



LV POH-GGZ: de standpunten

LV POH-GGZ: De standpunten

Inleiding

In december 1998 presenteerde de minister van VWS haar Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999. Hierin beschreef zij de hoofdlijnen die waren gericht op de langere termijn: een samenhangend pakket van maatregelen voor het vergroten van de doelmatigheid en doeltreffendheid van de GGZ-sector. Eén van de voorgestelde maatregelen, om aan de groeiende vraag naar psychische hulpverlening te kunnen voldoen, betrof het versterken van de eerste lijn. Als kerndisciplines in de eerste lijn werden de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijns-psycholoog aangewezen. In 1999 ging het consultatieproject 'Versterking eerstelijns-GGZ' van start, waarbij de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), die werd gedetacheerd vanuit de tweede lijn, voor de behandeling van patiënten met psychische of psychiatrische problematiek in de huisartsenpraktijk werd ingezet. Dit project werd verlengd en leidde er uiteindelijk toe dat er steeds meer SPV-en binnen de huisartsenvoorziening werkten.

De functie POH-GGZ, die hieruit voortvloeide en middels de Zorgverzekeringswet startte in 2008, werd aanvankelijk gezien als een functie die ingevuld kon worden door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, de basispsycholoog en de algemeen maatschappelijk werker. Door de snelgroeiende vraag naar POH 's-GGZ bleef de toename van functionarissen niet alleen beperkt tot professionals met bovengenoemd profiel. Vanuit verschillende beroepsgroepen werd diverse deskundigheid ingezet. Ook de scholingsmogelijkheden, die qua inhoud en tijdsduur nogal varieerden, brachten de eerste jaren een verscheidenheid aan POH 's-GGZ met uiteenlopende profielen met zich mee.

Enerzijds geeft dit een kleurrijke functie-invulling met zeer veel op elkaar aanvullende praktijkervaring. Anderzijds is de diversiteit zo groot geworden, dat er een vertroebeling met betrekking tot de inzet van de functionaris in de huisartsenpraktijk is ontstaan; in oorsprong is de POH-GGZ in het leven geroepen ter ondersteuning van de huisartsenzorg op het gebied van de GGZ.

Na de oprichting van de LV POH-GGZ is het bestuur regelmatig gevraagd wat de standpunten van de LV POH-GGZ zijn omtrent bepaalde thema's die in de ontwikkeling van de functie POH-GGZ een rol spelen.

Dit document heeft als doel om enige helderheid te scheppen in de vertroebeling die de afgelopen jaren rondom de functie POH-GGZ is ontstaan. Vanuit de LV POH-GGZ wordt allereerst het standpunt beschreven ten aanzien van de mogelijkheden en grenzen van de behandeling van patiënten in de huisartsenzorg door de POH-GGZ. Daarnaast formuleert het bestuur andere standpunten, die inmiddels zijn ontwikkeld.

Op de ALV en tijdens de bijeenkomsten van de POH-GGZ denktank zullen deze met regelmaat aan de leden worden voorgelegd, bediscussieerd, getoetst en zo nodig worden bijgesteld. De meeste standpunten zijn gebaseerd op de Kwaliteitsnotitie van het bestuur (december 2015).

LV POH-GGZ: De standpunten

Visie van de LV POH-GGZ

In 2014 werd een nieuw GGZ-stelsel ingevoerd waarin, naast de nulde lijn, drie echelons worden onderscheiden: huisartsenzorg (met de POH-GGZ), generalistische basis GGZ (GB GGZ) en Specialistische GGZ (S GGZ).

De huisarts en de POH-GGZ zorgen er samen voor dat een patiënt met psychische klachten zo snel mogelijk de juiste zorg dichtbij huis ontvangt. De huisarts is poortwachter, ook bij psychische en/of psychosociale problematiek.

Na toeleiding door de huisarts verleent de POH-GGZ hulp aan de patiënt met psychische klachten door middel van begeleiding of kortdurende behandeling, volgens generalistische huisartsgeneeskundige doelen. Derhalve wordt deze hulp zoveel mogelijk in de huisartsenpraktijk gegeven.

De POH-GGZ werkt volgens de huisartsgeneeskundige kernwaarden: generalistische, persoonsgerichte en continue zorg.

De functie is met name gericht op vraagverheldering, begeleiding, kortdurende behandeling en zo nodig verwijzing van patiënten met psychische, psychosomatische en psychosociale problematiek.

Het betreft een functie voor zowel de geprotocolleerde zorg als de (complexere) zorg die een protocol overstijgend denken en handelen vereist.

Leidend hierbij zijn de NHG- Standaarden en richtlijnen voor de huisartsenzorg voor patiënten met psychische, psychosomatische en psychosociale problematiek (zie ook Functie- en competentieprofiel POH-GGZ, LHV 2014).

Voorop staat dat de POH-GGZ de huisartsgeneeskundige uitgangspunten en werkwijze volgt en dat de functie zich binnen die context verder ontwikkelt. De verworven deskundigheid, die de POH-GGZ vanuit zijn (voormalige) beroep meebrengt, kan binnen deze kaders en in overleg met de betreffende huisarts, zo optimaal mogelijk ingezet worden.

De LV POH-GGZ is geen voorstander van een afzonderlijke POH-GGZ pool die huisartsen bedient als een nieuwe variant van de GB GGZ. Dat geldt ook voor GZ-psychologen die zich verhuren aan huisartsen als POH-GGZ, naast hun bestaande praktijk in de GB GGZ.

Mogelijke belangenverstremming (verwijzing naar eigen praktijk en/of netwerk), verminderde objectiviteit, concurrentie- of andere onwenselijke posities ten opzichte van de oorspronkelijke bedoelingen van de POH-GGZ en het risico van uitkleding dan wel verzwaring van de functie POH-GGZ zijn zaken die de LV POH-GGZ te allen tijde wil voorkomen.

Nauwe samenwerking met de huisarts en registratie in het HIS zijn noodzakelijke voorwaarden voor de functie van POH-GGZ. Er wordt naar GB GGZ of S GGZ verwezen indien dit noodzakelijk is.

Geïndiceerde en zorggerichte preventie heeft een duidelijke plaats en betekenis. Dit wordt in een vroegtijdig stadium ingezet bij beginnende klachten of daar waar er een verhoogd risico bestaat om klachten te ontwikkelen dan wel te verergeren. Hiermee wordt getracht verwijzing naar de GB GGZ of de S GGZ te voorkomen.

Mogelijkheden en grenzen van de behandeling van patiënten in de huisartsenzorg door de POH-GGZ

Chronische psychiatrische problematiek

In het huidige GGZ-stelsel is één van de doelen dat de huisarts en de POH-GGZ meer mensen met chronische psychiatrische problematiek begeleiden en behandelen. Een huisarts moet zich voldoende bekwaam achten om de zorg aan een patiënt, die is behandeld binnen de S GGZ, zorg te verlenen. Daarnaast betekent overdracht van deze zorg een aanzienlijke taakverzwaring voor de huisartsenzorg zowel qua inhoud/kennis als ook qua tijdsbelasting, die niet zonder meer kan plaatsvinden.

Van overdracht van zorg voor patiënten met chronische psychiatrische problematiek naar de huisartsenvoorziening kan pas sprake zijn indien de huisarts (meestal in overleg met de POH-GGZ) hiermee expliciet heeft ingestemd.

Voor een acceptatie van terugverwijzing naar de huisarts zijn een aantal noodzakelijke voorwaarden te noemen. Deze dienen vermeld te worden in de ontslagbrief.

Het gaat om de volgende punten:

- De patiënt en zijn/haar behandelaar (S GGZ) zijn overeengekomen dat verdere ondersteuning bij de huisarts zal plaatsvinden.
- De recente consultdatum van de patiënt bij de vorige behandelaar (i.v.m. actueel beeld van patiënt) moet bekend zijn.
- Er vindt een warme overdracht plaats; een persoonlijk gesprek tussen de vorige en volgende behandelaar, zowel voor als na de formele overdracht. Aanwezigheid van de patiënt bij de daadwerkelijke overdracht is zeer gewenst.
- Indien nodig, kan snelle opschaling van zorg plaatsvinden, met een eenvoudige, vlotte aanmeldprocedure.
- Er is een crisisplan/-kaart, door de patiënt beschreven.
- Er is een vastgestelde afspraak van de patiënt bij de huisarts.
- Er zijn duidelijke afspraken wie er verantwoordelijk is voor herhaling van medicatie, controle van bijwerkingen en controle van de medicijnspiegel. Met name bij complexe polyfarmacie kan dit niet zondermeer bij de huisarts neergelegd worden. De huisarts moet tenminste op de hoogte zijn van de protocollen die hier voor gelden en zich hiermee voldoende vertrouwd voelen.
- De patiënt dient stabiel te zijn. Hij/zij moet afspraken kunnen nakomen en therapietrouw zijn.
- De patiënt dient te beschikken over een goed netwerk en dagbesteding.
- Diagnose en beloop van de psychiatrische stoornis tot aan de verwijzing moet helder beschreven zijn.
- Er dient een begeleidings- /behandeladvies te zijn.
- Aanwezige mantelzorgers worden betrokken, waarbij bestaande afspraken met hen worden overgenomen.

LV POH-GGZ: De standpunten

- Er is duidelijkheid over consultatie-afspraken met de voormalig behandelaar (met contactgegevens).

Betekenis voor de invulling van de functie

De POH-GGZ is, evenals de huisarts, een generalist. Dit betekent dat alle voorkomende vragen en problemen m.b.t. psychische klachten die bij de huisarts komen, na beoordeling van de huisarts, kunnen worden gezien door de POH-GGZ.

Voor een huisartsenpraktijk kan het wenselijk zijn een POH-GGZ met specifieke kennis te hebben, bijvoorbeeld een POH-GGZ met een differentiatie voor jeugd, ouderen of migranten.

In dit kader is het belangrijk dat een POH-GGZ weet wat hij/zij wel en niet kan, zijn/haar eigen grenzen kent en weet wat onder huisartsenzorg wordt verstaan. De POH-GGZ moet de eigen grenzen kunnen aangeven en de ruimte krijgen om de begeleiding of behandeling van een specifieke casus wel of niet aan te gaan op basis van de eigen deskundigheid en ervaring.

Verschillen in deskundigheid zullen er altijd blijven. Dit heeft o.a. met interesse, affiniteit, ontwikkeling en ervaring te maken. Afstemming tussen huisarts en POH-GGZ over in te zetten deskundigheid is daarbij dan ook belangrijk.

De POH-GGZ zal de eigen deskundigheid op hoog peil moeten houden om kwalitatief goede zorg te kunnen blijven bieden. De LV POH-GGZ heeft hiervoor een kwaliteitssysteem ontwikkeld (zie www.poh-ggz.nl).

Naast het bovengenoemde, kunnen diverse andere factoren ook invloed hebben op de wijze waarop de functie wordt ingevuld en vormgegeven:

- De sector waarin de POH-GGZ werkt, is breed en complex. Ten aanzien van het werkgeverschap kunnen aanzienlijke verschillen bestaan. De POH-GGZ is in dienst van een huisartsenpraktijk of gedetacheerd vanuit bijvoorbeeld een zorggroep of GB/S GGZ-instelling, ook ZZP-constructies zijn mogelijk.
- Er zijn grote verschillen te zien in de wijze waarop huisartsen hun praktijk hebben georganiseerd en in welke mate zij affiniteit hebben met de geestelijke gezondheidszorg.
- Huisartsen werken solistisch of in groepsverband, fulltime of parttime.
- De POH-GGZ is vaak werkzaam op wisselende locaties, dat wil zeggen in meerdere praktijken of in een groepspraktijk. Dit betekent voor de POH-GGZ dat deze vaak onder wisselende omstandigheden de functie vervult, voor verschillende huisartsen werkt en soms meerdere werkgevers heeft.

Factoren zoals de patiëntenpopulatie, platteland of stad, hoge of lage SES en het opleidingsniveau van patiënten spelen eveneens een rol m.b.t. de invulling van de functie.

LV POH-GGZ: De standpunten

Taken POH-GGZ

Huisartsgeneeskundige diagnostiek m.b.t. GGZ:

- Vraagverheldering, een overzicht krijgen van de problematiek gezien vanuit het perspectief van de patiënt en diens sociale omgeving (naasten)
- Nader onderzoeken van behoefte, motivatie en mogelijkheden (verhouding draagkracht en draaglast)
- Verrichten van oriënterende diagnostiek, zo nodig met behulp van vragenlijsten (o.a. 4DKL)
- Herkennen van mogelijke ernstige psychopathologie, zoals depressie, psychose, bipolaire stoornis, angststoornis, dwangstoornis, suïcidaliteit, persoonlijkheidsstoornis en cognitieve problemen

Kortdurende begeleiding of behandeling van:

- Slaapproblemen
- Depressieve klachten of een depressie met lichte tot matige lijdensdruk en disfunctioneren
- Angstklachten of een angststoornis met lichte tot matige lijdensdruk en disfunctioneren
- Stressklachten, overspanning of burn-outklachten met lichte tot matige lijdensdruk
- Cognitieve problemen
- Ouderenproblematiek (bijvoorbeeld beginnende dementie)
- Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) volgens NHG-standaard
- Psychosociale problemen zoals rouw, eenzaamheid, relatie- en arbeidsgerelateerde problematiek
- Licht tot matig problematisch alcohol- en/of ander middelengebruik
- Psychische ondersteuning bij chronische somatische aandoeningen

Waar passend, langdurige behandeling van:

- Stabiele chronische EPA

Aspecten of onderdelen van de behandeling in de huisartsenpraktijk kunnen zijn:

- Psycho-educatie
- Cognitief-gedragstherapeutische technieken
- Directief therapeutische technieken
- Problem solving treatment (PST)
- Motiverende gespreksvoering
- Oplossingsgerichte therapeutische technieken
- Toepassing van het KOP-model

LV POH-GGZ: De standpunten

- Oefeningen uit de positieve psychologie/levenskunst
- Werken aan zelfbeeld
- Oefenen met sociale vaardigheden, aanspreken op gedrag
- Eerste stresssignalen bespreekbaar maken, leren omgaan met stress
- Mindfulness
- Inzicht gevende gesprekken
- Begeleide zelfhulp
- Bibliotherapie
- Suïcidepreventie
- Herstelondersteuning en zelfmanagement
- Groepscurssussen gericht op preventie met of zonder formele DSM-diagnose
- Begeleiding gericht op een gezonde leefstijl, dag- en weekstructuur

Begeleiding van de partner, kinderen en/of ouders met psychische problemen kan voor een deel in de huisartsenpraktijk worden gerealiseerd, maar langdurige of structurele hulp is meer op zijn plaats bij zorgaanbieders die door een buurt- of sociaal wijkteam worden ingeschakeld, het Centrum voor Jeugd en Gezin, Preventie-afdelingen (zoals bij KOPP-programma's en andere programma's voor naasten) of in de S GGZ.

Meer mogelijkheden:

- Begeleiding van mensen met suïcidaal gedrag zonder concrete suïcideplannen, mits de huisarts en POH-GGZ hier ook achter staan en voldoende deskundigheid hebben ontwikkeld.
- Begeleiding van mensen met milde psychotische belevingen.
- Begeleiding van mensen met persoonlijkheidsproblematiek die behandeling hebben gehad en zelf geen nieuwe verwijzing willen.

Wat hoort in principe niet binnen de huisartsenzorg thuis:

Behandeling van

- Ernstige psychiatrische aandoeningen, zoals: schizoaffectieve stoornissen, bipolaire stoornissen, ernstige persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen¹
- Eetstoornissen
- Middelenmisbruik²
- Suïcidaliteit³
- Ernstige trauma's

¹ Alleen onder specifieke voorwaarden waar het chroniciteit betreft (zie Standpunt GGZ NHG/LHV 2016).

² Afhankelijk van de ernst is er wel begeleiding vanuit de huisartsenpraktijk mogelijk. Toeleiding naar een passende hulpinstantie is met name een taak van de POH-GGZ.

³ Begeleiding van mensen met suïcidaal gedrag is wel mogelijk, mits de huisarts en POH-GGZ hier ook achter staan en voldoende deskundigheid hebben ontwikkeld.

LV POH-GGZ: De standpunten

- Ernstige gezinsproblematiek of ingewikkelde opvoedproblemen
- Financiële problemen

Specifieke behandelmethodieken⁴, zoals

- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)⁵
- Mentaliseren Bevorderende Therapie (MBT)
- Schematherapie
- Dialectische Gedragstherapie (DGT)
- Acceptance en Commitment Therapy (ACT)
- Emotionally Focused Therapy (EFT)
- Hypnose
- Cognitieve gedragstherapie of andere vormen van psychotherapie
- Relatietherapie en seksuologische hulpverlening⁶
- Gezins- en systeemtherapie

In sommige regio's worden er pilots gedaan met bijzonder en specialistisch aanbod in de huisartsenpraktijk. Dit kan nodig zijn, omdat aan bepaalde doelgroepen onvoldoende hulp in de regio geboden kan worden. Een aanvullend aanbod waarbij de POH-GGZ een specifieke rol in de huisartsenpraktijk heeft, kan dan het geval zijn. Bijvoorbeeld op het gebied van de Jeugdzorg, kan een meer specialistisch aanbod in de huisartsenpraktijk wenselijk zijn. Uiteraard dient een POH-GGZ met een specialisme over de gewenste specifieke kennis en kunde te beschikken.

⁴ Sommige technieken kunnen wel toegepast worden, maar niet als complete behandeling.

⁵ EMDR is geen wettelijk voorbehouden verrichting. Dat betekent dat wettelijk gezien elke professional in de GGZ EMDR mag verrichten. Mits hij/zij op basis van de kwaliteitsrichtlijnen van zijn beroepsgroep werkt. Dat heeft onder andere te maken met de EMDR-training die hij/zij heeft gevolgd.

De huisarts blijft verantwoordelijk en indien deze behandeling in overleg met de huisarts gebeurt zou dit (juridisch gezien) niet zo'n probleem hoeven vormen. Echter, wij zijn van mening dat de POH-GGZ zich moet beperken tot een enkelvoudig trauma en dat meervoudig trauma niet door de POH-GGZ behandeld zou moeten worden middels EMDR. De huisarts dient, vanwege zijn verantwoordelijkheid, wel te weten wat de therapie inhoudt en voor wie en/of welk trauma de EMDR-behandeling wordt ingezet.

Hij moet kunnen vertrouwen op de bekwaamheid en deskundigheid van de medewerker en regelmatig - samen- de behandeling evalueren. Of de POH-GGZ BIG- geregistreerd is, speelt eveneens mee; als de uitvoerende behandelaar een BIG-registratie heeft, is deze medeverantwoordelijk.

Ook is van belang om te weten of de POH-GGZ supervisie, intervisie en/of gerichte nascholing krijgt.

De huisarts moet weten wat eventuele risico's zijn van een behandeling; de behandelaar moet zijn grenzen kennen. Tezamen moeten zij afspraken hierover vastleggen.

De huisarts is niet deskundig in EMDR dus zal zich moeten vergewissen of aan de voorwaarden van deskundigheid en kwaliteit van de medewerker wordt voldaan.

De LV POH-GGZ heeft het standpunt ingenomen dat EMDR in principe niet in de huisartsenzorg thuishoort. Toch kan het in sommige gevallen gewenst zijn dat van de opgedane expertise van de betreffende POH-GGZ optimaal gebruik wordt gemaakt. Dat besluit vindt in de huisartsenpraktijk plaats.

⁶ Een beperkt aantal (relatie)begeleidingsgesprekken zijn wel mogelijk, maar geen therapie.

LV POH-GGZ: De standpunten

Aanbevelingen

Voor iedere huisarts en POH-GGZ geldt dat er voldoende tijd moet zijn voor:

- Bespreking van wederzijdse verwachtingen
- Het maken van heldere afspraken over:
 - agendavoering
 - verslaglegging
 - overlegvorm
 - patiëntenbespreking
 - nascholing en intervisie
 - kennismaking met andere professionals in de wijk/regio
 - onderhoud van de sociale kaart
- Bespreking van mogelijkheden en grenzen van de hulpverlening in de huisartsenvoorziening:
 - werkwijze
 - taakverdeling
 - bevoegdheden
 - verantwoordelijkheden
 - terugkoppeling
- Bespreking welke samenwerkingsmogelijkheden er zijn met:
 - andere collega's van de huisartsenpraktijk
 - de lokale GGZ-partners
 - andere disciplines
- Informatieverstrekking bij verwijzing naar zorgverleners buiten de praktijk

Huidige ontwikkelingen

Inmiddels zijn er landelijke richtlijnen ontwikkeld met betrekking tot verwijzingen tussen de genoemde echelons. Leidend principe hierbij is dat alle verwijzingen via de huisarts, als poortwachter, plaatsvinden. Zie hiervoor het document 'Generieke module Landelijke GGZ samenwerkingsafspraken'(LGA). Deze samenwerkingsafspraken moeten nog wel geïmplementeerd worden in de praktijk en daarin vorm krijgen.

Met de veranderingen in de GGZ is er een toename van zwaardere psychische problematiek in de huisartsenpraktijk geconstateerd (zie ook de vierde ledenpeiling door de LHV).

Er zijn grote knelpunten in de doorverwijzingen; er zijn lange wachtlijsten, met name voor de S GGZ , waardoor ook in de huisartsenpraktijken wachtlijsten voor GGZ-behandeling ontstaan. Een deel van deze patiëntenpopulatie kan -vanwege uiteenlopende redenen- niet vanzelfsprekend in de GB GGZ worden opgevangen. Een ander belangrijk aandachtspunt is dat een toenemend aantal patiënten financiële problemen heeft en niet verwezen wil worden gezien de kosten van het eigen risico. Het is van belang dat huisarts en POH-GGZ met elkaar bespreken hoe met deze knelpunten in de praktijk om te gaan en dit tevens melden via de LHV en LV POH-GGZ aan de NZa en het ministerie van VWS.

LV POH-GGZ: De standpunten

Nawoord bij dit standpunt

'Alleen in theorie zijn theorie en praktijk hetzelfde', is een uitspraak die ook toepasbaar zou kunnen zijn op deze poging om de mogelijkheden en grenzen van de behandeling van patiënten in de huisartsenzorg door de POH-GGZ te beschrijven.

Neem bijvoorbeeld de discussie omtrent behandelen of begeleiden. Bij begeleiding gaat het meestal om het handhaven van het (maximaal) bereikte evenwicht c.q. de stabiliteit en het voorkomen van terugval. Bij behandeling zou het meer gaan om de verandering, het herstel, mede door middel van therapeutische interventies, waarbij niet in alle gevallen gesproken kan worden van een psychotherapie in klassieke zin. Hoewel in theorie te onderscheiden, in de praktijk zijn behandeling en begeleiding dus niet altijd helemaal te scheiden; de POH-GGZ doet niet slechts aan begeleiding; hij/zij pakt wel degelijk samen met de patiënt bepaalde problemen aan. Echter, van een complete psychotherapie is in de huisartsenpraktijk geen sprake.

Als het gaat om de frequentie van het contact, het aantal consulten en de duur van de behandeling bij de POH-GGZ, is het niet wenselijk dat hierover exacte getallen vastgelegd gaan worden, omdat dit niet past binnen de context van de huisartsenpraktijk en de kernwaarden van de huisartsengeneeskunde tekort zou doen. De 'Generieke module Landelijke GGz samenwerkingsafspraken' van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz geeft duidelijke richtlijnen als het gaat om verwijzing.

Het onderscheid tussen vergoede en niet-vergoede hulp bij psychische problemen, bepaald aan de hand van DSM-classificering, maakt ook dat er bepaalde groepen van onze samenleving frequenter in de huisartsenpraktijk komen dan wellicht wenselijk is. Vaak zien zij geen andere mogelijkheden om hulp te verkrijgen bij hun problemen of klachten en zoeken zij hun heil bij de huisarts en/of POH-GGZ. Tevens is het niet helemaal te voorkomen dat er grijze gebieden of overlappingsen zijn in de hulp geboden door verschillende echelons van de geestelijke gezondheidszorg en/of andere zorgaanbieders.

Beter dan alles exact te willen beschrijven, waarbij onderlinge diskwalificatie op de loer ligt, is het bij geestelijke gezondheidszorg juist van belang dat er vertrouwen is in de professional zelf en dat er een veilige relatie opgebouwd kan worden (ook in de onderlinge samenwerking!), waar emoties er mogen zijn en waar op een deskundige wijze aan gezondheid en welzijn gewerkt kan worden.

De LV POH-GGZ pleit ervoor dat de **mensen** die deze zorg nodig hebben én zij die zich hiervoor inzetten, nooit uit beeld mogen raken.

LV POH-GGZ: De standpunten

Basishouding

Een POH-GGZ stelt de patiënt centraal. In het eerste contact is het uitgangspunt de hulpvraag van de patiënt met aandacht voor diens omgeving. De POH-GGZ zal stap voor stap, d.m.v. passende zorg, met de patiënt toewerken naar een oplossing, die uitdrukkelijk door de patiënt als zodanig ervaren wordt.

In het contact met de patiënt:

- bevordert de POH-GGZ de zelfredzaamheid
- voorkomt de POH-GGZ onnodige medicalisering en stigmatisering
- blijft de POH-GGZ alert op eventuele psychiatrische symptomen en handelt dienovereenkomstig
- stimuleert de POH-GGZ het gezondheid en eigen kracht
- houdt de POH-GGZ rekening met de gehele context waarin de problematiek zich afspeelt
- is de POH-GGZ in staat om de problematiek van de patiënt te plaatsen in het kader van het biomedische en psychosociale model
- houdt de POH-GGZ rekening met het zelfherstellend vermogen van de patiënt
- zet de POH-GGZ de verworven kennis, deskundigheid en klinische blik in om op het juiste moment te overleggen en te verwijzen
- is POH-GGZ in staat om vraagstukken die zich in de beroepspraktijk voordoen, met professionele kwaliteit tot een oplossing te brengen

Professionaliteit

Een POH-GGZ is in staat de kwaliteit op het eigen handelen te waarborgen.

Dit houdt in dat de POH-GGZ:

- zorgt voor een open houding en visie en in staat is tot reflectie op de eigen deskundigheid en werkzaamheden.
- zorg draagt voor voldoende ruimte en aandacht voor elke nieuw contact/consult
- leergierig en deskundig is en actief de eigen kennis en vaardigheden onderhoudt en ontwikkelt
- een eigen agenda voert die ruimte biedt voor reflectie en overleg met derden
- de persoonlijke grenzen in de uitvoering van taken kent en deze zo nodig ook stelt.
- goed zorgt voor zichzelf door momenten van bezinning en ontspanning tijdens het spreekuur in te bouwen
- het eigen handelen, zowel collegiaal als patiëntgericht, bespreekbaar kan maken.
- bewust is van de bestaande maatschappijcultuur en -structuur

De POH-GGZ heeft de volgende kennis en vaardigheden:

- Zie functie- en competentieprofiel POH-GGZ 2014

LV POH-GGZ: De standpunten

We benadrukken hier nogmaals dat de POH-GGZ:

- kennis, vaardigheden en ervaring heeft t.o.v. de psychische, psychosociale en psychiatrische problemen/aandoeningen, psychopathologie
- samenwerkt met alle medewerkers in de huisartsenzorg
- kennis heeft van de (organisatie van) aanpalende voorzieningen op het gebied van preventie
- kennis en mogelijkheden heeft tot toepassing van ICT en E-health programma's
- vaardigheden heeft op het terrein van casemanagement en ketenzorg (samenwerking)
- kennis heeft van de sociale kaart, het aanbod van wijkteams en de ontwikkelingen van (de behandelingen in) de geestelijke gezondheidszorg (GB GGZ en S GGZ)

Een POH-GGZ is in staat realistische doelen te stellen, werkzaamheden te plannen en deze planmatig af te werken. Dit betekent:

- verzamelen van relevante informatie
- analyseren van relevante informatie
- inschatten en afwegen van informatie in tijd en relevantie
- reflecteren op zijn of haar beroepsmatig handelen

Huisartsenzorg

De POH-GGZ biedt huisartsenzorg, is toegankelijk, laagdrempelig, persoonsgericht en zo mogelijk is er continuïteit van zorg. De POH-GGZ heeft affiniteit met de huisartsenzorg en deelt de kernwaarden van de huisartsengeneeskunde.

Binnen het team van de huisartsenzorg heeft de POH-GGZ zijn eigen specifieke plek als het gaat om kennis, vaardigheden en attitude t.a.v. zijn patiënten met psychische, psychosociale en psychiatrische problematiek.

Met de inzet van de POH-GGZ zorgen de huisarts en de POH-GGZ er samen voor dat een patiënt met psychische klachten zo snel mogelijk de juiste zorg, op de juiste plek door de juiste professional kan ontvangen.

De POH-GGZ wordt op verzoek van de huisarts ingezet en werkt onder regie van de huisarts om doelen van de huisartsenzorg te bereiken.

Niveau

In het contact met mensen met psychische klachten acht de LV POH-GGZ een HBO+-werk en denkniveau van belang, omdat:

- de functie zelfstandig gevoerd wordt; ervaring met de taken en daarmee vrijwel meteen zelfstandig aan de slag kunnen gaan, past in de dynamiek van de huisartsenpraktijk.
- proactiviteit op dit niveau verwacht mag worden: vooruit denken en actief aan de slag gaan met zaken die verbeterd kunnen worden.

LV POH-GGZ: De standpunten

- het nodig is om een analytisch vermogen te hebben ontwikkeld (en daarmee de kwaliteit om snel overzicht te kunnen hebben) om de functie naar behoren uit te kunnen voeren.
- de POH-GGZ oog en begrip moet hebben voor complexiteit.
- de POH-GGZ zowel breed als diep ontwikkeld moet zijn.
- de POH-GGZ goed op de hoogte moet zijn van belangrijke ontwikkelingen in het vakgebied/veld.
- de POH-GGZ over goede schriftelijke en mondelinge vaardigheden moet beschikken (goed kunnen overdragen, iets kunnen presenteren, goed met anderen kunnen samenwerken, kennis en vaardigheden van anderen juist inschatten en waarderen).
- een brede algemene ontwikkeling bijdraagt aan de vormgeving van de functie.

Opleiding POH-GGZ

Volgens de LV POH-GGZ is de POH-GGZ geen startersfunctie, maar kan deze alleen worden ingevuld door een professional met een opleiding in de geestelijke gezondheidszorg of welzijn op tenminste HBO-niveau. Minimaal 2 jaar relevante werkervaring in de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg is hierbij een belangrijke voorwaarde. Levenservaring, waaronder persoonlijke groei en ontwikkeling, kan een voordeel zijn in de uitoefening van de functie.

Deze professional heeft daarbij een aanvullende scholing gevolgd tot POH-GGZ aan een Nederlandse Hogeschool of RINO om het oorspronkelijke beroep toe te spitsen op de functie in de huisartsenpraktijk en een eenduidige functie-uitoefening te borgen.

De opleiding tot POH-GGZ gaat uit van het functie- en competentieprofiel POH-GGZ 2014. Daarnaast staat de LV POH-GGZ voor, dat vanuit de aanbieders van opleidingen, zo nodig een assessment, bij professionals die instromen, gedaan wordt.

De LV POH-GGZ houdt vinger aan de pols omtrent de volgende ontwikkelingen:

- Ervaren POH's-GGZ begeleiden POH's-GGZ in opleiding tijdens de stage en het opbouwen van werkervaring.
- Er zijn heldere stage-afspraken volgens een stagewijzer.
- De eindtermen van de opleiding tot POH-GGZ zijn geleid door de daadwerkelijke praktijk.
- Een keurmerk voor opleidingen met betrekking tot de inhoud en de kwaliteit van het onderwijs.

LV POH-GGZ: De standpunten

Deskundigheidsbevordering

De LV POH-GGZ houdt zich vanuit de Commissie Kwaliteitsregister en Accreditatie POH-GGZ (CKAP) bezig met:

- Het beoordelen en organiseren van nascholingsprogramma's aan de hand van de ontwikkelde reglementen.
- Het kwaliteitsregister voor leden van de Landelijke Vereniging POH-GGZ. Zie de reglementen op de website: <http://www.poh-ggz.nl/accreditatie>
- Toezicht opdat iedere POH-GGZ verplicht deelneemt aan intervisie in een groep tussen de 4-8 collega's, ongeveer vier tot zes keer per jaar, twee uur per keer. De POH-GGZ kan hiermee gemiddeld maximaal 10 accreditatiepunten in de vrije ruimte per jaar verkrijgen. Overige punten in de 'vrije ruimte' zijn te verkrijgen door extra nascholing of beroepsgebonden activiteiten.
- Toezicht opdat iedere POH-GGZ gemiddeld minimaal 15 uur per jaar door de LV POH-GGZ geaccrediteerde nascholing volgt.
- Toezicht opdat een POH-GGZ 150 accreditatiepunten per 5 jaar heeft behaald om na 5 jaar opnieuw te kunnen worden geregistreerd in het kwaliteitsregister.
- De verdere ontwikkeling van de functie.

De LV POH-GGZ stimuleert het jaarlijks maken van een gezamenlijk nascholingsplan door regionale kwaliteitswerkgroepen. Een regionale samenwerkingspartner of zorggroep kan hierin een coördinerende en/of faciliterende rol spelen.

BIG-registratie

Voor de functie POH-GGZ functie bestaat geen BIG-register. Hierover zijn veel misverstanden. Alleen een zorgverlener die in het BIG-register staat mag een beschermde titel voor zijn beroep voeren.

We ondersteunen dat verpleegkundigen, die in de functie POH-GGZ werken, hun titel kunnen behouden.

De LV POH-GGZ onderzoekt tezamen met de andere stakeholders in het veld of de functie een beroep moet worden en daarmee ook een beschermde (BIG) titel moet krijgen.

Agendaplanning en consultduur

Gezien het brede takenpakket en de zwaarte van de caseload van de POH-GGZ heeft een overgrote meerderheid POH's-GGZ⁷ zich uitgesproken voor een maximum aan intensieve consulten per dag om kwaliteit te kunnen blijven bieden. Op een 8-urige werkdag zijn maximaal 8 face-to-face gesprekken of consulten haalbaar. Daarnaast zijn enkele korte telefonische consulten mogelijk. Indien de POH-GGZ werkt met E-health, is hiervoor per werkdag minimaal 30 minuten gereserveerd. De tijdsduur die gereserveerd moet worden

⁷ Tijdens de ledenvergadering van de LV POH-GGZ op 14 november 2013

LV POH-GGZ: De standpunten

voor een eerste contact/intake is gemiddeld 45-60 minuten. Deze tijd is inclusief verslaglegging in het HIS, maar exclusief het opstellen van een behandelplan en het overleg met huisarts of andere hulpverleners. Hiervoor dient 15-30 minuten gereserveerd te worden. De tijdsduur voor vervolgconsulten is gemiddeld 45 minuten, inclusief verslaglegging in het HIS, exclusief meer uitgebreide verslaglegging en eventueel overleg. Hiervoor dient 10-20 minuten gereserveerd te worden.

Visites aan huis bij patiënten worden ook gedaan op verzoek van huisarts en/of patiënt. Deze kosten extra (reis)tijd.

De POH-GGZ kan zijn of haar agenda het beste naar eigen inzicht indelen, afhankelijk van wat er nodig is voor de werkzaamheden.

Enige ruimte in de eigen agenda is noodzakelijk om de POH-GGZ de mogelijkheid te geven zijn of haar werkzaamheden naar behoren te kunnen voorbereiden, indelen en plannen. Ook moet er ruimte zijn voor onder andere innovatie, contact en overleg met de huisarts en ketenpartners, bijhouden van de sociale kaart en overleg met het sociale wijkteam en andere hulpverleners.

Werkzaamheden die ingevuld kunnen worden bij een 'no show' zijn onder andere: uitgebreidere verslaglegging, literatuurstudie, voorbereiding van een behandelplan en telefonisch overleg. Ook kan op die plaats een onverwacht consult ingezet worden.

Hoe de dag- en weekindeling eruit ziet, hangt niet alleen af van de patiënten die de POH-GGZ spreekt, maar ook van de betrokkenheid van POH's-GGZ bij bijvoorbeeld kwaliteitsprojecten in de huisartspraktijk gericht op een specifieke patiëntenpopulatie of op preventietaken.

Het is voor een patiënt mogelijk de POH-GGZ te bezoeken als er weer behoefte is aan een gesprek nadat eerdere gesprekken zijn afgerond. De POH-GGZ wordt net als de huisarts en POH-S, een vertrouwenspersoon binnen de huisartsenvoorziening.

Voorbeelden van een agendaplanning vindt u hier ([link invoegen naar PDF op de website](#)).

Screeners en beslissondersteunende instrumenten

In de somatische en ook geestelijke gezondheidszorg vervult de huisarts de rol van poortwachter. Het is de verantwoordelijkheid en taak van de huisarts, samen met de POH-GGZ, om in te schatten waar de patiënt met psychische problemen het best op zijn plek is. Karakteristiek voor de werkwijze in de huisartsengeneeskunde is klacht- en probleemgericht werken. Het patiëntenperspectief staat hierbij centraal.

De huisarts bepaalt in veel gevallen samen met de POH-GGZ de meest passende behandeling op basis van de zorgvraag en de context van deze zorgvraag: de aanwezige persoonlijke kenmerken van de patiënt, zijn coping strategieën, de beschermende werking van een sociaal netwerk, het verloop van de symptomen in de tijd, het perspectief van de patiënt en de reactie op behandeling. Daarbij baseert de huisarts/POH-GGZ zich op vigerende richtlijnen, zorgstandaarden en samenwerkingsafspraken. Op basis van al deze factoren

LV POH-GGZ: De standpunten

wordt de benodigde zwaarte van de zorg door de huisarts/POH-GGZ ingeschat en ingevuld op basis van de best passende lokale mogelijkheid.

Het stellen van een (huisartsgeneeskundige) diagnose, door middel van een beslisondersteuner/screeningsinstrument in de vorm van een vragenlijst, zal op zijn best een meting zijn van de aanwezige klachten op dat moment en wijkt dus sterk af van het professionele diagnostisch proces. Een dergelijk instrument kan dus hoogstens een hulpmiddel zijn.

E-health

Indien passend, wordt de patiënt een e-healthprogramma aangeboden waarvan de effectiviteit is aangetoond. Net als het NHG is de LV POH-GGZ van mening dat het inzetten van een e-mental health programma niet verplicht kan worden gesteld door een zorgverzekeraar.

Er bestaan hoge verwachtingen bij overheid en zorgverzekeraars ten aanzien van zelfmanagement en de implementatie van e-mental health. Over de (kosten)effectiviteit van e-mental health-programma's in vergelijking met persoonlijke begeleiding van patiënten in de huisartsenzorg is nog weinig bekend. Er moet op dit terrein rekening worden gehouden met kwetsbare groepen voor wie de mogelijkheden van zelfmanagement en E-health beperkt zijn. Ongeveer 10% van de Nederlanders is laaggeletterd en 29% beschikt over weinig gezondheids-vaardigheden, of simpelweg niet over toegang tot internet. E-health kan een aanvulling zijn op de behandeling mits dit is ingebed in een relatie met huisarts of POH-GGZ en passend bij de patiënt wordt ingezet. Eerste ervaringen met pilots in de huisartsenpraktijk laten zien dat de inbedding van E-health in het persoonlijke contact met huisarts of POH-GGZ ('blended zelfhulp') kan bijdragen aan de effectiviteit.

Voorwaarde is dat de patiënt over voldoende vaardigheden en mogelijkheden beschikt om met digitale informatie om te kunnen gaan. In een aantal NHG-Standaarden is gewezen op e-health toepassingen waarvan de effectiviteit is aangetoond. (Zie ook het document 'Standpunt GGZ 2016' door NHG/LHV, p. 14)

Jeugd

Vooralsnog is de POH-GGZ een generalistische functie. Jeugdhulpverlening hoort in het gemeentelijk domein. Wel kan het zijn dat een huisarts -vanwege de samenstelling van zijn praktijk- een differentiatie voor Jeugd graag bij zijn POH-GGZ ziet. Hiervoor kunnen specifieke deskundigheden nodig zijn. De POH-GGZ is bedoeld voor de hele patiëntenpopulatie. Kinderen en adolescenten zijn hierop geen uitzondering. De werkzaamheden van de POH-GGZ moeten echter passen bij het werk van de huisarts, namelijk generalistisch, vraagverhelderend en begeleidend. De begeleiding en behandeling van complexe gezinssituaties, ernstige psychiatrische en sociale problematiek past niet binnen de context van de huisartsenzorg. De POH-GGZ kan wel als contactpersoon voor de

LV POH-GGZ: De standpunten

huisartsenpraktijk fungeren naar andere partijen, zoals het wijkteam of centrum voor jeugd en gezin. De huisarts zorgt voor de eerste opvang en begeleiding van psychische problemen van kinderen en jeugdigen (zoveel mogelijk op basis van NHG-Standaarden) en verwijst indien nodig naar het lokale zorgaanbod voor opgroei- en opvoedkundige ondersteuning en andere vormen jeugdhulp. De huisarts en de POH-GGZ hebben zicht op lokaal aanbod van zorg voor jeugd.

Inschaling POH-GGZ in cao Huisartsenzorg

Bij de oorspronkelijke beleidsregel (2008) is het midden van schaal 60 van de CAO GGZ uitgangspunt geweest bij het uitwerken van de financiële paragraaf. Als POH's-GGZ in dienst zijn van een huisarts of huisartsenorganisatie krijgen ze ook wel te maken met de CAO Huisartsenzorg of CAO Gezondheidscentra.

In de functiewaardering huisartsenzorg is deze nu wel beschreven en na onderhandeling geplaatst in schaal 8. Een POH-GGZ of huisarts kunnen op basis van gegevens van het Rekenmodel POH-GGZ in de huisartspraktijk van de LHV(zie www.lhv.nl) uitrekenen wat de huisartsenvoorziening ontvangt voor de functie POH-GGZ en wat de POH-GGZ redelijkerwijs zou kunnen verdienen. Streven is dat de huisartsenvoorziening er niet teveel op toelegt noch specifiek op wint. POH-GGZ is een zelfstandige functie op tenminste HBO+ niveau. Daarnaast spelen specifieke expertise en ervaring mee bij de aanstelling. Het gaat erom wat de beste match is. Dit hangt enerzijds af van de huisartsenpraktijk met zijn wensen, populatie e.d. en anderzijds van de specifieke deskundigheid van de POH-GGZ.

De LV POH-GGZ is van mening dat de huidige indeling in schaal 8 een goed uitgangspunt vormt voor een POH-GGZ.

Een POH-GGZ met veel werkervaring in de GGZ, aanvullende opleidingen die van meerwaarde zijn voor de behandeling in de praktijk en waarbij de functionaris stagiaires begeleidt /collega's inwerkt staat het uiteraard wel vrij om daarin een passende schaal met zijn of haar werkgever af te spreken.

Geraadpleegde bronnen

- *NHG-uitgave 2016 'GGZ in de huisartsenpraktijk' door Eldine Oosterberg*
- *Handboek POH-GGZ door Liesbeth Mok*
- *Document LV POH-GGZ: de Tussenstand 2015 door bestuur LV POH-GGZ*
- *Kwaliteitsnotitie LV POH-GGZ 2015 door Leonore Nicolaï en Esther Kersbergen*
- *Document 'Standpunt GGZ 2016' door NHG/LHV*
- *Functie- en competentieprofiel POH-GGZ 2014 door LHV*
- *'Generieke module Landelijke GGz samenwerkingsafspraken' (LGA) door Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz*
- *De vierde ledenpeiling m.b.t. GGZ in huisartsenpraktijk 2016 door LHV*