

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

Frits Bosch

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

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

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

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

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

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

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

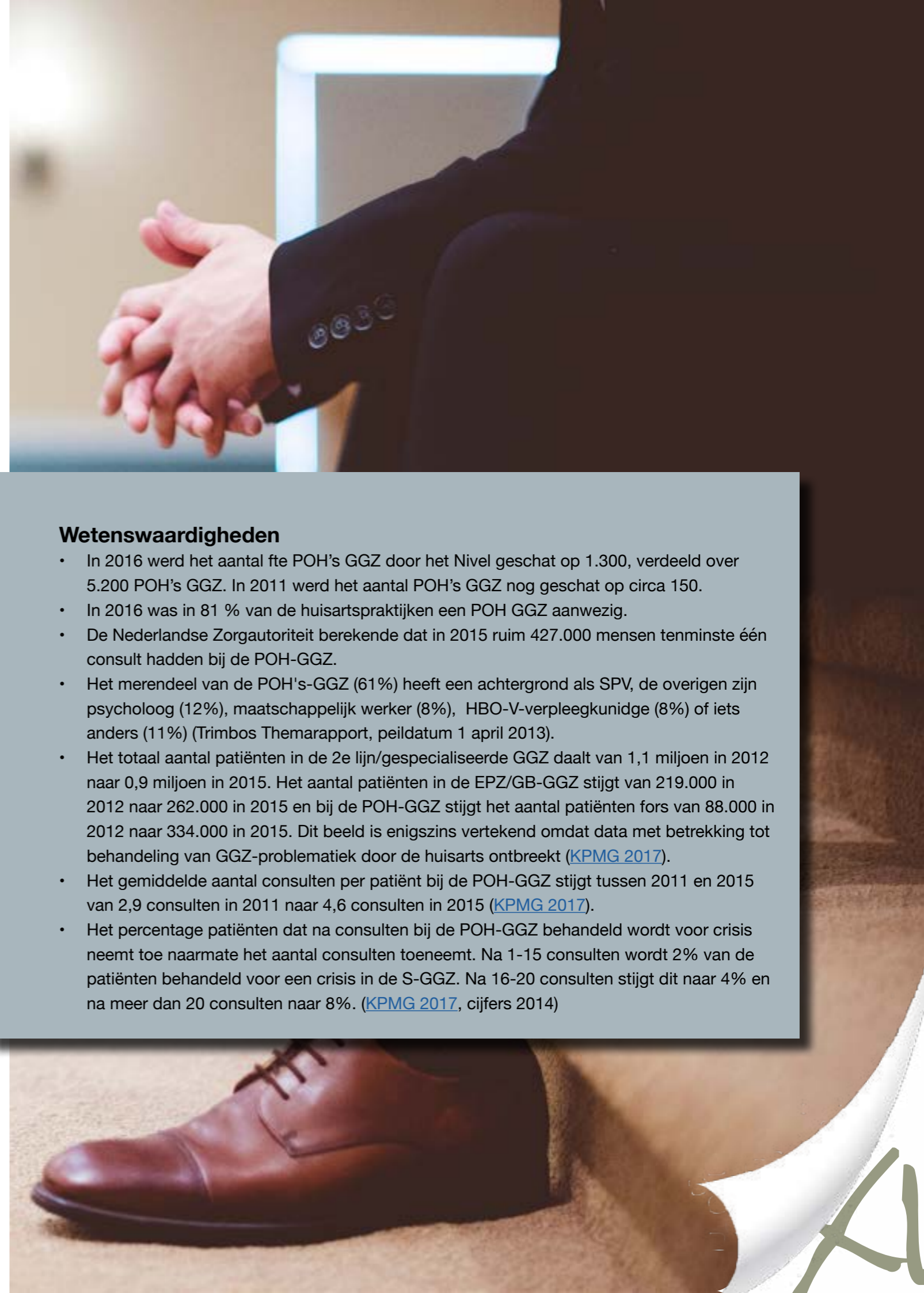
Omdat de meeste vrijgevestigde psychologen zich de afgelopen jaren hebben georganiseerd in netwerken en coöperaties kunnen zij zich beter presenteren naar andere zorgaanbieders in de regio. Een deel van deze psychologencoöperaties leveren zelf POH-GGZ aan huisartsen. Deze samenwerking opent voor POH-GGZ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

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

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

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

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



Wetenswaardigheden

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