

**PRAKTIJKONDERSTEUNING  
GGZ IN DE EERSTE LIJN**

Een eerste beschrijving van de functie  
praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn



Landelijke Vereniging  
Georganiseerde eerste lijn

## **COLOFON**

---

**Uitgave:**

Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn  
Wilhelminapark 40  
3581 NK Utrecht  
Telefoon 030 – 2522804  
E mail [info@lvg.org](mailto:info@lvg.org)  
Website [www.lvg.org](http://www.lvg.org)

**Auteur:**

Drs. J.J.I.M. ten Have

April 2007

Dit eindverslag is openbaar en te verkrijgen via de LVG  
([www.lvg.org](http://www.lvg.org))

© Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn

## INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	2
1. Inleiding	3
1.1 Het beleid van de afgelopen jaren: versterking eerstelijns-GGZ	3
1.2 Wijziging in de financiering van curatieve, kortdurende GGZ	4
1.3 Enkele gevolgen van de wijzigingen in de financiering	4
2. GGZ in de eerste lijn: enkele ontwikkelingen	5
2.1 De SPV in de huisartsenpraktijk	5
2.2 Activiteiten vanuit de eerste lijn	6
2.3 Activiteiten vanuit de tweede lijn	6
3. De functie praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ) in de eerste lijn	7
3.1 De inhoud van de functie	8
3.1.1 Probleemverheldering / inventarisatie	8
3.1.2 Advisering	9
3.1.3 Processturing, mede op basis van kennis van het netwerk	9
3.1.4 Begeleidingsfunctie / case-management	9
3.1.5 Behandeling / begeleiding	10
3.1.6 Deel vrije invulling	11
3.2 Percentuele invulling van de diverse functieonderdelen	12
3.3 Benodigde competenties, vaardigheden en functie-eisen	12
3.4 Opleiding en scholing	12
3.5 Omvang van de ondersteuningsfunctie	13
3.6 Financiering van de functie POH-GGZ	13
3.7 Voorwaarden	14
3.8 Ontwikkeling van zorgprogramma's	14
4. Implementatie van de functie POH-GGZ	16
4.1 Verschillen tussen bestaande POH-structuur en POH-GGZ	16
4.1.1 Functie-inhoud	16
4.1.2 Betrokkenheid andere aanbieders eerstelijns-GGZ	16
4.1.3 Deelnemers samenwerkingsverband	17
4.1.4 Gewijzigde omstandigheden	17
4.2 Twee scenario's voor implementatie	17
4.2.1 Invoering nieuwe functie op basis van 'theoretisch' plan	17
4.2.2 Invoering nieuwe functie op basis van ontwikkeling	18
4.3 Ondersteuning bij implementatie	18
5. Slotopmerkingen	19
Geraadpleegde bronnen	20
Literatuur	20
Gesprekken	20
Lijst van afkortingen	21

## VOORWOORD

Een toenemende vraag naar hulp bij psychische en psychosociale problemen, een beperkte capaciteit in de tweede lijn en stijging van kosten zijn redenen voor een beleid ter versterking van de eerstelijns-GGZ. In de periode 1999-2006 zijn onder regievoering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport diverse projecten ingezet om deze versterking inhoud te geven. Het verder borgen van resultaten van deze projecten zal de komende tijd aandacht vragen. Tegelijkertijd bereiden alle partijen zich voor op de nieuwe situatie per 1 januari 2008. Per die datum wordt de ambulante kortdurende GGZ overgeheveld van AWBZ naar de Zorgverzekeringswet en komt de eerstelijns psychologische zorg in de basisverzekering.

In opdracht van het Ministerie van VWS heeft de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) een eerste beschrijving gemaakt van een functie praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. Invoering van een dergelijke functie kan bijdragen aan het verder structureel ondersteunen van de eerste lijn bij het realiseren van een geïntegreerd aanbod eerstelijns-GGZ. De beschrijving is gemaakt op basis van literatuur en gesprekken met vertegenwoordigers van beroepsorganisaties, GGZ-regiocoördinatoren, NPCF, ZN en een aantal stakeholders. Ook heeft bespreking in de LOVE-werkgroep GGZ plaatsgevonden.

Deze notitie staat zeker niet op zichzelf. Ze maakt onderdeel uit van meer activiteiten die het afgelopen jaar onder regie van het Ministerie van VWS zijn ingezet.

Dit betreft o.a. onderzoeken/projecten:

- Aanbodverheldering van disciplines in de eerstelijns-GGZ.
- Ontwikkeling referentiemodel voor registratie in de eerstelijns-GGZ.
- Uitbreiding van de Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor (VAAM) met GGZ.
- Voorstudie naar een informatievoorziening in de eerstelijns-GGZ.

De notitie 'Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn' geeft een eerste invulling van de functie weer. Deze kan worden beschouwd als een basisdocument voor verder overleg tussen betrokken partijen. Het is geen star eindproduct, integendeel. Verdere uitwerking en het zoeken naar oplossingen voor nog onbeantwoorde vraagstukken zal de komende maanden hard nodig zijn.

De keuze voor een functionele invalshoek stond bij de beschrijving van de functie steeds voorop, los van belangen die vanuit diverse organisaties naar voren zijn gebracht. Wel zijn op verschillende plaatsen kanttekeningen vanuit organisaties opgenomen. Op die wijze is geprobeerd uiteenlopende opvattingen een plaats te geven en daarmee de 'omgeving' alvast enigszins aan te geven. Dit is ook gedaan met het oog op de vraagstukken die zich gaan voordoen bij de implementatie van de functie. Met gebruikmaking van kennis en ervaring uit het veld en de wil om te blijven vernieuwen in de zorg, kan dan weer een volgende stap worden gezet naar een meer geïntegreerd zorgaanbod in de eerstelijns-GGZ.

# 1. INLEIDING

## 1.1 HET BELEID VAN DE AFGELOPEN JAREN: VERSTERKING EERSTELIJNS-GGZ

De afgelopen vijf jaar is een traject ingezet ter versterking van de eerstelijns-GGZ. Redenen om dit actieve beleid zijn gelegen in een aantal ontwikkelingen en vaststellingen, waarvan uitgebreid verslag is gedaan in diverse publicaties<sup>1</sup>.

Samengevat zijn de redenen om de eerstelijns-GGZ te versterken: een toename van de vraag om hulp bij psychische en psychosociale problemen, in combinatie met een beperkte capaciteit in de tweede lijn. Daarnaast speelden ook de zorgkosten een rol bij het te voeren substitutiebeleid van tweede naar eerste lijn.

Maatregelen ter versterking van de eerstelijns-GGZ waren:

- Tijdelijke stimuleringsmaatregel voor het AMW:  
VWS subsidieerde vanaf 1999 extra fte AMW op voorwaarde dat de gemeente in 2003 de helft van de uitbreiding voor haar rekening zou nemen. Na beëindiging van deze stimuleringsmaatregel is het aantal formatieplaatsen AMW teruggelopen naar het oorspronkelijke volume.
- Consultatieregeling:  
Vanaf 1999 is er een budget waaruit tweedelijns GGZ-instellingen projecten kunnen bekostigen waarmee consultatie aan de eerste lijn wordt gegeven.
- Kwaliteitsprojecten:  
Kwaliteitsprojecten ten behoeve van de drie eerstelijnspartijen (LHV, LvE, MO-Groep) voor de uitwerking van het door deze partijen gesloten samenwerkingsconvenant. Deze projecten zijn vooral gericht op deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbetering.
- Experiment vergoeding eerstelijnspsychologen:  
Om na te gaan wat de gevolgen zijn van het onderbrengen van de ELP-hulp in het ziekenfondspakket (nu basisverzekering), heeft dit in twee regio's gedurende een jaar op experimentele basis plaatsgevonden.
- Project 'Korte Lijnen':  
Dit betreft projecten in een aantal experimentele regio's met het streven de samenwerking tussen de eerstelijnspartners te verbeteren.
- 'Het Diaboloproject':  
Een extra stimuleringsregeling waarmee op lokaal niveau samenwerkingsinitiatieven werden ondersteund. Daarnaast was het project actief in het ontwikkelen van de voorwaarden die samenwerking moeten ondersteunen.

Deze mix van maatregelen had tot doel om zowel de kwantiteit/capaciteit, en daarmee de bereikbaarheid van zorg, te verbeteren alsmede een bevordering van de kwaliteit van zorg. Eind 2005 zijn de meeste van bovenstaande maatregelen geëindigd. De consultatieregeling loopt nog wel door in 2006 en 2007.

1 Zie overzicht geraadpleegde bronnen

Om de resultaten, ervaringen en producten uit de verschillende projecten en maatregelen structureel in te bedden in het eerstelijnszorgaanbod, zijn de budgetten van de ROS'en (Regionale Ondersteunings Structuren) met ingang van 1 januari 2006 verruimd met GGZ. Hoewel deze gelden niet zijn geoormerkt, zijn wel alle ROS'en overgegaan tot het aanstellen van een regiocoördinator GGZ. Daarmee heeft de ondersteuning voor de eerstelijns-GGZ een structurele plek binnen de ROS-organisaties. De ondersteuning vanuit de ROS'en is gericht op een structurele versterking van de eerstelijns-GGZ, maar de omvang is noodgedwongen beperkt. Goede ondersteuning op de werkvloer is noodzakelijk om nieuw ingezette werkwijzen en samenwerkingstrajecten te continueren en in te bedden in (de organisatie van) het dagelijks werk van eerstelijns-GGZ hulpverleners. Ook het ontwikkelen en borgen van werkwijzen en processen om de toenemende vraag naar kortdurende GGZ in goede banen te leiden, is daarbij van belang.

## **1.2 WIJZIGING IN DE FINANCIERING VAN CURATIEVE, KORTDURENDE GGZ**

Met ingang van 2008 wordt de curatieve, kortdurende<sup>2</sup> GGZ overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars gaan vanaf dat moment deze zorg inkopen. Dit betekent dat er een veel groter budget dan nu het geval is, beschikbaar is voor eerstelijns-GGZ. Daartegenover staat dat GGZ-instellingen een deel van hun AWBZ-budget kwijtraken.

Een tweede verandering per 1 januari 2008 is het feit dat de eerstelijns psychologische zorg wordt ondergebracht in de basisverzekering. Het betreft hier vergoeding van een gemaximeerd aantal zittingen. Tot nu toe wordt eerstelijns psychologische zorg veelal (deels) vergoed via de aanvullende verzekering.

## **1.3 ENKELE GEVOLGEN VAN DE WIJZIGINGEN IN DE FINANCIERING**

De voorgenomen overheveling van de curatieve GGZ en de opname van eerstelijns psychologische zorg in de basisverzekering heeft een aantal gevolgen. Enkele daarvan zijn:

- Marktwerving doet z'n intrede. Het vanzelfsprekend leveren van zorg door 'oude' zorgaanbieders (huisarts, ELP, AMW) verdwijnt. Bestaande aanbieders van eerstelijns-GGZ moeten zich bezinnen op hun situatie.
- Het continueren van inzet van SPV'en in huisartsenpraktijken is niet zonder meer mogelijk. De inzet van SPV'en van GGZ-instellingen in huisartsenpraktijken wordt momenteel gefinancierd vanuit consultatie- en dienstverleningsgelden (AWBZ).
- Spelers in het eerstelijnsveld veranderen. Niet alleen de van oudsher bekende eerstelijns-GGZ aanbieders kunnen zorg aanbieden, ook nieuwe spelers kunnen een aanbod ter contractering aan verzekeraars voorleggen (bv. GGZ –instellingen, vrijevestigde psychotherapeuten en/of psychiaters die een eerstelijnsaanbod doen).

Bovengenoemde veranderingen betekenen tegelijk dat het GGZ-aanbod in de eerste lijn minder overzichtelijk wordt, zowel voor patiënten als voor hulpverleners en verwijzers. Er komen meer aanbieders met soortgelijke producten. Dit vraagt om extra aandacht om er voor te zorgen dat de patiënt zo snel mogelijk de juiste hulp kan ontvangen.

2 Het betreft hier ambulante, curatieve zorg korter dan één jaar.

## 2. GGZ IN DE EERSTE LIJN: ENKELE ONTWIKKELINGEN

Laat zorg zoveel mogelijk plaatsvinden in de eerste lijn en bied specialistische tweedelijnszorg waar dat noodzakelijk c.q. geïndiceerd is. Dat is in het algemeen het streven in de gezondheidszorg.

De generalistische eerstelijnszorg is een eigen specialisme door de wijze van benaderen van problemen en klachten. Het overgrote deel van de klachten kan in de eerste lijn worden behandeld en/of opgelost. Dit geldt voor somatische klachten, klachten van psychische of psychosociale aard of een combinatie van beide. De aanwezige kwaliteiten in de eerste lijn zouden daarvoor echter beter op elkaar moeten worden afgestemd. Uit projecten van de afgelopen jaren komt o.a. naar voren dat eerstelijns hulpverleners te weinig kennis hebben van de deskundigheden van andere hulpverleners. Inzicht hierin is van belang. Het 'elkaar kennen' speelt eveneens een rol bij het gebruikmaken van deskundigheid van andere hulpverleners.

### 2.1 DE SPV IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

In het kader van consultatieprojecten zijn de afgelopen jaren veel SPV'en vanuit de GGZ-instellingen ingezet in huisartsenpraktijken. De evaluatie van het consultatieproject geeft aan dat van 'consultatie' in de oorspronkelijke zin van het woord niet veel is gerealiseerd. Er is door de tweede lijn niet zozeer kennis overgedragen, maar met het stationeren van SPV'en in huisartsenpraktijken is vanuit de tweede lijn extra kennis ingezet in de eerste lijn. Naast consultatie en kennisoverdracht kregen SPV'en vaak ook een behandelfunctie in de huisartsenpraktijk<sup>3</sup>.

Voor de financiering van inzet van SPV'en in de huisartsenpraktijk zijn deels consultatiegelden gebruikt. Deels zijn contacten van de SPV'en met de patiënt gedeclareerd door de GGZ-instelling (financiering via productieafspraken van de instelling met het Zorgkantoor). In deze gevallen werd de cliënt ingeschreven bij de GGZ-instelling, maar werd de zorg verleend in de eerste lijn.

Deze werkwijze heeft zowel voor- als nadelen die beide terugkomen in de ervaringen van huisartsen. Met andere woorden: huisartsen zijn niet unaniem positief of negatief over de constructie van inzet van een SPV vanuit de tweede lijn.

Als belangrijkste voordelen zien huisartsen:

- Korte lijnen, zowel van huisarts naar SPV, als van SPV naar instelling.
- Behandeling in de eerste lijn dicht bij huis, kortdurend en snel: plezierig voor de patiënt.
- Het ontlast de huisarts.

Als belangrijkste nadelen zien huisartsen:

- Beperkte kennis SPV van verwijs-/ behandelmogelijkheden buiten eigen instelling, vooral in de eerste lijn.
- Soms te snelle focus op psychiatrische diagnose/stoornis en behandeling.

3 GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg, eindrapportage, Steunpunt tussen de lijnen 2006

Opmerkingen vanuit andere organisaties naar aanleiding van de inzet van SPV'en in huisartsenpraktijken:

- SPV fungeert als vooruitgeschoven post van de tweede lijn (voorportaal) met als mogelijk gevolg:
- Meer verwijzingen naar de tweede lijn<sup>4</sup>; onvoldoende gebruik van aanwezige expertise in eerste lijn.
- Te snel stoornisgerichte benadering en behandeling van aangeboden probleem.
- Te weinig aandacht voor generalistische, geïntegreerde manier van kijken naar zorgproblemen van patiënten.

Overigens is het niet zo dat overal in het land bovenstaande beoordelingen van toepassing zijn. Regionaal bestaan verschillen in hoe de GGZ-instellingen de SPV'en inzetten in de eerste lijn.

## 2.2 ACTIVITEITEN VANUIT DE EERSTE LIJN

Vanuit het Algemeen Maatschappelijk Werk zijn onlangs een aantal pilots gestart betreffende ontwikkeling van een contracteerbaar AMW-aanbod onder de Zorgverzekeringswet (ZVW).

MOVISIE (voorheen NIZW sociaal beleid) maakt in het kader van de ontwikkeling van de module POH-GGZ een aanbodbeschrijving van de eerstelijnsdisciplines op het gebied van de GGZ<sup>5</sup>.

Als vervolg op projecten van de afgelopen jaren (Korte Lijnen, Diabolo) worden in verschillende regio's met ondersteuning van GGZ-coördinatoren van de ROS'en initiatieven genomen om de samenwerking tussen eerstelijns-GGZ disciplines te versterken en vorm te geven met behulp van inhoudelijke samenwerkingsprojecten. Dit gebeurt veelal op basis van een regioanalyse, waarin vraag en aanbod zijn geïnventariseerd. Ook zijn er regio 's waar de eerste lijn samen met de regionale GGZ-instelling projecten en/of activiteiten uitvoert.

## 2.3 ACTIVITEITEN VANUIT DE TWEDE LIJN

Vooruitlopend op de nieuwe situatie per 1 januari 2008 ontwikkelen GGZ-instellingen momenteel een eigen eerstelijnsaanbod. Naast consultatie en kortdurende behandeling door SPV'en betreft dit aanbod o.a. behandeling door GZ-psychologen en preventieactiviteiten.<sup>6</sup>

4 Uit de NIVEL-monitor komt naar voren dat dit in het begin inderdaad het geval was, maar dat toename verwijzingen inmiddels minder wordt. Een diabolo-project in de regio Den Haag geeft weliswaar na vijf jaar een toename van het aantal verwijzingen (gemiddeld) met 1,5% als resultaat, maar het aantal daadwerkelijke behandelingen in de tweedelijnszorgprogramma's nam af met 41%. Regionaal kunnen dus effecten optreden die in de landelijke cijfers niet tot uitdrukking komen..

5 J. van Leur e.a. Aanbodverheldering van disciplines in de eerstelijns-GGZ, MOVISIE, maart 2007

6 Tijdschrift Psy, nr 14, 2006: GGZ veroverd eerste lijn

### 3. DE FUNCTIE PRAKTIJKONDERSTEUNING GGZ (POH-GGZ) IN DE EERSTE LIJN

Een ondersteunende functie in de eerste lijn ten behoeve van GGZ kan en moet bijdragen aan het oplossen van verschillende, in de inleiding naar voren gebrachte, problemen:

- De patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener(s), o.a. door goede inventarisatie van de vraag/het probleem.
- Bekendheid van het aanbod van de GGZ-hulpverlening, zowel in de eerste als in de tweede lijn.
- Voorkomen van onnodige verwijzingen naar de gespecialiseerde-GGZ.
- Kostenbeheersing.
- Het vergroten van het oplossend vermogen van de eerste lijn door efficiëntere inzet beschikbare capaciteit en kwaliteit.

De meeste mensen wenden zich met hulpvragen in eerste instantie tot de huisarts. De huisarts is een belangrijke schakel bij het al dan niet verwijzen van een patiënt naar andere hulpverleners. Voor de patiënt is het belangrijk dat hij snel bij de juiste hulpverlener(s) terecht kan en dat de zorg zo dicht mogelijk bij huis kan plaatsvinden. Ook vinden patiënten een goede probleemverheldering van groot belang, zo komt uit onderzoek van de NPCF<sup>7</sup> naar voren. Een ander belangrijk punt voor patiënten is dat eventuele problemen op andere terreinen niet worden geïsoleerd, maar dat er sprake is van een geïntegreerde benadering van de hulpvraag.

Uit het oogpunt van kostenbeheersing is het van belang dat GGZ-problematiek die in de eerste lijn kan worden behandeld, daar ook daadwerkelijk wordt behandeld. Zorg in de eerste lijn is veelal goedkoper dan in de tweede lijn. Met de komst van het marktmechanisme zal ook hier de vraag opgeld doen wie welke kwaliteit van zorg kan leveren tegen welke prijs.

Om te zorgen dat de patiënt de juiste hulp op de juiste plek krijgt, is het belangrijk dat de hulpverleners goed op de hoogte zijn van de deskundigheden over en weer. Ze moeten snel en gemakkelijk kunnen verwijzen naar elkaar. Dit vraagt een goede samenwerking tussen zorgaanbieders. Uiteraard moet de hulpverleners ook zicht hebben op de mogelijkheden van de tweede lijn.

Een goede probleemverheldering in de eerste lijn is van groot belang omdat het bepaalt welke hulp de patient in eerste instantie ontvangt. Daarbij zou de 'stepped care'<sup>8</sup> gedachte als uitgangspunt kunnen dienen, om de belasting voor de patiënt niet onnodig groot te laten zijn. Voorwaarde is uiteraard dat de patiënt de voorgestelde interventie accepteert.

Het **doel** van praktijkondersteuning GGZ kan als volgt worden geformuleerd:

'Het ondersteunen van huisartsen bij het verlenen van zorg aan patiënten die met psychische en/of psychosociale problemen een beroep doen op de huisarts. (De functie is gepositioneerd in de huisartsenpraktijk, maar zal in de praktijk ook van belang zijn voor andere GGZ-aanbieders).'

7 'Eerstelijnszorg voorop', functie psychosociale zorg, NPCF, november 2006

8 Stepped care (getrapte zorg): het aanbieden van de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en korste vorm van behandeling die mogelijk is, gezien de aard en ernst van de problematiek. Pas als deze minimale interventie onvoldoende effect heeft, wordt op een intensievere interventie overgegaan.

Het **middel** hiervoor: inzetten van een ondersteuningsfunctionaris in de huisartsenpraktijk onder regie van de huisarts. Belangrijke redenen om de functie te koppelen aan de huisartsenpraktijk zijn:

- De huisarts is voor veel mensen de eerste hulpverlener waar ze heengaan met klachten, men gaat er 'gemakkelijk' heen.
- Psychische of psychosociale problemen worden vaak ingebracht in combinatie met somatische klachten of 'vertaald' in somatische klachten (psychosomatiek).
- Patiënten zijn ontvankelijk voor adviezen van de huisarts.
- Mensen komen door de tijd heen steeds weer terug bij hun huisarts.
- De huisarts is de poortwachter / spelverdeler voor de GGZ.

### 3.1 DE INHOUD VAN DE FUNCTIE

De inhoud van de functie POH-GGZ omvat het volgende:

- Probleemverheldering / inventarisatie
- Advisering
- Processturing, mede op basis van kennis van het netwerk
- Begeleidingsfunctie / casemanagement
- Behandeling / begeleiding
- Deel vrije invulling

Hieronder zijn deze taken verder uitgewerkt.

#### 3.1.1 PROBLEEMVERHELDERING<sup>9</sup> / INVENTARISATIE

Een belangrijke taak voor de POH-GGZ is het verder verhelderen van de problematiek. Dit betreft patiënten die bij de huisarts komen met psychische of psychosociale problemen dan wel met psychosomatische klachten, waarbij de huisarts behoefte heeft aan een nadere probleemverheldering. Door te investeren in een uitgebreide verheldering kan sneller duidelijk worden welke problemen er spelen, of er sprake is van meerdere problemen tegelijk en of deze eventueel aan elkaar gerelateerd zijn. Tegelijkertijd kan worden voorkomen dat te snel een traject wordt ingezet dat in een later stadium geen adequate stap blijkt te zijn.

Van belang is ook bij de probleemverheldering zicht te krijgen op een goed aangrijpingspunt bij de patiënt voor eventuele interventie. Zeker als sprake is van problemen op meerdere levensgebieden tegelijkertijd kan dit een belangrijke factor zijn. Juist in die situaties bestaat nogal eens de neiging om (te) snel te focussen op de psychische component van de problematiek. De probleemverheldering kan dan bijdragen aan een kwalitatief zo goed mogelijke verwijzing. Het is mogelijk dat voor een goede probleemverheldering meerdere gesprekken tussen patiënt en GGZ-ondersteuner nodig zijn.

Voor huisartsen is het lang niet altijd mogelijk is om een uitgebreide probleemverheldering te doen bij dit soort patiënten. Dit vanwege de breedte van het pakket van huisartsenzorg en de beperkte tijd in eerste instantie in de praktijkorganisatie voor een consult. Voor een aantal patiënten kan een goede probleemverheldering overigens al voldoende aanknopingspunten bieden om de problemen verder zelfstandig op te lossen.

<sup>9</sup> Bewust wordt hier de term probleemverheldering gebruikt. De eerste vraagverheldering wordt uitgevoerd door de huisarts in het eerste contact/consult (o.a. het vaststellen of er sprake kan zijn van een somatische ziekte/afwijking). De huisarts voert dus de eerste schifting uit. Een van de uitkomsten kan vervolgens zijn dat de huisarts de patiënt adviseert om een gesprek te hebben met de POH-GGZ voor verdere probleemverheldering.

Het bovenstaande betekent dus zeker niet dat iedereen die zich bij de huisarts meldt met psychische, psychosociale of psychosomatische klachten door de praktijkondersteuner GGZ wordt gezien. In alle gevallen ziet de huisarts eerst de patiënten. Een behoorlijk aantal kan de huisarts zelf behandelen of direct verwijzen, omdat de problematiek vrij eenduidig is. Mogelijk dat bij deze laatste groep motivering voor verdere behandeling wel een taak kan zijn voor de praktijkondersteuner GGZ.

### 3.1.2 ADVISERING

De GGZ-ondersteuner brengt aan de huisarts een advies uit over het te starten traject. Dit advies is gebaseerd op de probleemverheldering. Uiteraard bespreekt de praktijkondersteuner de mogelijkheden ook met de patiënt. De ondersteuner biedt de huisarts dus informatie om de patiënt te adviseren over een eventueel verdere behandeling en de verschillende mogelijkheden daarbij. Advisering kan plaatsvinden met betrekking tot patiënten waarbij de huisarts de praktijkondersteuner heeft ingeschakeld voor een nadere probleemverheldering. Advisering kan ook op verzoek van de huisarts ten aanzien van een patiënt die niet door de praktijkondersteuner is gezien, maar alleen door de huisarts. Dit betreft dus een vorm van consultatie

Het stellen van een diagnose en het zelfstandig verwijzen van een patiënt behoort niet tot de ondersteuningsfunctie. Dit valt onder de competentie en verantwoordelijkheid van de huisarts.

### 3.1.3 PROCESSTURING, MEDE OP BASIS VAN KENNIS VAN HET NETWERK

De POH-GGZ draagt er op adequate wijze zorg voor dat de patiënt snel op de juiste plek terechtkomt voor verdere hulp. Kennis van en overzicht over de aanwezigheid van het hulpaanbod in de omgeving/regio op het gebied van de GGZ is daarbij een onmisbaar instrument. Dit betreft zowel het aanbod in de eerste lijn als het specialistische aanbod vanuit de tweede lijn. De ondersteuner heeft richting de huisarts een soort gidsfunctie die bijdraagt aan het zo goed mogelijk gebruik maken van de mogelijkheden die de eerste lijn heeft op het gebied van GGZ. Tegelijkertijd heeft hij zicht op de 'te lopen route' indien verwijzing naar de tweede lijn is geïndiceerd.

Het actief onderhouden van netwerkcontacten kan een positief effect hebben op de samenwerkingsbereidheid van zorgaanbieders in de (eerstelijns-)GGZ, hoewel de samenwerking zelf niet direct tot de functie van de POH-GGZ behoort. Dat is de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders zelf.

### 3.1.4 BEGELEIDINGSFUNCTIE / CASE-MANAGEMENT

De begeleiding van patiënten is een integraal onderdeel van de huisartsenzorg. De POH-GGZ kan bijdragen aan het verbeteren van deze functie vanuit de huisartsenpraktijk. Het kan zinvol zijn dat de GGZ-ondersteuner richting de patiënt een soort vinger-aan-de-pols-functie vervult. Zeker als de patiënt wordt verwezen en de huisarts de patiënt een tijd uit het oog verliest, kan het van belang zijn dat de ondersteuner af en toe contact opneemt met de patiënt om te informeren hoe het gaat (betrokkenheid en signaalfunctie). Ook in situaties waarin de patiënt te maken krijgt met bijvoorbeeld een wachtlijst voor behandeling in de tweede lijn kan het zinvol zijn periodiek contact met de patiënt te houden ('wachtlijstoverbrugging').

In het geval van patiënten die na behandeling in de tweede lijn worden terugverwezen naar de eerste lijn, zal een gerichte vraag kunnen leiden tot een begeleidingstraject. Er wordt dus niet zonder meer overgegaan tot het inzetten van begeleiding. Ditzelfde geldt voor nazorg van chronische patiënten die zijn uitbehandeld en thuis wonen. Naast het uitvoeren van begeleiding vanuit de huisartsenpraktijk door de POH-GGZ kan het in deze situaties ook wenselijk zijn dat de begeleiding wordt uitgevoerd door een andere zorgaanbieder. De POH-GGZ kan dan een rol vervullen zoals beschreven onder punt 3.1.3. In het geval een andere zorgaanbieder de functie vervult van 'casemanager' is het belangrijk dat periodiek informatie wordt teruggekoppeld naar de huisarts. In het verlengde van dit functieonderdeel kan de praktijkondersteuner-GGZ een rol vervullen in de informatievoorziening tussen betrokken hulpverleners<sup>10</sup>.

### 3.1.5 BEHANDELING / BEGELEIDING

Wel of niet opnemen van een (kortdurende) behandel functie door de praktijkondersteuner GGZ als onderdeel van de functie? Deze vraag heeft veel discussie opgeleverd. Zo is het al lastig om aan te geven wanneer er sprake is van behandeling of wanneer datzelfde geschaard moet of kan worden onder begeleiding (En is begeleiding dan geen behandeling?). Het gevaar bestaat dat men in een semantische discussie belandt met een uitkomst die praktisch van weinig waarde blijkt te zijn. Gezien de discussies die over dit onderdeel hebben plaatsgevonden en de diversiteit aan standpunten, gaan we hier verder in op verschillende overwegingen.

- De consultatieprojecten, met inzet van SPV'en in de huisartsenpraktijk vanuit de GGZ-instellingen, hebben een ontwikkeling laten zien waarbij de consultatiegever steeds vaker is overgegaan op voortzetting van de behandeling<sup>11</sup> (waar men eerder sneller verwees). Dit was mede mogelijk omdat kosten veelal gedeclareerd werden door GGZ-instellingen (consultatiegelden en AWBZ-productieafspraken). Met ingang van 1 januari 2008 vindt de inkoop van ambulante kortdurende GGZ echter op een andere wijze plaats (ZVW) en zal de huidige situatie niet zonder meer kunnen worden gecontinueerd. Een inmiddels gegroeide situatie en werkwijze waar men tevreden over is, laat zich echter niet 'zomaar' wijzigen.
- Patiënten zelf vinden het plezierig als zij voor enkele gesprekken niet naar een nieuwe hulpverlener hoeven te worden verwezen. Voorkomen moet worden dat er een onnodige extra schakel in het hulpverleningsproces komt.
- Huisartsen waarderen de korte lijnen die er zijn (ook richting de GGZ-instellingen) en het feit dat de werkwijze voor de patiënt plezierig is.
- SPV'en zien het behandelen van patiënten in de eerste lijn als een zinvolle aanvulling op het bestaande aanbod. Zij kunnen tevens een aantal verwijzingen naar gespecialiseerde instellingen voorkomen. Behandelen in de functie van POH-GGZ moet naar hun mening mogelijk blijven, ook vanuit het oogpunt van de compleetheid en aantrekkelijkheid van de functie voor SPV'en. Het mogelijke probleem dat 'naar jezelf verwijzen' kan opleveren, is op te lossen met het instellen van een multidisciplinair overleg waarin o.a. verwijscriteria worden besproken.
- Vanuit de vereniging van eerstelijns psychologen worden kanttekeningen geplaatst bij de functie POH-GGZ. Zij ziet meer in het stimuleren van een outreachende functie van de SPV in de eerste lijn om daarmee de specifieke kennis van de SPV aanvullend goed te benutten. De voorgestelde functie POH-GGZ geeft in hun ogen te weinig meerwaarde ten opzichte van het bestaande aanbod. Een behandel functie is overbodig omdat dit aanbod in de eerste lijn reeds regulier aanwezig is.

10 Boer c.s: referentiemodel voor registratie in de eerstelijns-GGZ, concept maart 2007

11 Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ, NIVEL, 2006

- Vanuit het algemeen maatschappelijk werk wordt benadrukt dat behandeling / begeleiding ook onderdeel van het aanbod van het AMW uitmaakt. Men geeft aan dat gewaakt moet worden voor het te snel benadrukken van de psychische component van de problematiek.
- Zorgverzekeraars Nederland kijkt met een nog andere bril naar het al dan niet behandelen door de POH-GGZ. In de nieuwe situatie per 1 januari 2008 is er sprake van meerdere aanbieders van ambulante kortdurende GGZ. Zorgverzekeraars moeten deze zorg gaan inkopen. De functie POH-GGZ moet bijdragen aan het realiseren van een goede processturing, waarbij de patiënt de juiste hulp krijgt. Deze taak combineren met een behandelfunctie die men zelf kan inzetten is in de ogen van ZN geen goede combinatie en niet wenselijk in een concurrerend zorgstelsel.
- Een mogelijk risico van een behandelfunctie door de POH-GGZ is dat er wachtlijstverplaatsing optreedt en er een wachtlijst bij de POH-GGZ ontstaat. Dit zou een zeer ongewenste situatie zijn, die niet bijdraagt aan het streven de patiënt zo snel mogelijk de juiste hulp te bieden.

Belangrijke taakgebieden in de functie van de praktijkondersteuner GGZ betreffen:

- probleemverheldering;
- advies en informatie aan huisarts en patiënt;
- kennis hebben en contacten onderhouden met het netwerk van zorgaanbieders.

Indien deze taken worden gecombineerd met het uitvoeren van behandelingen, dan loopt men het risico dat de ondersteunende taken in het geding komen en er een accentverschuiving richting behandeling optreedt. Juist het blijvend onderhouden en verbeteren van het beschikbare aanbod en het ontwikkelen van een geïntegreerd eerstelijnsaanbod voor patiënten met GGZ-problemen geeft de huisarts, ook op langere termijn, mogelijkheden om patiënten zo snel mogelijk de juiste zorg te kunnen aanbieden. Dit pleit voor het niet opnemen van een expliciete behandeltaak in de functie POH-GGZ.

Dit maakt echter geen eind aan de discussie over wat behandelen en begeleiden inhoudt.

Bij het onderdeel probleemverheldering is vermeld dat dit meerdere gesprekken kan omvatten. Ook is aangegeven dat er situaties zijn waarin alleen de probleemverheldering al voldoende handvatten biedt aan de patiënt om zelfstandig de problemen verder op te lossen.

Indien na een eerste probleemverheldering de inschatting is dat de patiënt met enkele begeleidende gesprekken voldoende is geholpen, zou de POH-GGZ dit moeten kunnen uitvoeren. Uit het oogpunt van patiëntgerichtheid, efficiëntie en kosten ligt het in die situaties niet voor de hand de patiënt te verwijzen naar een andere GGZ-zorgaanbieder. Is men na de eerste probleemverheldering van mening dat een specifieke (kortdurende) therapie de beste behandeling zou zijn, dan is verwijzing gewenst, ook als de POH-GGZ over de competenties beschikt om betreffende behandeling zelf uit te voeren.

Waar de grens van het aantal gesprekken ligt is, zeker op dit moment, arbitrair en zal onderwerp zijn van overleg tussen veldpartijen. Uitgaande van bovenstaand beschreven bedoeling van het functie-onderdeel ligt de indicatie voor het totaal aantal te voeren gesprekken (inclusief de probleemverheldering) op vier tot vijf.

### 3.1.6 DEEL VRIJE INVULLING

Op basis van een analyse van de lokale situatie / problematiek kan de ondersteuner worden ingezet voor uitvoering van daaruit voortvloeiende taken. Deze taken dienen betrekking te hebben op de zorg in de eerstelijns-GGZ en moeten passen bij de competenties van de ondersteuner.

### **3.2 PERCENTUELE INVULLING VAN DE DIVERSE FUNCTIEONDERDELEN**

De percentuele verdeling in tijd die de ondersteuner besteedt aan de diverse onderdelen van de functie hangt af van de problematiek in de betreffende huisartsenpraktijk. Hoofdtaken voor de POH-GGZ betreffen de probleemverheldering en kennis van het netwerk.

Er wordt hier geen nadere precisering gegeven van de gewenste tijdsbesteding aan de functieonderdelen. Dit om te voorkomen dat de functie te rigide moet worden ingezet op onderdelen die in een lokale situatie niet de meeste prioriteit hebben.

### **3.3 BENODIGDE COMPETENTIES, VAARDIGHEDEN EN FUNCTIE-EISEN**

Een specifiek functieprofiel moet nog worden uitgewerkt, waarbij gebruik kan worden gemaakt van reeds ontwikkelde functieprofielen in korte lijnen projecten e.d. In ieder geval zijn de volgende competenties en vaardigheden zijn voor de functie POH-GGZ van belang:

- opleiding op HBO-niveau (in de GGZ of op snijvlak van zorg en welzijn);
- kennis van en ervaring met methoden van gesprekstechnieken, waaronder counseling;
- analytisch vermogen;
- kennis van de (organisatie van de) eerstelijns- en tweedelijnszorg op het gebied van de GGZ;
- kennis van ontwikkelingen op het terrein van de eerstelijns-GGZ;
- ervaring in werken in de eerstelijns-GGZ;
- goede sociale vaardigheden en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid;
- netwerker;
- zelfstandig kunnen werken;
- kennis van psychische, psychosociale en psychiatrische problemen / aandoeningen, psychopathologie;
- kennis om kunnen zetten in implementatietrajecten;
- planmatig kunnen werken;
- begeleidingsvaardigheden;
- probleemoplossend vermogen;
- brede, generalistische insteek bij de benadering van GGZ-problemen in de eerste lijn.

### **3.4 OPLEIDING EN SCHOLING**

Voor de functie van POH-GGZ is een opleiding op HBO-niveau vereist. Dit mede gezien de noodzaak tot zelfstandig en planmatig kunnen werken en het beschikken over probleemoplossend vermogen. Vanuit de NVSPV is, gezien de zwaarte van de functie, gepleit voor een opleiding van tenminste HBO+ of academisch niveau. Voor het uitvoeren van de beschreven functieonderdelen komen zowel opgeleiden in de GGZ-verpleegkunde (SPV), maatschappelijk werk als eerstelijnspsychologie in aanmerking. Allen zullen, afhankelijk van de basisopleiding, aanvullende scholing moeten volgen. Zo is kennis van psychische, psychosociale en psychiatrische klachten en stoornissen alsmede psychopathologie van belang, naast kennis over (eerstelijns)aanbod en de mogelijke aanbod-combinaties.

De functie praktijkondersteuner GGZ is een nieuwe functie. Er bestaat geen specifieke opleiding voor. Scholing heeft o.a. betrekking op kennis en aanbod van GGZ in de generalistische, eerste lijn en de specialistische tweede lijn. Ook aspecten van probleemverheldering, counseling e.d. komen aan bod. Op basis van de functie-inhoud en competenties zal een te ontwikkelen scholingsaanbod nader moeten worden vastgesteld. Dit scholingsaanbod zal moeten aansluiten bij de opleiding van de praktijkondersteuner-GGZ en kan dus variëren.

Ervaringen in een proefproject binnen de regio Eemland<sup>12</sup> geven aan dat aanvullende scholing voldoet en het ontwikkelen van een specifieke opleiding voor de functie niet noodzakelijk is.

Scholing in de vorm van aparte cursussen en/of modules, kunnen wellicht worden aangeboden vanuit bestaande opleidingsinstituten die opleiden voor de eerstelijns (GGZ) zorg. Ook is het mogelijk dat aanbieders die niet direct verbonden zijn aan bestaande opleidingsinstituten een scholingsaanbod ontwikkelen. De ROS'en kunnen een regierol spelen bij het periodiek aanbieden van nascholing voor praktijkondersteuners GGZ in de regio's. Dit met het oog op een goede borging van de kwaliteitsbewaking van de beroepsuitoefening en het up to date houden van benodigde kennis.

### **3.5 OMVANG VAN DE ONDERSTEUNINGSFUNCTIE**

Voor de bestaande POH-functie hanteert men de norm van 1 fte POH op 3 norm-huisartspraktijken (7050 patiënten). Voor de functie POH-GGZ is er momenteel geen normering beschikbaar. Wel is er op basis van ervaringen in eerdere projecten een indicatie te geven van de benodigde omvang van de functie: 1 fte POH-GGZ op 8-10 normpraktijken.

Partijen moeten hierover nadere afspraken maken binnen het budgettair kader dat voor de functie beschikbaar is.

### **3.6 FINANCIERING VAN DE FUNCTIE POH-GGZ**

Vooralsnog heeft VWS de voorkeur uitgesproken de bekostigingssystematiek zoals deze wordt gehanteerd bij de bestaande POH ook toe te passen bij de POH –GGZ. Deze bekostigingssystematiek houdt het volgende in: 2/3 van de kosten wordt gefinancierd via een module op het inschrijftarief van de huisarts. 1/3 van de kosten wordt gefinancierd middels het in rekening brengen van door POH-GGZ uitgevoerde consulten (à € 9,- per consult). Mogelijke activiteiten die onder consulttarieven vallen, zijn consulten, telefonische consulten, email-consulten en visites.

Bij het overnemen van bovenstaande bekostigingssystematiek zijn enkele kanttekeningen te plaatsen:

- De functie vereist inzet van een ervaren, hoog geschoolde ondersteuner. In vergelijking met de bestaande praktijkondersteuners ligt het salaris op een hoger niveau. Hierdoor zal het bedrag dat via declaratie van consulten wordt bekostigd hoger zijn en zullen dus meer consultactiviteiten moeten worden uitgevoerd.
- De functie-inhoud van een POH-GGZ is geheel anders dan de functie-inhoud van een POH voor de chronische zorg. Belangrijke aspecten van de functie zijn de probleemverheldering bij patiënten, het kennis hebben van het netwerk en onderhouden van contacten daarmee. Het verhelderen van de problematiek is een taak waarbij het van groot belang is dat daarvoor voldoende tijd beschikbaar is. Het toepassen van de in de huisartsenpraktijk gehanteerde declaratiesystematiek stimuleert dit echter niet (een gesprek langer dan 20 minuten betekent een declaratie van € 18,-). Kennis hebben van het netwerk in zowel de eerste als de tweede lijn en het onderhouden van contacten daarmee is van essentieel belang om de huisarts en de patiënt goed te kunnen adviseren over behandel mogelijkheden. Deze taak is echter niet declarabel (geen patiëntcontact).

12 Dr. A.B. Haartsen, Evaluatie proefproject Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige binnen de Huisarts Geneeskundige Voorziening

Mogelijke oplossingsrichtingen voor deze problemen:

- Wijzigen van de verhouding modulebedrag – declarabele consulten.
- Sturing op tijd: een consult probleemverheldering in declarabele tijdseenheden van 10 minuten opbouwen met een maximum van bijvoorbeeld 5 of 6 eenheden per consult.

De POH-bekostigingssystematiek houdt ook in dat er alleen een overeenkomst wordt gesloten met de preferente verzekeraar en dat andere verzekeraars op basis van die overeenkomst eveneens de module uitbetalen. Voor de huisartsen betekent dit dat zij niet met iedere verzekeraar afzonderlijk een overeenkomst POH hoeven af te sluiten, wat een beperking betekent van de administratieve belasting.

Op dit moment (maart 2007) is nog geen beslissing genomen over de bekostigingssystematiek en is het de vraag of de voorgestelde bekostigingssystematiek zal worden overgenomen. Gesprekken hierover zijn gaande tussen het Ministerie van VWS, NZa en verzekeraars.

### 3.7 VOORWAARDEN

Het benoemen van voorwaarden is een verantwoordelijkheid van financiers en veldpartijen. Desondanks zijn hieronder enkele voorwaarden opgenomen die van belang zijn voor een goede invulling van de functie POH-GGZ.

- De ondersteuningsfunctie is gepositioneerd in de eerste lijn (eerstelijnscentrum / huisartsenpraktijk) en valt onder regie van de huisarts(envoorziening).
- De functie is ingebed in een situatie waarin eerstelijns GGZ-aanbieders afspraken maken over de zorg en de afstemming daarbij. Deelname van huisartsen, AMW en ELP is hierbij voorwaardelijk (voor zover beschikbaar). Zo mogelijk nemen ook andere (eerstelijns)zorgaanbieders deel.
- De POH-GGZ is niet rechtstreeks toegankelijk voor de patiënt, maar via de huisarts<sup>13</sup>;
- De ondersteuner voert de werkzaamheden uit in of vanuit de huisartsenpraktijk of een eerstelijnscentrum;
- De contractpartners stellen de voorwaarden vast waaronder de zorg wordt ingekocht<sup>14</sup>.

### 3.8 ONTWIKKELING VAN ZORGPROGRAMMA'S

Ook in de eerste lijn is een beleid ingezet waarbij zorgprogramma's onderdeel gaan uitmaken van het zorgaanbodplan van samenwerkingsverbanden. Eventuele inzet van de praktijkondersteuner-GGZ bij de ontwikkeling van dergelijke programma's in de eerstelijns-GGZ moet inhoudelijk aansluiten bij de problematiek waarmee patiënten een beroep doen op de huisarts. Dit betekent dat hierin regionale of zelfs lokale verschillen kunnen bestaan. Onderzoek van het NIVEL geeft aan dat er de nodige regionale verschillen zijn voor wat betreft het voorkomen van psychische en sociale problemen.

Het is mogelijk dat in de voorwaarden voor toekenning van de module POH-GGZ wordt opgenomen dat betrokken zorgaanbieders een of meerdere eerstelijnszorgprogramma's ontwikkelen uit de 'top 10'

13 Het is mogelijk dat een samenwerkingsverband afspraken maakt waarbij andere GGZ-aanbieders van het samenwerkingsverband de POH-GGZ rechtstreeks kunnen benaderen voor bijvoorbeeld een advies.

14 In de regio Eemland is een project gaande waarbij een set van inkoopvoorwaarden wordt ontwikkeld; deze kan als voorbeeld dienen voor andere regio's.

van psychische of sociale diagnoses in de huisartsenpraktijk. Onderstaande 'top 10' is afkomstig van LINH cijfers 2004.<sup>15</sup>

Top 10 van psychische of sociale diagnoses in de huisartsenpraktijk

1. Depressie
2. Slapeloosheid / andere slaapstoornis
3. Angstig / nerveus / gespannen gevoel
4. Angststoornis / angsttoestand
5. Down / depressief gevoel
6. Neurasthenie / surmenage
7. Crisis / voorbijgaande stressreactie
8. Relatieprobleem met partner
9. Tabaksmisbruik
10. Verlies / overlijden partner

Uit een in Den Haag uitgevoerd Diabolo-project<sup>16</sup> komt een andere rangorde naar voren. De 'top 5' van meest verwezen klachten:

1. Depressieve klachten
2. Stress en surmenage
3. Verwerkingsproblematiek
4. Huwelijks- en relatieproblemen
5. Angstklachten

Een van de redenen die wordt gegeven voor de verschillen is dat huisartsen weinig registreren op de psychosociale codering. Men is geneigd sneller een psychische codering te gebruiken. Het is aan te bevelen om, voordat men een thema voor een te ontwikkelen zorgprogramma vaststelt, lokaal en regionaal te onderzoeken welke problematiek daarvoor het meest in aanmerking komt. Daarbij kan men ook gebruik maken van instrumenten als de VAAM (Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor).<sup>17</sup>

Een mogelijk gevaar van het ontwikkelen van zorgprogramma's op basis van één diagnose is dat ze voorbijgaan aan andere stressoren/hulpvragen die ook aan de orde zijn. Vaak immers spelen meerdere factoren een rol bij het ontstaan van de probleemsituatie. Zorgprogramma's moeten zodanig vorm gegeven worden dat ze recht doen aan de hulpvraag die patiënten hebben.

15 Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de EL-GGZ, NIVEL, 2006

16 Rapportage Diabolo-project, C. Boer, mei 2005

17 De vraag-aanbod-analyse monitor is ontwikkeld door het NIVEL in opdracht van de NPCF. De VAAM is digitaal beschikbaar via [www.nivel.nl/vaam](http://www.nivel.nl/vaam)

## 4. IMPLEMENTATIE VAN DE FUNCTIE POH-GGZ

Bij de implementatie van de functie POH GGZ spelen verschillende factoren die van invloed zijn op de te hanteren strategie. Er bestaat al een POH-functie voor de chronische zorg in huisartsenpraktijken. Het ligt voor de hand dat men op basis daarvan uitgaat van een structuur en procedure van invoering die vrijwel identiek is aan de 'gewone' POH. Uit het oogpunt van efficiëntie en acceptatie ligt het in de rede waar mogelijk aan te sluiten bij de systematiek die bij de reguliere POH wordt gebruikt. Er zijn echter ook een aantal verschillen aan te geven die er toe leiden dat een één-op-één kopie niet zonder meer mogelijk is.

### 4.1 VERSCHILLEN TUSSEN BESTAANDE POH-STRUCTUUR EN POH-GGZ

De verschillen tussen de bestaande POH-structuur en die van POH-GGZ is gelegen in de volgende aspecten: functie-inhoud, de mate van samenwerking, de voorwaarden en er is sprake van een andere tijd.

#### 4.1.1 FUNCTIE-INHOUD

De inhoud van de functie vormt een belangrijk verschil met de bestaande praktijkondersteuningsfunctie in de huisartsenpraktijk. Een belangrijk taakgebied voor de POH betreft de geprotocolleerde zorg op het gebied van diabetes, astma/COPD en andere chronische (somatische) aandoeningen. De praktijkondersteuner heeft hierbij een belangrijke uitvoerende / behandelende taak.

In de functie POH-GGZ is geen expliciete behandeltaak opgenomen. De functie is bedoeld als ondersteuning van de werkzaamheden van de huisarts bij de zorg voor mensen met psychische of psychosociale problemen. Verheldering van de problematiek van de patiënt, advisering aan de huisarts en processturing zijn de hoofdbestanddelen van de functie. Het als het ware naar zichzelf verwijzen voor kortdurende behandeling ligt daarbij niet meteen voor de hand. Wel is het van belang dat benodigde hulp waar mogelijk in de eerste lijn danwel in de huisartsenpraktijk beschikbaar is zodat de hulp voor de patiënt dichtbij kan worden geboden.

Uitvoerende taken in de behandeling door de ondersteuner kunnen leiden tot het niet uit de verf komen van andere onderdelen in de functie. Ze kunnen op langere termijn een negatieve invloed hebben op bijvoorbeeld de te realiseren samenwerking en de ontwikkeling van een optimaal zorgpakket/ zorgprogramma's op het gebied van de eerstelijns-GGZ. In de bekostigingssystematiek zal hiermee ook rekening moeten worden gehouden.

#### 4.1.2 BETROKKENHEID ANDERE AANBIEDERS EERSTELIJNS-GGZ

Een tweede verschil met de bestaande POH-structuur is de betrokkenheid van andere eerstelijns GGZ-aanbieders. Wil de functie van de POH-GGZ goed tot haar recht komen dan moet deze zijn ingebed in een situatie waarin GGZ-aanbieders onderling afspraken hebben over de zorg en de benodigde samenwerking. Het stimuleren en vormgeven van samenwerking tussen aanbieders van eerstelijns-GGZ om daarmee bij te dragen aan een adequaat zorgaanbod en het optimaal benutten van aanwezige expertise is van belang. Een (groot) deel van de benodigde behandeling van psychische en psychosociale pro-

blemen van patiënten valt buiten het expertiseterrein van de huisarts. De huisarts is bij dit soort problemen dus vaker aangewezen op de expertise en behandelingsmogelijkheden van andere eerstelijns GGZ-aanbieders en zal intensiever met deze aanbieders moeten samenwerken.

De inhoudelijke taken van de bestaande praktijkondersteuners vallen vrijwel geheel binnen het terrein en de competentie van het huisartsgeneeskundig handelen. Deze kunnen voor een groot deel binnen de huisartsenpraktijk worden uitgevoerd. Uiteraard is goede samenwerking met andere partijen voor de bestaande praktijkondersteuners eveneens van belang, maar het verschil zit in de mate waarin de samenwerking met anderen voorwaardelijk is voor het realiseren van een geïntegreerd aanbod van psychische zorg in de eerste lijn. Voor het Algemeen Maatschappelijk Werk geldt daarbij dat zij een belangrijke rol kan spelen bij problemen die zich afspelen op verschillende levensgebieden omdat haar aanbod zich ook op het snijvlak van zorg en welzijn bevindt (materiele en immateriële hulpverlening).

#### **4.1.3 DEELNEMERS SAMENWERKINGSVERBAND**

Bij de bestaande POH-structuur is sprake van een geformaliseerd samenwerkingsverband van tenminste drie huisartsen als voorwaarde om voor de module POH in aanmerking te komen. Bij de POH-GGZ structuur is de aanwezigheid van een multidisciplinair samenwerkingsverband van belang, waarin eerstelijns GGZ-aanbieders de zorg met elkaar afstemmen. Voorsnog is geen voorwaarde gesteld aan het aantal deelnemende huisartsen. Indien men hieraan een voorwaarde wil stellen, ligt het in de rede om voor de module POH-GGZ aan te sluiten bij de reeds bestaande POH-voorwaarde van minimaal drie huisartsen die deel uitmaken van een (multidisciplinaire) samenwerkingsverband.

#### **4.1.4 GEWIJZIGDE OMSTANDIGHEDEN**

Invoering van de module POH-GGZ vindt plaats in een situatie waarin sprake is van een andere marktordering dan bij de introductie van de bestaande POH. De marktwerking heeft zijn intrede gedaan in de zorg en er wordt meer overgelaten aan de veldpartijen. Dit betekent ook dat er minder landelijke sturing plaatsvindt. Bij de bestaande POH is sprake van een uitgebreid landelijk kader dat door de landelijke organisaties is overeengekomen en er zijn uitgebreide voorwaarden voor implementatie. Weliswaar zijn er enkele regionale verschillen tussen verzekeraars betreffende onderdelen van het implementatietraject, maar de basisvoorwaarden zijn landelijk gelijk.

Met betrekking tot de POH-GGZ is naar verwachting minder sprake van landelijk voorschrijven en zal er meer worden overgelaten aan regionale partijen. Het is echter zeker aan te bevelen dat de kern van de functie landelijk wordt onderschreven, inclusief daaruit voortvloeiende organisatorische consequenties. Overleg tussen verzekeraars, beroepsorganisaties en ROS'en over de inhoud van de functie, eventuele voorwaarden en de wijze van implementatie is dan ook gewenst.

## **4.2 TWEE SCENARIO'S VOOR IMPLEMENTATIE**

### **4.2.1 INVOERING NIEUWE FUNCTIE OP BASIS VAN 'THEORETISCH' PLAN**

De POH-GGZ is een nieuwe functie die wordt geïmplementeerd in de huisartsenpraktijken / eerstelijnszorg. Relevante onderdelen die uitwerking vragen en waarover overeenstemming tussen partijen moet worden gekregen, worden uitgewerkt alvorens de functie daadwerkelijk wordt geïmplementeerd. Dit vereist dat partijen vooraf nader met elkaar overleggen en overeenstemming bereiken over inhoud en

vorm van de in te voeren functie. Ook moet overeenstemming zijn over zaken als functie inhoud, scholing en opleiding, etc. Tevens moet het scholingstraject zijn ontwikkeld en uitgevoerd, zodat gekwalificeerde ondersteuners de functie kunnen gaan vervullen. Contractering van de module door verzekeraar vindt vervolgens plaats als aan alle voorwaarden is voldaan.

Dit scenario is het meest 'zuiver'. Er wordt als het ware een soort blauwdruk gemaakt die vervolgens wordt ingevoerd. Tegelijkertijd vereist dit een lange voorbereiding waardoor praktische invoering op korte termijn niet mogelijk is. Op 1 januari 2008 staat er geen groep praktijkondersteuners-GGZ klaar die aan alle gestelde eisen voldoet. Ook past een dergelijk scenario niet direct bij de veranderde omstandigheden zoals beschreven onder punt 4.1.4.

#### 4.2.2 INVOERING NIEUWE FUNCTIE OP BASIS VAN ONTWIKKELING

De PO-GGZ is weliswaar een nieuwe functie, maar wordt niet ingevoerd in een situatie waar sprake is van een 'nulsituatie'. Het beleid ter versterking van de eerstelijns-GGZ is al een aantal jaren in uitvoering met veelal projectmatige activiteiten. In veel huisartsenpraktijken / eerstelijnscentra is een SPV als ondersteuner aanwezig. Positieve ervaringen en resultaten daarvan moeten zoveel mogelijk behouden blijven. De invoering van de functie POH-GGZ zal moeten aansluiten bij reeds bestaande samenwerking en in ontwikkeling zijnde zorgprogramma's. Er is al een verdere start gemaakt met de versterking van de eerstelijns-GGZ in alle regio's, o.a. met behulp van ondersteuning van regionale GGZ-coördinatoren, werkzaam bij de ROS'en,.

De ervaringen met de implementatie van de POH-functie hebben geleerd dat een nieuwe functie enige jaren nodig heeft om goed vorm te krijgen en ingebed te raken in een bestaande structuur. Nadat de invulling van de POH-functie in eerste instantie inhoudelijk uitwaaierde, zijn inmiddels de functie en functie-inhoud redelijk goed uitgekristalliseerd en staan eigenlijk niet meer ter discussie.

Voor de implementatie van de POH-GGZ zou een ontwikkelingsstrategie kunnen worden gehanteerd waarbij ruimte is voor ontwikkeling van de functie en waarbij rekening wordt gehouden met de in de eerste lijn lokaal aanwezige situatie. Bijvoorbeeld het feit dat momenteel op veel plaatsen SPV'en werkzaam zijn in of ten behoeve van huisartsenpraktijken. Functie-inhoud, financiering en positionering zullen veranderen indien deze functionarissen als POH-GGZ willen worden ingezet.

#### 4.3 ONDERSTEUNING BIJ IMPLEMENTATIE

De implementatie van POH heeft geleerd dat ondersteuning in het voorbereidingstraject van belang is. Informatie over procedures speelt daarbij een rol. Het bespreken met betrokkenen van de doelen en vervolgens de wijze van invulling van de functie zijn zeker zo belangrijk. ROS'en hebben ervaring met begeleiding van POH-trajecten. Daarbij beschikken ROS'en over GGZ-coördinatoren die zicht hebben op en contact hebben met het veld van de eerstelijns-GGZ in de regio. Daarom ligt het voor de hand ook bij de implementatie van POH-GGZ deze begeleidings- en adviesrol bij de ROS te leggen. Hierover zouden ROS'en afzonderlijke afspraken met de verzekeraars moeten maken.

## 5. SLOTOPMERKINGEN

De afgelopen maanden is veel gesproken over de nieuw in te voeren functie praktijkondersteuning-GGZ en het laatste woord is er zeker nog niet over gezegd. Deze notitie draagt hopelijk bij aan het verder vormgeven van de functie, zonder de pretentie te hebben op alle vragen een antwoord te kunnen geven.

De meeste partijen lijken de meerwaarde te zien van een dergelijke functie bij het verder versterken van de eerstelijns-GGZ met als doel de patiënten de juiste hulp te kunnen bieden voor de problemen waarmee ze een beroep doen op de zorg. Over de wijze van invoering van de functie POH-GGZ bestaat echter nog veel onduidelijkheid. Maar het veld staat in de tussentijd niet stil. Op verschillende plaatsen wordt al geëxperimenteerd vooruitlopend op de nieuwe situatie per 1 januari 2008 en met gebruikmaking van al eerder opgedane ervaringen in diverse projecten. De ROS'en spelen hierin een belangrijke rol omdat zij veelal betrokken zijn bij de experimenten en in staat zijn hun regionale en lokale contacten met zorgaanbieders en verzekeraars op een goede manier bij elkaar te brengen. Op deze wijze kunnen de komende maanden de nodige vragen die er nu nog zijn met betrekking tot de praktische invoering van de functie POH-GGZ worden beantwoord. De LVG zal waar mogelijk de ROS'en daarbij ondersteunen, o.a. door informatie vanuit projecten te verzamelen en mogelijkheden voor uitwisseling te creëren.

## GERAADPLEEGDE BRONNEN

### LITERATUUR

- Boer, C. (2005) Rapportage Diabolo-project 2004
- Steunpunt Tussen de Lijnen (2006) GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg. Nivel / Trimbos-instituut
- Veen, vd C., Voordouw, I. (2006) Korte lijnen langs de meetlat: evaluatie van de samenwerking in de eerstelijns-GGZ
- Emmen, M.J., Verhaak, P.F.M. (Nivel 2006) Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns-GGZ
- Haartsen, A.B. (2005) Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige binnen de huisartsgeneeskundige voorziening; evaluatie van een proefproject binnen de regio Eemland
- Rooijen, v, M. GGZ verovert eerste lijn, Tijdschrift Psy, nr. 14, 2006
- Meijer, S.A., Verhaak, P.F.M. (Nivel 2004) De eerstelijns-GGZ in beweging, integrale eindrapportage NPCF (2006), Eerstelijnszorg voorop, functie psychosociale zorg
- Coppen, R., Verhaak, P.F.M. (Nivel, 2007) Voorstudie: een informatievoorziening in de eerstelijns-GGZ bedoeld voor zorggebruikers en verzekeraars (concept)
- Leur, v, J., Sok, K., Scholte, M. (Movisie 2007) Aanbodverheldering van disciplines in de eerstelijns-GGZ
- Boer, C., Wildt, de, J.E. Referentiemodel voor registratie in de eerstelijns-GGZ (concept)
- Lamers, E. e.a. (2006) Handboek psychologie in de eerste lijn

### GESPREKKEN

Gesprekken zijn gevoerd met vertegenwoordigers van de volgende organisaties:

- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Landelijke vereniging van Eerstelijns psychologen (LvE)
- Maatschappelijke Ondernemers Groep (MO-Groep)
- Nederlandse Vereniging Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (NVSPV)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS)

## LIJST VAN AFKORTINGEN

AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
e.d.	en dergelijke
EL-GGZ	eerselijns-GGZ
ELP	eerstelijnspsycholoog
Etc.	etcetera
Fte	full time equivalence
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GZ-psychologen	Gezondheidszorg-psychologen
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LOVE	Landelijk Overleg Versterking Eerste lijn
LvE	Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
MO-groep	Maatschappelijk Ondernemers Groep
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Platform
NVSVP	Nederlandse Vereniging Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
o.a.	onder andere
POH	praktijkondersteuner huisartsenzorg
ROS	Regionale Ondersteunings Structuur
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
VAAM	Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZVW	Zorgverzekeringswet