

INHOUD:

- Intro
- Implementatie POH-GGZ verloopt moeizaam
 - ▶ Interview met Martien Bouwmans, beleidsmedewerker bij Zorgverzekeraars Nederland
- Functieprofiel POH-GGZ en addendum competenties beschikbaar
- In de volgende nieuwsbrief: positieve geluiden over POH-GGZ



Landelijke Vereniging
Georganiseerde eerste lijn

Wilhelminapark 40
3581 NK Utrecht
T 030 252 28 04
F 030 251 84 79
E info@lvg.org
I www.lvg.org

■ Intro

Hierbij ontvangt u de elektronische nieuwsbrief praktijkondersteuning huisartsen GGZ (POH-GGZ). Met deze nieuwsbrief houden we u op de hoogte van actuele ontwikkelingen die van belang zijn voor de implementatie van de nieuwe functie POH-GGZ. Informatie uit deze nieuwsbrief mag u verder verspreiden.

■ Implementatie POH-GGZ verloopt moeizaam

Sinds 1 januari 2008 is het voor huisartsen mogelijk om, samen met een aantal collega's, gebruik te maken van de module POH-GGZ. Met deze module kunnen zij een praktijkondersteuner-GGZ aantrekken die de huisartsen ondersteunt in zijn of haar praktijk bij GGZ-problematiek. Tot nu toe verloopt de implementatie moeizaam. Deels wordt dit veroorzaakt door de late besluitvorming eind 2007 en ook zijn nog niet alle aspecten, die van belang zijn bij het invoeren van deze nieuwe functie, even goed uitgewerkt. Daarbij geven huisartsen aan dat de huidige regeling voor hen niet aantrekkelijk is om er gebruik van te maken.

Aan het woord is Martien Bouwmans, beleidsmedewerker bij Zorgverzekeraars Nederland en nauw betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van de functie.

▶ De implementatie verloopt moeizaam, ligt dat aan het idee of spelen er andere zaken?

Met het idee is niet zo veel mis. De POH-GGZ is bedoeld ter versterking van de eerstelijnszorg. Het is ondersteuning voor de huisarts bij GGZ-problematiek die hij in zijn praktijk tegenkomt. We willen dat meer mensen met lichtere GGZ-problematiek in de eerste lijn worden behandeld. De huisarts speelt daarin een belangrijke rol. De LHV en NHG zien op dit gebied een grotere rol van de huisartsenvoorziening bij GGZ-problematiek dan nu het geval is. Duidelijk is ook dat dat niet vanzelf gaat. Het ontbreekt de huisartsen nu vaak aan tijd en/of kennis om dieper in te gaan op GGZ-problematiek die zich aandient, tijd om goed te inventariseren wat er feitelijk met de cliënt aan de hand is en waar en hoe de patiënt het

beste verder kan worden geholpen.

Blijkbaar biedt de module op een aantal punten onvoldoende prikkels voor huisartsen om er gebruik van te maken.

► **Een van de bezwaren is dat de POH-GGZ niet mag behandelen, in tegenstelling tot SPV'en die nu werkzaam zijn in de huisartsenpraktijken. Wat is de reden daarvoor?**

Het is een misverstand dat de POH-GGZ niet mag behandelen. De functie valt onder de huisartsenzorg en de POH-GGZ kan behandelen in het verlengde van wat de huisarts kan/mag doen (met uitzondering van het voorschrijven van medicatie). De beperking die is aangebracht, ligt in het aantal te declareren behandelcontacten. Dit heeft te maken met de opbouw van de module, waarbij 75% van de kosten van de POH-GGZ al via een opslag op het inschrijvingstarief is geregeld. Ook in die, al gefinancierde, tijd kan de POH-GGZ dus nog een aantal behandelcontacten hebben. Het is echter niet de bedoeling dat de POH-GGZ eindeloos behandelcontacten heeft. Het ligt dus waarschijnlijk iets minder scherp dan nu wordt gedacht. Wel is het belangrijk dat het vertrekpunt helder is: net als voor de huisarts geldt voor de POH-GGZ dat hij op de goede momenten een ander moet inschakelen en als een **poortwachter** fungeert. Door extra menskracht en deskundigheid in te zetten in de huisartsenpraktijk in de vorm van zo'n POH-GGZ, hoop je dat patiënten sneller de juiste zorg krijgen en dat meer patiënten kunnen worden behandeld binnen de eerste lijn. Er zijn inmiddels tal van GGZ-behandelaren die heel goed korte behandeltrajecten in de eerste lijn kunnen en willen doen. Een goed achterland is dus nodig: goede samenwerking en afstemming met andere zorgaanbieders maar ook met het AMW. Want een belangrijk onderdeel van het werk van de POH is óók om ervoor te zorgen dat niet iedereen meteen in GGZ-terminen gediagnosticeerd wordt en in de GGZ belandt. Veel problemen kunnen via andersoortige interventies (WMO, AMW) worden opgelost.

Maar het is dus wel degelijk mogelijk voor een POH-GGZ om enkele gesprekken te voeren met een patiënt als hij dat geïndiceerd vindt. De ervaring is ook dat enkele gesprekken vaak al voldoende zijn.

► **De salariscomponent zou te laag zijn om goed geschoolde en ervaren POH-GGZ'ers aan te trekken. Hoe kijk je daar tegenaan?**

De functie POH-GGZ is een belangrijke en moeilijke functie waarvoor het noodzakelijk is dat deze wordt ingevuld door ervaren krachten.

Als het inderdaad zo is dat het beschikbare geld voor salaris onvoldoende is om die ervaren mensen aan te trekken, dan moet je overwegen die component op te hogen.

Overigens geldt voor meer randvoorwaarden dat er wel een mouw aan te passen is. Als de financiële kaders te beperkt blijken te zijn, kun je kijken wat daaraan te doen is. Dat hoeft dus niet de belemmerende factor te zijn.

► **Huisartsen zien op tegen de ballast en de risico's die de regeling met zich meebrengt, zoals het werkgeverschap terwijl ze nu vaak vrijwel zonder 'gedoe' gebruik kunnen maken van een SPV vanuit een GGZ-instelling. Waarom zouden ze het dan doen?**

Allereerst is het belangrijk dat het idee achter de POH-GGZ wordt onderschreven: het belang van het ontwikkelen van generalistische, eerstelijns-GGZ, met als doel veel meer GGZ-problematiek in de eerste lijn te houden. Zeker voor de wat langere termijn is dit van groot belang voor de benodigde beschikbaarheid en betaalbaarheid van de zorg. Trek de parallel met substitutie in de somatiek: hier wil de eerste lijn

ook taken overnemen uit het ziekenhuis. Dat doe je niet door het ziekenhuis in de eerste lijn taken te laten verrichten. In de GGZ is het niet anders: substitutie bereik je niet door tweedelijns-GGZinstellingen de eerste lijn in te trekken.

De eerste lijn heeft, zeker in combinatie met de welzijnsvoorzieningen in de wijken, een scala aan mogelijkheden om lichte GGZ-problematiek te behandelen. Het is zeker zo dat eerstelijnsorganisaties zoals gezondheidscentra makkelijker in staat zijn dit soort vernieuwingen in te voeren, omdat zij een deel van de administratieve en financiële ballast kunnen overnemen van de huisartsen en vaak ook al samenwerkingsafspraken hebben met andere zorgaanbieders in de eerste lijn. Wellicht moet de vernieuwing beginnen in de reeds georganiseerde verbanden. Dat neemt niet weg dat we moeten blijven zoeken naar mogelijkheden om ook in andere situaties de regeling aantrekkelijker te maken, om huisartsen zover te krijgen dat ze over de kortetermijn-rompslomp heen kijken en het benutten van POH-GGZ als een investering voor de toekomst zien.

► **Vanuit de beroepsorganisaties V&VN, afd. SPV en de NVMW is het initiatief genomen om te komen tot een kwaliteitsregister voor POH-GGZ. Hoe kijk je daarnaar?**

Het is een heel goed initiatief om een register te hebben met gekwalificeerde POH-ers. Zoals al gezegd, het betreft een belangrijke en moeilijke functie waarvoor het noodzakelijk is dat de kwaliteit van de functionarissen is gewaarborgd. Op die manier kan ook een bijdrage worden geleverd aan de verdere ontwikkeling en borging van de functie.

► **Hoe gaat het nu verder met de module POH-GGZ?**

Duidelijk is dat de implementatie stagneert en dat er iets moet gebeuren om de regeling aantrekkelijker te maken, zodat meer huisartsen er gebruik van maken. Hoewel huisartsenorganisaties de inhoudelijke gedachtenlijn wel delen, zijn er te veel belemmeringen om de module breder geïmplementeerd te krijgen. Er was al met partijen afgesproken dat de beleidsregel eind dit jaar wordt geëvalueerd. We proberen deze evaluatie wat naar voren te halen. Kritiekpunten over het aantal behandelcontacten, de duur van deze contacten en bijvoorbeeld de hoogte van de salariscomponent zullen hierbij natuurlijk aan de orde komen. Daarnaast wordt ook nagedacht over andere prikkels om de module aantrekkelijker en toegankelijker te maken. Doel is om de eerste lijn te versterken op het gebied van de GGZ-problematiek. De regeling moet dat stimuleren, niet blokkeren. Het is daarom goed om snel naar de regeling te kijken en aanpassingen te doen, zodat deze inderdaad als een stimulans kan werken.

■ **Functieprofiel POH-GGZ en addendum competenties beschikbaar**

Op de site www.pohggz.nl onder het kopje 'actuele ontwikkelingen' is de laatste versie van het functieprofiel POH-GGZ (publieksversie) te vinden. Ook het addendum competenties POH-GGZ is inmiddels gereed en op de website geplaatst. De documenten gaan vergezeld van een oplegnotitie waarin verantwoording en een leeswijzer zijn opgenomen. Alle documenten hebben de status van 'startdocumenten'. Voortschrijdend inzicht en ervaring kunnen er toe leiden dat de komende periode wijzigingen en aanvullingen plaatsvinden.

Hiermee is het eerste deelproject van het project 'Kwaliteitsstelsel POH-GGZ', dat is geïnitieerd en uitgevoerd door V&VN, afd. SPV en de NVMW, afgerond.

Met LHV en NHG vindt nog overleg plaats over het tweede deelproject. Dit betreft de ontwikkeling van

criteria en selectieprocedure aangaande het te starten kwaliteitsregister. De verwachting is dat dit deel binnenkort wordt afgerond. Momenteel wordt het elektronisch aanmeldformulier voor het register, dat ook binnen het project is ontwikkeld, uitgetest.

Verder is van belang te melden dat er stappen worden gezet om te komen tot een organisatie die de uitvoering van het kwaliteitsregister ter hand neemt. De feitelijke implementatie valt nl. buiten het bereik van het nu lopende project.

■ In de volgende nieuwsbrief: positieve geluiden over POH-GGZ

Hoewel de implementatie van POH-GGZ moeizaam verloopt, zoals uit het interview met M. Bouwmans naar voren komt, zijn er wel degelijk huisartsen die inmiddels werken met een POH-GGZ of daar binnenkort mee gaan beginnen.

In de eerstvolgende nieuwsbrief POH-GGZ, die in de loop van juni zal verschijnen, aandacht voor deze andere kant van de medaille.

Vragen of opmerkingen?

Neem dan contact op met Judy ten Have, landelijk coördinator eerstelijns-GGZ