



SAMENWERKINGSAFSPRAKEN TOEGANKELIJKE GGZ

Afspraken over de in-, door- en uitstroom van inwoners met een psychische kwetsbaarheid tussen partijen uit het sociaal domein, huisartsenzorg en ggz in regio Eemland



Inhoudsopgave

TIP: Houd de 'CTRL-toets' in en klik op een hoofdstuk om direct naar het hoofdstuk te springen.

1. Inleiding.....	3
2. Algemene samenwerkingsafspraken regio Eemland	5
3. Samenwerkingsafspraken sociaal domein en huisartsenzorg.....	6
4. Samenwerkingsafspraken sociaal domein en ggz	6
5. Samenwerkingsafspraken huisartsenzorg en ggz.....	7
6. Samenwerkingsafspraken tussen ggz instellingen onderling	8
7. Samenwerkingsafspraken tussen partijen in het sociaal domein onderling	11
8. Samenwerkingsafspraken bij crisis en acute situaties	12
Bijlage 1: Revisiewerkgroep en overzicht revisies	13
Bijlage 2: Toelichting zorg- en ondersteuningsdomeinen binnen deze afspraken	14
Bijlage 3: Overzicht en contactgegevens van wegwijzers	15
Bijlage 4: Contactgegevens organisaties uit het sociaal domein in regio Eemland	16

Colofon

Versie: 1.2

Publicatie: April 2026

Eigenaar: Samen Sterker Eemland

Contactpersoon: Doekes Prakken, d.prakken@samensterkereemland.nl

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en doel

De samenwerkingsafspraken toegankelijke ggz beschrijven hoe professionals uit sociaal domein, huisartsenzorg en ggz in regio Eemland samenwerken rondom ambulante ondersteuning en zorg aan volwassen inwoners met een psychische kwetsbaarheid. De afspraken komen voort uit de taskforce Wachtlijden voor regio Midden-Nederland en zijn vertaald naar de subregio Eemland. De afspraken hebben als doel om de samenwerking tussen professionals uit verschillende domeinen te versterken, zodat inwoners passende ondersteuning krijgen op het juiste moment. De afspraken helpen hierbij door:

- Heldere kaders te bieden voor in-, door- en uitstroom tussen domeinen
- Duidelijk te maken wie waarvoor verantwoordelijk is

Afbeelding: Historie van de totstandkoming en doorontwikkeling van de samenwerkingsafspraken toegankelijke ggz



1.2 Rol van de samenwerkingsafspraken binnen het mentaal gezondheidsnetwerk

Binnen regio Eemland werken we aan een beweging van ‘genezen’ naar ‘gezondheid bevorderen’. Het mentaal gezondheidsnetwerk is de netwerkstructuur waarbinnen het sociaal domein, huisartsenzorg en ggz samenwerken om dit te bereiken voor en rondom inwoners met een psychische kwetsbaarheid. Deze samenwerkingsafspraken vormen de basis van deze netwerkstructuur. Ze beschrijven de onderlinge werkwijze tussen professionals binnen het mentaal gezondheidsnetwerk. Zo weten partijen wat ze van elkaar kunnen verwachten en waar ze elkaar op aan kunnen spreken. Onder het mentaal gezondheidsnetwerk vallen verschillende ‘functies’ die professionals concreet ondersteunen om die domein overstijgende samenwerking in de praktijk toegankelijker te maken. Via [deze pagina](#) vind je meer informatie over het mentaal gezondheidsnetwerk.

Afbeelding: Het mentaal gezondheidsnetwerk (MGN) met de samenwerkingsafspraken als netwerkstructuur:



1.3 Doorontwikkeling afspraken via jaarlijkse revisies

De samenwerkingsafspraken zijn een levend document, beheerd door Samen Sterker Eemland. Om de afspraken passend te blijven houden voor de regio vindt er minimaal één keer per jaar een revisie plaats door een revisiewerkgroep. Deze werkgroep bestaat uit een vaste groep professionals van het sociaal domein, huisartsenzorg en de ggz. Per revisie sluiten er professionals aan die een verbeteruggestie komen toelichten. De revisiewerkgroep besluit over wijzigingen en toevoegingen aan de afspraken,

gefaciliteerd door Samen Sterker Eemland.

→ Zie bijlage 1 voor een overzicht van de vorige revisies en de samenstelling van de revisiewerkgroep.

1.4 Scope van de samenwerkingsafspraken toegankelijke ggz

Binnen de scope van deze afspraken vallen:

- Ambulante hulpverlening aan volwassen inwoners bij psychische kwetsbaarheid
- Gemeenten: Amersfoort, Baarn, Soest, Bunschoten, Nijkerk, Woudenberg en Leusden. Barneveld en Scherpenzeel sluiten eind 2026 aan via een ingroeipad.
- Ggz¹ (monodisciplinaire ggz, multidisciplinaire ggz, crisisdienst), huisartsenzorg (huisarts & POH- ggz) en sociaal domein (lokale (wijk)teams, welzijn en [Herstelnetwerk Eemland](#)).
→ Zie bijlage 2 voor een toelichting op deze domeinen en actoren.

Buiten scope van deze afspraken vallen:

- Intramurale ggz (hiervoor zijn de [wederkerigheidsafspraken intramurale ggz](#))
- Jeugd onder de 18 jaar
- Overige sociaal domein partijen zoals jeugdzorg, arbeidsintegratie of schuldhulpverlening

1.5 Relatie tot andere regionale afspraken

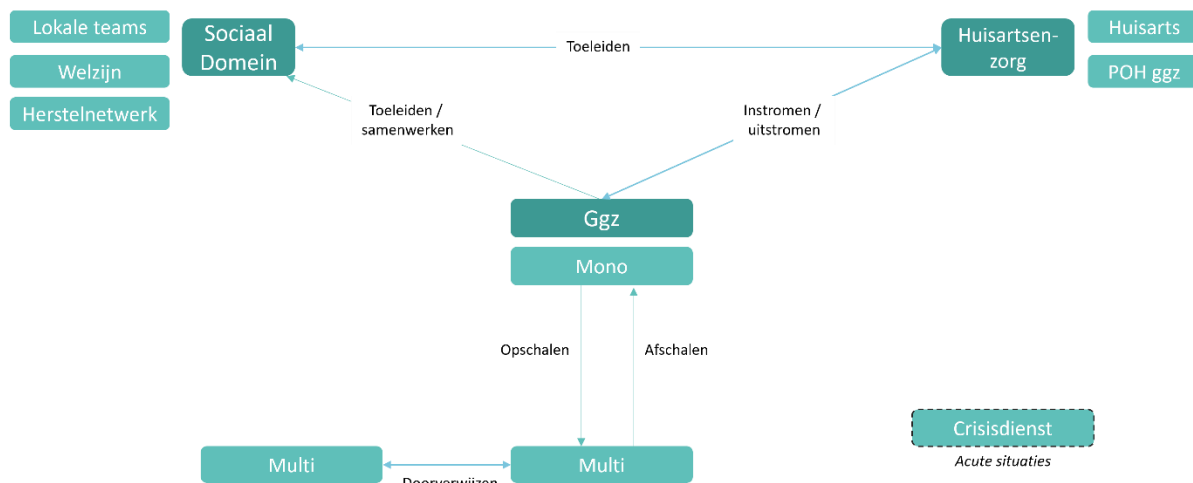
Deze samenwerkingsafspraken hangen samen met:

Wederkerigheidsafspraken GGz Centraal – sociaal domein: Samenwerkingsafspraken rondom de in- en uitstroom van intramurale ggz zorg tussen GGz Centraal als klinische opnamelocatie, lokale (wijk)teams en gemeenten in regio Amersfoort. Het doel is om opnames te voorkomen en bij uitstroom tijdig passende zorg, begeleiding en huisvesting te organiseren. Meer info via [deze pagina](#).

Regionale overlegtafel: Als casuïstiek (ondanks deze afspraken) vastloopt, is de regionale overlegtafel de 1e trede in de regionale doorzettingsmacht. Het doel is een oplossing te vinden voor inwoners waar nog geen passende zorg of ondersteuning voor is. Meer info via [deze pagina](#).

1.6 Leeswijzer

In de volgende hoofdstukken gaan we in op de algemene afspraken die domeinoverstijgend gelden én de afspraken tussen specifieke domeinen:



NB. In het document gebruiken we standaard de term 'inwoners', afhankelijk van het domein kan hier ook patiënten (huisartsenzorg) of 'cliënten' (ggz) gelezen worden.

¹ Er is binnen de ggz sinds de invoering van het zorgprestatie model in 2022 geen sprake meer van basis- (BGGZ) en specialistische ggz (SGGZ). BGGZ is nu monodisciplinaire ggz en SGGZ is nu multidisciplinaire ggz.

2. Algemene samenwerkingsafspraken regio Eemland

De onderstaande afspraken gelden domein overstijgend en vormen het kader voor alle samenwerkingsafspraken tussen specifieke domeinen.

2.1 De hulpvraag van de inwoner is leidend, professionals sluiten hierop aan

- De hulpvraag van de inwoner is leidend en zij zijn zelf in regie rondom hun hersteltraject.
- Professionals sluiten vanuit een positieve gezondheidsbenadering bij deze hulpvraag aan.
- In eerste instantie wordt gekeken wat iemand zelf of met hulp van zijn omgeving kan bereiken. Voor wat ontbreekt kan begeleiding/ondersteuning en/of zelfs ggz behandeling ingezet worden.
- Besluitvorming over het traject vindt plaats in overleg tussen inwoner en professional.

2.2 Samenwerking tussen professionals tijdens de begeleiding of behandeling

- Professionals erkennen dat elk domein een deel van de puzzel bezit richting duurzaam herstel. Waar dit bijdraagt werken zij naast elkaar ten behoeve van het herstel van de inwoner die zij begeleiden/behandelen
- Afstemming tussen partijen over de doelen vindt plaats tussen de professionals én de inwoner (tenzij anders afgesproken)

2.3 Warme overdracht de norm bij inwoners in een kwetsbare situatie

- Een warme overdracht is de norm bij inwoners in een kwetsbare situatie, zodat elke partij goed kan aansluiten bij wat er al gebeurd is en wat er nodig is. Met warme overdracht wordt een persoonlijke afgestemde overgang van hulpverlening bedoeld.

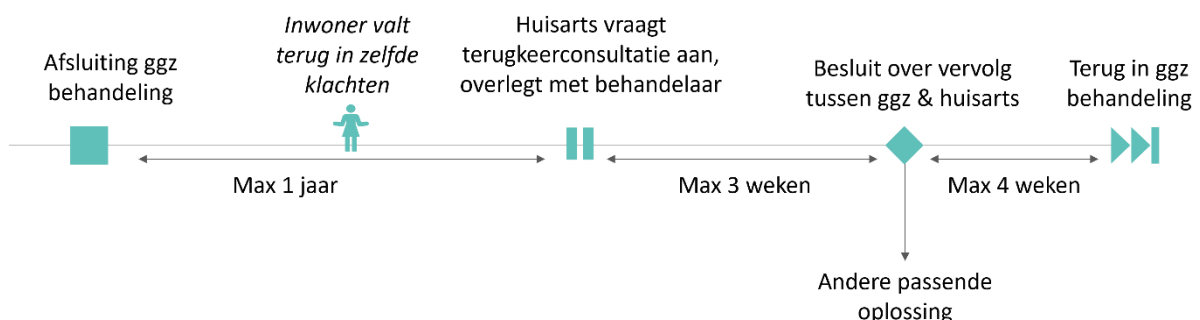
2.4 Terugkeerconsultatie bij terugval in dezelfde klachten binnen 12 maanden

Na afsluiting van een ggz behandeling kan blijken dat iemand terugvalt in dezelfde klachten. In dat geval kan er een terugkeerconsultatie aangevraagd worden bij de laatste ggz instelling. Dit werkt als volgt:

- Het gaat om terugval in dezelfde klachten binnen 12 maanden na afronding behandeling
- De terugkeerconsultatie kan aangevraagd worden door de huisarts of de ggz instelling die zorg over heeft genomen van een andere ggz instelling.
- De ggz instelling spreekt dan met de professional die de consultatie heeft aangevraagd en geeft binnen 3 weken een inhoudelijke terugkoppeling aan de aanvrager
- Als opnieuw ggz behandeling nodig is én de inwoners dit wenst, wordt de inwoner binnen 4 weken terug in behandeling genomen.
- Als opnieuw in behandeling nemen niet de beste optie is, wordt samen een andere oplossing gekozen waar beide partijen en de inwoner achter staan. Lukt dit niet dan kan geëscaleerd worden naar [de regionale overlegtafel](#).

In dit voorbeeld is het proces beschreven waarbij de huisarts de terugkeerconsultatie aanvraagt.

Afbeelding: Stroomschema werking terugkeerconsultatie, aangevraagd door de huisarts



2.5 Elke organisatie stelt een wegwijzer aan

In het mentaal gezondheidsnetwerk in Eemland zijn meer dan 50 organisaties uit de verschillende domeinen en gemeenten betrokken. Als de 'lijnen' kort zijn en de mensen elkaar kennen is het overdragen van inwoners gemakkelijker. Ook kunnen strubbelingen in de procedures gemakkelijker met elkaar besproken worden. Daarom stelt elke organisatie die deelneemt aan deze samenwerkingsafspraken een 'wegwijzer' aan. Een wegwijzer:

- is het aanspreekpunt voor de eigen organisatie en kent de samenwerkingsafspraken goed
- is het aanspreekpunt voor de organisatie die contact opneemt
- helpt bij het vinden van de juiste weg/personen binnen de eigen organisatie
- helpt bij het vinden van een passende oplossing bij een knelpunt
- verzamelt informatie in de eigen organisatie voor de jaarlijkse evaluatie en revisie.

De wegwijzer is geen casusregisseur, maar faciliteert het proces wanneer verduidelijking nodig is of samenwerking vastloopt. Organisaties zorgen ervoor dat hun wegwijzer(s) via Samen Sterker Eemland bekend zijn binnen het netwerk. Een wegwijzer kan worden benaderd wanneer:

- Onduidelijkheid bestaat over rolverdeling
- Overdracht niet soepel verloopt
- Er verschil van inzicht is over passende zorg
- Wachttijden of plaatsingsvragen knelpunten veroorzaken
- Er behoefte is aan afstemming op organisatieniveau.

→ Zie bijlage 3 voor de lijst met wegwijzers van aangesloten organisaties.

2.6 Escalatie route bij knelpunten in de samenwerking

Bij knelpunten in de samenwerking wordt de volgende escalatie route gevolgd:

1. Terugvallen op de samenwerkingsafspraken en/of bespreken in lokaal casuïstiek overleg
2. Contact opnemen met de wegwijzer van de betreffende organisatie voor een oplossing op maat
3. Als een oplossing uitblijft kan geëscaleerd worden naar [de regionale overlegtafel](#)
4. Zonder oplossing, kan in uiterste gevallen opgeschaald worden naar [de regiotafel hoog complexe zorg Midden-NL](#), waar ook de zorgverzekeraars aan tafel zitten
5. Zonder oplossing wordt het knelpunt in uiterste gevallen voorgelegd aan de minister

3. Samenwerkingsafspraken sociaal domein en huisartsenzorg

Er lopen al meerdere afspraken tussen sociaal domein en huisartsenzorg (zoals 'sociaal verwijzen' (voorheen 'welzijn op recept')), maar deze zijn nog niet officieel toegevoegd in deze samenwerkingsafspraken. Hier is in komende revisies ruimte voor als daar behoefte aan is.

4. Samenwerkingsafspraken sociaal domein en ggz

Samenwerking tussen het sociaal domein en ggz heeft als doel om herstel over meerdere levensgebieden mogelijk maken. Deze afspraken ondersteunen daarbij. Het sociaal domein omvat de lokale (wijk)teams, welzijn en het herstelnetwerk. *Zie een toelichting op deze actoren in bijlage 2.*

4.1 Samenwerking ggz en sociaal domein tijdens behandeling of begeleiding

Om de samenwerking tussen het lokale (wijk)team en ggz zo goed mogelijk te laten verlopen ten behoeve van de inwoner, gelden enkele afspraken:

- De hulpvraag van de inwoner is leidend. Trajecten kunnen naast elkaar lopen of (deels) na elkaar; Het inhoudelijk passend traject is leidend.

- De (regie)behandelaar blijft verantwoordelijk voor de behandeling, het lokale (wijk)team blijft verantwoordelijk voor Wmo-begeleiding en andere ondersteuning
- Afstemming over doelen, rolverdeling en afsluiting vindt plaats in de driehoek: Inwoner – behandelaar – ondersteuner, tenzij anders afgesproken met de inwoner.

4.2 Consultatiefunctie sociaal domein → ggz

Als een professional vanuit het sociaal domein inwoners begeleidt met een psychische kwetsbaarheid is er de mogelijkheid om een ggz professional laagdrempelig om advies te vragen. Dit is de consultatiefunctie sociaal domein. Meerdere ggz partijen bieden een consultatiemogelijkheid:

- [Consultatiefunctie GGZ Centraal](#) (ggz breed):
 - Elke dag van 08.30 tot 10.00 uur, Tel: 033-4609583
- [Jellinek advieslijn](#) (verslavingszorg)
 - Elke dag van 13.00 tot 17.00 uur, Tel: 088 505 1220, email: preventie@jellinek.nl
- [Consultatie verslavingskundige](#) Amethyst
 - Bureaudienst op werkdagen bereikbaar via 036 547 61 00

Let op: consultatie gaat alleen over inwoners die niet in behandeling zijn. Er wordt dus geen gebruik gemaakt van informatie uit dossiers van inwoners. De ggz maakt geen dossier aan en registreert enkel dat er een consultatievraag is ingediend, zonder inhoudelijk verslag.

4.3 Overdracht en toeleiding van ggz naar sociaal domein

- De (regie) behandelaar bespreekt met de inwoner de optie om het lokale (wijk)team te vragen om mee te denken om doelen te behalen naast het ggz–traject. Vervolgens stemmen inwoner, behandelaar en de ondersteuner samen af over wat, wie en wanneer. Houd rekening met eventuele wachttijd bij het lokale (wijk)team.
- Inwoners kunnen zelf gebruik maken van aanbod van het Herstelnetwerk. Lokale teams, huisartsenzorg en ggz kunnen inwoners hier kosteloos en zonder indicatie naartoe leiden.
- Toeleiding naar welzijn is meestal ook kosteloos en zonder indicatie, tenzij ondersteuning mét indicatie door het lokale (wijk)team passender is. Denk bijvoorbeeld aan ambulante begeleiding, dagactiviteiten, beschermd thuis/wonen. Hiervoor kan een financiële bijdrage van de inwoner vereist zijn.

5. Samenwerkingsafspraken huisartsenzorg en ggz

Samenwerking tussen de huisartsenzorg en ggz heeft als doel om inwoners tijdig een passende behandeling te bieden.

5.1 Instroomafspraken van huisartsenzorg naar de ggz

- Samen met de inwoner wordt besproken of aanmelding voor een ggz-behandeling passend is. Bij twijfel kan verwezen worden naar het verkennend gesprek.
- Blijkt na de intake bij de ggz-instelling dat behandeling elders nodig is? De ggz verwijst zelf door naar een andere ggz-instelling². De huisarts wordt hierover geïnformeerd.

5.2 Uitstroomafspraken van ggz naar de huisartsenzorg

- De inwoner blijft onder verantwoordelijkheid van de ggz totdat de huisarts of de POH-ggz de zorg daadwerkelijk heeft overgenomen bij afsluiting van ggz-behandeling.
- Als de (regie)behandelaar de behandeling afsluit, dan zorgt de (regie)behandelaar voor een afsluitbrief aan de huisarts, deze bevat minimaal:
 - Conclusie en vervolgbeleid (bovenaan)
 - Telefoonnummer en werkdagen van de behandelaar

² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2017/03/16/brochure-verwijzingen-ggz>

- Suïcidepreventie-, signalerings- en/of crisisinterventieplan of crisiskaart en/of aanwezigheid van WRAP³;
- Aanwezigheid medicatieoverzicht indien van toepassing.
- Als er sprake is van vervolgbeleid (bijv. vervolggesprekken of medicatie nodig) wordt er in alle gevallen telefonisch contact opgenomen met de huisarts om de mogelijkheden te bespreken. Resultaat van dit overleg is dat er overeenstemming tussen huisarts en (regie)behandelaar is over het wel of niet overdragen van de behandeling. Hierbij wordt in ieder geval besproken:
 - Suïcidepreventie-, signalerings- en/of crisisinterventieplan of crisiskaart en/of aanwezigheid van WRAP;
 - Eventuele toeleiding naar het sociaal domein
 - Welke medicatie nog door de behandelaar voortgezet wordt (bijv. Clozapine/Lithium)
 - Wanneer labonderzoek nodig is (indien van toepassing)
 - Of aanvullende begeleiding loopt
 - Of er een goede afsluitende brief aanwezig is
 - Mogelijkheid tot terugkeerconsultatie bij terugval in <12 maanden in dezelfde klachten
- Bij inwoners waarbij het herstel kwetsbaar is, kan een (digitale) face-to-face overdracht wenselijk zijn. Idealiter is hierbij ook de inwoner aanwezig.
- Mocht de huisarts/POH-ggz bezwaren hebben om de zorg voor de inwoner over te nemen, moet er een oplossing worden gezocht door de ggz. Bijvoorbeeld als de huisarts zich niet bekwaam genoeg voelt om de controles van bepaalde medicatie (zoals Lithium of Clozapine) te doen.
- Bij terugval binnen 12 maanden voor dezelfde klachten na afsluiting van de ggz behandeling kan de huisarts een terugkeerconsultatie aanvragen bij de laatste ggz-instelling om de inwoner versneld terug in behandeling te laten komen. Maak hiervoor gebruik van de gegevens op de afsluitbrief. → Zie hoofdstuk 2 voor meer informatie over de werking van de terugkeerconsultatie.

Om de overgang zo soepel mogelijk te laten verlopen wordt volgens onderstaand proces gewerkt.

Afbeelding: Uitstroomproces van ggz naar huisartsenzorg



6. Samenwerkingsafspraken tussen ggz-instellingen onderling

De samenwerkingsafspraken tussen ggz-aanbieders zijn gericht op een passende inzet van behandelcapaciteit, het verminderen van wachttijden en het borgen van continuïteit van zorg.

³ WRAP staat voor Wellness Recovery Action Plan en is een persoonlijk actieplan gemaakt door de inwoner zelf om het welzijn te verbeteren en terugval te voorkomen

Binnen de ggz wordt sinds de invoering van het zorgprestatie­model in 2022 onderscheid gemaakt tussen monodisciplinaire ggz (voorheen basis ggz) en multidisciplinaire ggz (voorheen specialistische ggz).
→ Zie bijlage 2 voor een nadere toelichting op deze begrippen.

6.1 Afspraken bij overdracht tussen ggz instellingen

- Ggz instellingen verwijzen direct naar elkaar, de huisarts wordt geïnformeerd
- De overdracht wordt vooraf besproken met de inwoner en afgestemd met de andere ggz instelling. Er wordt afgestemd over wachttijd en eventuele overbruggingszorg
- De huidige behandelaar blijft verantwoordelijk tot overname rond is
- Bij de verwijzing zorgt de (regie)behandelaar in ieder geval voor de volgende informatie:
 - Verwijzing voorzien van AGB-code, met de handtekening van de (regie)behandelaar
 - NAW-gegevens inwoner
 - Reden aanmelding bij ggz instelling en behandelvraag
 - Naam, functie, email, telefoonnummer en werkdagen van de behandelaar
 - En indien van toepassing:
 - Informatie uit de intake, op basis waarvan wordt doorverwezen
 - Suïcidepreventie-, signalering- en crisisinterventieplan
 - Actueel medicatieoverzicht
 - Als het gaat om versneld instromen (bijvoorbeeld via de terugkeerconsultatie)
- Bij kwetsbaar herstel vindt een (digitale) face-to-face overdracht plaats tussen de betrokken behandel­aars, bij voorkeur met de inwoner
- Afspraken over vervol­gbeleid en nazorg worden expliciet gemaakt
- Bij terugval binnen 12 maanden in dezelfde klachten kan er een terugkeerconsultatie worden aangevraagd bij de laatste ggz instelling. Zie hoofdstuk 2 voor meer informatie.
- Naast formele overdracht kan er consultatie plaatsvinden tussen ggz-instellingen onderling over bijvoorbeeld een passende plaatsing of behandel­aanpak.

Overdracht kan plaats vinden in drie richtingen, namelijk:

- Opschalen (van mono naar multi)
- Verwijzen (van multi naar multi)
- Afschalen (van multi naar mono)

6.2 Opschalen van mono naar multi ggz

Om verschillende redenen kan een inwoner gedurende de behandeling of na behandeling binnen de monodisciplinaire ggz een behandeling nodig hebben binnen de multidisciplinaire ggz, namelijk:

- De inwoner heeft een terugval of een oplopende zorgvraag voor dezelfde diagnose en kan niet binnen de monodisciplinaire ggz instelling opgepakt worden
- De inwoner heeft naar aanleiding van de terugkeerconsultatie (zie hoofdstuk 2) een verdere behandeling binnen de multidisciplinaire ggz nodig.
- De inwoner heeft tijdens de wachttijd in overleg met de multidisciplinaire ggz-instelling een behandeling gehad binnen de monodisciplinaire ggz

Om het proces zo soepel mogelijk te laten verlopen wordt volgens onderstaand proces gewerkt. Hierbij hebben we rekening gehouden met een olifantenpaadje voor inwoners die gedurende de wachttijd binnen de multidisciplinaire ggz een behandeling hebben gehad bij de monodisciplinaire ggz, zodat behandelingen elkaar vloeiend opvolgen met het beste resultaat als doel.

Afbeelding: Aanmeldproces bij opschaling van mono naar multi ggz



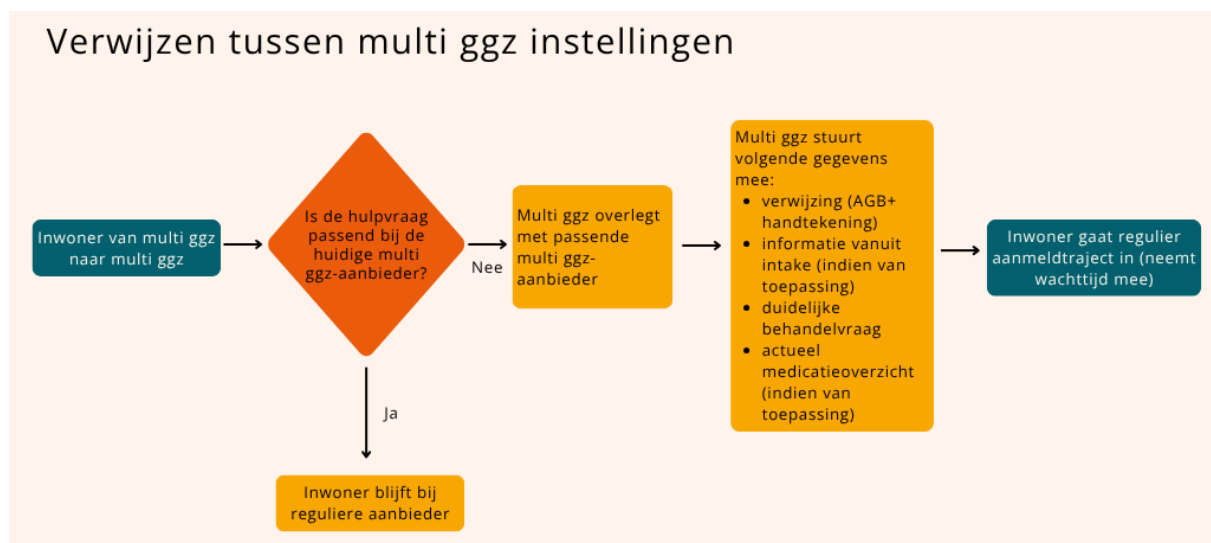
6.3 Verwijzen tussen multi ggz instellingen

Het kan voorkomen dat inwoners niet bij de juiste multi ggz-instelling terecht zijn gekomen. Of dat de hulpvraag veranderd is in de tijd van de wachttijd. In dat geval kan er verwezen worden tussen multi ggz-instellingen onderling. Dit gebeurt als:

- De multidisciplinaire ggz-instelling waar de inwoner is aangemeld niet de zorg kan verlenen die nodig is en een andere multidisciplinaire ggz dit wel kan
- Inwoners die specialistische behandelingen hebben afgerond, maar nog met ernstige (rest) klachten kampen, waarvoor een specialistische vervolgbehandeling nodig is

In deze uitzonderingsgevallen mag een inwoner zijn wachttijd meenemen. De originele aanmelddatum blijft dan staan voor de ggz instelling waar de inwoner naar wordt verwezen, zodat diegene eerder aan de beurt is. Om de overgang zo soepel mogelijk te laten verlopen wordt volgens onderstaand proces gewerkt. Voor grote aantallen kan hier de transfertafel voor gebruikt worden.

Afbeelding: Aanmeldproces bij verwijzen tussen multi ggz instellingen



6.4 Afschalen van multi naar mono ggz

Als specialistische behandeling niet meer nodig is, maar er wel nog een behandelaar betrokken moet blijven, kan er afgeschaald worden. Dit gebeurt bij:

- Inwoners die specialistische behandelingen hebben afgerond, maar nog met ernstige (rest) klachten kampen, waarvoor géén specialistische vervolgbehandeling nodig is.
- Alle inwoners in een stabiele fase (in remissie) van een chronische psychiatrische ziekte, die laag tot matig crisisgevoelig zijn, laag complex, laagfrequent contact (\pm 12 contacten per jaar) en die verkeren in een stabiele omgeving of waarbij er een stabiele omgeving gecreëerd kan worden in samenwerking met naasten, de huisarts, de POH-ggz en/of het sociaal domein.
- Inwoners die diagnostiek/intake in de multi ggz hebben gehad, maar waarbij bij nader inzien de behandeling in de mono ggz kan plaatsvinden.

In deze gevallen mag een inwoner binnen 6 weken bij de mono ggz instelling instromen, zodat continuïteit van zorg geborgd is. Hier kan ook het digitale aanbod meegenomen worden. Er kan natuurlijk ook afgeschaald worden naar de huisarts, POH-ggz of het sociaal domein voor verdere begeleiding. Om het proces zo soepel mogelijk te laten verlopen wordt volgens onderstaand proces gewerkt.

Afbeelding: Aanmeldproces bij afschalen van multi naar mono ggz



7. Samenwerkingsafspraken tussen partijen in het sociaal domein onderling

Het sociaal domein omvat de actoren lokale (wijk)teams, welzijn en het herstelnetwerk.

→ Voor een toelichting op deze actoren, zie bijlage 2.

→ Voor de contactgegevens van alle sociaal domein partijen zie bijlage 4.

Partijen uit het sociaal domein hebben vaak al lokale samenwerkingsafspraken. In dit hoofdstuk is ruimte om regionale afspraken toe te voegen, als daar behoefte aan is. Dit kan via de volgende revisies.

8. Samenwerkingsafspraken bij crisis en acute situaties

Inwoners die in crisis komen moeten zo snel mogelijk passende zorg ontvangen. In regio Eemland is de crisisdienst van GGz Centraal hiervoor verantwoordelijk. De crisisdienst is een essentieel onderdeel in de samenwerking rondom psychische kwetsbaarheid. De reguliere taak van de crisisdienst is in vele gevallen duidelijk en goed belegd. Om enige onduidelijkheid te voorkomen staan de afspraken die we maken op het gebied van consultatie en meekijken hieronder weergegeven.

8.1 Rol, werkwijze en bereikbaarheid crisisdienst voor verwijzers

Binnen regio Eemland wordt de crisisdienst uitgevoerd door **GGz Centraal**. De crisisdienst is 24 uur per dag bereikbaar voor verwijzers, te weten huisartsen, huisartsenpost, spoedeisende hulp, politie en ketenpartners met samenwerkingsafspraken. De crisisdienst verzorgt de telefonische triage, beoordeling van urgentie, inzet van crisisinterventies en de eventuele indicatiestelling voor opname. De triage en inzet van acute zorg vinden plaats volgens de landelijke afspraken gebaseerd op de **Zorgstandaard Acute Psychiatrie⁴ (ZAP)** en instructies van de GGZ-triagewijzer.

8.2 Melding aan de crisisdienst

Als inwoners in crisis raken, is het streven dat de volgende informatie (mits relevant) door de verwijzer gedeeld wordt in de crisismelding. De triagist vraagt deze informatie uit via een ABCDE uitvraag:

- Actuele situatie
- Bezig (actueel gedrag, wat doet de persoon en/of wat doet deze niet)
- Communicatie: wat wordt er gezegd en hoe wordt het gezegd)
- Dreiging (geweld naar zichzelf, de omgeving, naasten of omstanders of door naasten en/of omstanders)
- Extra factoren zoals somatiek, medicatie en/of middelengebruik, behandelvoorgeschiedenis, actueel zorgkader inclusief huisarts).

Bij twijfel of verschil van inzicht geldt de afspraak dat er beoordeeld wordt en niet in de situatie gediscussieerd wordt, naderhand wordt gezamenlijk geëvalueerd.

8.3 Samenwerking crisisdienst en de ggz bij acute situaties

Ggz instellingen kunnen de crisisdienst laagdrempelig consulteren voor overleg of bij een verzoek om een psychiatrische beoordeling. Wanneer de crisisdienst oordeelt dat sprake is van een acute crisis, kan zij – als de verwijzende partij de zorg niet zelf kan leveren – tijdelijk de crisiszorg overnemen en zo nodig opschaling organiseren (bijvoorbeeld via de IHT). De regie over het behandeltraject blijft in principe bij de oorspronkelijke regiebehandelaar; de crisisdienst levert tijdelijke crisisinterventie en stemt af met de behandelaar en waar nodig met de huisarts.

Zodra de acute fase voorbij is (vanaf urgentiecode 5 volgens GMAP), wordt de crisiszorg afgesloten en zorgt de behandelende instelling voor passende vervolgzorg. Als een psychiatrische beoordeling en vervolgbehandeling nodig zijn, regelt de behandelende instelling de aanmelding bij een multidisciplinaire ggz instelling; de huisarts wordt hierover geïnformeerd. Wanneer een inwoner nog niet bekend is bij een ggz instelling, wordt – indien nodig – een subacute aanmelding bij een ggz-aanbieder georganiseerd voor verdere behandeling.

⁴ Zie meer informatie op www.ggzstandaarden.nl

Bijlage 1: Revisiewerkgroep en overzicht revisies

In deze bijlage wordt de revisie werkgroep en de veranderingen per revisie toegelicht.

1.1 Leden van de revisiewerkgroep

De revisiewerkgroep bestaat in 2026 uit:

- Martine Fledderus - Huisartsen Eemland
- Marjolein ten Brink – Huisartsen Eemland
- Annemieke Noteboom – NPI (Arkin)
- Sanne van de Wetering – De Kleine Schans
- Jeroen de Jong - Indigo Midden Nederland
- Kathi van den Belt – Gemeente Amersfoort
- Carolien Spierings – GGz Centraal

Naast de revisiewerkgroep sluiten er per revisie incidenteel wegwijzers aan die een verbeteringsuggestie komen inbrengen ondersteund met casussen uit de praktijk.



1.2 Overzicht revisies

Op het document van de samenwerkingsafspraken toegankelijke ggz regio Eemland hebben meerdere revisies plaatsgevonden. Deze staan hieronder toegelicht.

- Revisie 1.1: Vertaling afspraken Midden-Nederland naar sub regio Eemland - 2025

De samenwerkingsafspraken van regio Midden-Nederland zijn vertaald naar afspraken die goed aansluiten bij de praktijk van hulpverleners uit sub regio Eemland.

- Revisie 1.2: Verbeteren van vorm & leesbaarheid van het document – April 2026

In het kader van het transformatieplan Eemland en de verdere ontwikkeling van het mentaal gezondheidsnetwerk zijn de afspraken in 2026 herzien in structuur, leesbaarheid en huisstijl (Revisie 1.2). De belangrijkste wijzigingen zijn hieronder samengevat:

- Samenwerkingsafspraken omgezet naar nieuwe huisstijl Samen Sterker Eemland
- Een beknopte inleiding toegevoegd met onder andere scope, rol afspraken binnen het MGN en revisie aanpak
- Onderscheid gemaakt tussen algemene en samenwerkingsafspraken in de regio en specifieke afspraken tussen twee domeinen. Dat scheelt veel dubbelingen.
- Nieuwe structuur op basis van de samenwerkingsafspraken tussen de domeinen, waarbij het sociaal domein consistent is meegenomen
- Er waren nog geen afspraken tussen sociaal domein onderling (lokale (wijk)teams, welzijn en herstelnetwerk) en tussen sociaal domein en huisartsenzorg. Hiervoor zijn lege hoofdstukken toegevoegd om in volgende revisies inhoudelijk te vullen.
- Sommige concrete afspraken rondom verkorting wachttijden bij verwijzen van inwoners tussen ggz instellingen stonden alleen in de stroomdiagrammen, maar niet in de tekst. Deze staan nu ook in de tekst.
- Update van de afspraken met de crisisdienst
- Extra bijlagen over de verschillende actoren per domein en de revisie aanpak.

Bijlage 2: Toelichting zorg- en ondersteuningsdomeinen binnen deze afspraken

Binnen deze afspraken onderscheiden we drie domeinen die gezamenlijk bijdragen aan herstel: het sociaal domein, de huisartsenzorg en de ggz. Deze domeinen bestaan weer uit verschillende actoren.

2.1. Sociaal domein

Het sociaal domein kan in al zijn vormen een belangrijke bijdrage leveren aan preventie, vroege signalering, het voorkomen van instroom en het bevorderen van door en uitstroom. Het sociaal domein kan een aanvulling zijn op de behandeling, net zoals de ggz dat kan zijn op het sociaal domein. In deze afspraken refereert het sociaal domein naar de volgende drie partijen:

- Lokale (wijk)teams: Lokale (wijk)teams ondersteunen inwoners bij herstel op meerdere leefgebieden en bieden waar nodig begeleiding en Wmo-ondersteuning.
- Welzijnsorganisaties: Welzijnsorganisaties versterken welzijn, participatie en preventie door laagdrempelige activiteiten, ontmoeting en ondersteuning in de leefomgeving van inwoners.
- Herstelnetwerk Eemland: Herstelnetwerk Eemland ondersteunt inwoners met een psychische kwetsbaarheid bij persoonlijk en maatschappelijk herstel door ervaringsdeskundige ondersteuning en herstelgerichte activiteiten. Deelname is indicatievrij en kosteloos. Ze zijn regionaal georganiseerd en verankeren hun aanbod lokaal in elke gemeente. Meer informatie: www.herstelnetwerkeemland.nl

Het sociaal domein draagt vooral bij aan maatschappelijk, persoonlijk en functioneel herstel. Zie bijlage 4 voor de contactgegevens van organisaties in het sociaal domein in regio Eemland.

2.2. Huisartsenzorg

De huisartsenzorg vormt de spil van het Nederlandse zorglandschap en functioneert als één van de eerste aanspreekpunten voor inwoners met fysieke en mentale gezondheidsvragen. De huisarts kan vervolgens verwijzen naar andere vormen van zorg (zoals ggz) of ondersteuning (sociaal domein). De huisartsenzorg bestaat rondom deze afspraken uit de groepen:

- Huisarts: De huisarts is het eerste medische aanspreekpunt voor inwoners met psychische klachten en beoordeelt, behandelt of verwijst waar nodig naar passende zorg of ondersteuning.
- Praktijkondersteuner ggz (POH-ggz): De POH-ggz ondersteunt de huisarts door laagdrempelige begeleiding te bieden bij psychische klachten en fungeert als schakel tussen huisartsenzorg en specialistische ggz.

De huisartsenzorg draagt vooral bij aan vroegsignalering, klinisch herstel en monitoring. Verreweg de meeste huisartsenpraktijken in regio Eemland zijn aangesloten bij huisartsen Eemland. De huisartsen in Baarn zijn aangesloten bij RHOGO.

2.3. GGZ

De ggz biedt specialistische behandeling voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid. Deze wordt bekostigd vanuit de zorgverzekeringswet. GGz Centraal is de kerninstelling in regio Eemland. Binnen de ggz wordt sinds de invoering van het zorgprestatie-model in 2022 onderscheid gemaakt tussen monodisciplinaire ggz (voorheen basis ggz) en multidisciplinaire ggz (voorheen specialistische ggz):

- Monodisciplinaire ggz betreft behandeling van psychische problematiek door één zorgprofessional of discipline, waarbij geen structurele inzet van meerdere behandelaren nodig is. De behandeling richt zich op problematiek met een relatief beperkte complexiteit.
- Multidisciplinaire ggz betreft behandeling van psychische problematiek waarbij meerdere zorgprofessionals of disciplines betrokken zijn. Deze vorm van zorg is bedoeld voor complexere problematiek waarbij verschillende behandelvormen of expertise nodig zijn.

De crisisdienst (in Eemland uitgevoerd door GGz Centraal) is 24 uur per dag bereikbaar voor verwijzers bij acute situaties. De crisisdienst verzorgt telefonische triage, beoordeling van urgentie, inzet van crisisinterventies en eventuele indicatiestelling voor opname.

De ggz draagt primair bij aan klinisch herstel, maar werkt waar nodig samen met andere domeinen aan persoonlijk, maatschappelijk en functioneel herstel.

Bijlage 3: Overzicht en contactgegevens van wegwijzers

Elke organisatie stelt een ‘wegwijzer’ aan die kan fungeren als intern en extern aanspreekpunt rondom de samenwerkingsafspraken. Voor een toelichting op de rol van de wegwijzer, zie hoofdstuk 2. Deze contactgegevens worden tijdens de implementatie ingevuld.

Naam organisatie	Contactpersoon	Telefoonnummer	Mailadres
Ggz			
Ggz Centraal
Indigo Midden-NL
Jellinek (Arkin)
NPI (Arkin)
Molemann
De Hoop
Indigo
De Waag
Plu cgg
HSK
Amethist
Psymens
Vitaal GGZ
Eleos
Psyzoorg
.....			
Lokale (wijk)teams			
Sociaal wijkteam Amersfoort
De kleine schans (Woudenberg)
Lariks Leusden
Eemkracht Soest
Eemkracht Baarn
Eemkracht Bunschoten
Sociaal team Nijkerk
.....			
Huisartsen			
Huisartsen Eemland
RHOGO (alleen Baarn)
.....			
Herstelnetwerk			
Herstelnetwerk Eemland
.....			
Welzijn			
De kleine schans (Woudenberg)
Lariks Leusden
Indebuurt033
Sigma (Nijkerk)
Pit Baarn
De Boei (Bunschoten)
Stichting Balans (Soest)
WelKOMhuis (Nijkerk)
.....			

Bijlage 4: Contactgegevens organisaties uit het sociaal domein in regio Eemland

Locatie + Type	Organisatie	Emailadres	Tel	Website
Amersfoort				
Welzijn	Indebuurt033	Info@indebuurt033.nl	033-2048677	https://indebuurt033.nl/
Lokaal team	Sociale wijkteams Amersfoort	wijkteam@wijkteam-amersfoort.nl	14033	https://www.wijkteam-amersfoort.com/
Baarn				
Welzijn	PIT-Baarn	Contactformulier	035 - 303 78 88	https://www.pitbaarn.nl/
Lokaal team	Eemkracht	Contactformulier	035 609 3411	https://www.eemkracht.nl/
Bunschoten				
Welzijn	De Boei	info@deboeibunschoten.nl	033-299 29 22	https://deboeibunschoten.nl/
Lokaal team	Eemkracht	Contactformulier	035 609 3411	https://www.eemkracht.nl/
Leusden				
Welzijn/lokaal team	Lariks Leusden	info@lariks-leusden.nl	033 303 44 44	https://www.lariks-leusden.nl/
Nijkerk				
Welzijn	Sigma	Info@sigma-nijkerk.nl	033-2474830	https://www.sigma-nijkerk.nl/
Lokaal team		aanmelden@nijkerk.eu	(033) 247 22 22	https://www.wegwijzernijkerk.nl/sociaal-team of https://pitnijkerk.nl/over-pit/#sociaal-team
Herstelinitiatief	WelKOMhuis	welkomhuisnijkerk@ggzcentraal.nl	033 254 2430	https://www.ggzcentraal.nl/locatie/welkom/
Soest				
Welzijn	St. Balans	Info@stichtingbalans.nl	035-6099255	https://www.stichtingbalans.nl/
Lokaal team	Eemkracht	Contactformulier	035 609 3411	https://www.eemkracht.nl/
Woudenberg				
Welzijn/lokaal team	De kleine Schans	info@dekleineschans.nl	(085) 06 69 700	https://www.dekleineschans.nl/
Herstellnetwerk Eemland				
Laagdrempelig steun- en inlooppunt	Herstellnetwerk Eemland	Info@herstellnetwerkeemland.nl		https://www.herstellnetwerkeemland.nl