GEZONDE MARKE · MENTAAL GEZONDHEIDSNETWERK DRENTHE

Aanvraagformulier Implementatievoucher

Blended care & online zelfhulp — de Drentse Norm

Je kunt dit formulier zelf invullen, of samen met de implementatie coach. Hou je antwoorden kort en concreet.
De voucher is maximaal € 25.000 (in twee delen) en kan vaker worden aangevraagd. Er zijn twee mondelinge evaluaties.
Achtergrond over de randvoorwaarden en het Hybride Zorg Management-model staat in het kennisdocument en wordt in het webinar toegelicht.

1. Wie zijn jullie?

Aanvragende organisatie & contactpersoon

Organisatie, naam, functie, e-mail, telefoon.

Aanvragende organisatie: Huisartsenorganisatie Dokter Drenthe, namens vier huisartsenpraktijken
Contactpersoon: [naam],
E-mail: [e-mailadres] | Telefoon: [telefoonnummer]

Toelichting: de aanvraag komt vanuit de eerste lijn, omdat daar het knelpunt het scherpst voelbaar is. De huisarts blijft verantwoordelijk voor de inwoner zolang die op de wachtlijst van de ggz staat.

Vanuit welk domein vraag je aan?

Aanvinken.

☒ Eerste lijn (huisarts / POH-GGZ)	☐ GGZ
☐ Verslavingszorg	☐ Welzijn
☐ Ervaringsdeskundigheid / herstel	☐ Anders

Samenwerkende organisaties (minimaal één ander domein)

Organisatie	Domein	Rol in dit project
GGZ Drenthe	GGZ	Levert de inhoudelijke expertise: bepaalt per doelgroep welk online zelfhulpaanbod passend en veilig is tijdens de wachttijd, en wat moet wachten tot de behandeling. Levert consultatie bij twijfel.
Welzijnsorganisatie	Welzijn	Verzorgt het menselijke contact tijdens de wachttijd en brengt in wat lokaal beschikbaar is (herstelinitiatieven, leefstijl, praktische ondersteuning).
InBegrepen (ervaringsdeskundigheid)	Ervaringsdeskundigheid / herstel	Toetst de route vanuit inwonerperspectief en heeft een vaste rol in het contactmoment tijdens de wachttijd.
Ksyos	Overstijgend	Adviseur in het toepassen van online modules binnen de verschillende domeinen.

2. Wat willen jullie bereiken?

Wat ga je doen en voor wie?

Denk vanuit de cliënt: wat verandert er voor hen?

Voor wie
Volwassenen die door de huisarts zijn verwezen naar de behandel-ggz en wachten op een intake. In Drenthe duurt dat gemiddeld 21 weken, tegen een treeknorm van 11 weken.

We beginnen bij drie doelgroepen die samen het grootste deel van de verwijzingen vormen:
1. Volwassenen met angstklachten (paniek, sociale angst)
2. Volwassenen met lichte tot matige depressieve klachten
3. Volwassenen met overbelasting, piekeren en slaapproblemen

Wat we gaan doen
De huisarts en POH-GGZ willen deze inwoners helpen, maar weten niet goed hoe. De verwijzing is er juist omdat de klachten te zwaar zijn voor de eerste lijn. De POH heeft weinig tijd en beperkt zicht op wat er aan online zelfhulp bestaat en wat daarvan veilig is bij deze klachten. Gevolg: er gebeurt niets, en de inwoner verslechtert tijdens het wachten.

In dit project gaan drie partijen samen aan tafel om dit slim te organiseren:
• de ggz weet wat werkt en wat kan wachten;
• de huisarts blijft verantwoordelijk en kan het aanbod doen;
• welzijn kan het fysieke contact en de lokale ondersteuning verzorgen.

Samen maken we per doelgroep een keuze: welk online zelfhulpaanbod zetten we in, wie biedt het aan, wie houdt contact, en wat gebeurt er als het slechter gaat. We gebruiken daarvoor het aanbod dat al positief getoetst is via Digizo.nu en dat via Thuisarts.nl vindbaar wordt, zodat we niets nieuws hoeven te bouwen of te toetsen.

Wat verandert er voor de inwoner
Nu: na de verwijzing hoort de inwoner maandenlang niets en moet hij zelf maar zien wat hij doet.
Straks: binnen twee weken na de verwijzing krijgt hij een aanbod dat past bij zijn klachten, met een vast contactpersoon die periodiek belt. Hij weet wat hij zelf kan doen, wat nog moet wachten, en bij wie hij terechtkan als het minder gaat.

Welke fasen van de cliëntreis pak je aan?

Minimaal twee aanvinken.

☒ Voorzorg / Zelf aan de slag	☐ Vroegsignalering	☐ Triage
☒ 1e lijns behandeling	☒ Wachtfase intake 2e lijn	☐ Intake 2e lijn
☐ Wachtfase 2e lijns behandeling	☐ 2e lijns behandeling	☐ Nazorg / Terugvalpreventie

3. Van oud naar nieuw proces

Hoe ziet het proces er nu uit?

De huisarts of POH-GGZ constateert dat de klachten te zwaar zijn voor de eerste lijn en verwijst naar de behandel-ggz. Daarna volgt een wachttijd van gemiddeld 21 weken.

In die periode:
- is er geen structureel contact; de cliënt hoort niets tenzij hij zelf belt;
- weet de POH-GGZ niet wat er online mogelijk is en heeft niet altijd tijd om patiënt tussendoor nog te zien;
- kent welzijn de inwoner niet en weet niet wat passend is;
- wordt er soms wel gebeld of iets aangeboden, maar niet structureel en niet in verbinding tussen de domeinen;
- komt de cliënt bij de intake vaak slechter binnen dan bij de verwijzing.

Hoe ziet het nieuwe proces eruit?

Met blended care / online zelfhulp. Wat doet de cliënt zelf, wat de professional, en waar zit het contact?

Kern van het nieuwe proces: per doelgroep is vooraf afgesproken wat er tijdens de wachttijd wel kan en wat wacht tot de behandeling. De huisarts hoeft dat niet zelf te bedenken.

Stap 1 — Bij de verwijzing (huisarts / POH-GGZ)
De POH-GGZ pakt het overzicht erbij, en gaat in gesprek met de cliënt over de mogelijkheden qua zelfhulp en eHealthmodules plus aanmelding bij welzijn voor het contact tijdens de wachttijd.

Stap 2 — Wat de inwoner zelf doet
De inwoner gaat aan de slag met de module. Voorbeeld van de verdeling die we in dit project vaststellen:

- Angstklachten: psycho-educatie over angst, ademhaling en ontspanning, opbouwen van activiteiten. Wat wacht: exposure-oefeningen en cognitieve herstructurering — die horen bij de behandeling.
- Lichte tot matige depressieve klachten: psycho-educatie over stemming, dagstructuur, activering, slaaphygiëne. Wat wacht: protocollaire gedragsactivatie en medicatiebeleid.
- Overbelasting, piekeren en slaapproblemen: piekerregulatie, slaapmodule, ontspanning. Wat wacht: diagnostiek van onderliggende problematiek.
- Bij vermoeden van trauma of persoonlijkheidsproblematiek: alleen contact en stabilisatie, geen modules die op de klacht ingaan.

Stap 3 — Wat de professional doet
Welzijn belt periodiek (aansluitend op de werkwijze 'contact in de tussentijd' die binnen Gezonde Marke wordt uitgewerkt): hoe gaat het, wat heeft geholpen, wat kan de komende weken helpen, en is er lokaal iets dat aansluit (herstelinitiatief, leefstijlaanbod, praktische ondersteuning). Welzijn behandelt niet en beoordeelt niet, maar houdt contact en signaleert.

Stap 4 — Waar het contact zit als het misgaat
Er is één afgesproken escalatieroute. Bij zorgelijke signalen belt welzijn de POH-GGZ; die kan dezelfde week terecht bij een vast consultatiemoment van de ggz. De huisarts blijft de verantwoordelijke behandelaar. De POH-GGZ heeft een vast contact persoon binnen de GGZ die de POH kan consulteren wanneer mogelijk.

Stap 5 — Bij de intake
De inwoner neemt mee wat hij al gedaan heeft. De ggz-behandelaar begint niet bij nul en doet niet over wat al is gedaan.

4. Hoe organiseer en borg je dit?

Wat is er nodig om dit te laten werken én te laten blijven na het project?

Denk aan tijd, digivaardigheid van professionals, sturing door management, en bekostiging van online begeleidingstijd (beleid en werkproces).

Wat de voucher betaalt en wat niet
De voucher financiert uitsluitend de projecturen: het samen uitzoeken, ontwerpen en vastleggen van de werkwijze. De zorg en begeleiding zelf worden bekostigd binnen bestaande structuren. Anders is het niet vol te houden na het project.

- Het aanbieden van de module gebeurt binnen het bestaande POH-GGZ-consult.
- Het contact tijdens de wachttijd valt binnen het bestaande welzijnsaanbod van de gemeente.
- De consultatie door de ggz valt binnen de bestaande consultatieafspraken tussen ggz en huisartsenzorg.
- De licenties voor de online modules zijn al aanwezig bij de deelnemende organisaties.

Tijd en sturing
De deelnemende huisartsenpraktijken en welzijnsorganisatie hebben vooraf vastgelegd hoeveel uur hun professionals in het project steken. Er is afgestemd met het management van alle drie de partijen zodat het aansluit bij de visie en het geen initiatief van enkele enthousiastelingen blijft.

Digivaardigheid
POH's en welzijnswerkers krijgen geen algemene e-healthtraining, maar een korte, praktische instructie bij het overzicht dat we maken: dit is de doelgroep, dit bied je aan, zo leg je het uit, dit doe je bij twijfel. De ggz verzorgt die instructie binnen haar bestaande consultatierol.

Borging na het project
Het overzicht en de werkafspraken worden opgenomen in de regionale werkafspraken tussen huisartsenzorg en ggz. Onderhoud van het overzicht (jaarlijks bijstellen) beleggen we bij de kaderhuisarts GGZ samen met de ggz.

Wat we niet oplossen
De bekostiging van online begeleidingstijd in de ggz zelf is een landelijk en regionaal vraagstuk dat dit project niet kan oplossen. We signaleren wat we tegenkomen en brengen dat in bij zowel het management van de betrokken organisaties als bij de Gezonde Marke.

5. Domeinoverstijgend samenwerken

Welke afspraken zijn al gemaakt, en hoe borg je een warme overdracht?

Bijv. over verwijzen en gedeeld aanbod. Hoe weet de ontvangende partij wat al is gedaan, zodat een cliënt niet hetzelfde opnieuw krijgt?

Wat al is afgesproken

- De drie partijen hebben afgesproken dat de ggz de inhoudelijke kaders levert en dat huisartsenzorg en welzijn daarbinnen zelfstandig kunnen handelen, zonder per inwoner te hoeven overleggen. Dat is de kern van deze samenwerking: de eerste lijn krijgt rugdekking.
- De ggz stelt een vast wekelijks consultatiemoment beschikbaar voor de deelnemende praktijken.
- Welzijn sluit aan bij de belwerkwijze die binnen Gezonde Marke wordt ontwikkeld, zodat we geen aparte werkwijze creëren.

Warme overdracht

- Bij aanmelding bij welzijn stuurt de POH-GGZ een kort en vast omschreven bericht mee: doelgroep, welke module is aangeboden, welke afspraken zijn gemaakt en welke signalen aandacht vragen. Vaste velden, geen vrij veld, zodat het kort blijft en overdraagbaar is.
- Welzijn koppelt na afloop van de wachttijd terug aan de POH-GGZ: wat is gedaan, wat heeft geholpen, hoe gaat het nu.
- De inwoner krijgt zelf een overzicht van wat hij gedaan heeft en neemt dat mee naar de intake bij de ggz. Zo is de inwoner zelf de drager van zijn voortgang en zijn we niet afhankelijk van koppelingen tussen systemen die er nog niet zijn.
- Toestemming voor de overdracht wordt bij de verwijzing geregeld en vastgelegd; we sluiten aan bij de regionale afspraken hierover.

Hoe we voorkomen dat een inwoner hetzelfde opnieuw krijgt
De ggz kiest in dit project bewust modules die aansluiten op wat zij ná de intake zelf gebruikt. Wat in de wachttijd is gedaan, telt daarmee mee in de behandeling in plaats van dat het wordt overgedaan.

6. Werkende principes

Vink aan wat in jullie plan geborgd is. Twijfel je? Bespreek het met de implementatie coach.

☒ Behandelrelatie is de basis: modules zijn gekoppeld aan een actief betrokken professional.

☒ Samen beslissen en cliëntregie; er wordt altijd samen met de cliënt gekozen voor modules en hoe er contact blijft.

☒ Zorgvuldige indicatiestelling én actieve toegankelijkheid (digivaardigheid, taal, apparatuur, thuissituatie).

☒ Veiligheid: mogelijke bijwerkingen van modules worden gesignaleerd en besproken.

☒ De wachtfase is actief: licht, niet-behandelend aanbod, altijd met een contactpersoon.

☒ Domeinoverstijgende continuïteit: gedocumenteerde, warme overdracht tussen domeinen.

☐ Nazorg is onderdeel van het plan (geen sluitstuk); privacy en AVG zijn geborgd.
☒ Professioneel kader: tijd en sturing geregeld; online begeleidingstijd is betaalde werktijd.
☒ Ervaringsdeskundigen hebben een formele rol in het zorgpad, niet alleen als klankbord.

7. Jullie projectdoelen

Stel 2 à 3 meetbare doelen voor jullie project op. Dit mogen ook proces doelen zijn i.p.v. uitkomstdoelen.

Doel (meetbaar)	Nu	Einddoel	Hoe meten?	Hoe vaak?	Wie?
Samenwerkings-afspraken gemaakt	Geen concrete afspraken	Concrete afspraken hoe samen te werken	Evalueren: hoe concreet ziet de samenwerk-ing eruit? Zijn we het hierover eens?	3 tussen-evaluaties (2 eigen evaluaties + 1 met Gezonde Marke)	Projectgroep gezamenlijk
Proces ingericht	Geen afgesproken proces	Duidelijk proces dat elke zorgverlener/ welzijns-werker kan uitvoeren	Evalueren en toetsen: Hebben we een nieuw proces? Zo ja, hoe concreet is deze en kan iedereen hiermee uit de voeten? Hoe wordt het nieuw proces ervaren?	3 tussen-evaluaties (2 eigen evaluaties + 1 met Gezonde Marke	Projectgroep gezamenlijk + zorgverleners/ welzijnswerkers die zelf nieuw zorgproces hebben getest in de praktijk.
e-Health modules gekozen per fase	Geen modules gekozen	Per fase zijn modules gekozen en afgestemd die ingezet kunnen worden.	Evalueren: Hoeveel modules zijn er gekozen voor elke fase? Zijn we hier gezamenlijk over eens? Hoe worden ze door enkele cliënten en zorgverleners/ welzijnsmede-werkers ervaren?	3 tussen-evaluaties (2 eigen evaluaties + 1 met Gezonde Marke	Projectgroep gezamenlijk + zorgverleners/ welzijnswerkers die zelf nieuw zorgproces hebben getest in de praktijk.

8. Delen & leren

Wat ga je delen, en van wie ga je leren?

Hoe maak je jullie resultaten en geleerde lessen beschikbaar, en welke andere voucherprojecten zoek je op om van te leren?

Wat wij delen

- Het overzicht 'wat kan tijdens de wachttijd, wat wacht tot de behandeling' per doelgroep. Dat is direct herbruikbaar door andere huisartsenpraktijken en ggz-aanbieders in Drenthe en is wat ons betreft de belangrijkste opbrengst van dit project.
- Het overdrachtsbericht van POH-GGZ naar welzijn (vaste velden).
- Onze geleerde lessen over wat de eerste lijn nodig heeft om daadwerkelijk iets aan te bieden en wat werkt in de begeleiding door welzijn.

Van wie wij leren

- Het actieleernetwerk 'Ondersteuning tijdens het wachten' binnen Gezonde Marke. Dit project is een concrete uitwerking van de leervraag die daar is opgehaald: hoe kan de

huisarts mensen gemakkelijk wijzen op mogelijkheden zonder alles te hoeven weten? We sluiten aan bij de vier sessies per jaar en brengen onze tussenresultaten daarin.
- De ervaringen met 'wachtactief' bij Lentis en met het bellen tijdens het wachten bij HSK Hoogeveen, zodat we niet opnieuw uitvinden wat elders al beproefd is.
- Voucherprojecten van andere organisaties die zich richten op de wachtfase; we zoeken actief contact via het netwerk.

9. Budget & planning

Looptijd

Start- en einddatum.

1 oktober 2026 t/m 31 maart 2027 (6 maanden)

- Maand 1
  Startbijeenkomst met de drie partijen, doelgroepen scherpstellen, inventariseren welk getoetst aanbod beschikbaar is.
- Maand 2–3
  Twee ontwerpsessies met ervaringsdeskundige. Per doelgroep vaststellen wat kan en wat wacht, wie wat doet, en hoe de overdracht en escalatie eruitzien.
- Maand 4
  Instructie voor POH's en welzijnswerkers, werkwijze in gebruik nemen bij de vier praktijken.
- Maand 5
  Eerste ervaringen ophalen, bijstellen. Mondelinge tussenevaluatie.
- Maand 6
  Vastleggen, borgen in de regionale werkafspraken, opbrengst delen met het actieleernetwerk en de projectgroep blended care. Mondelinge eindevaluatie.

De uitvoering loopt na maart 2027 door binnen de bestaande structuren en financiering van de drie partijen.

Globale begroting

Maximaal € 25.000. Een globale verdeling volstaat.

Begrotingspost	Bedrag (€)
Procesbegeleiding en projectleiding (80 uur × € 90)	7.200
Deelname professionals uit drie domeinen aan startbijeenkomst en twee ontwerpsessies (48 uur × € 85)	4.320
Inhoudelijke uitwerking overzicht per doelgroep door ggz-professional (20 uur × € 95)	1.800
Inbreng en toetsing door ervaringsdeskundige (12 uur × € 60)	924
Evaluatie, vastleggen en delen met het netwerk (8 uur × € 85)	720
Totaal	**14.964**

10. Akkoord & ondertekening

☒ **Wij zijn bereid tot twee mondelinge evaluaties (halverwege en aan het eind).**

☒ **Wij delen onze geleerde lessen en resultaten met het netwerk.**

Ondertekening door de betrokken organisaties:

Organisatie	Naam & functie	Handtekening	Datum
Dokter Drenthe (penvoerder)	[naam]		
GGZ Drenthe	[naam]		
Welzijnsorganisatie	[naam]		

Mocht je nog vragen hebben, dan hoor ik het graag — we kunnen altijd even sparren met je coach voordat je indient.