

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. Wij plaatsen ze op de site en wie weet, heeft een andere lezer het antwoord.

Voor alle duidelijkheid: reclame die links 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, mantelzorgers, 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 specialisti-

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](#))

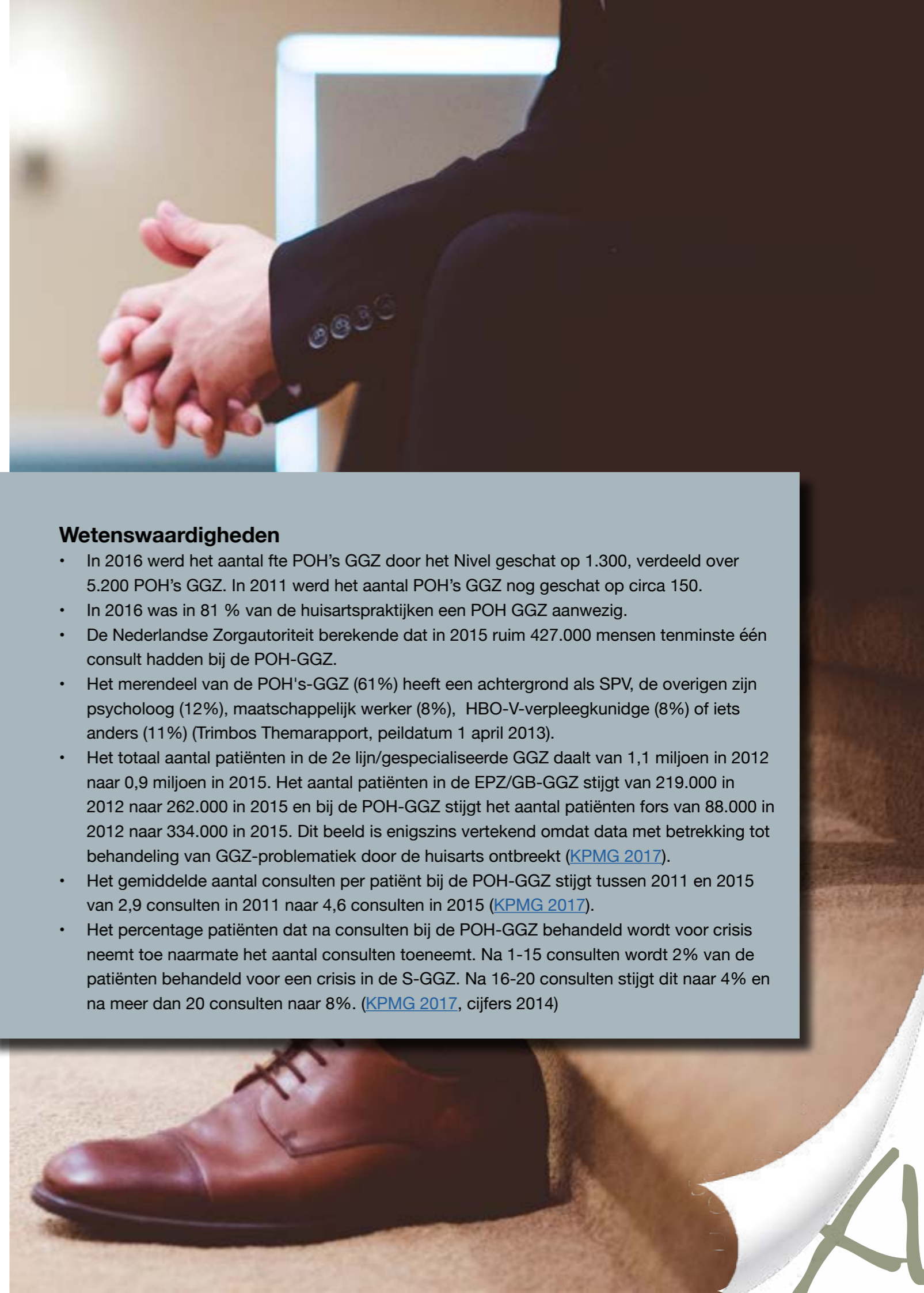
Omdat de meeste vrijgevestigde psychologen zich de afgelopen jaren hebben georganiseerd in netwerken en coöperaties kunnen zij zich beter presenteren naar andere zorgaanbieders in de regio. Een deel van deze psychologencoöperaties leveren zelf POH-GGZ aan huisartsen. Deze samenwerking opent voor POH-GGZ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

