


# IMPACT

In dit nummer oa:

4 Dodelijk dark Instagram

Huisdiercontact  
in de psychische hulpverlening 10

21 XL over de POH GGZ

GGZtotaal 

XL

# Inhoudsopgave

## IMPACT

De GGZTotaal van juli  
[Naar artikel >](#)

## Dodelijk dark Instagram

Bart Vuijk  
[Naar artikel >](#)

## Huisdiercontact in de psychische hulpverlening

'Bijzondere samenwerking tussen GGZ Eindhoven en ZorgDier Nederland'  
[Naar artikel >](#)

## De huisvriend, Novelle over misbruik en vergeving

Recensie Johan Atsma  
[Naar recensie >](#)

## Mediamarkt

Een column van Niki Stoker  
[Naar column >](#)

## Koestering

Gedicht van Gisele Vranckx  
[Naar gedicht >](#)

## GGZTotaal in de komende maanden

[Naar artikel >](#)

DE XL BIJLAGE van juli:  
POH-GGZ

# XL

### Grens tussen POH-GGZ en overige GGZ nog niet altijd duidelijk

Monitor KPMG wijst op belang van goede samenwerking  
[Naar artikel >](#)

### "Het leuke is dat je met relatief weinig middelen veel kan betekenen"

Een verschillend werkgebied en een verschillende opleiding: driemaal de POH-GGZ  
[Naar artikel >](#)

### "Verdeling financiën tussen verschillende GGZ-partijen is niet logisch"

Frits Bosch  
[Naar artikel >](#)

# IMPACT

Van de redactie

Misschien is de GGZ, mét het onderwijs, wel het meest beïnvloedbaar door maatschappelijke tendensen. Politieke verschuivingen, culturele hervormingen, economische op- en neergang, een veranderend mensbeeld, vernieuwde wetenschappelijke inzichten: vrijwel elke ontwikkeling in de samenleving heeft grote veranderingen in de GGZ tot gevolg. En daarmee een nauwelijks voorstelbare impact op mensen met psychische klachten en iedereen die er mee te maken heeft. In deze GGZTotaal komen drie fenomenen langs die een dergelijke impact kunnen hebben, op grotere of kleinere schaal.

In zijn artikel 'Dodelijk dark Instagram' beschrijft Bart Vuijk een duistere kant van het internet. Veel therapeuten zullen het fenomeen kennen en ook mensen die op zoek zijn naar (h)erkenning weten de weg. Jongeren die elkaar vinden in hun wens tot suïcide en automutilatie: het kán ondersteunend werken, maar de impact van de plaatjes en begeleidende teksten op de verborgen plekken van Instagram kunnen ook aanzetten tot erger.

Op z'n minst bijzonder te noemen is de impact van 'zorgdieren' bij cliënten van GGZ Eindhoven met korter of langer durende psychische problemen. De organisatie 'Zorgdier', van Jan van Summeren brengt huisdieren binnen op de afdelingen waar cliënten verblijven, met een wonderbaarlijk effect. En denk vooral niet dat het alleen om ouderen en dementerenden gaat. Dat deed de redactie in eerste instantie wel, maar dat bleek een vooroordeel.

Nog niet iedereen zal de afkorting kennen, maar ondertussen weet wel bijna iedereen dat er tegenwoordig een 'psycholoog bij de huisarts' is. Ook al is de POH-GGZ in 80 % van de gevallen geen psycholoog, maar een SPV of een maatschappelijk werker. De invoering van deze nieuwe functie heeft grote impact gehad op de eerste- en tweedelijns GGZ, en dat was waarschijnlijk ook de opzet. Niet alle invloeden op de GGZ zijn onverwacht of onbedoeld. Voor de mensen die niet weten waar dit over gaat: een POH-GGZ is een PraktijkOndersteuner bij de Huisarts voor de Geestelijke GezondheidsZorg. Een mondvol, de afkorting is er dan ook niet voor niets.

De POH-GGZ is goed ontvangen, de eerste indruk is positief. Nu het fenomeen een paar jaar bestaat maakt 84% van de huisartsen er gebruik van (in 2016), in 2015 hadden 427.000 mensen minstens één consult bij de POH-GGZ. Maar werkt het?

Die vraag gaan we niet in zijn geheel beantwoorden, maar misschien wel een beetje. Twee consultants van KPMG vertellen hun bevindingen; we laten drie POH's-GGZ aan het woord. Frits Bosch, psycholoog 'uit de Generalistische Basis GGZ' laat zijn licht over de vraag schijnen en we geven nog wat losstaande informatie. Allemaal in onze bijlage XL.

In dit laatste magazine voor de zomer recenseert Johan Atsma verder het boek 'De Huisvriend' van Wim Vredelieve, in 'mediamarkt' vertelt Niki Stoker iets over haar beleving van stigma, Gisele Vranckx schreef haar gedicht 'Koestering' en wij ontvouwen onze plannen voor de nabije toekomst.

Voor dat laatste: zie de rubriek 'De GGZTotaal in de komende maanden'. ●



Inhoudswaarschuwing

Let op: deze berichten bevatten wellicht expliciet of indirecte verwijzingen naar zelfmoord of zelfbeschadiging.

Tik op Meer Informatie voor meer informatie over en ondersteuning voor zelfmoord of zelfbeschadiging.

[Meer informatie](#)

Berichten weergeven

Annuleren

326 vind-ik-leuks

Nederlandse kranten hanteren al tientallen jaren de beleidslijn dat er niet over zelfdoding wordt geschreven. Want dat wekt kopieergedrag in de hand. Maar inmiddels zijn er meer gevaren voor mensen met suïcidale, depressieve en zelfbeschadigende gevoelens. Het grootste gevaar heet Instagram.

Instagram is een sociaal medium waarop foto's en korte filmpjes kunnen worden gedeeld. Meedoen is kinderlijk makkelijk. Je installeert de app op je smartphone en kunt meteen foto's en filmpjes online zetten, en die van anderen bekijken.



## Verheerlijkend

Het moet allemaal wel een beetje netjes blijven. Instagram houdt niet van blootfoto's. Die worden verwijderd, als Instagram er tenminste achter komt. Wat moeilijker te bestrijden is, zijn de postings over automutilatie, eetstoornissen en zelfdoding. Het zijn veelal verheerlijkende foto's met suggestieve teksten. Ze roepen de kijker op om zichzelf te snijden, om te zwelgen in depressieve gedachten, om ongezond dun te worden, en soms ronduit om jezelf van kant te maken. Tientallen miljoenen foto's zijn op Instagram te vinden, en die worden veelvuldig bekeken.

Dat dit gevaarlijk is en kopieergedrag in de hand werkt, wordt al decennia vermoed. Na de zelfdoding van acteur Antonie Kamerling in 2010 meldde hoogleraar Ad Kerkhof van de VU dat hij als gevolg hiervan tientallen extra zelfmoorden verwachtte. Domweg omdat er continu zo'n 400.000 mensen met suïcidale gedachten rondlopen, en sommigen maar een klein zetje nodig hebben om tot daden over te gaan.



## Kopieergedrag

Momenteel probeert het Trimbos Instituut de schadelijke effecten van kopieergedrag door media-aandacht voor suicide aan de hand van een onderzoek aan te tonen. Dat onderzoek wordt in 2018 afgerond, maar media die over zelfdoding willen schrijven, wordt alvast een lijstje met aanbevelingen aangereikt. Maar sociale media vallen niet onder zulke regels. Bij hulpverleners is alom bekend dat het 'dark Instagram' patiënten niet uit, maar verder in de put helpt, met soms fatale gevolgen. Een woordvoester van GGZ Parnassia is er helder over. „Instagram heeft géén positief effect op patiënten. De foto's binnen communities op sociale media bevestigen juist de patiënt in z'n onzekerheid. Ze vinden er tips om bijvoorbeeld in een korte tijd af te kunnen vallen.”

Als waarschuwing heeft Parnassia-onderdeel PsyQ ervaringsverhalen van patiënten online gezet. Zoals dit relaas van boulimiapatiënte Isabella. Zij ging via sociale media op zoek naar lotgenoten. In communities voor eetbuistoornis vindt ze tips voor bodychecks en foto's. "Eerst gebruikte ik Instagram als een soort logboek: ik hield bij hoeveel ik at, hoeveel calorieën er in mijn voedsel zat en hoeveel kilogram ik woog. Dat voelde goed, omdat ik op deze manier controle had. Maar al gauw kwam ik uit op 'thinspirations'; plaatjes van extreem magere meisjes en jongens. Ik ging me bewust en onbewust met hen vergelijken." En dan gaat het laatste restje positief zelfbeeld snel verloren.



## 'Ga lekker badderen'

Instagram doet er veel aan om te voorkomen dat mensen elkaar via dit sociale medium in zelfdestructief gedrag versterken. Als je domweg naar 'suicide' of 'zelfbeschadiging' zoekt, dan krijg je allereerst een pagina in beeld waarin Instagram je waarschuwt, hulptelefoonlijnen aanbiedt en je adviseert om aan iets leuks te denken.

Wie zich depressief voelt, of een bekende 'riskante' hashtag (een soort zoekterm) invoert, krijgt de vriendelijke tekst te zien: 'Kunnen we je helpen?' Waarna de keuze volgt voor contact met een hulplijn, de tip om met een goede vriend te gaan praten of 'meer tips'. Ga even wandelen, ga naar een bibliotheek of een park, teken iets eenvoudigs, maak je favoriete snack, schrijf je gevoelens op en kalmeer je zintuigen. 'Ga lekker badden of douchen.' Of zet een muziekje op. Doe iets, maar val Instagram en de gebruikers ervan niet lastig, zo lijkt de verborgen boodschap.

### Strop

Heb je geen boodschap aan al die goedbedoelde adviezen, en welke tiener zou zich eraan storen? Dan kun je meestal onbekommerd doorklikken naar de berichten die achter de zoekterm schuilgaan. En dan is het schrikken geblazen. Plaatjes van bloederig bekraste armen. Depressieve teksten over de onzin van het leven. Suggestieve foto's van buisjes met pillen, een strop, of een scheermes. Veelal door honderden mede-Instagrammers 'geliked'. Weliswaar staan er bij de commentaren op die foto's altijd wel een paar opbeurende woorden, 'zoek hulp' of 'je bent wel de moeite waard'.

### Ana en Rex

Deze berichten zijn met miljoenen te vinden op Instagram. Het kat-en-muisspel tussen de depressieve gebruikers en Instagram heeft de laatste jaren een flinke vlucht genomen. Talloze hashtags worden bedacht, door Instagram herkend, verboden verklaard, en [opgevolgd door weer andere](#). Self-harm werd selfharmmm, en daarna selfharmmm123, allemaal om aan de censuur van Instagram te ontkomen. Anorexia is natuurlijk als hashtag eenvoudig te tackelen. Maar Ana en Rex niet; het zijn gewoon namen, zo lijkt het. Sue staat voor suicide, Bill en Mia vormen samen bulimia,

Deb en Dan zijn de namen die worden gebruikt voor Instagram-leden die over depressiviteit posten. En zo bestaat een hele lijst, samengevat door de hashtag #mysecretfamily die ook weer in vele vervoegingen bestaat. Er lijkt geen beginnen aan voor Instagram om dit allemaal te blokkeren of van waarschuwingen te voorzien; het is voor Instagram dweilen met de kraan open.

### Tegenbeweging

Zelfbeschadiging, zelfdoding en eetstoornissen worden zo aan de lopende band verheerlijkt en net als met internetporno, is er voor iemand die deze informatie zoekt, ontzettend veel te vinden. Wat is er dan tegen te doen? Sommige Instagrammers zijn op het sociale medium zelf een tegenbeweging begonnen. Zoek je op een van de bekende hashtags, dan krijg je niet alleen de vreselijke plaatjes te zien, maar ook opbeurende berichten met de aansporing om hulp te gaan zoeken. Die worden met opzet voorzien van dezelfde geheime hashtags als de 'echte' berichten over automutilatie, zelfdoding en eetstoornissen, zodat de zoekende Instagrammer niet alleen maar negativiteit in beeld krijgt. Ook de andere kant laat zich letterlijk zien.

### Strong like a fighter

Een enkeling is als ervaringsdeskundige een hulpwebsite begonnen. Zoals in Nederland de 21-jarige Kenza, die jarenlang zichzelf bekraste en beschadigde, en nu anderen hulp biedt. Op de website Stronglikeafighter.com schrijft ze over zichzelf en over anderen die soortgelijke problemen hebben gehad, maar er overheen zijn gekomen. De zoektocht naar lotgenoten door zelfdestructieve mensen op Instagram kan zo omdraaien. In plaats daarvan kan de zoektocht uitmonden in een vindplaats voor hulp door lotgenoten die bewezen hebben dat er nog wel degelijk een leven is na het scheermes. ●

# DODELIJK DARK | Instagram

Websites:

Automutilatie: [zebravorlichting](#), [zelfbeschadiging.nl](#), [stronglikeafighter](#) Eetstoornissen: [proud2beme](#) Zelfdoding: [113](#)



my\_dead\_story #bodycheck  
 #teenagedropout #teen #girl #selfharmmm  
 #razorblade #relapse #anastory #anabitch  
 #hide #help #killme #lonely #cutterlies  
 #broken #noteating #mysecretfamily123  
 #mystory #boyscuttoo #ana #cat #sue  
 #depressed #depression #anorexia  
 #bulimia #selfharmmm #blood #bloody  
 #sue #suicidal

Websites:

Automutilatie: [zebravorlichting](#), [zelfbeschadiging.nl](#), [stronglikeafighter](#) Eetstoornissen: [proud2beme](#) Zelfdoding: [113](#)



## BLUE WHALE CHALLENGE

Wereldwijd is veel rumoer ontstaan over de Blue Whale Challenge, een internethype waarbij een onbekende 'meester' tieners tot zelfmoord zou aanzetten via een serie opdrachten. Vijftig dagen lang moet elke dag een andere zelfdestructieve activiteit worden ondernomen, variërend van een bekrassing tot het kijken naar horrorfilms, en van een dag lang niet spreken tot opstaan om tien voor half vijf 's nachts. Laatste opdracht op dag vijftig is de zelfdoding; met dit 'succesvolle' einde is het spel 'gewonnen'.

Een Russische student heeft dit plan naar eigen zeggen bedacht om de maatschappij te ontdoen van waardeloze en nutteloze mensen. De menselijke soort is volgens hem beter af zonder deze zwakkelingen, die vatbaar zijn voor de psychologische trucs waardoor deelnemers aan de Blue Whale Challenge naar hun eigen dood worden 'geholpen'. Blue Whale slaat op de manier waarop walvissen zichzelf doden door zich massaal op een strand te werpen.

De Russische student zit inmiddels in de cel, nadat hij ervan is beschuldigd om zestien tienermeisjes op deze manier tot zelfmoord te hebben aangezet. Hierna is het kopiëren begonnen. Talloze psychopaten wereldwijd wierpen zich op als nieuwe 'mentors' of 'meesters' van de Blue Whale Challenge en zijn op hun beurt tiener-

meisjes via vijftig opdrachten naar hun einde gaan 'begeleiden'. In Roemenië, België, Frankrijk, Engeland, China en Brazilië zijn op deze wijze honderden tieners tot zelfmoord gedreven, zo wordt door media in die landen bericht. De Belgische politie heeft er een officiële waarschuwing aan gewijd; de Roemeense regering is op scholen een speciale voorlichtingscampagne begonnen om scholieren te waarschuwen er niet aan mee te doen.

Maar of de Blue Whale Challenge echt zoveel slachtoffers heeft geëist, wordt wel betwijfeld. Factcheckingsite Snopes heeft geen bewijzen gevonden waarbij zelfdodingen onder tieners daadwerkelijk konden worden gelinkt aan de Blue Whale Challenge. Maar dat dergelijke challenges er zijn geweest en nog steeds plaatsvinden, is onomstreden.

[Bureau Jeugd en Media](#) besteedt aandacht aan deze gevaarlijke hype, die aantrekkingskracht kan uitoefenen op tieners die reeds met zelfmoordgedachten rondlopen. Belangrijkste tip is dat ouders, hulpverleners en vrienden die hiervan op de hoogte zijn, zo'n tiener vertellen dat de Blue Whale Challenge helemaal niet bestaat. En dat er andere oplossingen zijn voor hun problemen dan de dood.

Juist om het in dit artikel beschreven kopieergedrag te voorkomen, moeten media voorzichtig omgaan met publicaties over eetstoornissen, suïcide en automutilatie. GGZ Totaal heeft toch gemeend dit artikel te moeten publiceren, om ons publiek een afgewogen beschouwing te geven over deze verschijnselen, die alomtegenwoordig op internet te vinden zijn en voortdurend op het bordje liggen van GZ-hulpverleners en in de leefwereld van cliënten. De richtlijnen die de [Ivonne van de Venstichting](#) voor journalisten heeft opgesteld, hebben wij gebruikt bij het opstellen van dit artikel. Mensen die na het lezen van dit artikel hulp nodig hebben, moedigen wij aan om op de links in deze artikelen te klikken. Ze leiden naar hulp die helpt.

# Huisdiercontact in de psychische hulpverlening

Romy Groeneveld

*“Wonderlijk”, noemt Hans Marechal, relatiebeheerder bij GGZ Eindhoven (GGzE), de werking van gezelschapsdieren op mensen met psychische klachten. “Mensen die zich eerst afzonderden, bloeien zichtbaar op als er een kat op tafel komt. Ze reageren dan wél, met een minimale oogbeweging of door de kat aan te raken of zelfs op te pakken. Dit biedt behandelaren een ingang om met de cliënt een gesprek aan te gaan.” GGzE is de eerste instelling binnen de geestelijke gezondheidszorg in Nederland waar mensen uit de intra- en extra-murale zorg wekelijks in contact komen met dieren om hun welzijn te bevorderen. Dit gebeurt via Stichting ZorgDier Nederland. “Veel instellingen lijden helaas nog aan koudwatervrees”, signaleert Marechal.*

De Brabantse GGZ-instelling heeft al ruime ervaring met de inzet van dieren bij cliënten. Op ad-hoc niveau hielpen mensen bijvoorbeeld op een bijenhouderij of manege. Stichting de Boei, inmiddels onderdeel van GGzE, had onder leiding van Marechal drie zorgboerderijen. Het werken met dieren droeg bij aan het re-integratieproces van de cliënten, legt hij uit. “De mensen op de zorgboerderij kregen verschillende taken. Hier leerden zij in een veilige en stabiele omgeving om te gaan met verantwoordelijkheid. Ik zag hoe dankbaar deze cliënten waren om met dieren te mogen werken: de dieren veroordelen niet en dat bevrijdt mensen even van het stigma dat ze met zich meedragen.”

# zorgdier.nl

zorg kan niet zonder dieren

Marechal was dus al overtuigd van het belang van dieren in de psychische zorgverlening. Toen hij Maike de Bont, projectcoördinator bij ZorgDier, ontmoette op een conferentie van Planetree (organisatie die zich hard maakt voor mensgerichte zorg, red.) kwam de gemeenschappelijke passie dan ook snel ter sprake. “Ik was gecharmeerd van de visie en professionaliteit van ZorgDier”, aldus Marechal. “Daarom heb ik Maike en voorzitter Jan van Summeren uitgenodigd om de mogelijkheden voor GGzE te bespreken.”

## Continuïteit als sleutelwoord

De Bont haakt hierop in: “We zagen direct dat hier veel initiatieven waren om mensen in contact te brengen met dieren. Echter, dit soort initiatieven moeten ook standhouden. Het is zonde en misschien wel schadelijk voor de cliënten als huisdiercontact plotseling stopt, omdat de verantwoordelijke ziek is of van baan verandert. Wij pleiten er daarom voor om het contact of het werken met dieren op te nemen in het beleid. Zo is een ZorgDier project niet afhankelijk van één persoon: het hoort bij de organisatie. Continuïteit is hierin het sleutelwoord.”

*Kaatje in actie*



**‘Bijzondere samenwerking tussen GGZ Eindhoven en ZorgDier Nederland’**



Clair met maatje



### Vier randvoorwaarden

Inge Bongers, onderzoeksprogrammameider bij GGzE, onderzocht tijdens deze pilot welke randvoorwaarden van belang zijn bij de inzet van zorgdieren. Zo ontdekte ze dat het karakter en de vaardigheden van het dier moeten aansluiten op de behoeften van de mensen. Ouderen gaven bijvoorbeeld de voorkeur aan een rustig dier dat zij op schoot konden nemen en aaien. Daarentegen wilden jongens op de afdeling Kind & Jeugd een grote actieve hond om mee te wandelen en stoeien.

Verder gaven de cliënten en medewerkers aan dat zij waarde hechten aan duidelijke communicatie. “Ze willen weten waar ze aan toe zijn”, licht Bongers toe. “Hoe laat komt het dier en wat gaan we doen? Hoe lang duurt het bezoek?”

Als derde randvoorwaarde geldt dat er aandacht moet zijn voor groepsinteractie. Sommige mensen binnen een groep willen bijvoorbeeld niet op de voorgrond treden tijdens een bezoek van het zorgdier. De vrijwilligers weten dit niet altijd, maar professionele hulpverleners wél. Beide partijen dienen dit soort informatie goed af te stemmen, zodat de cliënten niet overprikkeld raken.

Tot slot is vrijblijvendheid een belangrijke voorwaarde. Cliënten zijn niet verplicht het bezoek van het ZorgDier-team bij te wonen. “Het moet vooral leuk en ontspannend zijn”, besluit Bongers. “Het bezoek is geen onderdeel van de therapie, maar ingebed in de dagelijkse gang van zaken.”



### Van enquête tot pilot

Als eerste stap is in 2015 een enquête gehouden onder ruim 100 medewerkers om te peilen of er binnen GGzE behoefte was aan bezoek met dieren en in welke mate. De uitslag is uiterst positief. Zo is 85% van de ondervraagden er voorstander van dat een zorgdier wekelijks de afdeling bezoekt met een professioneel opgeleide vrijwillige dierbegeleider. Maar liefst 98% gelooft dat een zorgdier op de afdeling het welbevinden van de cliënten kan verhogen. De medewerkers verwachten een positief effect op sociaal en emotioneel gebied, maar zij vermoeden vooral dat een zorgdier meer plezier brengt.

De volgende stap is een pilot. Maïke (professioneel dierbegeleider) legt met haar hond en kat in totaal tien bezoeken af op vijf verschillende afdelingen van GGzE. Hier verblijven cliënten van alle leeftijden en met uiteenlopende achtergronden, van mensen met psychiatrische klachten tot mensen met een licht verstandelijke beperking.



### Omgekeerde integratie

De pilot was een succes, zo blijkt uit het onderzoek van Bongers. Het bezoek van de dieren biedt cliënten afleiding en geeft een aanleiding om over hun eigen ervaringen met huisdieren te vertellen. Ook voelen zij zich meer ontspannen: het bezoek draagt bij aan de verbetering van hun stemming op dat moment. Bongers: “We spreken hier van normalisatie: de psychiatrische cliënten zijn weer gewoon even mens. De behandelingen verdwijnen op de achtergrond en de gesprekken gaan weer over de dagelijkse gang van zaken.”

Hans Marechal kan dit beamen. “De gezelschapsdieren, maar juist ook de vrijwilligers zijn hierin belangrijk. Zij vormen voor de mensen op de afdeling juist een verbinding met de buitenwereld. Op deze manier werken we aan omgekeerde integratie: we brengen de cliënten niet naar de maatschappij, maar brengen de maatschappij naar hén.”



### Kleine overwinningen

Na de succesvolle pilot zijn vijf medewerkers van GGzE door ZorgDier opgeleid om zelf bezoeken met hun huisdier af te leggen. Eén van hen is Saskia van den Ham, verpleegkundig begeleidster op de afdeling voor volwassenen met een licht verstandelijke beperking (Opsy). “Bij deze groep zie je dat mensen zich makkelijk openstellen tegenover het dier. Waar wij een uur lang een gesprek proberen aan te knopen, krijgen de honden al na een paar minuten geheimpjes te horen. Ook was het voorheen lastig iedereen te motiveren voor het wandeluurtje.

Op de donderdag –wanneer het zorgdier op bezoek komt– staat iedereen echter enthousiast klaar en is het duimen dat iedereen mee kan.”

Zelf gaat Van den Ham met haar Cane Corso Kaatje wekelijks op bezoek bij mensen met verschillende typen klachten. “Zo is er een man met schizofrenie, die trouw elk bezoek wil bijwonen. Soms lukt dat niet en dan zoek ik hem met Kaatje zelf op. Uiteindelijk komt hij toch mee naar beneden. Dat zijn kleine overwinningen. Wat we doen tijdens deze bezoeken hangt af van de behoeften van cliënten: het is mooi om te zien hoe Kaatje zich hier op aanpast. Bij sommigen kan ze lekker stoeien en met een flowtouw spelen. Er is ook een oudere vrouw in een rolstoel die veel verzorging nodig heeft. Kaatje gaat rustig naast haar zitten en plaatst haar kop onder de hand van deze vrouw om zo contact te vragen.”

Met Ilya in gesprek



## Vervolg pilot laat op zich wachten

Het liefst zouden GGzE en ZorgDier de bezoeken op Landgoed de Grote Beek uitbreiden met meer teams, zodat meer mensen hier kunnen profiteren van het contact met dieren. Marechal: "We zijn enthousiast over de pilot en zouden hier graag een vervolg aan geven. Echter, het is lastig om hier middelen voor vrij te maken. We hebben te maken met gekrompen budgetten en verschillende initiatieven die aandacht verdienen. De Raad van Bestuur is overtuigd dat de inzet van dieren in de psychiatrische zorg een meerwaarde heeft. Daarom zoeken we nu naar financiering van buitenaf, zodat we de samenwerking met ZorgDier kunnen voortzetten zónder dat andere projecten van GGzE in het geding komen."

## Maatwerk voor De Boei

Inmiddels is het ZorgDier wel gelukt om een project te starten met GGzE-De Boei, een onderdeel van GGzE waarbij zelfstandig wonenden professionele hulp krijgen om hun leven op koers te krijgen. Uit deze groep van 1500 mensen is een aantal geselecteerd, dat naar verwachting het meeste baat heeft bij het contact met zorgdieren. ZorgDier leidt een groep van 12 teams (mens-diercombinaties) op om wekelijkse bezoeken af te leggen. In deze cursus wordt theorie afgewisseld met praktijk, waarbij veel aandacht is voor de cliënten van GGzE-De Boei. Het doel is dat dierbegeleiders deze cliënten straks op veilige en verantwoorde wijze kunnen bezoeken. Als afsluiting vindt een geschiktheids- en vaardigheidentest plaats. De Bont: "Hieruit rolt een competentieprofiel: wat past bij het ZorgDier-team? Voelt het team zich prettig in een groep of juist in één-op-één contact? En heeft het dier behoefte aan beweging of is het ook geschikt voor een rustig bezoek binnenskamers?"

Deze profielen leggen we naast de kandidaten van GGzE om de best mogelijke matches te creëren. Het is dus altijd maatwerk: wat voor de één werkt, is niet per se goed voor de ander." Per september kunnen de ZorgDier-teams op bezoek bij de cliënten van De Boei.

## Koudwatervrees

Het inbedden van zorgdieren in de psychische zorgverlening op deze schaal – dus intramuraal én extramuraal, met vrijwilligers én eigen getrainde medewerkers – is uniek in Nederland. Jan van Summeren van Stichting ZorgDier: "We zijn al jaren bezig om voet aan de grond te krijgen in de psychiatrie. Dit begon met een conferentie in 2007 in samenwerking met AMC de Meren (zie ook Kader 2, red.). GGzE is nu de eerste instelling die het werken met zorgdieren integraal omarmt."

Hans Marechal beaamt dit. "GGzE heeft haar nek uitgestoken voor de inzet van dieren op de psychiatrische afdeling. De meerwaarde van dieren in de ouderenzorg geniet meer bekendheid, maar in onze branche is hier nog altijd weinig begrip voor. Veel instellingen lijden aan koudwatervrees. Om dit te verhelpen, is meer wetenschappelijk onderzoek nodig. Hier ligt een taak voor ons in samenwerking met ZorgDier, maar wellicht ook voor de Landelijke Cliëntenraad of bijvoorbeeld het Trimbos-instituut. Het betrekken van dieren bij de zorg moet vanzelfsprekend worden, niet als behandeling maar als ondersteuning in het herstel. We willen mensen in beweging krijgen en onderdeel laten zijn van maatschappelijke systemen. Een initiatief als dat van ZorgDier is daar een interessante oplossing voor." ●



Chai

## Stichting ZorgDier

ZorgDier is een projectorganisatie waarin professionals en vrijwilligers al 14 jaar samenwerken om hun dierbare missie te volbrengen: zoveel mogelijk kwetsbare medemensen te voorzien van wekelijks verantwoord en helend contact met huisdieren. Sinds de oprichting van de stichting zijn 300 ZorgDier-teams en 80 zorgprofessionals opgeleid. Voor meer informatie: [www.zorgdier.nl](http://www.zorgdier.nl). Kijk hier voor [een foto-impressie](#).

## Het belang van huisdieren

GGZ-instelling AMC de Meren organiseerde een schrijfwedstrijd 'Helpen huisdieren in de psychiatrie' (2006) om te onderzoeken welke rol dieren werkelijk spelen in het welzijn. Deze quotes illustreren de ervaring van mensen met psychische klachten met hun huisdier.

### Angstreductie

"Ze komen om en over me heen liggen en wanneer ik hun warme zachte spinnende lijfjes voel word ik langzaam rustiger. Mijn hart stopt met bonzen en de angst maakt plaats voor een overweldigend gevoel van liefde."

### Faciliteren contact

"De psychiater, die gelukkig ook van honden hield, zei dat ik hem mee in de spreekkamer kon nemen. Ik merkte hoeveel gemakkelijker het is om over jezelf te praten, als je reiskameraad, je gezelschap, aan je voeten ligt. Later, in mijn eigen werk als psychiater, heb ik patiënten die over hun hond spraken, altijd gevraagd hun hond mee te nemen."

### Menselijke spiegel

"Ingo, mijn konijntje, voelt haarfijn mijn stemming aan. Als ik onrustig ben, verbouwt hij zowat zijn kooi. Hij krabt de bodembedekking opzij en scheurt de onderliggende krant aan flarden. Hoezo een dom dier? Hij laat me inzien dat ik verkeerd bezig ben. Goed zo, Ingo! Een hulpverlener kan me er niet beter op wijzen dat het niet goed gaat."

Bron: Mark Janssen, Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 662, 4, (april 2007), 276-289.



Man met hond





## De huisvriend, Novelle over misbruik en vergeving

Wim Vredelieve

De huisvriend, geschreven door Wim Vredelieve, is een confronterend boek in meerdere opzichten. De problematiek is loodzwaar en complex: Er is een vader die teveel drinkt en bij tijden agressief is; er is een moeder die veel laat gebeuren en er is een kind dat het allemaal van dichtbij meemaakt; er is een rauw milieu met de kroeg om de hoek. Onverwacht neemt vader iemand mee uit de kroeg die zonder huisvesting zit. Deze logé Ruud, door moeder net aan getolereerd, is niet veel later een permanent inwonende huisvriend die gaandeweg moeders steun, toeverlaat en troost wordt in het slechte huwelijk. Ook voor de kleine Wim is de huisvriend een rustpunt in een onvoorspelbare thuissituatie. "Ruud en ik keken van terzijde toe. Mijn angsten werden iets getemperd toen onze kostganger een van zijn handen in mijn nek legde en me begon te strelen. 'niet bang zijn, Wimpie,' sprak hij warm en intens. 'bij mij ben je veilig. Ik ben je vriendje.'" Met de kleine Wim bouwt hij een plezierig contact op dat na enige tijd uitmondt in stiekeme seksuele handelingen bij avondlijke bezoeken op zijn kamertje.

Wim wordt meermaals op het hart gedrukt deze geheimpjes met niemand te delen. Vader verdwijnt na weer een uitbarsting gedwongen van het toneel. Er volgt een scheiding, Ruud is tijdelijk uit beeld. Wim komt er gaandeweg achter dat zijn geheim niet zomaar een geheim is maar iets waar hij zich heel erg voor moet schamen. Het ontdekken van

masturberen en dat veelvuldig doen draagt bij aan dat schuldgevoel. "Om mijn ouders niet boos te maken en mijn veiligheid te garanderen, moesten mijn capriolen strikt geheim blijven. En hoe prettig het spelen met mezelf ook was, ik droeg het mee als een zware last." Het schuldgevoel wordt alsmaar groter. De terugkeer van voormalig huisvriend Ruud als vriend, geliefde en uiteindelijk partner van moeder helpt daar bepaald niet bij. Het misbruik is al eerder gestopt maar de schade die de kleine Wim ervaart, is blijvend. Het contact met zijn stiefvader is stuurs en ongemakkelijk geworden en blijft dat ook.

Er volgt een puberteit met een ongewenste stiefvader, excessief masturberen en alsmaar dat schuldgevoel. De relatie met zijn vader wordt na enkele jaren enigszins herstelt en op negentienjarige leeftijd gaat Wim het huis uit. Dat levert hem naar eigen zeggen rust op. Het kijken naar een tv programma over seksueel misbruik heeft een heftig effect op Wim en is aanleiding om moeder eindelijk te confronteren met zijn grote geheim.

De novelle is geschreven in de ik-vorm vanuit de optiek van Wim die gaandeweg het boek ouder wordt en telkens weer geconfronteerd wordt met zijn loden last. De wanhoop van de jongen is voelbaar op elke pagina. Het boek klinkt als een noodkreet die het zwijgen via dit boekje eindelijk doorbreekt.

Maandelijks bespreekt Johan Atsma een recent uitgegeven boek, dat betrekking heeft op de GGZ.

Johan Atsma is docent/coach MBO verpleegkunde.



Het is zoals gezegd voor de lezer een confronterend verhaal in al zijn hevigheid. Je kunt je toch nooit echt voorstellen dat dit sommige kinderen overkomt. Dit boek helpt je om onder ogen te zien dat het echt niet ver van jouw bed ergens in een katholiek internaat hoeft plaats te vinden maar ook om de hoek bij jou in de straat in Purmerend. Confronterend is het ook omdat ik me uiteindelijk niet laat raken en dat is jammer. 'De Huisvriend' is niet voor niets geschreven maar het lukt Vredelieve niet om de intensiteit van zijn eigen beleving om te zetten in een boek dat raakt. De taal is soms wat onhandig en de structuur van het verhaal is onevenwichtig. De worsteling van Wim blijft hangen in woorden maar wordt niet voelbaar.

De persoonlijke worsteling van Wim eindigt uiteindelijk en zoals in de titel al aangekondigd met vergeving en een welgemeend pleidooi om het goede te laten prevaleren boven het kwade. Een dapper einde!

**Wim Vredelieve: De huisvriend, Novelle over misbruik en vergeving.**

**Uitgeverij Tobi Vroegh; 94 pagina's; prijs € 12,50; ISBN: 9789078761587**

'Je bent een waanzinnige vrouw', hoor ik wel eens. Ik neem het in me op als versgebakken zoete koek. Volgens het woordenboek noemt men mij echter krankzinnig, wat volgens datzelfde boek weer geestesziek betekent. Zo beland je, zonder dat je het door hebt, regelrecht in een gesticht, als je niet uitkijkt. Want het is waar, denk ik diep van binnen. Overigens wordt het goed bedoeld. Stel je voor zeg.

Stigma. Ik heb er nooit zo over nagedacht. In mijn arbeidsverleden bijvoorbeeld heb ik er nooit iets van gemerkt, ik heb dan ook nog geen dag betaald gewerkt.

Was het stigmatiserend toen ik opgenomen was op een psychiatrische afdeling en voor het glazen kantoortje van de verpleegkundigen in mijn pyjamaatje, zwaar depressief stond te smachten naar mijn slaapmedicatie en iedereen deed alsof ik niet bestond? Toen er, na eindeloos wachten toch nog iemand naar buiten kwam met mijn pilletjes, bespeurde ik een houding die uitwasemde dat ik gestoord was, en zij niet. Zij had macht over mijn nachtrust en dat moet ze, misschien onbewust, lekker gevonden hebben.

Was het een vorm van stigma dat ik daar te horen kreeg dat de periode vóór de opname een tijd van ziekte bleek te zijn? Ik had me juist eindelijk, en naar mijn mening voor altijd, supergelukkig gevoeld. Dat was even slikken.

Sindsdien probeer ik me aan te leren om te zeggen dat ik een manisch-depressieve stoornis heb in plaats van te melden dat ik het bén. Ik ben toch nog veel meer dan alleen deze ziekte, maak ik mezelf wijs. Ziekte! Wat een rotwoord.

Er zijn vast veel meer voorbeelden te noemen, maar ik ben me er nooit echt bewust van geweest. De negatieve invloed ervan is me, gelukkig vaak ontgaan, al zullen de gevolgen onbewust hun negatieve werking hebben gehad.

Nee, dan zelf-stigma! Is dat wellicht nog verwoestender? Ik ben er geweldig goed in, ik zou me er zelfs voor op de borst kunnen slaan, maar dat zit niet zo in mijn aard. Vertrouwerder is het om te denken dat ik nergens goed in ben, dat past me als een oude jas. Het idee dat ik volkomen onbelangrijk en nutteloos ben is er flink ingesleten.

Zo stopte ik laatst voor de 388ste keer met roken. Na een hele week van trillen op mijn wankelbare grondvesten, gaf ik het op. Een grotere looser bestond er niet! Zie je wel, ik kan ook niks, alles mislukt áltijd en het wordt toch nóóit iets met mij! Ik voel me waardeloos en wil opeens weer vreselijk dood. Na uren tegen me aan laten praten door mensen die het tegendeel van deze statements willen bewijzen, word ik weer een beetje rustig en zie dat het leven ook wel lachen kan zijn. De Oxazepam kan de kast weer in.

Op mijn scheurkalender stond een tijdje terug de kreet 'Eigenliefde is jezelf zien als het juweel dat je in werkelijkheid bent'. Dat is een hele klus, maar het gaf me hoop. Ik ben toch niet gek!

# Koestering

Geluk voor even in een doosje  
Met een strikje er om heen  
Genietend van het openen  
Wil jij het al vertellen  
Het liefst aan iedereen

Toch koester jij voor even  
Dat speciale moment  
Genietend van het voelen  
Wil jij het heel graag delen  
Het liefst met iedereen

Je weet je in te houden  
geluk is ook een recht  
genietend van jezelf  
wil jij het even houden  
totdat het brandt in jou

om te gaan openbaren  
hoe mooi geluk je maakt  
het liefst met je dierbaren  
om samen te ervaren  
hoe ons hart wordt geraakt

© Gisele Vranckx

De zomervakantie staat voor de deur. Voor GGZTotaal betekent dat een aantal maanden rust: je hebt het laatste magazine vóór de zomer op je scherm, een week eerder dan normaal.

Maandag 11 september verschijnt pas weer het volgende magazine. Traditiegetrouw is dat een special: de mooiste columns van onze columnwedstrijd en een overzicht van de best-verdienende bestuurders in de GGZ.

## Geen dagelijks nieuws, maar 'vragen van lezers'

Zolang er schoolvakanties zijn, plaatsen wij geen nieuwsberichten. Dat betekent dat het laatste nieuwsbericht op vrijdag 7 juli op de site verschijnt, op maandag 4 september zijn we weer paraat met de actualiteit.

De nieuwsrubriek is in die periode beschikbaar voor onze lezers: wie prangende vragen heeft, kan ze sturen aan [info@ggztotaal.nl](mailto:info@ggztotaal.nl). Wij plaatsen ze op de site en wie weet, heeft een andere lezer het antwoord.

Voor alle duidelijkheid: reclame die slinks als vraag is verpakt plaatsen we niet (Daarmee bedoelen we vragen als: 'Vindt U ook niet dat GGZTotaal het beste magazine in de GGZ is?')

## Onze nieuwe bijlage XL

Onze nieuwe bijlage XL is goed ontvangen. Daar zijn we heel blij om, want dat betekent dat we er even mee door kunnen gaan. Voor wie het gemist heeft: sinds twee maanden is XL de bijlage, met drie à vier artikelen over één onderwerp. Zo kunnen we verdiepen en tóch breed blijven.

De eerste XL, in mei, stond in het teken van Stigma, vorige maand was het de beurt aan de bipolaire stoornis en deze maand nemen we de POH-GGZ onder de loep. In september gaat het over 'GELD', met onder andere dus de top-20 van best-verdienende bestuurders. Over de XL in oktober hebben we nog geen knoop doorgehakt, we hebben wel zo wat ideeën.

## De mooiste GGZ-verhalen

Wellicht heb je het al meegekregen: onze jaarlijkse columnwedstrijd is weer van start gegaan. Heb je iets meegemaakt wat je graag wilt delen? Iets ontroerends? Iets onvoorstelbaars? Iets waar je broek van afzakte? Iets waar je ontzettend blij van werd? Weet je dat bovendien een beetje leuk op te schrijven?

Doe dan mee met onze columnwedstrijd. Het maakt niet uit of je psychiater, (ex-)cliënt, verpleegkundige, politiemans, mantelzorger, ervaringsdeskundige, manager, tuinman of onderwijzer bent: als het verhaal maar met de GGZ te maken heeft en lezenswaardig is. De tien mooiste verhalen plaatsen wij in ons septembernummer, de drie allermooiste ontvangen bovendien een boekenbon van € 50,- [Hoe je mee kunt doen lees je hier](#).

## Geld

Nog even over dat geld: GGZTotaal zou graag wat meer inkomsten genereren. We maken nogal wat kosten voor hosting, de diverse programma's die we gebruiken, huur van ruimte en soms huur van mensen. Met meer geld zouden we de kwaliteit van onze artikelen kunnen verhogen. Bovendien moeten we zelf ook eten, al slaan we af en toe wat over.

Jij, als lezer, kunt heel eenvoudig bijdragen aan een iets riantere financiële positie zonder dat het je een cent kost.

Hoe? Als je wel eens iets bestelt via Bol.com, doe dat dan via onze site? Dat werkt als volgt: je gaat naar [onze literatuurlijst](#) en klikt op de banner van Bol.com. Verder doe je je bestelling als je gewend bent. Het enige verschil is dat wij nu een percentage van jouw aankoop krijgen, voor jou scheelt het slechts twee muisklikken.

Adverteren is natuurlijk ook een mogelijkheid. [Lees hier de tarieven en mogelijkheden](#).

Uiteraard mag een directe financiële bijdrage ook: elke euro is meegenomen.

Rekeningnummer NL41 INGB 0006 3301 81, t.n.v. GGZTotaal. Ontzettend bedankt!

# POH-GGZ

# Grens tussen POH-GGZ en overige GGZ nog niet altijd duidelijk

*Monitor KPMG wijst op belang van goede samenwerking*



Het zal niemand zijn ontgaan: de laatste jaren verandert er veel in de GGZ. Eén grote verandering is de transitie van de jeugdzorg en het beschermd wonen naar de gemeenten in 2015, een tweede verandering is de introductie van de Generalistische Basis-GGZ in 2014, met als doel een verschuiving van zwaardere naar lichtere vormen van zorg, ook wel van de derde naar de eerste lijn of, in de huidige terminologie, de verschuiving van Specialistische GGZ naar de Generalistische Basis-GGZ en de huisarts.

Om die laatste daarin te ondersteunen is de POH-GGZ in het leven geroepen, het onderwerp van deze thema-bijlage. De POH-GGZ is sindsdien fors uitgebreid. Maakte in 2011 nog maar 37% van de huisartsen gebruik van een POH-GGZ, in 2016 was dat, volgens KPMG al 84%, het meest in Utrecht (96%), het minst in Noord-Brabant (66%). De Nederlandse Zorgautoriteit berekende dat in 2015 ruim 427.000 mensen tenminste één consult hadden bij de POH-GGZ. Dat is een stijging van 16% ten opzichte van 2014.



De overheid voerde de Generalistische Basis-GGZ in 2014 in. Uiteraard wilde het ministerie van VWS weten of de Generalistische Basis-GGZ in de praktijk werkt, daarom gaf zij KPMG-Plexus opdracht de ontwikkelingen te monitoren. De [rapportage van juni 2017](#), met daarin trends op basis van landelijke data tot en met 2015, is inmiddels verschenen en spitst zich onder andere toe op de rol van de POH-GGZ. Gaandeweg het onderzoek bleek 'samenwerking' een belangrijk thema.

Tijdens het gesprek met KPMG-consultants Renée de Valk en Lieke Ruigrok was de rapportage nog niet openbaar, harde cijfers konden ze daarom nog niet geven. Wel konden ze iets zeggen over het kwalitatieve deel van het onderzoek, gebaseerd op interviews met huisartsen, patiënten en behandelaren (waaronder de POH's-GGZ). "Máár", benadrukken beiden met enige regelmaat, "dat zijn indrukken die we hebben op grond van een beperkt aantal interviews, daar mag je dus geen harde conclusies aan verbinden."

### **Samenwerking**

Een factor van betekenis lijkt dus de samenwerking binnen de keten. "In regio's waar meer samenwerking was, leek er ook een betere doorstroming in de keten. Als partijen elkaar kennen, weten ze beter waarnaar ze door- of terug moeten verwijzen. Je bent beter op de hoogte van het aanbod, van elkaars mogelijkheden."

Dat je op de hoogte moet zijn van elkaars bestaan om naar elkaar te kunnen verwijzen, is helder, maar het lijkt ook te gaan om vertrouwen. "Als een psychiater iemand met complexe problematiek terugverwijst naar een huisarts, zal die huisarts dat makkelijker accepteren als hij weet, dat hij in geval van nood een beroep kan doen op die psychiater", stellen Renée de Valk en Lieke Ruigrok.

Dat geldt ook de andere kant op: "Een huisarts die de andere partijen niet goed kent, zal iemand met een chronische aandoening makkelijk naar de specialisi-

sche GGZ sturen, 'want het is complexe problematiek', terwijl er wellicht ook in de Basis-GGZ mogelijkheden zijn om zo iemand te behandelen. Een dergelijk fenomeen geldt ook voor andere verwijzers."

Binnen zo'n samenwerking worden vaak ook andere afspraken gemaakt, als 'wanneer verwijs je door?'

Het roept de vraag op wat de succesfactoren voor een goede samenwerking zijn.

De KPMG-consultants: "Sinds 2017 hebben organisaties de verplichting om samenwerking op te nemen in hun kwaliteitsstatuut, maar je ziet grote regionale verschillen in de manier waarop daar vorm aan is gegeven. Wat we uit de interviews opmaakten, is dat die samenwerking bijna altijd vanuit een bestaande organisatie wordt opgezet. Dat kan een huisartsenvereniging zijn, of een regionaal ROS-netwerk, of organisaties die POH's-GGZ detacheren. Bij die laatste zitten ook organisaties die aan de grotere GGZ-instellingen gelieerd zijn."

### **Behandelen en doorverwijzen: wie doet wat?**

Uit de interviews die De Valk en Ruigrok hielden kwam ook onduidelijkheid naar voren over de grenzen tussen POH-GGZ, Generalistische Basis-GGZ en Specialistische-GGZ, ondanks alle richtlijnen en verwijstools die er over bestaan. "Maar ook daar merk je, dat als er meer samenwerking is, er betere invulling van die kaders ontstaat, en dat er meer duidelijkheid ontstaat over welke zorg het beste waar geleverd kan worden."

*Toen de POH-GGZ opkwam, bestond bij veel behandelaren de angst dat de POH-GGZ cliënten bij zich zouden houden die eigenlijk meer zorg nodig hadden, dat ze behandelingen gingen doen waar ze niet capabel voor waren. Is daar iets van gebleken?*

De Valk en Ruigrok hebben wel signalen gekregen dat de POH-GGZ te lang doorgaat met behandelen, maar dat is niet iets dat overheerst. Ze hoorden bovendien méér redenen waarom een POH-GGZ te lang kan blijven doorbehandelen: het stigma dat op de GB-GGZ en S-GGZ rust, het eigen risico en de lange wachttijden. "Dan levert de POH-GGZ een overbruggingscontact, of hij slecht de drempel naar de GGZ. Een POH-GGZ die zichzelf overschat lijkt zeker niet de belangrijkste reden waardoor een geëigende doorverwijzing niet plaatsvindt."

*Dan speelt nog de vraag of een POH-GGZ überhaupt wel of niet mag behandelen.*

"Uit de interviews blijkt in ieder geval een definitie-kwestie rond de vraag wat behandeling is en wat niet. Er is een functieprofiel vanuit de Landelijke Huisartsenvereniging, dus op papier is wel duidelijk wat wel en wat niet onder de verantwoordelijkheid van de huisarts valt. Maar vermoedelijk bestaan er wel grote verschillen."

### **Geen startersfunctie**

De vraag waar de grenzen van de POH-GGZ liggen, leidt al snel naar de vraag over zijn of haar achtergrond. Uit interviews kwam naar voren dat de POH-GGZ geen startersfunctie is. Er zijn wel mensen die als POH-GGZ starten, maar die ervaren wel dat het een zware functie is en dat eerdere ervaring nuttig is.

"Er is veel variatie in achtergrond en vooropleiding, maar over het algemeen vormt dat geen probleem, omdat de doelgroep ook zo gemêleerd is. Belangrijk is dat er altijd gehandeld wordt binnen de kaders van de huisartsenzorg. Die kaders liggen er."

"De geïnterviewde partijen vinden ook dat de POH-GGZ een generieke functie moet blijven, dat er geen specialisatie komt, hoogstens een POH-GGZ voor jongeren

of ouderen. Maar niet, bijvoorbeeld, een POH-GGZ voor depressie en angstklachten en eentje voor persoonlijkheidsstoornissen."

### **Kunnen we stellen dat iedereen tevreden is over de POH-GGZ?**

"De huisartsen ervaren de POH-GGZ als een ondersteuning. Wel vinden sommige huisartsen het spannend dat bepaalde patiënten worden overgedragen vanuit de gespecialiseerde GGZ. Maar dat staat of valt dus met een goede samenwerking met de andere echelons."

Voor de patiëntenzorg lijkt de tevredenheid moeilijker te beoordelen: "Daar is echt meer onderzoek voor nodig. De eerste vraag is al, wanneer een behandeling goed of slecht is. Maar als je de patiënttevredenheid als uitgangspunt neemt, dan nog weet je niet of iemand tevreden of ontevreden is vanwege de POH-GGZ of door andere factoren. Er is de laatste jaren zoveel veranderd in de GGZ"

"De invoering van de Generalistische Basis GGZ heeft tijd nodig gehad," stellen de beide consultants, "Nu worden er bottom-up steeds meer activiteiten geïntroduceerd om invulling aan het beleid te geven. Succes blijkt dan vaak van simpele factoren af te hangen als elkaar kennen." ●

# “Het leuke is dat je met relatief weinig middelen veel kan betekenen”

Een verschillend werkgebied en een verschillende opleiding: driemaal de POH-GGZ



Ze hebben hetzelfde beroep, dat van POH-GGZ. Dat betekent dat er een aantal overeenkomsten zijn, namelijk dat ze zorg verlenen aan mensen met psychische problemen onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Ze zien tussen de 8 en de 12 mensen per dag met relatief milde, of juist chronische klachten. Daar houdt de vergelijking zo ongeveer op, want Emke Bosgraaf, Sonja Bloeme en Marco Zomer hebben alle drie een verschillende opleiding en de gebieden waar ze werken vertonen grote verschillen. Dat laatste geldt ook voor het soort problemen waar ze mee te maken krijgen en daarmee voor hun manier van werken.

## ‘Voor het merendeel studenten’

Emke Bosgraaf werkt tweeënehalve dag per week in een praktijk in het centrum van Maastricht. Het gevolg: driekwart van zijn case-load zit in de leeftijdsgroep van 18 tot 25 jaar, het zijn vooral studenten. Die doelgroep was ook precies de reden dat hij voor deze praktijk heeft gekozen. Hoewel zijn cliënten dus veel overeenkomsten hebben, zijn de klachten divers: “Ik zie mensen met angst, depressies, slaapstoornissen, verslaving en psychotische klachten. Eigenlijk van alles wat.” Naast de individuele gesprekken verzorgt hij in Maastrichtse praktijk ook Mindfulness-trainingen.

Van origine is hij theoloog, werkte als wetenschapper PhD. Maar op zijn 32-ste besloot hij om weer de collegabanken in te gaan om hulpverlener te worden. Dat werd gezondheidswetenschappen, met master Mental Health. “Ik vond gezondheidswetenschappen wat meer op de praktijk gericht dan de psychologiestudie.” Ondertussen had ik ook drie jaar bij slachtofferhulp gewerkt en stage gelopen op de afdeling stemmingsstoornissen van Virenze, een landelijke GGZ-instelling met wortels in Limburg.

## ‘Geen rijke mensen’

Sonja Bloeme is van huis ergotherapeute, een vak wat ze jarenlang in de GGZ uitoefende. Daarna werkte ze 15 jaar bij een preventie-afdeling. Naast haar werk als POH-GGZ is ze mindfulnessstrainer.

Ze werkt twee dagen per week als POH-GGZ. Anders dan Emke is dat niet voor één, maar voor twee praktijken, één dag bij een solopraktijk, één dag bij een praktijk met drie huisartsen. Beide praktijken liggen in een achterstandswijk in Amsterdam Noord, al hebben ze niet de titel Vogelaarwijk meegekregen. Sonja: “Het gros van mijn cliënten is autochtone Amsterdammer of migrant. Ik zie veel generatie-problematiek waarbij de problemen van



generatie op generatie dóórzetten. Bijvoorbeeld persoonlijkheidsproblematiek, als gevolg van verwaarlozing, een kind dat vervolgens op haar 17-de zwanger wordt en op haar beurt ook weer háár kind dreigt te verwaarlozen. Verder veel psychosociale problematiek, regelmatig in combinatie met licht-verstandelijke beperkingen: een slecht huis, burenlawaai, armoede, en daardoor zoveel stress, dat er vanzelf wel een stoornis ontstaat.”

“De gemeente probeert het hier pluriformer te maken, door koop- en huurwoningen meer te mengen. De buurt is daardoor aan het veranderen. Ik zie nog steeds geen rijke mensen, wel hoogopgeleiden en middeninkomens, die hier een betaalbaar huis in Amsterdam konden kopen. Die komen regelmatig met burnout of surmenage. Laatst had ik plotseling iemand met een superbaan die 80 uur per week werkt. Dan moet je heel snel switchen van niveau.”

#### “POH-GGZ”. Wie heeft dat woord in hemelsnaam bedacht?

“...de POH-GGZ. Ik heb de afkorting niet verzonnen”, zei Jeroen van Wijngaarden (VVD) in januari 2015 tijdens Tweede Kamerdebat over de GGZ. Hij bedoelde niet dat hij bewondering had voor de bedenker van de term. De GGZ heeft, niet als enige sector, een rijke traditie waar het om afkortingen gaat. In de jaren tachtig werden het IMP, het LVG, de SPD en het MOB samengevoegd tot de RIAGG, waar afdelingen als JZ, VZ, OZ en OEP huisden. Veel therapieën zijn slechts bekend onder hun afkorting, ze heten CGT, ECT en EMDR, waarbij het soms de vraag is of het gebruikt kan worden bij aandoeningen als ASS en ADD. Dat hangt overigens ook af van de interpretatie van de DSM en de bekwaamheden van de SPV, de MW en de GZ-psycholoog én of het plaatsvindt in de S-GGZ dan wel in de GB-GGZ.

De afkorting POH-GGZ is een stap verder in die ontwikkeling. Dat de term afgekort wordt, is te begrijpen. Als je je moet voorstellen met “Hallo, ik ben de Praktijkondersteuner bij de Huisarts voor de Geestelijke Gezondheidszorg”, dan is je spreekuur goeddeels voorbij. Waarom toch zo’n mond vol? Waarom niet gewoon ‘psycholoog bij de huisarts’? Psycholoog is tóch geen beschermd beroep en veel cliënten maakt het echt niet uit of je eigenlijk GGZ-agoog, MW of SPV bent. Als je je werk maar goed doet.

De vraag is ook wat het meervoud is van POH-GGZ. Huisarts tegen patiënt: “U kunt kiezen tussen twee POH-GGZ’s”. Grammaticaal correct, maar het klinkt niet lekker.

Het gaat om praktijkondersteuners bij de huisarts, dus PO’s H-GGZ? Ligt ook niet echt fijn in de mond. Dan maar POH’s-GGZ. Klopt niet, maar praat wel het makkelijkst.

Huisarts tegen patiënt: “Er werken hier twee psychologen in de praktijk”.

Klopt misschien ook niet. Maar iedereen begrijpt het.

#### ‘Meer sociale samenhang’

De week van Marco Zomer ziet er weer heel anders uit. Tot een vijftal jaren geleden was hij Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige bij Mediant, tegenwoordig werkt hij vier dagen als POH-GGZ in Twente, voor vier huisartsenpraktijken. Twee dagen doet hij dat bij een gezondheidscentrum in Enschede, twee dagen bij drie huisartsenpraktijken in de dorpen er omheen: Lonneker, De Lutte en Denekamp.

“Het is in de dorpen wel handig dat ik ook uit Twente kom. Ik kan een beetje Twents, als Nederlands lastig is, gaan we in het Twents verder. Dat scheelt. Het helpt ook als je de gewoontes kent. Mensen kijken hier de kat uit de boom. Twentse nuchterheid: doe maar gewoon, dan doe je gek genoeg.

Soms moet ik ook mijn tempo wat aanpassen. Niet alleen op de problemen inzoomen, maar ook op de context. Mensen op hun gemak stellen, vragen naar vrouw en kinderen.

In Enschede werkt hij deels in een Vogelaarswijk, waardoor zijn cliëntengroep enigszins op die van Sonja lijkt: veel mensen van Marokkaanse en Turkse afkomst, veel laaggeletterdheid, meer maatschappelijke problematiek. “In het buitengebied is meer sociale samenhang, meer verenigingsleven, meer vriendengroepen die elkaar al van jongs af aan kennen. Er is meer cohesie, mensen hebben vaker een groot netwerk en dat is gunstig. De keerzijde van die medaille is dat er meer druk vanuit de omgeving is en veel sociale controle. Mensen zeggen wel eens tegen me: ‘Als ik in de wachtkamer zit, weten de mensen dat ik voor jou kom en niet voor de dokter.’”

Marco ziet meer verschillen tussen de problematiek in de achterstandsbuurt en de ‘buitengebieden’, zoals hij het noemt. “In de stad kan ik door het hoge aantal allochtonen en de laaggeletterdheid veel minder met taal werken. Ik gebruik meer voorbeelden, ik moet meer uittekenen.

Ik heb ook de indruk, dat sommige mensen in de buitengebieden langer doorlopen met hun klachten en het lastiger vinden om hulp te vragen. Die groep komt pas in beeld als het heel hoog is opgelopen en ze eigenlijk specialistische GGZ nodig hebben, of ze komen helemaal niet.”

Als gezegd werkte hij eerder als SPV bij Mediant. Andere doelgroep, andere manier van werken, meer overlegmogelijkheden. Mist hij dat wel eens? Marco: “Het registreren mis ik in ieder geval niet, en ook niet die uitgebreide behandelplannen.”



### **'Overal iets van af weten'**

Het scala van verschillende problemen en de zelfstandigheid zijn twee aantrekkelijke kanten van het vak. Het vraagt wel het één en ander van een hulpverlener. Emke: "Zeker toen ik hier net kwam werken moest ik daar even aan wennen: ik had het gevoel dat ik overal van af moest weten." En Sonja: "Ik denk vaak, hiervoor moet ik me toch echt even inlezen, of een training doen. Maar ik kan niet alles tegelijk. Soms heb ik gewoon niet voldoende competentie. Ik weet bijvoorbeeld minder over kinderen."

Marco: "Ik heb veel met complexe psychiatrische problematiek gewerkt, dat kom ik hier nog wel eens tegen als patiënten chronisch, maar stabiel zijn en terugverwezen zijn naar de huisarts. Daar weet ik wel het nodige van. Andere dingen horen bij je basisvaardigheden, en voor weer andere dingen moet ik me scholen of inlezen."

Scholing, inlezen, trainingen, intervisie, overleg. Het zijn woorden die regelmatig terugkeren. Overleg is niet altijd even makkelijk. "Het werk is solistisch en de huisartsen zijn ongelofelijk druk", zegt Sonja, "als het niet urgent is, ga ik het niet bespreken. Maar als het echt nodig is, dan zorg ik dat ik een huisarts spreek. Verder maak ik regelmatig gebruik van vroegere collega's of vrienden uit het vak. En ik heb mijn onvolprezen intervisiegroepje. Soms bel ik ook de collega-lijn van Arkin, dan vraag ik wat zij te bieden hebben. Dan krijg ik advies op afstand. Er is weinig tijd om rustig te overleggen, zoals vroeger in de GGZ. Dat mis ik wel."

Emke herkent de drukke agenda's "Soms moet je er achteraan zitten. Zowel zij als ik hebben een volle agenda. Maar de huisartsen en de haio's staan absoluut open voor overleg en hebben ook belangstelling voor psychiatrie. Dat is niet overal zo, heb ik gehoord." Bij Marco is het niet veel anders: "Wat ik wel mis is het werken in een team, een directe sparringpartner heb ik niet."

### **Vooropleiding**

Het brengt ons op de vraag welke opleiding het meest geschikt is om POH-GGZ te worden.

Marco: "Er zijn meerdere vóóropleidingen die geschikt zijn. Ik denk wel dat de SPV een streepje voor heeft, vanwege de kennis over somatiek, medicatie en psychiatrie. Maar een specifieke opleiding, eventueel als nascholing, is wel nuttig, óók voor SPV-ers. Bijvoorbeeld over richtlijnen, solistisch werken en samenwerking."

Mediant, de GGZ-instelling van waaruit Marco gedetacheerd is, stelt een opleiding POH-GGZ aan de hogeschool tegenwoordig als voorwaarde.

Ook Emke is voorstander van een gedegen opleiding, gezien al de verschillende problemen die je tegenkomt, maar welke opleiding dat moet zijn, laat hij in het midden. "Ik heb me daar nog niet mee bezig gehouden. En ik wil ook geen deel uit gaan maken van de één of de andere machtsstrijd tussen allerlei beroepen."

Sonja, van huis uit ergotherapeute, schoolt vooral bij via trainingen, bijvoorbeeld bij de RINO. "Vorig jaar heb ik de ADHD-module gedaan, dit jaar zal ik nog wel een paar cursussen doen. Dat is trouwens ook nodig voor mijn accreditatie".

### **Verwijzen, behandelen en samenwerken**

Niet alle problematiek kan worden behandeld in de huisartsenpraktijk. Omdat intensief contact nodig is of omdat specialistische kennis nodig is. Toch volgt dan niet per se een doorverwijzing.

Sonja: "Doorverwijzen lukt vaak niet vanwege het eigen risico. Alleen als de lijdensdruk heel groot is, gaan mensen overstag. Maar dan zijn ze de basis-GGZ vaak al voorbij.

Ik zie ook veel verslavingsproblematiek in combinatie met een slechte leefstijl. Dan wil ik wel snel doorverwijzen. Maar soms blijf ik begeleiden omdat iemand met bijvoorbeeld eetproblemen niet naar Novarum wil. Dan blijf ik iemand begeleiden met het doel de persoon te motiveren om naar de specialistische GGZ te gaan. Ik maak dan duidelijk dat ik geen verstand van die behandeling heb, want zo'n overbruggingscontact kán tot gevolg hebben dat iemand zich er niet meer toe genoodzaakt voelt om zich te laten verwijzen ("ik loop al bij een psycholoog"), terwijl dat natuurlijk wel nodig is. Dan werkt mijn aandeel eigenlijk averechts."

Ook bij Emke gaat doorverwijzen niet altijd zonder problemen. "In de grote instellingen geeft het veel gedoe. Het helpt erg als je de lijntjes kent, weet hoe de hazen lopen. Liefst verwijs ik naar een instelling waar ervaringsdeskundigen werken, maar dat is nog vaak niet mogelijk."

En ja, sommige instellingen hebben lange wachtlijsten. Daardoor heb ik de laatste tijd veel overbruggingscontacten. Bijvoorbeeld een anorexia-patiënte die op een wachtlijst staat. Eigenlijk kan ik niet zoveel méér doen dan contact houden. Je moet wel weten waar je grenzen liggen. Als iemand bijvoorbeeld suïcidaal is, en je daar geen ervaring mee hebt, moet je doorverwijzen."





Sonja: “De vraag is dan wat je voor zinnigs kan doen. Ik onderzoek of er al hulp bij is betrokken voor de sociale problemen en anders zet ik dat in werking. Zodat ik me kan richten op het stuk ‘psychische problemen’. Vaak is het óf doorverwijzen óf samenwerken met het maatschappelijk werk.”

Emke: “Het helpt wel dat wij een anderhalfde lijns instelling zijn: we hebben een deel van de week een collega van de verslavingszorg en een GZ-psycholoog in de praktijk.

Vaak is het ook niet handig om door te verwijzen. Soms komen mensen terug omdat ze ‘uitbehandeld’ zijn, alleen omdat het aantal gesprekken ‘op’ is. In dat geval is er bij de POH-GGZ meer mogelijk. We doen officieel 5-8 gesprekken, maar in uitzonderingsgevallen meer.

En soms is het ook klaar na één of twee gesprekken. Het laagdrempelige van de POH-GGZ is dan belangrijk, in ieder geval bij de leeftijdsgroep die ik zie. Veel jongeren zijn kwetsbaar, problemen kunnen ernstiger worden als je er te lang mee rondloopt. Maar ze zullen niet zo snel naar de Specialistische GGZ gaan. Daarvoor is het stigma te groot.”

Als enige van de drie is Marco in dienst van een grotere GGZ-instelling en wordt hij gedetacheerd bij de huisarts. Bij veel huisartsen leeft de angst dat bij een dergelijke constructie de eigen instelling een voorkeursbehandeling krijgt bij doorverwijzingen. Marco: “We hebben er recent onderzoek naar gedaan. Drie maanden lang hebben we alle verwijzingen geturfd: het bleek dat een minderheid aan verwijzingen naar Mediant gaat. Wat dat betreft hebben de huisartsen toch een grotere vinger in de pap: zij bepalen veel meer waarnaar iemand verwezen wordt dan ik.” ●


### Welke opleiding heb je nodig om POH-GGZ te worden?

Het laatste woord over de opleiding die nodig is om de functie van POH-GGZ uit te oefenen, is nog niet gesproken. Vooralsnog zijn de zorgverzekeraars daarin bepalend: sommigen sluiten alleen een contract met de huisarts af als de POH-GGZ daarvoor een specifieke opleiding heeft gevolgd aan een Hogeschool. Andere zorgverzekeraars stellen een bepaalde bestaande opleidingen als minimumeis, weer andere zorgverzekeraars laten de huisarts volkomen vrij in hun keuze. Deze zorgverzekeraars gaan er van uit dat de huisarts bekwaam genoeg is om daarin een verantwoorde keuze te maken.

De Landelijke Huisartsenvereniging daarover: “We kunnen als LHV de opleiding niet verplichten, De opleiding is vaak een voorwaarde die zorgverzekeraars stellen aan het gebruik van de module POH-GGZ. Wel adviseren we huisartsen goed te kijken of iemand voldoet aan het [functie- en competentieprofiel](#) dat door alle betrokken partijen is goedgekeurd. Tweemaal per jaar wordt bekeken of dit profiel nog voldoet en goed aansluit bij de praktijk.”

De Landelijke Vereniging van POH-GGZ pleit voor een toelatingseis van drie ‘basisberoepen’ als instroom voor de functie van POH-GGZ: verpleegkundigen (SPV en HBO-V GGZ); maatschappelijk werkers (w.o. social workers en GGZ-agogen) en psychologen (universitair en HBO). Daarnaast zou een relevante werkervaring van twee jaar verplicht moeten zijn plus een aanvullende scholing tot POH-GGZ aan een Nederlandse Hogeschool of RINO. Esther Kersbergen van de vereniging constateert een wildgroei aan scholingen: “Er zijn scholingen door GGZ-instellingen, door Hogescholen, door private instellingen en door de RINO’s. Allemaal met een eigen curriculum. “De LV POH-GGZ wil zich graag hardmaken voor meer eenduidigheid, met alle stakeholders in het veld wordt momenteel gezocht naar de juiste kaders van de functie.”

Ze constateert wel een wildgroei aan scholingen: “Er zijn scholingen door GGZ-instellingen, door Hogescholen, door private instellingen en door de RINO. Allemaal met een eigen curriculum. We willen ons graag hardmaken voor meer eenduidigheid.”



# “Verdeling financiën tussen verschillende GGZ-partijen is niet logisch”

Frits Bosch

*“Heeft U het POH-GGZ budget voor eHealth en Consultatie al aangevraagd? Bent U zich bewust van de financiële voordelen? (..) Verdien 19.000 euro per jaar en vraag voor 1 september ehealth en consultancy aan!” stond op het mailtje dat de huisarts kreeg van een commerciële aanbieder. Hij aarzelde niet en tekende meteen het toegezonden contract. De eerste kandidaat had zijn voorkeur omdat zij een aantal jaren psychologie had gestudeerd en de cursus ‘Op de sofa van de huisarts en de POH-GGZ’ had gevolgd.*

*Er was nog een kamertje vrij in de praktijk en de nieuwe medewerkster kon de volgende week al beginnen. Toen een patiënt zich bij de huisarts meldde met angstklachten na seksueel misbruik adviseerde hij haar om contact op te nemen met “zijn huispsycholoog”. De patiënt aarzelde vanwege de hoge kosten maar de huisarts verzekerde haar dat deze hulp gratis is in tegenstelling tot de kosten bij de GGZ. De patiënt kwam bij de POH-GGZ en deze startte meteen een EMDR-therapie. Na twee behandelingen verslechterde de situatie van patiënte echter en de huisarts verwees haar door naar een grote GGZ instelling die gespecialiseerd is in het behandelen van complexe trauma’s. Zij staat daar nu een half jaar op de wachtlijst.*

De redactie van GGZ-Totaal vroeg mij om een prikkelde blog te schrijven over samenwerking tussen GB-GGZ en POH-GGZ vandaar deze inleiding. In werkelijkheid is dit verhaal samengesteld uit een aantal berichten die ik de afgelopen jaren voorbij zag komen op de sociale media.

Ook de Nederlandse Zorgautoriteit heeft deze ontwikkelingen rond de POH-GGZ [gesignaleerd](#):

*‘Er is door de huidige bekostiging van de praktijkondersteuner een financiële prikkel om de aanwezige POH-GGZ capaciteit bij de huisarts volledig te benutten. Voor de patiënt kan de behandeling in de huisartsenpraktijk eveneens financieel aantrekkelijk zijn omdat het eigen risico niet geldt voor deze zorg. De NZa ziet hier het risico dat de groei van de POH-GGZ niet volledig op zorginhoudelijke gronden plaatsvindt waardoor patiënten mogelijk niet de zorg krijgen die passend is.’*

Deze ontwikkelingen zijn m.i. een voorbeeld van de gevolgen van marktwerking in de GGZ. Helaas heeft de marktwerking niet geleid tot betere samenwerking. Een deel van de POH-GGZ’s zijn in dienst van de huisarts maar er worden ook veel POH-GGZ gedetacheerd vanuit GGZ-instellingen of commerciële organisaties. De bezuinigingen en hervormingen die gepaard gingen met de marktwerking in de GGZ hebben helaas een zware wissel getrokken op alle zorgverleners in de GGZ-keten, huisartsen, POH-GGZ’s, psychologen en psychiaters. Veel zorgverleners zijn boos en teleurgesteld in de overheid en zorgverzekeraars, ze vrezen voor het verlies van hun baan of praktijk. Ook patiënten lopen vaak op tegen bureaucraties en lange wachttijden. Daar is heel veel over geschreven, getwitterd en geblogd maar ik wil in dit artikel een aantal suggesties doen hoe de samenwerking tussen POH-GGZ en vrijgevestigde GB-GGZ verder verbeterd kan worden.

Gelukkig werken POH-GGZ en GB-GGZ steeds meer samen, in een aantal gevallen wordt deze samenwerking vergoed via een consultatieovereenkomst tussen regionale huisartsenorganisatie en organisaties van vrijgevestigde psychologen. POH-GGZ en psychologen worden zich daardoor meer bewust van hun mogelijkheden en beperkingen waardoor de kwaliteit van de verwijzingen verbetert. Landelijk wordt gewerkt aan uniformering van het profiel en de opleiding tot POH-GGZ en het bewustzijn groeit dat de POH-GGZ niet *gespecialiseerd* maar *generiek* moet gaan werken. (zie Monitor KPMG-Plexus). Vrijgevestigde 'eerstelijnspsychologen' hebben vele jaren ervaring in samenwerking en kortdurende generieke hulp. Uit recente cijfers van KPMG-Plexus blijkt dat verschil in "productmix" tussen instellingen en vrijgevestigde aanbieders in de GB-GGZ. "Bij vrijgevestigde aanbieders is het aandeel van de producten kort en middel groter dan bij instellingen. Het product chronisch wordt in 2014 en 2015 voornamelijk door instellingen geleverd." ([Monitor KPMG-Plexus, juni 2017](#))

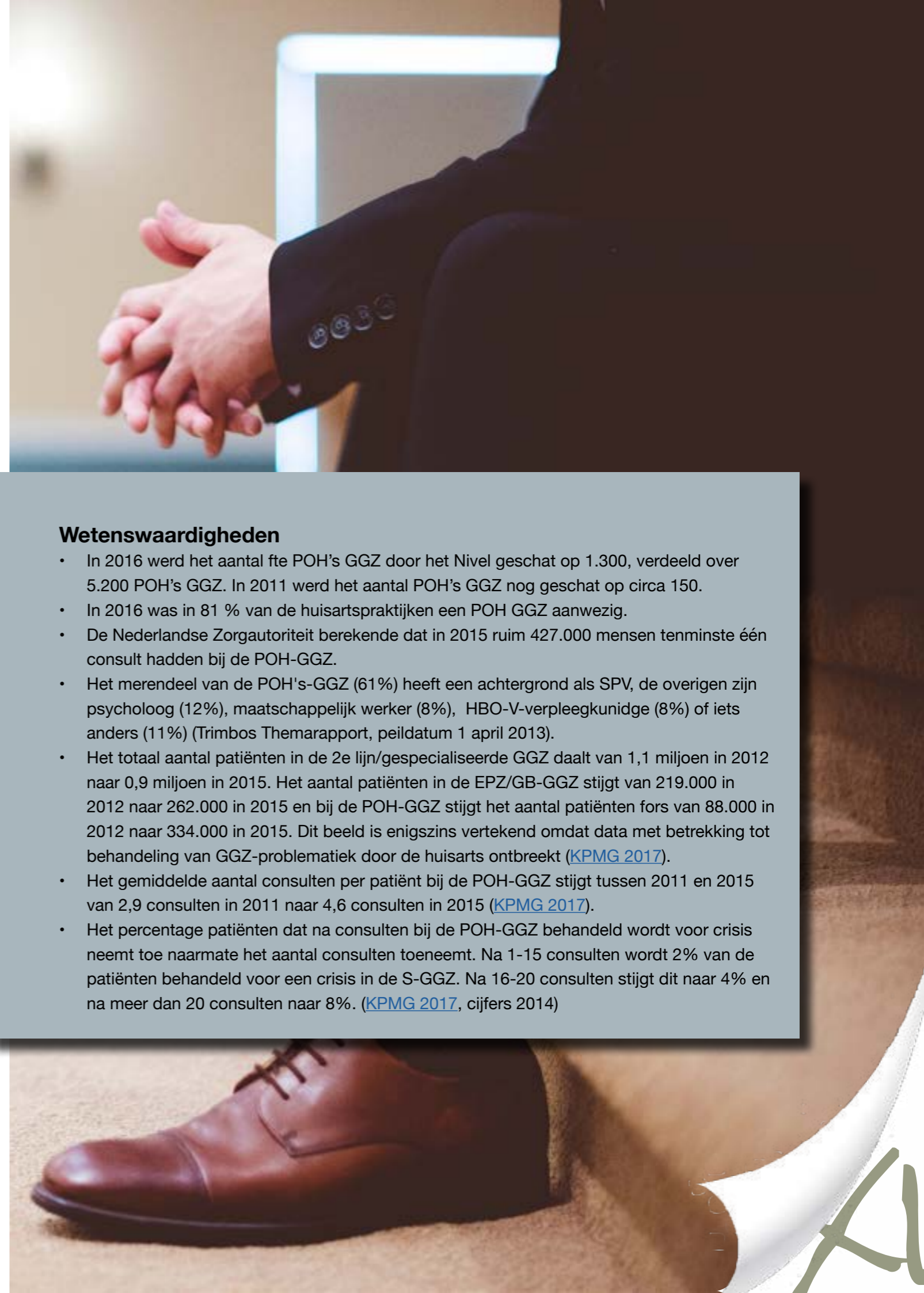
Omdat de meeste vrijgevestigde psychologen zich de afgelopen jaren hebben georganiseerd in netwerken en coöperaties kunnen zij zich beter presenteren naar andere zorgaanbieders in de regio. Een deel van deze psychologencoöperaties leveren zelf POH-GGZ aan huisartsen. Deze samenwerking opent voor POH-GGZ mogelijkheden van opleiding en deelname aan intervisiegroepen. Samenwerking tussen POH-GGZ en

GB-GGZ kan voorkomen dat patiënten ten onrechte in de Specialistische GGZ terecht komen. De wijze van financiering van de GB-GGZ blijft echter een groot knelpunt voor intensivering van samenwerking. Ik hoor regelmatig van POH-GGZ's dat zij over hun grenzen heen gaan omdat er geen vergoeding is voor behandeling door een psycholoog. Redenen waarom deze hulp niet vergoed wordt kunnen divers zijn:

- De hulp wordt niet vergoed omdat patiënt een klacht heeft waarvoor de behandeling niet vergoed wordt vanuit het basis-pakket, zoals dat bijvoorbeeld bij aanpassingsstoornissen het geval is.
- Het hoge Eigen Risico is voor veel patiënten uit lage inkomensgroepen een onneembare drempel.
- Gecontracteerde psychologen hebben vaak te maken met door zorgverzekeraars opgelegde omzetplafonds en productmixen waardoor er geen vergoeding wordt geboden voor hulp aan patiënten die zich aan het eind van het jaar melden.

**Als overheid en zorgverzekeraars serieus werk willen maken van matched care in de GGZ dan zullen zij een gelijk speelveld moeten creëren voor alle GGZ-aanbieders in de basis-GGZ, gespecialiseerde GGZ, instellingen en vrijgevestigden zodat de patiënt snel de zorg kan krijgen die passend is!**

Frits Bosch is 'gepensioneerde' vrijgevestigde Gz-psycholoog in GB-GGZ ●



### Wetenswaardigheden

- In 2016 werd het aantal fte POH's GGZ door het Nivel geschat op 1.300, verdeeld over 5.200 POH's GGZ. In 2011 werd het aantal POH's GGZ nog geschat op circa 150.
- In 2016 was in 81 % van de huisartspraktijken een POH GGZ aanwezig.
- De Nederlandse Zorgautoriteit berekende dat in 2015 ruim 427.000 mensen tenminste één consult hadden bij de POH-GGZ.
- Het merendeel van de POH's-GGZ (61%) heeft een achtergrond als SPV, de overigen zijn psycholoog (12%), maatschappelijk werker (8%), HBO-V-verpleegkundige (8%) of iets anders (11%) (Trimbos Themarapport, peildatum 1 april 2013).
- Het totaal aantal patiënten in de 2e lijn/gespecialiseerde GGZ daalt van 1,1 miljoen in 2012 naar 0,9 miljoen in 2015. Het aantal patiënten in de EPZ/GB-GGZ stijgt van 219.000 in 2012 naar 262.000 in 2015 en bij de POH-GGZ stijgt het aantal patiënten fors van 88.000 in 2012 naar 334.000 in 2015. Dit beeld is enigszins vertekend omdat data met betrekking tot behandeling van GGZ-problematiek door de huisarts ontbreekt ([KPMG 2017](#)).
- Het gemiddelde aantal consulten per patiënt bij de POH-GGZ stijgt tussen 2011 en 2015 van 2,9 consulten in 2011 naar 4,6 consulten in 2015 ([KPMG 2017](#)).
- Het percentage patiënten dat na consulten bij de POH-GGZ behandeld wordt voor crisis neemt toe naarmate het aantal consulten toeneemt. Na 1-15 consulten wordt 2% van de patiënten behandeld voor een crisis in de S-GGZ. Na 16-20 consulten stijgt dit naar 4% en na meer dan 20 consulten naar 8%. ([KPMG 2017](#), cijfers 2014)

