# Kompas

## Krachtgericht & Waarde(n)gedreven Werken in de ggz

Een uiteenzetting van de werkvisie van Stichting KiBG



*Samen zorgen we ervoor dat zoveel mogelijk mensen*
*die psychische hulp zoeken, snel op eigen kracht weer verder kunnen.*

# ♦ Inleiding

**Maatschappelijke context**

*De geestelijke gezondheidszorg (ggz) in Nederland staat onder aanzienlijke druk*

Door toenemende individualisering en het afbrokkelen van structuren van sociale cohesie ervaren mensen vaker eenzaamheid en hebben zij minder mogelijkheden om met zorgen, tegenslagen of praktische problemen terecht te kunnen in hun sociale omgeving[1]. De ggz wordt gezien als het belangrijkste toevluchtsoord voor uiteenlopende mentale, psychische en psychosociale problemen[2]. Moeilijke gevoelens worden snel benaderd als iets dat behandeld moet worden. Mede hierdoor is de vraag naar psychische hulp groot, zijn de wachtlijsten lang, en is de druk op de ggz en diens professionals hoog wat leidt tot een verhoogd risico op uitval van medewerkers. Dit heeft niet enkel effect op de continuïteit van zorg voor cliënten, maar uitval drijft binnen én buiten de ggz ook de maatschappelijke kosten verder op[3] [4]. In Nederland zorgen psychische klachten, overspannenheid of burn-out voor het hoogste verzuimgemiddelde van alle verzuimoorzaken[5] [6].
Ook behandelaarsfactoren spelen een rol in de druk op de ggz. Zo kunnen grote gevoelens van verantwoordelijkheid, hoge eisen die men aan zichzelf stelt, angst om cliënten teleur te stellen, de behoefte om hulp te blijven bieden en moeite om afnemende gezondheidswinst te herkennen, leiden tot het onnodig voortzetten van behandelingen die onvoldoende waarde toevoegen aan het welzijn en de kwaliteit van leven van cliënten[7] [8].

*Een andere manier van kijken*

Tegelijkertijd is er de afgelopen jaren een beweging ontstaan waarbij er op een andere manier wordt gekeken naar mentaal welzijn. Waar eerder vooral de nadruk lag op ziekte en genezing, verschuift de aandacht steeds meer naar positieve gezondheid, herstel en zelfregie. Denk o.a. aan de opkomst van herstelgericht werken, zelfregie- en herstelcentra en mentale gezondheidsnetwerken. Deze beweging stimuleert een bredere kijk op gezondheid, samenwerking over de grenzen van ggz heen en benadrukt het belang van eigen regie van cliënten. Deze verschuiving weg van het traditionele ziektemodel vraagt – naast een rol als actieve richtinggevende partner van cliënten - ook om reflectie van professionals op hun rol in behandelingen. Het onderzoeken en loslaten van eigen verwachtingen, overtuigingen en behoeften, en het verleggen van de focus op klachten en diagnoses naar welzijn en herstel, helpt om ruimte te geven aan de eigen regie en veerkracht van cliënten.

Ook op landelijk niveau krijgt deze beweging vorm. Onder regie van de overheid zijn de afgelopen jaren akkoorden gesloten met alle stakeholders in de zorg om het tij gezamenlijk te keren. Zo beoogt het Integraal Zorgakkoord (IZA) de zorg in Nederland toekomstbestendig te maken door een verschuiving van ziekte en zorg naar gezondheid en preventie te stimuleren, met aandacht voor o.a. passende zorg, digitalisering, regionale samenwerking en werkdruk. Het Akkoord Zorg en Welzijn in de Aanpak (AZWA) bouwt hierop voort en bevat – specifiek voor de ggz - afspraken die ervoor zorgen dat mensen die de zorg het hardst nodig hebben deze sneller kunnen ontvangen.

Deze andere manier van kijken is niet alleen belangrijk met oog op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg, maar het draagt ook bij aan de kwaliteit van leven en het welzijn van cliënten. Hier werken wij als Stichting KiBG al sinds onze oprichting in 2016 aan.

**Visie en missie van Stichting KiBG**

Wij geloven dat mensen een bron van veerkracht zijn en zelf het beste kunnen bepalen wat hun leven betekenisvol maakt. Met oog op de druk op de ggz moeten ondersteuning en zorg voor mensen die psychologische hulp zoeken er volgens ons daarom op gericht zijn om hen zo snel mogelijk in staat te stellen weer op eigen kracht verder te kunnen.

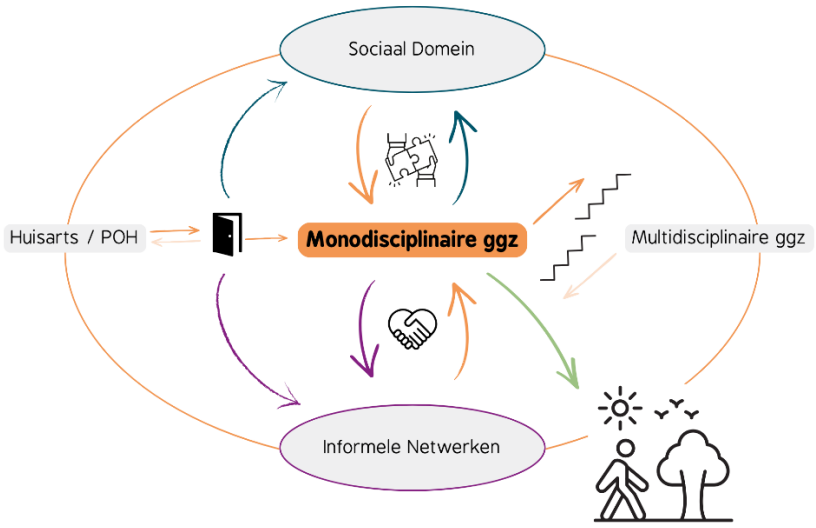
Om dit te verwezenlijken bouwt Stichting KiBG al tien jaar lang aan een netwerk in de ggz, waarin we rond een gedeelde werkvisie op ggz elkaar opzoeken, kennis en ervaring delen en samen leren en ontwikkelen.

De inzichten die we in gesprek met ggz-aanbieders en professionals, zorgverzekeraars, cliëntvertegenwoordigers, beleidsmakers en andere stakeholders hebben opgedaan, zijn op hoofdlijnen gebundeld in dit document: het Kompas Krachtgericht & Waarde(n)gedreven Werken. Dit document biedt een beknopt en richtinggevend overzicht van aandachtspunten voor behandelaren en ggz-aanbieders om in de praktijk op spreekkamer-, organisatie- en netwerkniveau krachtgericht en waarde(n)gedreven te werken. Het ondersteunt professionals in het doelgericht en effectief inzetten van psychologische behandeling.

Het is belangrijk om te benadrukken dat het hierbij niet gaat om een overkoepelende behandelvorm, maar om een bundeling van werkende principes. Juist daarin ligt de kracht: het biedt betrokkenen een gedeeld referentiekader en attitude voor dialoog en ondersteunt bij het versterken van zorgverlening, beleidskeuzes en samenwerking.

*Doelgroep voor het Kompas*

Het kompas richt zich op het aandachtsgebied van de stichting: ambulante, monodisciplinaire en verzekerde zorg binnen vrijgevestigde praktijken en instellingen. Binnen (en buiten) deze afbakening zet iedere behandelaar en ggz-aanbieder zich in om zo efficiënt en effectief mogelijk te behandelen. Het gezamenlijk doel (dat mensen die psychologische hulp zoeken zo snel mogelijk weer op eigen kracht verder kunnen) vraagt van hen een specifieke houding en benadering: krachtgericht en waarde(n)gedreven werken.




***Afbeelding 2: hoe verhoudt de monodisciplinaire ggz zich tot andere domeinen?***

**Het Kompas Krachtgericht & Waarde(n)gedreven Werken**

*Krachtgericht en waarde(n)gedreven werken op drie niveaus*
Krachtgericht werken richt zich op het binnen een afgebakend behandeltraject versterken van hulpbronnen, veerkracht en eigen regie van cliënten, waarbij zij als gelijkwaardige partners worden gezien. Organisaties en netwerken ondersteunen dit met een positieve, herstelgerichte cultuur, werkprocessen en samenwerkingen die uitgaan van mogelijkheden en sterktes in plaats van problemen en beperkingen.

Waarde(n)gedreven werken betekent dat er binnen een afgebakend behandeltraject voortdurend wordt afgestemd op wat voor de cliënt echt van waarde is, door samen doelen te formuleren, aan te sluiten op de hulpvraag en regelmatig te evalueren. Het streven is om zorg te bieden die daadwerkelijk bijdraagt aan het welzijn en de kwaliteit van leven van de cliënt, met oog voor de maatschappelijke context en de gezamenlijke verantwoordelijkheid om de capaciteit zorgvuldig in te zetten. Organisaties en netwerken ondersteunen waarde(n)gedreven werken door een lerende en transparante cultuur te creëren.

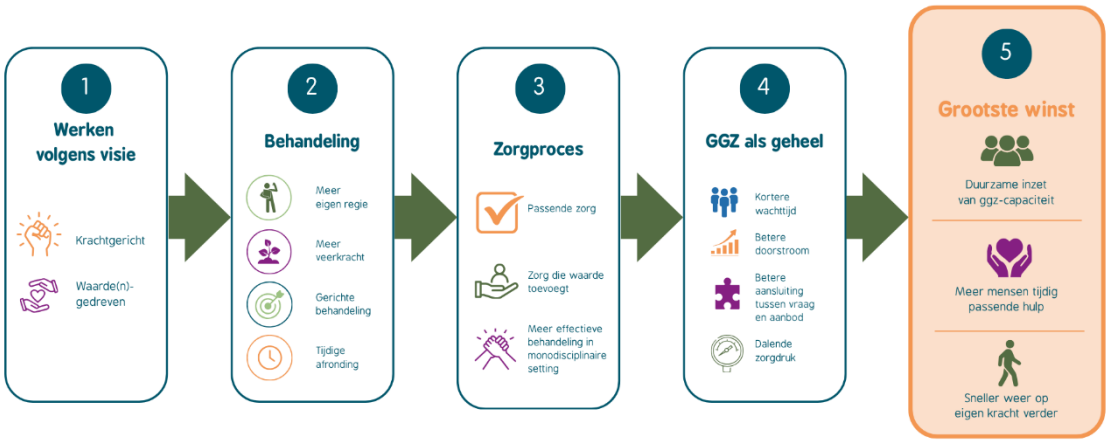
Werken heeft in deze context betrekking op al het doen en laten op drie niveaus:

- Spreekkamerniveau heeft betrekking op de relatie en interactie tussen de behandelaar en cliënten en hun omgeving (naasten, familie, mantelzorgers, etc.).
- Organisatieniveau heeft betrekking op het interne beleid en cultuur, en de communicatie van de ggz-aanbieder met zijn directe omgeving bestaande uit (potentiële) cliënten en naasten en doorverwijzers.
- Netwerkniveau heeft betrekking op de samenwerking en kennisdeling van de ggz-aanbieders met andere ggz-aanbieders, het sociaal domein, zorgverzekeraars en andere hulp- of ondersteuningsorganisaties.

Deze drie niveaus zijn onlosmakelijk verbonden en versterken elkaar wanneer je op elk niveau consistent inzet op krachtgericht en waarde(n)gedreven werken. Altijd met één doel: dat mensen die psychologische hulp zoeken zo snel mogelijk weer op eigen kracht verder kunnen.
Dit vraagt om een duidelijke organisatievisie op deze werkwijze die zowel intern als extern leidend is, gedragen door sterk leiderschap[9] [10].

*Waarom Krachtgericht & Waarde(n)gedreven werken?*
Krachtgericht & Waarde(n)gedreven werken draagt bij aan een duurzame inzet van ggz-capaciteit. Door kritisch te kijken welke ondersteuning daadwerkelijk van meerwaarde is en welke hulpbronnen buiten de ggz (effectiever) kunnen worden benut kan onnodige instroom en overbehandeling worden voorkomen. Waar nodig kunnen cliënten zoveel mogelijk binnen de monodisciplinaire ggz passende behandeling ontvangen. Focus op eigen regie, aansluiten op de daadwerkelijke hulpvraag en het versterken van veerkracht draagt bij aan tijdige en succesvolle afronding van behandeling en een kleinere afhankelijkheid van professionele zorg op de langere termijn. Dit kan zorgen voor minder doorverwijzing en een betere doorstroom. Daarmee draagt deze werkwijze bij aan een betere aansluiting tussen de vraag naar ggz en het beschikbare aanbod, en aan een duurzame toegankelijkheid van de ggz als geheel.

Wij geloven dat élke ggz-professional hieraan kan bijdragen door de manier waarop zij kijken naar hulpvragen, keuzes maken in behandeling en omgaan met verwijzingen, ongeacht waar in de zorgketen zij werkzaam zijn. Hoe meer professionals zich hierbij aansluiten, hoe meer mensen die psychologische hulp zoeken we kunnen helpen om zo snel mogelijk weer op eigen kracht verder te gaan.




***Afbeelding 1: effecten van krachtgericht en waarde(n)gedreven werken***

*Doelgroep voor Krachtgericht & Waarde(n)gedreven werken*
Hoewel onze werkvisie in de basis-ggz setting tot stand is gekomen en gegroeid, is deze niet uitsluitend gericht op de basis-ggz of op cliënten met lichte problematiek. Het kan ook passend en van meerwaarde zijn voor ggz-aanbieders die werken met cliënten met meervoudige problemen, mits er in deze trajecten voldoende focus kan worden aangebracht. Denk hierbij aan behandeling van zorgvraagtyperingen 4 en 7, naast de typen 1, 2 en 3. Een belangrijke voorwaarde is dat cliënten bereid en in staat zijn zelfstandig overeind te blijven en actief te investeren in het realiseren van hun behandeldoelen.

# ♦ Krachtgericht en Waarde(n)gedreven Werken

## 1. In de spreekkamer

*Bij krachtgericht behandelen op spreekkamerniveau…*

- Wordt vooral gekeken naar wat er binnen een afgebakende en doelgerichte behandeling wél mogelijk is. De belangrijkste indicatie is of cliënten bereid en in staat zijn zelfstandig overeind te blijven en actief te investeren in het realiseren van hun behandeldoelen.

- Is het overkoepelende doel van therapie dat cliënten leren omgaan met huidige en toekomstige uitdagingen door het versterken van hun veerkracht en vaardigheden. Hierbij ligt de nadruk op het benutten van bestaande krachten en hulpbronnen. Een krachtgerichte benadering verhoogd de effectiviteit[11], en vergroot de tevredenheid van cliënten én het werkplezier van behandelaren[12] [13] [14] [15]

- Hanteren behandelaren een houding die het zelfherstellend vermogen van cliënten bevordert. Kenmerkend zijn; normaliseren, oplossingsgericht denken, vertrouwen op de eigen kracht van cliënten, durven loslaten en zelfkritisch reflecteren[16]. Het is belangrijk dat behandelaren ook hun eigen overtuigingen onderzoeken, omdat disfunctionele aannames of verwachtingen doelmatige behandeling kunnen belemmeren[17].

- Worden cliënten gestimuleerd regie te nemen over hun herstelproces, waarvan de behandeling slechts een tijdelijk onderdeel vormt. Behandelaar, cliënt en diens naasten stemmen continu af in een proces van *samen beslissen*, met nadruk op het bevorderen van autonomie. Onderzoek laat zien dat samen beslissen leidt tot hogere cliënttevredenheid[18], betere therapietrouw en gunstigere behandeluitkomsten[19].

- Wordt e-health ingezet om cliënten te activeren, bekrachtigen en hun eigen regie over het herstel te bevorderen. Er worden bij voorkeur positieve, krachtgerichte e-health toepassingen ingezet en er wordt maatwerk geleverd, afgestemd op de hulpvraag van cliënten. E-health wordt waar mogelijk ook in de wachttijd ingezet, zodat cliënten al voordat de behandeling start actief aan hun herstel kunnen werken. Denk hierbij aan zelfstandige modules, leefstijlinterventies, activerende opdrachten of psycho-educatie gericht op het versterken van positieve copingvaardigheden.

- Krijgen hulpbronnen in het netwerk rondom cliënten voldoende aandacht. Cliënten worden actief gestimuleerd deze te benutten en hun netwerk te versterken. Onder meer door:
  - het actief betrekken van naasten bij de behandeling;
  - het stimuleren van lotgenotencontact en deelname aan maatjesprojecten, cliëntorganisaties, buurtinitiatieven of andere vormen van sociale steun; en
  - door samen te werken met betrokken professionals uit andere domeinen.

  Binnen het eigen netwerk staan cliënten centraal, wat bijdraagt aan hun eigen regie, zelfredzaamheid en herstel. Het gestructureerd en evidence-based betrekken van naasten blijkt positieve effecten te hebben op behandeluitkomsten [20] [21].

*Bij waarde(n)gedreven behandelen op spreekkamerniveau…*

- Worden cliënten benaderd met een brede blik. Hierbij staat de vraag centraal welke vorm van ondersteuning voor een cliënt op dat moment de meeste waarde biedt. Soms ligt die waarde (deels) buiten de ggz, bijvoorbeeld in werk[22] [23], het eigen sociale netwerk of andere vormen van ondersteuning. Door deze bronnen actief te kennen en betrekken, wordt herstel in een bredere context geplaatst. Tegelijkertijd wordt ook gekeken naar de maatschappelijke waarde van het handelen: werken op een manier die bijdraagt aan het omgaan met bredere maatschappelijke uitdagingen, zoals toegankelijkheid en duurzaamheid van zorg. Goede communicatie en afstemming met cliënten, hun naasten en verwijzers is daarbij essentieel.

- Vormt de hulpvraag van cliënten het vertrekpunt. Aan het begin van ieder traject wordt zorgvuldig onderzocht wat cliënten zelf willen veranderen en wanneer een behandeling van waarde is. Niet de diagnose of classificatie volgens de DSM staat centraal, maar het gewenste resultaat vanuit het perspectief van de cliënt. Op basis daarvan wordt maatwerk geleverd met gebruik van bewezen effectieve interventies, waarbij cliënten worden geactiveerd en gestimuleerd tot eigen inzet.

- Worden er concrete en haalbare behandeldoelen opgesteld die in lijn zijn met de gewenste verandering van cliënten. Deze doelen geven richting aan de behandeling en helpen de focus te behouden[24]. Verwachtingsmanagement vanaf de start is essentieel: het behandelplan wordt samen opgesteld, waarbij er samen wordt besloten over de focus en hoe de cliënt zelf werkt aan diens herstel.

- Is het vanaf de start duidelijk dat het traject afgebakend en eindig is, inclusief een verwachte behandelduur. Dit draagt bij aan focus en motivatie, en bevordert herstel[25]. Een open eind kan daarentegen leiden tot het steeds erbij komen van nieuwe hulpvragen, passiviteit of de indruk wekken dat herstel lang duurt, wat een selffulfilling prophecy kan worden[26].

- Wordt gekeken hoe de inzet van e-health van waarde kan zijn in elk behandeltraject. Digitale middelen kunnen verdieping en herhaling stimuleren, of helpen bij het oefenen en toepassen van wat tijdens sessies wordt geleerd[27] [28] [29] [30] [31] [32]. Daarnaast kunnen e-health toepassingen ondersteunen bij aanvullende vragen die buiten de afgesproken behandeldoelen vallen. Samen met cliënten wordt bekeken welke toepassingen het best aansluiten bij hun hulpvraag, voorkeuren en persoonlijke context. Waar nodig wordt gekozen voor non-digitale alternatieven, zoals werkboeken of papieren opdrachten. De inzet van digitale middelen blijft maatwerk, afgestemd op de hulpvraag en op wat daadwerkelijk waarde toevoegt voor een cliënt.

- Worden ook andere behandelvormen ingezet die aangetoond waarde bijdragen. Groepsbehandelingen zijn hiervan een goed voorbeeld: ze zijn effectief, vergroten de behandelcapaciteit wanneer ze worden ingezet ter vervanging van individuele behandeling en bevorderen onderlinge steun tussen cliënten[33].

- Is regelmatig evalueren van het behandeltraject een essentieel onderdeel van het proces[16]. De voortgang wordt besproken aan de hand van de behandeldoelen, ROM (Routine Outcome Monitoring) en cliëntfeedback, en indien nodig wordt de koers bijgesteld[34] [35] [36]. Dit verbetert de behandelrelatie, verhoogt de effectiviteit, vermindert drop-out en stelt behandelaren in staat snel te reageren op signalen van stagnatie [34] [37]. Een traject wordt afgerond wanneer het doel is bereikt, of wanneer blijkt dat het plafond van verandering binnen psychologische behandeling op dat moment is bereikt en het voorzetten van het traject onvoldoende waarde toevoegt voor de cliënt.

**2. In de organisatie**

*Bij krachtgericht werken op organisatieniveau…*

- Heerst er een houding die aansluit bij die van de behandelaar in de spreekkamer: er is vertrouwen in de eigen kracht van cliënten en hun omgeving, en men kijkt met een normaliserende, positieve en bescheiden blik.

- Stellen professionals zich lerend op. Er wordt actief geleerd over, en gebruik gemaakt van, nieuwe innovaties, behandelvormen en e-health toepassingen. Gemaakte keuzes worden vastgelegd in duidelijk en transparant beleid met aandacht voor implementatie en ondersteuning. Uitdagingen die komen kijken bij de implementatie worden benaderd met een positieve en oplossingsgerichte houding, waarin leren en ontwikkelen centraal staan.

*Bij waarde(n)gedreven werken op organisatieniveau…*

- Is er tijdens intervisie, supervisie, werkbegeleiding of collegiale overleggen aandacht voor trajecten die mogelijk te lang doorlopen zonder merkbare vooruitgang. Men bevraagt elkaar hierover vanuit nieuwsgierigheid en met het gezamenlijke streven naar doelmatige en effectieve zorg. Collega's houden elkaar scherp op het durven loslaten en het kritisch blijven reflecteren op het eigen handelen.

- Worden geaggregeerde gegevens verzameld en geanalyseerd om inzicht te krijgen in processen en trends, zoals cliëntervaringen (CQ-index), behandeleffecten (ROM-gegevens), behandelduur, doorlooptijden, terugkerende cliënten en populatiekenmerken. Met deze inzichten worden verbeterkansen voor behandelaren en de organisatie als geheel gesignaleerd en beleidsmatige keuzes onderbouwd.

- Dragen duidelijke communicatie en verwachtingsmanagement richting (toekomstige) cliënten bij aan waarde(n)gedreven werken – bijvoorbeeld via informatie op de website of tijdens de intake – zodat cliënten weten dat de behandeling doelgericht, afgebakend en tijdsgebonden is. Behandelopties, werkwijzen en resultaten worden transparant breed gecommuniceerd, zodat het voor cliënten en verwijzers helder is wat zij kunnen verwachten van een zorgaanbieder.

### 3. In netwerken

*Bij krachtgericht werken op netwerkniveau…*

- Wordt gedeeld wat werkt, waar uitdagingen liggen en hoe beslissingen worden genomen. Professionals stellen zich lerend en positief op ten overstaan van uitdagingen. Door onderlinge uitwisseling dragen ggz-aanbieders bij aan het verspreiden van effectieve strategieën en (digitale) innovaties. Dit gebeurt bijvoorbeeld via intervisie, lerende netwerken, (online) platforms, bijeenkomsten en scholing.

*Bij waarde(n)gedreven werken op netwerkniveau…*

- Is domeinoverstijgende samenwerking cruciaal om cliënten tijdig en effectief te ondersteunen. Dit vraagt om voortdurende afstemming en kennisdeling tussen ggz-aanbieders, huisartsen, POH-GGZ, welzijns- en maatschappelijke organisaties en het sociaal domein. Door korte lijnen te onderhouden en elkaars aanbod goed te kennen, kunnen aanbieders bepalen welke ondersteuning of zorg het beste aansluit op een hulpvraag.

- Draagt het delen en vergelijken van data met andere organisaties zowel binnen als buiten het KiBG-netwerk bij aan een beter begrip van *best practices* en gezamenlijke verbeterkansen.

- Heeft wetenschappelijk onderzoek een belangrijke rol: het biedt inzicht in welke interventies het meest effectief zijn, voor wie en onder welke omstandigheden. Een nauwe wisselwerking tussen wetenschap en praktijk is hierbij cruciaal: nieuwe kennis moet niet alleen worden ontwikkeld, maar ook worden vertaald naar de dagelijkse zorgpraktijk.

# ♦ Wat doet Stichting KiBG

Met ons netwerk zet we de beweging in naar *Krachtgericht & Waarde(n)gedreven Werken*. Hiertoe beheren we een keurmerk voor ggz-aanbieders die deze werkvisie in de praktijk toepassen, organiseren en faciliteren we kennisdeling hierover, ondersteunen we ggz-aanbieders bij het leren en verbeteren op basis van data, en faciliteren we praktijkgericht en wetenschappelijk onderzoek ter verdere onderbouwing van wat wel en niet werkt in de praktijk.

*Kompas als levend document*

Het kompas is een levend document dat meegroeit met het KiBG-netwerk. Nieuwe inzichten, opgedane ervaringen en maatschappelijke ontwikkelingen worden hierin voortdurend verwerkt. Bij het lezen, nodigen we je van harte uit hieraan bij te dragen. Want alleen ga je sneller, maar samen komen we verder. En alleen samen kunnen we ervoor zorgen dat zoveel mogelijk mensen die psychische hulp zoeken, zo snel mogelijk weer op eigen kracht verder kunnen.

# Referentielijst

[1] Boumans, J., Kroon, H., van der Hoek, B., (2023, 6 februari). *Ggz uit de knel: Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief*. Trimbos-instituut. Https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/ggz-uit-de-knel

[2] Boumans, J., Kroon, H., van der Hoek, B., (2023, 6 februari). *Ggz uit de knel: Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief*. Trimbos-instituut. Https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/ggz-uit-de-knel

[3] Nederlandse Zorgautoriteit. (2025, 22 juli). *Toegang tot geestelijke gezondheidszorg verder onder druk*. https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2025/07/22/toegang-tot-geestelijke-gezondheidszorg-verder-onder-druk

[4] TNO. (2025, 3 juni). *Arbobalans: kosten werkgerelateerd ziekteverzuim blijven stijgen, ruim helft psychosociale arbeidsbelasting*. https://www.tno.nl/nl/newsroom/2025/06/arbobalans-kosten-werkgerelateerd/

[5] Rijksoverheid. (z.d.). *[Document via open.overheid.nl]*. https://open.overheid.nl/documenten/c0d175e4-d3ee-4b27-9a8c-a734e6365107/file

[6] Nederlandse Arbeidsinspectie. (2025, 11 juli). *Psychosociale arbeidsbelasting in de geestelijke gezondheidszorg: Een verkennend literatuuronderzoek*. https://www.nlarbeidsinspectie.nl/binaries/nlarbeidsinspectie/documenten/publicaties/2025/07/11/psychosociale-arbeidsbelasting-in-de-geestelijke-gezondheidszorg/psychosociale-arbeidsbelasting-in-de-geestelijke-gezondheidszorg-20250711.pdf[7]Arts, W., & Reinders, M. (2012). Het afsluiten van eindeloze behandelingen. *Gedragstherapie, 45*(4), 405–416.

[8]Reinders, M., & Boot, K. (2020). Korter behandelen of efficiënter behandelen? *Gedragstherapie, 53*(2), 103-113. https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/TG-2020-2-4/Korter-behandelen-of-efficienter-behandelen

[9] Restivo, V., Minutolo, G., Battaglini, A., Carli, A., Capraro, M., Gaeta, M., Odone, A., Trucchi, C., Favaretti, C., Vitale, F., & Casuccio, A. (2022). Leadership Effectiveness in Healthcare Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cross-Sectional and Before–After Studies. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, *19*(17), 10995. https://doi.org/10.3390/ijerph191710995

[10] Qin, X., Wang, B., Zhao, J., Wu, P., & Liu, T. (2023). Learn from the best hospitals: a comparison of the mission, vision and values. *BMC Health Services Research*, *23*(1), 792. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09699-8

[11] Flückiger, C., Wüsten, G., Zinbarg, R. E., & Wampold, B. E. (2026). *Resource activation in psychotherapy: A Strength-Based Approach*. Hogrefe Publishing.

[12] Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health, 13*, 119. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119

[13] Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*(5), 467–487. https://doi.org/10.1002/jclp.20593

[14] Kloos, N., Drossaert, C. H. C., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2019). Online positive psychology intervention for nursing home staff: A cluster-randomized controlled feasibility trial of effectiveness and acceptability. *International Journal of Nursing Studies, 98*, 48–56. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.06.004

[15] Bohlmeijer, E. T. (Ed.). (2025). *Positieve klinische psychologie in de praktijk*. Boom.

[16] Hutschemaekers, G., Nekkers, M., & Tiemens, B. (2019). Handboek generalistische ggz. In Bohn Stafleu van Loghum eBooks. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2364-7

[17] Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129–137. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.005

[18] Van Buuren, V., Eigenhuis, E., Boeschoten, R., van Oppen, P., Muntingh, A., & Batelaan, N. (2023). Het effect van samen beslissen bij depressie: Systematische review en meta-analyse. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/artikelen/article/50-13119

[19] Francis, C. J., Hazelton, M., & Wilson, R. L. (2024). Supported Decision-Making Interventions in Mental Healthcare: A systematic review of evidence on the outcomes for people with mental ill health. *Health Expectations*, *27*(6). https://doi.org/10.1111/hex.70134

[20] Brady, P., Kangas, M., & McGill, K. (2016). "Family Matters": A Systematic Review of the Evidence for Family Psychoeducation for Major Depressive Disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, *43*(2), 245–263. https://doi.org/10.1111/jmft.12204

[21] Katsuki F, Watanabe N, Yamada A, Hasegawa T. Effectiveness of family psychoeducation for major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2022;8(5):e148. doi:10.1192/bjo.2022.543

[22] Van Oosten, A. J., van Mens, K., Blonk, R. W. B., Burdorf, A., & Tiemens, B. (2023). The relationship between having a job and the outcome of brief therapy in patients with common mental disorders. *BMC Psychiatry, 23*, Article 910. https://doi.org/10.1186/s12888-023-05418-z

[23] Akwa GGZ. (2025). *Zorgstandaard Arbeid als medicijn*. GGZ Standaarden.

[24] Van Der Heiden, C., & Korrelboom, K. (2024). *Doelgestuurd behandelen in de cognitieve gedragstherapie: Een praktische handleiding*. Bohn Stafleu Van Loghum.

[25] Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Agnew, R. M., Halstead, J., & Harrington, V. M. G. (1996). Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: Replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 1079–1085. 8.

[26] Reinders, M., & Boot, K. (2020). Korter behandelen of efficiënter behandelen? Gedragstherapie, 53(2), 103-113. https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/TG-2020-2-4/Korter-behandelen-of-efficienter-behandelen

[27] Van Der Vaart, R., Witting, M., Riper, H., Kooistra, L., Bohlmeijer, E. T., & Van Gemert-Pijnen, L. J. (2014). Blending online therapy into regular face-to-face therapy for depression: content, ratio and preconditions according to patients and therapists using a Delphi study. *BMC Psychiatry*, *14*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-014-0355-z

[28] Erbe, D., Eichert, H., Riper, H., & Ebert, D. D. (2017). Blending Face-to-Face and Internet-Based Interventions for the Treatment of Mental Disorders in Adults: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(9), e306. https://doi.org/10.2196/jmir.6588

[29] Titzler, I., Saruhanjan, K., Berking, M., Riper, H., & Ebert, D. D. (2018). Barriers and facilitators for the implementation of blended psychotherapy for depression: A qualitative pilot study of therapists' perspective. *Internet Interventions*, *12*, 150–164. https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.01.002

[30] Mol, M., Dozeman, E., Provoost, S., Van Schaik, A., Riper, H., & Smit, J. H. (2018). Behind the Scenes of online Therapeutic Feedback in Blended Therapy for Depression: Mixed-Methods Observational Study. *Journal of Medical Internet Research*, *20*(5), e174. https://doi.org/10.2196/jmir.9890

[31] Fenski, F., Behr, S., Schaeuffele, C., Boettcher, J., & Knaevelsrud, C. (2023). Blended Care: Stand der Forschung und Implementierungsmöglichkeiten. *Der Nervenarzt*, *95*(3), 216–222. https://doi.org/10.1007/s00115-023-01579-0

[32] Lee, J. L., Chen, S., Wickham, R. E., Wang, P., Wu, M. S., Varra, A. A., Chen, C. E., & Lungu, A. (2024). Clinical outcomes from blended care therapy for anxiety and depression in the year after treatment. *Internet Interventions*, *39*, 100798. https://doi.org/10.1016/j.invent.2024.100798

[33] Koementas-de Vos, M., & Daemen, M. (2024). Groepstherapie in de ggz: een van de beoogde oplossingen voor wachtlijstproblematiek, maar hoe? Groepen. https://www.groepspsychotherapie.nl/nvgp/_sitefiles/file/tijdschrift/2024/2024_4groepstherapieindeggz.pdf

[34] Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. American Psychological Association.

[35] Tiemens, B., Peperkamp-Meuleman, I., Witteman, C. (2020). Geen maatwerk zonder meetwerk: ROM als correctiemechanisme voor klinische beoordelingsfouten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 46, 334-47.

[36] Janse, P. D., De Jong, K., Van Dijk, M. K., Hutschemaekers, G. J. M., & Verbraak, M. (2017). Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback. *Psychother Res*, *27*(5), 525-538. https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1152408%20

[37] de Jong, K., Conijn, J. M., Gallagher, R. A. V., Reshetnikova, A. S., Heij, M., & Lutz, M. C. (2021). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, *85*, 102002. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102002