGZ Geformuleerd vanuit een cliënten- en familieperspectief
- LPGGz, (2014) Zelfmanagement en passende zorg: Programma's van eisen. Versie 3
- Manchester University. (2015). "Dodo bird verdict given new life by psychosis therapy study." *Medical News Today*. Retrieved from <http://www.medicalnewstoday.com/releases/292270.php>. Vrij vertaald voor Anoksis op 14 april 2015 door Stephany Richardson.
- Nederland, T. & Steketee, M. (2004) De cliëntervisitatie in de GGZ. Handboek voorkwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief. Verwey-Jonker instituut i.s.m. Stichting Kwadraad
- Plooy A, Timmer H., (2009) Weten over leven: Ervaringskennis van mensen met psychische aandoeningen, Uitgeverij SWP Amsterdam, ISBN 978 90 8850 016 9
- Roelofs S., (2008) Wie is er nu gek? : over kronkels in de therapeutische relatie, *Scriptum Psychologie*, 2008. – 175 p., ISBN 9789055945825

- Romme M.A.J., Escher A.D.M.A., Butenaerts J.L.M.G.(1999) Cognitieve therapie bij psychose en stemmen horen, Tijdschrift voor psychiatrie 41 5, 277-286
- Rijkschroef R., Oudenampsen D., Flikweert M. (2007) Beste koop: GGZ-inkoop vanuit cliënten- en familieperspectief, Verwey-Jonker Instituut i.s.m. LPGGz
- Trijsburg, W., Kruis, E., Wijne, I., Nass, E., & Rochol, D. (2006). Onderzoek naar het cliëntenoordeel over de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen ten behoeve van de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht
- Veeninga, A. & Hafkenscheid, A. (2002) Patiëntgerichte kwaliteit van zorg: een methode om te evalueren of patiënten bereiken wat ze wensen. Tijdschrift voor psychotherapie, 2002, 28(1), 38-53.

Multidisciplinaire richtlijnen

- MDR Angststoornissen (2009) Hoofdstuk 13, Aanbevelingen vanuit het cliëntenperspectief
- MDR Persoonlijkheidsstoornissen (2008) hoofdstuk 3, Patiënten- en familieperspectief bij behandeling
- MDR Depressie (2010) hoofdstuk 16, Aanbevelingen vanuit het patiëntenperspectief

Websites lidorganisaties MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid met informatie over psychotherapie

- ADF Stichting
- Anoksis
- Balans
- Caleidoscoop
- Depressie Vereniging
- Impuls & Woortblind
- Nederlandse Hyperventilatie Stichting
- Stichting Borderline
- VMDB
- Ypsilon

9.6 Begrippenlijst

- Patiënt

Onder de term patiënt vallen alle leeftijdsgroepen: kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen. Speciaal bij kinderen geldt dat het ook om hun wettelijke vertegenwoordigers gaat. Voor psychotherapie bij kinderen en jongeren gelden een aantal aanvullende eisen op het gebied van opleiding en de Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Waar relevant is dat in de tekst van deze module nader uitgewerkt.

- Generieke module

In generieke modules staan zorgcomponenten of -onderwerpen beschreven die relevantie hebben voor meerdere psychische stoornissen en/of somatische aandoeningen. Een generieke module haakt per definitie aan op een aantal andere kwaliteitsstandaarden, zowel voor specifieke stoornissen als voor somatische chronische aandoeningen. De zorg die beschreven wordt in een generieke module

kan bij de ene stoornis toepasbaar zijn in slechts één bepaalde fase en bij een andere stoornis in meerdere fasen. De zorg die beschreven wordt rondom het ggz-onderwerp in een generieke module, is 'generiek'.

- Psychisch probleem

Hiermee worden zowel DSM-classificeerbare stoornissen als allerlei psychische, psychosociale en psychosomatische klachten die niet (volledig) te classificeren zijn volgens de DSM-methodiek bedoeld.

- Psychische stoornis

In de DSM-5 wordt een psychische stoornis gedefinieerd als 'een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Psychische stoornissen (inclusief verslavingsproblematiek) gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdendruk of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden (APA, 2014).

- Professionele standaard

De term professionele standaard beschrijft het geheel aan vakinhoudelijke en juridische normen, zoals vastgelegd in behandelrichtlijnen, protocollen en gedragsregels. Professionele standaarden zijn door de beroepsgroepen geaccordeerd. Wanneer voor specifieke problemen geen professionele standaard bestaat of de professionele standaard ontoereikend is, baseert de behandelaar zich op wat in de beroepsgroep gebruikelijk is en past waar nodig professioneel verantwoorde innovatieve interventies toe en integreert behandelmethoden.

- Professional

Hiermee wordt bedoeld de zorgverlener die bekwaam en bevoegd is om (onderdelen van) een psychotherapeutische behandeling uit te voeren.

- Regiebehandelaar

Deze term vloeit voort uit het advies van de commissie Meurs en vervangt het begrip hoofdbehandelaar. Met deze term regiebehandelaar wordt bedoeld: de behandelaar die bevoegd is om in overleg met de patiënt het behandelplan op te stellen en een behandelovereenkomst te sluiten, ervoor zorgt dat het uitgevoerd wordt en zo nodig wordt bijgesteld, die de relevante deskundigheidsgebieden bij de behandeling betreft, die de verrichtingen en activiteiten van allen die beroepshalve betrokken zijn bij de behandeling op elkaar afstemt (coördineert) en eerste aanspreekpunt is voor de patiënt en zijn naaste(n) en/of wettelijk vertegenwoordiger en betrokken beroepsbeoefenaren. De regiebehandelaar stuurt zowel op de inhoud, het proces als de betrokken beroepsbeoefenaren.

- Richtlijn

Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op verbetering van kwaliteit van zorg, veelal

een systematische samenvatting van wetenschappelijk onderzoek en afweging van voor- en nadelen van verschillende behandelingen, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgverleners en zorggebruikers. Een richtlijn is primair bedoeld voor ondersteuning van de klinische (curatieve) besluitvorming. Gerelateerde doelen zijn vermindering van diversiteit in handelen en vergroten van transparantie.

- Zorgaanbieder

Met de term zorgaanbieder worden zowel een vrijgevestigden als instellingen bedoeld.

- Zorgstandaard

Een zorgstandaard geeft vanuit het perspectief van patiënten een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie, zorg (cure & care) en ondersteuning bij zelfmanagement voor een bepaalde stoornis gedurende het complete zorgcontinuüm met een beschrijving van de organisatie en relevante prestatie-indicatoren (incl. meetinstrumenten). De zorgstandaard beschrijft in principe niet welke aanbieders de zorg leveren. Het is aan de 'regionale' aanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten om hier in zorgprogramma's uitvoering te geven.

9.7 Ontwikkelagenda

De tekst van de generieke module psychotherapie is gebaseerd op twee uitgangspunten:

- Er is gekozen voor een brede benadering van het begrip Psychotherapie. De generieke module beschrijft het brede spectrum van psychotherapeutische behandelvormen.
- De tekst is gebaseerd op de vigerende wet- en regelgeving.

Gegeven deze uitgangspunten zijn er een aantal punten die om nadere uitwerking vragen. De stuurgroep generieke module psychotherapie beveelt aan om onderstaande punten komende 2 jaren nader uit te werken, zodat de uitkomsten kunnen worden verwerkt bij de eerste revisie van de generieke module psychotherapie.

9.7.1 Onderscheid psychotherapie, psychotherapeutische deeltechnieken en psychologische behandelingen

De generieke module Psychotherapie bevat zowel symptoomgerichte behandelingen als behandelingen die gebruik maken van de therapeutische relatie als instrument tot verandering. Binnen de werkgroep bestaat brede overeenstemming over het uitgangspunt dat alleen bekwame behandelaren specifieke behandelingen mogen uitvoeren. De huidige wet- en regelgeving biedt onvoldoende aanknopingspunten om de uitvoering van specifieke behandelingen te verbinden aan specifieke opleidingsniveaus.

9.7.2 Nadere ontwikkeling beroepen- en opleidingsstructuur

Bij de ontwikkeling van de generieke module Psychotherapie is getracht om te beschrijven welke behandelaren bekwaam zijn voor het uitvoeren van onderdelen van het behandelproces. Hierbij is gebleken dat er onduidelijkheid bestaat over noodzakelijke competenties en de eindtermen van

opleidingen. Het verdient de aanbeveling om te komen tot een samenhangende visie op de beroepsstructuur en de daarmee samenhangende competentieprofielen en opleidingseisen.

De beroepsverenigingen NVP, NVGzP, NIP en NVO ontwikkelen een nieuwe beroepsstructuur (in samenwerking met de LVVP en P3NL). De beroepsverenigingen zullen per beroep/specialisme een openbaar register ontwikkelen waarin de aanvullende aantekeningen beheerd worden.

9.7.3 Ontwikkeling en uniformering registers

Registers van beroeps- en specialistische verenigingen spelen een belangrijke rol bij het bevorderen van kwaliteit van psychotherapie en psychotherapeutische behandelingen. Geconstateerd is dat betrokken organisaties verschillende criteria hanteren voor de registers waarin specialisaties, bekwaamheid en bevoegdheid worden vastgelegd. Verschillen bestaan onder andere ten aanzien van eisen van vooropleiding, lidmaatschap en van bij- en nascholing (en registratieplicht). Het is van belang komende jaren duidelijkheid te scheppen in deze en een uniforme set van criteria te ontwikkelen die als leidraad dient voor alle verenigingen.