

Theorie in praktijk?

Een onderzoek naar de behoefte aan deskundigheidsbevordering op het gebied van GGZ-zorg binnen huisartsenpraktijken, in het kader van de GGZ-herstructurering

Bernadet Bouman
Elizette Meijer

Afstudeeronderzoek
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

Colofon

Opdrachtgever
Linkkers B.V.
Het Nieuwe Land 2
6828 DZ Arnhem
E info@linkkers.nl
I www.linkkers.nl

Werkveldbegeleider
Kees Kerssies

Opleiding
Christelijke Hogeschool Ede (CHE)
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD)

Projectuitvoering
Bernadet Bouman
Elizette Meijer

Afstudeerbegeleider
Layla van der Pol - Metz

Eerste beoordelaar
Alie Wiertsema - Wezel

Illustratie omslag
Stichting Waarnemende Huisartsen Amsterdam (WHAM)

Ede, 19 mei 2014

© 2014, Christelijke Hogeschool Ede (CHE)
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Samenvatting

Voor u ligt het onderzoeksverslag dat is vervaardigd in opdracht van Linkkers B.V., een advies- en ondersteuningsbureau op het gebied van zorg en welzijn. Het onderzoek geeft antwoord op de vraag *welke* professionaliseringsbehoefte er op het gebied van Geestelijke Gezondheidszorg leeft onder disciplines binnen de huisartsenpraktijk en *hoe* de opdrachtgever op deze behoefte in kan spelen met een passend aanbod van deskundigheidsbevordering. Voor Linkkers was het namelijk zaak om de eigen positie te verstevigen en het aanbod uit te breiden en aan te laten sluiten bij de wensen vanuit het werkveld te midden van de dynamische zorg- en welzijnssector. Het onderzoek naar deze professionalseringsbehoefte heeft plaatsgevonden binnen het kader van de herstructurering die gaande is in de GGZ.

Het kader dat de GGZ-herstructurering beslaat, is volop in beweging. In de GGZ werden namelijk teveel mensen met lichtere problematiek behandeld in de duurdere tweedelijnszorg en keerden weinig mensen na behandeling terug vanuit de tweede lijn naar de eerstelijnszorg. Er werd kortom te weinig gebruik gemaakt van de eerstelijnszorg en de aansluiting tussen beide lijnen was onvoldoende. Het was zaak de eerstelijnszorg te versterken om de zorg kwalitatief, toegankelijk en betaalbaar te houden. Zodoende is een herstructurering doorgevoerd met ingang van 1 januari 2014. Kortweg houdt deze herstructurering in dat er drie nieuwe echelons in de GGZ zijn ontstaan, namelijk de huisartsenzorg met ondersteuning van een Praktijkondersteuner Huisartsen Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ), de basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. De huisartsenpraktijken krijgen een zogenoemde poortwachtersfunctie aangemeten en daarbij ontvangen zij ondersteuning van de POH-GGZ om ervoor te zorgen dat de praktijken beter in staat zijn de toestroom van patiënten met psychische problematiek te organiseren en te begeleiden. Naast deze nieuwe structuur zijn er diverse veranderingen doorgevoerd die invloed hebben op de vormgeving van het GGZ-aanbod in de praktijk. In dit onderzoek is stilgestaan bij de meest invloedrijke veranderingen voor de huisartsenpraktijk. Het betreft de inzet van de eerdergenoemde POH-GGZ, een groei van patiënten met psychische problemen, de nieuwe verwijsstructuur, de mogelijkheid tot consultatie, het streven naar een sluitende overdracht van de patiënt met daarbij regie voor de huisarts, het bevorderen van het zelfmanagement van de patiënt, de inzet van e-health, het vormgeven van multidisciplinaire samenwerking en het streven naar vroegsignalering, preventie en wijkgericht werken.

Deze onderwerpen zijn voorgelegd aan diverse disciplines in de praktijk door middel van interviews. Uit deze gegevens kan geconcludeerd worden dat er in een groot aantal gevallen sprake is van een hiaat tussen het beleid en de praktijk. De inzet van e-health, het bevorderen van zelfmanagement, multidisciplinaire samenwerking op GGZ-gebied, een sluitende door- en terugverwijzing en vroegsignalering zijn door de professionals aangegeven als zaken die minimaal zijn doorgevoerd en geïmplementeerd in de praktijk. De inzet van een POH-GGZ daarentegen is zeer zeker waar te nemen evenals een gevoelsmatige toename van patiënten met psychische problematiek en een verandering in de verwijsstructuur.

Om zicht te krijgen op de behoefte aan deskundigheidsbevordering zijn enquêtes en interviews afgenomen. De enquêteresultaten geven weer dat de huisarts het meest behoefte heeft aan scholing op het gebied van signalering (kinder) mishandeling, verwijzen volgens de nieuwe structuur, de inzet

van e-health en Jeugdzorg. Voor de POH-GGZ betreft dit intervisie, verwijzen volgens de nieuwe structuur, e-health, zelfmanagement en Jeugdzorg. De wensen van de POH-S blijken te liggen bij scholing voor motiverende gespreksvoering, het vormgeven van multidisciplinaire samenwerking en de populatie ouderen. Tot slot volgt de doktersassistente met behoefte aan deskundigheidsbevordering op het vlak van motiverende gespreksvoering, telefonische triage en Jeugdzorg.
De inhoudelijke kennis en vaardigheden die de professionals willen ontwikkelen binnen een scholing zijn in kaart gebracht door middel van interviews. Het voert te ver om deze uitgebreide en uiteenlopende resultaten, welke terug te vinden zijn in het vijfde hoofdstuk, in deze samenvatting te bespreken.

Tot slot heeft onderzoek plaatsgevonden naar de wijze waarop de opdrachtgever een passend scholingsaanbod kan creëren, zodat zij aansluiting vindt bij de wensen van de professionals. Daaruit is gebleken dat het aantrekkelijk is om een scholing aan het einde van de middag of in de avond aan te bieden in één van de omliggende steden van de huisartsenpraktijk, aangeboden in de tweede helft van 2014 en met een kostenplaatje tussen de €75 en €150. Afwisselende werkvormen, een geaccrediteerde scholing, aansluiting bij de praktijk en praktische oefeningen zijn eveneens elementen die men interessant en aantrekkelijk vindt. Bovendien is in kaart gebracht welke type scholing men prefereert bij welke behoefte.

Op basis van het onderzoek zijn aanbevelingen opgesteld ten aanzien van de opdrachtgever. Zo is het voor de opdrachtgever aan te bevelen dat deze inspeelt op de eerdergenoemde kloof tussen beleid en praktijk. Linkkers kan hierop anticiperen door een versimpelde, samenvattende beschrijving van de GGZ-herstructurering te ontwikkelen, zodat de huisartsenpraktijk weet welke specifieke ontwikkelingen voor hen belangrijk zijn. Tevens wordt er geadviseerd om het aanbod concreet en gedetailleerd te vermelden op de website en in te spelen op thema's die nog niet goed en volledig zijn geïmplementeerd in de praktijk, zoals e-health en zelfmanagement. Bovendien wordt Linkkers geadviseerd om het scholingsaanbod af te stemmen op de wensen die zijn waargenomen in het werkveld.
Voor de wijze waarop men scholing kan aanbieden, wordt aanbevolen de reeds beschreven elementen ter harte te nemen.

Inhoudsopgave

Samenvatting 3

Voorwoord 8

Hoofdstuk 1 Achtergrond van het onderzoek 9

Paragraaf 1.1 Aanleiding en probleembeschrijving 9

1.1.1. Context en achtergrond van het onderzoek 9

1.1.2. Probleemstelling 11

1.1.3. Status quaestionis 11

1.1.4. Kernbegrippen 12

Paragraaf 1.2 Vraagstelling en richtinggevende vragen 12

1.2.1. Vraagstelling 12

1.2.2. Richtinggevende vragen 12

Paragraaf 1.3 Doelstellingen, doelgroep en resultaten 13

1.3.1. Doelstellingen en doelgroep 13

1.3.2. Product 14

Paragraaf 1.4 Leeswijzer en opbouw 14

1.4.1. Leeswijzer 14

1.4.2 Individuele competenties en eindverantwoordelijkheden 15

Hoofdstuk 2 Methodologische verantwoording 16

Inleiding 16

Paragraaf 2.1 Onderzoeksmethode 16

2.1.1. Onderzoekstype 16

2.1.2. Onderzoeksopzet 16

Paragraaf 2.2 Dataverzamelingsmethoden 17

2.2.1. Literatuuronderzoek 17

2.2.2. Enquête 18

2.2.3. Interview 20

Hoofdstuk 3 22

Inleiding 22

Paragraaf 3.1 De GGZ 22

3.1.1. Inhoud en aanbod 22

3.1.2. Bekostiging 23

3.1.3. De GGZ-structuur vóór 2014 24

Paragraaf 3.2 Aanleiding herstructurering 24

Oorzaken knelpunt 1 'Te snel doorverwijzen' 26
Oorzaken knelpunt 2 'Onvoldoende zorggerelateerde preventie' 27
Paragraaf 3.3 Advies 28
Paragraaf 3.4 Besluit 31
Paragraaf 3.5 De GGZ-structuur vanaf 2014 36
3.5.1. GGZ- zorg door de huisarts 36
3.5.2. Generalistische Basis GGZ 39
3.5.3. Specialistische GGZ 40
Paragraaf 3.6 Van theorie naar praktijk 42
Hoofdstuk 4 50
Inleiding 50
Paragraaf 4.1 Afspiegeling disciplines 50
Paragraaf 4.2 Resultaat algemene thema's 51
Paragraaf 4.3 Resultaat behoefte in het kader van de GGZ-herstructurering 53
Paragraaf 4.4 Resultaat populatiegerichte behoefte 56
Hoofdstuk 5 58
Inleiding 58
Paragraaf 5. 1 Algemene thema's 58
Paragraaf 5.2 GGZ-herstructurering thema's 60
Paragraaf 5.3 Populatiegerichte thema's 62
Paragraaf 5.4 Overige behoefte 63
Hoofdstuk 6 65
Inleiding 65
Paragraaf 6.1 Scholingstypes 65
Paragraaf 6.2 Interviewresultaten 66
6.2.1. Type 66
6.2.2. Tijdstip 67
6.2.3. Realisatie 67
6.2.4. Kosten 67
6.2.5. Locatie 68
6.2.6. Aantrekkelijkheid 68
Hoofdstuk 7 Conclusies en aanbevelingen 69
Inleiding 69
Paragraaf 7.1 Deelconclusie hoofdstuk drie 69

Paragraaf 7.2 Deelconclusie hoofdstuk vier 71
Paragraaf 7.3 Deelconclusies hoofdstuk vijf 72
Paragraaf 7.4 Deelconclusie hoofdstuk zes 74
Paragraaf 7.5 Eindconclusie 75
Paragraaf 7.6 Aanbevelingen 77
Hoofdstuk 8 Discussie en evaluatie 79
Paragraaf 8.1 Discussie 79
8.1.1. Bijdrage en toegevoegde waarde 79
8.1.2 Suggesties 80
Paragraaf 8.2 Evaluatie 81
8.2.1 Productevaluatie 81
Bijlagen 84
Bijlage 1 Literatuurlijst 84
Literatuurverwijzingen boeken en tijdschriften 84
Websites 84
Bijlage 2 Persbericht 92
Bijlage 3 Verwijzen volgens de vijf verwijscriteria 93
Bijlage 4 Zorgzwaartepakketten 95
Bijlage 5 Enquêtevragen 96
Bijlage 6 Interview praktijkmanager 98
Bijlage 7 Interview discipline 99

Voorwoord

Geachte lezer,

Met gepaste trots presenteren wij u het afstudeeronderzoek 'Theorie in praktijk?'. Een onderzoek dat tot stand is gekomen door een samenwerking tussen ons als vierdejaarsstudenten Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Christelijke Hogeschool Ede. Het onderzoek is geschreven in opdracht van Linkkers BV, een advies- en ondersteuningsbureau op het gebied van zorg en welzijn.

Enkele maanden geleden werd ons een vacature voor dit afstudeerthema aangereikt. Van hieruit zijn wij gestart met een onderzoek naar de behoefte van disciplines aan deskundigheidsbevordering op het gebied van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) binnen de huisartsenpraktijk. Dit alles heeft plaatsgevonden in het kader van de herstructurering binnen de GGZ waarmee het onderzoek in de actualiteit is geplaatst. In het onderzoek dat voor u ligt, wordt u stap voor stap meegenomen in de literatuur aangaande de GGZ-herstructurering en de invloed van deze in de praktijk. Vervolgens stapt u middenin de praktijk van waaruit de behoefte aan én inhoud van deskundigheidsbevordering en de wijze waarop men scholing aangereikt wenst te krijgen, naar voren komen.

Dankwoord
Het schrijven van een dankwoord betekent het afsluiten van een bepaalde periode. Het is voor ons een zeer intensieve en leerzame periode geweest. Wekenlang is naar dit resultaat toegewerkt; een product waar we trots op zijn. Uiteraard had dit onderzoek niet tot stand kunnen komen zonder de medewerking en inzet van de volgende personen.
Allereerst gaat onze dank uit naar Linkkers B.V., de opdrachtgevende organisatie van Kees Kerssies en Els Renjaan. Van hen kregen we de mogelijkheid dit afstudeeronderzoek uit te voeren. In het bijzonder danken we jullie voor de geboden begeleiding door middel van overlegmomenten, begeleidingsgesprekken en het geven van feedback. Jullie enthousiasme en steun op de achtergrond waren een extra stimulans.
Daarnaast willen we onze afstudeerbegeleider Layla van der Pol hartelijk bedanken voor haar begeleiding tijdens het afstudeerproces. Het afbakenen, meedenken, aanreiken van tips en feedback en het in ons gestelde vertrouwen aangaande het verrichten van het onderzoek heeft ons geïnspireerd en opgescherpt. Met hernieuwde inzichten en energie verlieten we de bijeenkomsten.
Tevens zeggen we via deze weg de kritische meelezers dank die hebben bijgedragen aan een betrouwbaar en begrijpelijk product.
Tot slot een woord van dank voor de praktijkmanagers die hebben meegewerkt aan het onderzoek middels het invullen van de enquête en de respondenten waarbij we interviews hebben afgenomen. Deze resultaten hebben geleid tot een waardevol product en vormen tevens gedegen aanbevelingen ten behoeve van de opdrachtgever.

Bernadet Bouman
Elizette Meijer

Ede, mei 2014

Hoofdstuk 1 Achtergrond van het onderzoek

Paragraaf 1.1 Aanleiding en probleembeschrijving

1.1.1. Context en achtergrond van het onderzoek

Op 1 juli 2011 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het verzoek ontvangen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om advies uit te brengen om de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) te verstevigen. De twee vragen van het ministerie van VWS luidden als volgt.

- Op welke wijze kan de versterking van de functie eerstelijns GGZ in gang gezet worden?
- Welke randvoorwaarden zijn essentieel om de geadviseerde maatregelen adequaat te laten functioneren?

Voor dit verzoek was kortweg de aanleiding dat ten eerste teveel mensen met lichtere psychische problematiek vanuit de eerstelijnszorg in de tweedelijns GGZ terecht kwamen. Ten tweede dat te weinig mensen na behandeling weer terugkeerden vanuit de specialistische zorg naar de eerstelijnszorg. Hierdoor werd te weinig gebruik gemaakt van de basiszorg. Beide knelpunten bedreigden de toegankelijkheid (wachtlijsten), de kwaliteit (zorg is ver weg in plaats van in de buurt) en de betaalbaarheid (dure specialistische zorg voor lichtere problematiek) van de zorg. Door verschillende oorzaken groeide het beroep dat op de GGZ werd gedaan gestaag. Het middel zoals benoemd in de brief van de minister aan de NZa, namelijk het versterken van de functie eerstelijns GGZ, zou in belangrijke mate bij kunnen dragen aan het kanaliseren van de groeiende vraag (NZa, 2011).

De vraag van het ministerie heeft geresulteerd in een onderzoek dat verricht en uitgebracht is door de Nederlandse Zorgautoriteit waarin de knelpunten, oorzaken en oplossingen beschreven worden. De gegeven oplossingen zijn per 2014 in praktijk gebracht en daarmee werkelijkheid geworden. De ontwikkelingen in de GGZ spelen af op het terrein waar de opdrachtgever Linkkers B.V. zich begeeft en vormen daarmee de achtergrond van dit onderzoek.

Linkkers is een advies- en ondersteuningsbureau op het gebied van zorg en welzijn. Als bedrijf richt Linkkers zich op uitdagingen die er zijn in de dynamische zorg- en welzijnssector én faciliteert zij hiervoor oplossingen. Sinds de oprichting door Kees Kerssies en Els Renjaan heeft Linkkers zich intensief gericht op de functie Praktijkondersteuner Huisartsen Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) die in 2008 in het leven is geroepen (Landelijke vereniging POH-GGZ, z.d.).
Deze functie was enerzijds nodig om de kosten van de relatief duurdere specialistische zorg en niet minder belangrijk de gestegen vraag naar hulp bij psychische en psychosociale problemen te ondervangen. Anderzijds had deze functie het doel de huisarts in zijn poortwachtersfunctie te ondersteunen en vanuit de huisartsenpraktijk meer samenhang in de eerstelijns GGZ te organiseren (Linkkers, 2013).

Dat Linkkers deze focus legt als bedrijf heeft te maken met het gegeven dat Els Renjaan als één van de eersten in Nederland werkzaam was in de functie van POH-GGZ. Zij merkte hoeveel potentie de functie had, maar ook hoe weinig kader er werd geboden van bovenaf. Dit resulteerde erin dat de functie op diverse manieren werd uitgevoerd. Echter, vaak niet zoals deze oorspronkelijk bedoeld was, namelijk als generalistische GGZ-functie in de huisartsenpraktijk. Vervolgens heeft Els in

samenwerking met een andere partij onderzoek gedaan naar de haalbaarheid om de functie te detacheren, zodat zijzelf invloed uit zouden kunnen oefenen op de kwaliteitswaarborging hiervan. Een onderzoek dat door zorgverzekeraar Menzis positief werd ontvangen, maar waarbij aan de uitvoering ervan één voorwaarde werd gesteld, namelijk bedrijfsvoering als B.V. Het idee van Linkkers was geboren. Kees en Els hadden het beiden al vaker gehad over het samen oprichten van een bedrijf om zorg efficiënter en kwalitatiever te maken. De problematiek rond de POH-GGZ vormde dan ook een goede aanleiding om dit voornemen in praktijk te brengen.

Het vizier gericht op de POH-GGZ zorgde ervoor dat de aandacht eveneens bij de huisartsenpraktijk kwam te liggen. Dit vanwege het feit dat de POH-GGZ een functie is welke deel uitmaakt van de expertise van een praktijk. De huisarts wordt de poortwachter genoemd van de medische zorg en de POH-GGZ is een aanvulling hierop door te fungeren als poortwachter ten aanzien van de GGZ-zorg in de praktijk. Daarbij geldt dat de huisarts eindverantwoordelijke blijft voor de werkzaamheden van de POH-GGZ.

De GGZ en Linkkers bevinden zich beiden op een keerpunt. Voor de opdrachtgever is het van belang dat zij inspeelt op de veranderingen die zich sinds januari 2014 binnen de GGZ manifesteren en dat zij daarmee hun positie verstevigen. Het bedrijf richt zich op de (eerstelijns) GGZ waarbij ze op dit moment met name de POH-GGZ ondersteunen. De huidige ontwikkelingen vormen een opstap naar de uitbreiding die men wenst. Qua deskundigheidsbevordering wil Linkkers de vleugels namelijk verder uitslaan binnen huisartsenpraktijken en naast de POH-GGZ ook andere disciplines gaan bedienen. De verwachting van Linkkers is dat de herstructurering een andere -en wellicht ook grotere- scholingsbehoefte in de hand werkt en dat wordt dé toekomst!

Het bedrijf liep aan tegen het gegeven dat er op uitgezette scholingen en workshops weinig tot geen respons kwam. De vraag kwam dan ook op: “Waar gaat het fout?”. De ideeën over scholingsthema’s waar in de praktijk behoefte aan zou zijn, bleken bij het uitzetten anders. De scholing werd maar weinig afgenomen. Dit hiaat vormde dan ook de directe aanleiding van het onderzoek en mondde uit in de vraag: Welke professionaliseringsbehoefte leeft er nu daadwerkelijk in de huisartsenpraktijk? Een belangrijke kanttekening hierbij is dat deze behoefte niet het medische vlak betreft waarvoor de huisartsenpraktijk verantwoordelijk is, maar het psychische, psychosociale en psychiatrische gebied waar disciplines in praktijken tevens mee te maken krijgen. Een vraag die extra actueel werd door het gegeven dat dit onderzoek kort na de reeds ingevoerde herstructurering plaats heeft gevonden.

Het onderzoek diende in het kader van de veranderingen te staan dat toegespitst kon worden op macro-, meso- en microniveau.

Op *macroniveau* vindt de beleidsvoering van de overheid plaats die betrekking heeft op de bevindingen van het ministerie van VWS, namelijk dat patiënten in de duurdere tweedelijns GGZ terecht kwamen waar trajecten zwaarder en langduriger waren in plaats van in de relatief goedkopere eerstelijnszorg. Nadien keerden maar weinig mensen terug van de meer specialistische zorg naar de basiszorg. Dat plaatje viel in de toekomst niet te bekostigen en vormde dan ook de aanleiding om een meerjarenbegroting te maken en hervormingen door te voeren. Het doel daarvan was om de kosten terug te dringen en de basis GGZ weer zijn functie terug te laten krijgen. De NZa heeft hier eveneens mee van doen. Zij brengen advies uit en stellen beleidsregels en richtlijnen op ten aanzien van de problematiek.

Op *mesoniveau* wordt zichtbaar dat de herstructurering direct de huisartsenpraktijken binnendringt. Het beleid dat is ontwikkeld door diverse partijen naar aanleiding van bovenstaande bevindingen dient geïmplementeerd te worden door en in de huisartsenpraktijk.

Op *microniveau* bevindt zich de vraag van Linkkers. Linkkers volgt met haar missie en visie de dynamische ontwikkelingen op de voet en wil hierop inhaken door een toekomstgericht en passend aanbod te ontwikkelen. Dit vanwege de noodzaak om zich als bedrijf te kunnen profileren op de huidige markt en aansluiting te vinden bij alle veranderingen die gaande zijn.

1.1.2. Probleemstelling

Zoals hierboven beschreven, waren er op het moment van het onderzoek veranderingen gaande binnen de GGZ. Aangezien dit de omgeving is waarin Linkkers functioneert en de doelgroep waar zij zich op richt zich tevens in deze transformatie bevindt, was het belangrijk dat Linkkers de eigen missie en visie kon nastreven. 'Buiten de gebaande paden om een vernieuwend en sterk aanbod ontwikkelen, 'ontzorgen' door faciliteren en empoweren waar dat kan'. Daar staat Linkkers voor. Het nastreven van deze missie en visie vroeg om kennis over en inzicht in de professionaliseringsbehoefte van de disciplines binnen huisartsenpraktijken. Het probleem was in deze dat er voorafgaand aan het onderzoek geen duidelijk beeld was van en onvoldoende zicht was op de behoefte die leefde. Tevens was deskundigheidsbevordering een relatief nieuw onderdeel in het aanbod van Linkkers. Samengevat kon de probleemstelling als volgt worden omschreven: *Linkkers heeft onvoldoende zicht op de professionaliseringsbehoefte die er leeft onder de verschillende disciplines in huisartsenpraktijken en onvoldoende handvatten om een passend professionaliseringsaanbod te ontwikkelen.*

1.1.3. Status quaestionis

Ons onderzoek omvat een behoefteonderzoek met een analyse en aanbevelingen. Gelet op bestaande onderzoeken en literatuur kunnen wij het volgende concluderen. Er zijn diverse aanbieders voor deskundigheidsbevordering op de markt, zoals de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV, 2014), federatie werkgroepen deskundigheidsbevordering huisartsen en praktijkpersoneel (WDHMN, 2014) en het RINO, een landelijk werkend nascholings- en opleidingsinstituut voor hulpverleners in de GGZ en aangrenzende terreinen (RINO, 2014). Deze aanbieders leveren nascholingen op het gebied van GGZ-gerelateerde vraagstukken. Echter, voor zover deze bronnen weergeven, is dit aanbod niet gebaseerd op behoefteonderzoek. Dit onderzoek is daarin onderscheidend en vernieuwend, aangezien door middel van kwalitatief onderzoek dicht bij de ervaringen en wensen van de doelgroep wordt gebleven. Ook zal dit onderzoek plaatsvinden met aandacht voor de GGZ-herstructurering en is daarmee in het hier en nu geplaatst.

Ten aanzien van het verdere onderzoek kan gesteld worden dat er eerder onderzoek is gedaan naar het deskundigheidsbevorderingsaanbod van Linkkers. Het bedrijf heeft een derde ingeschakeld voor het geven van aanbevelingen omtrent het scholingsaanbod en het verder uitzetten hiervan. Dit onderzoek mondde uit in een overzicht van mogelijke scholingen en een planning voor deze. We beschikken dan ook over een beknopt plan van aanpak en enkele aanbevelingen en acties rondom het uitzetten en evalueren van scholingen. Ons onderzoek verschilt van het reeds verrichtte onderzoek, in die zin dat het is gebaseerd op de behoefte die leeft in de praktijk waarmee wij aansluiten bij de vraag en wensen van het werkveld.

Op de vraag hoe dit onderzoek zich verhoudt tot reeds verricht onderzoek kan kortom het volgende geconcludeerd worden. De hiervoor genoemde aanbieders richten zich enkel op het ontwikkelen en uitzetten van scholingen. Dit onderzoek daarentegen neemt de context en achtergrond in ogenschouw. Er wordt gekeken naar de behoefte die leeft in het werkveld, zodat vraag en aanbod op elkaar aansluiten.

1.1.4. Kernbegrippen

Begrippen	Uitleg
Eerstelijns GGZ / Eerstelijnszorg	Eerstelijns GGZ of eerstelijnszorg betreft de 'oude' GGZ indeling. Sinds de herstructurering waaruit de versterking van de eerstelijnsfunctie voortkomt, wordt basis GGZ of basiszorg als naam aangevoerd.
Tweedelijns GGZ / tweedelijnszorg	Tweedelijns GGZ of tweedelijnszorg was de naamvoering van de 'oude' GGZ indeling. Sinds de herstructurering wordt dit deel van de GGZ specialistische GGZ of specialistische zorg genaamd.
Deskundigheidsbevordering	Het geheel van activiteiten gericht op het in stand houden en vergroten van de kennis en vaardigheden van medewerkers. Het betreft het bevorderen van iemands deskundigheid door middel van bijscholing (Woorden-boek, z.d.)
Behoefte	Het verlangen naar hetgeen men mist, het gebrek aan materie en vaardigheden. Het betreft een bepaalde wens die men graag in vervulling ziet gaan (Van Dale, z.d.).

Paragraaf 1.2 Vraagstelling en richtinggevende vragen

De in paragraaf één omschreven aanleiding en probleemstelling resulteren in de volgende vraagstelling en richtinggevende vragen.

1.2.1. Vraagstelling

Welke professionaliseringsbehoefte* leeft er onder de disciplines** binnen huisartsenpraktijken in het kader van de GGZ-herstructurering en hoe kan Linkkers hierop inspelen met een passend aanbod van deskundigheidsbevordering?

* Onder de behoefte wordt verstaan de behoefte op psychisch, psychosociaal en psychiatrisch gebied.

** Onder disciplines worden verstaan de huisarts, POH-GGZ, POH-S en doktersassistente.

1.2.2. Richtinggevende vragen

1. Wat zijn de ontwikkelingen binnen de GGZ en welke invloed hebben zij in huisartsenpraktijken?

2. Welke professionaliseringsbehoefte op het gebied van de psychosociale, psychische en psychiatrische zorg leeft er onder de disciplines in huisartsenpraktijken?

3. Wat houdt de heersende professionaliseringsbehoefte in betreffende psychosociale, psychische en psychiatrische zorg?

4. Op welke wijze dient deskundigheidsbevordering vorm gegeven te worden, wil deze aantrekkelijk zijn voor disciplines binnen de praktijk?

Disciplines	Uitleg
Huisarts	Een huisarts is verantwoordelijk voor het onderzoeken en behandelen van patiënten. Patiënten komen met (beginnende) klachten naar een huisarts. Een huisarts is te raadplegen voor zowel lichamelijke als psychische klachten. De huisarts houdt onder andere spreekuur, schat de ernst van de situatie in, stelt diagnoses, behandelt, verwijst, legt huisbezoeken af en legt patiëntendossiers aan en werkt deze bij. Verder onderhoudt de huisarts contacten met bijvoorbeeld apothekers, therapeuten, specialisten, ziekenhuizen, etc. (Nationale beroepengids, z.d., Werkwebsite, z.d.).
POH-GGZ	De functie praktijkondersteuner GGZ is in 2008 ingesteld om huisartsenpraktijken te ondersteunen bij de zorg aan mensen met psychische problemen. Het takenpakket van de POH-GGZ bestaat onder andere uit vraagverheldering, begeleiding, informeren, adviseren, casemanagement en preventie. De ondersteuning van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk draagt bij aan een sterke poortwachtersfunctie, een goede verwijzing en zorg dichtbij huis (Landelijke vereniging POH-GGZ, z.d.).
POH-S	De praktijkondersteuner somatiek verleent medisch-inhoudelijk huisartsgeneeskundige zorg. Dit betreft in het bijzonder de zorg aan patiënten met een chronische ziekte. De POH-S heeft als taakspecialisatie één of meerdere deskundigheidsgebieden, zoals diabetes mellitus, astma, COPD, risicomanagement van hart- en vaatziekten of ouderenzorg. Net als de huisarts heeft ook de POH-S een beroepsgeheim (LHV, 2010).
Dokters-assistente	De doktersassistente is in de huisartsenpraktijk werkzaam om de hulpvraag van de patiënt te verhelderen. Daarnaast verzorgt zij de planning en creëert randvoorwaarden waardoor de huisarts efficiënt en effectief zijn werkzaamheden uit kan voeren. De assistente functioneert in een multidisciplinair team waarbij ze zowel in samenspraak met de arts als individueel werkzaamheden verricht rondom medisch onderzoek en/of medische behandeling (NVDA, 2012 a).

Paragraaf 1.3 Doelstellingen, doelgroep en resultaten

1.3.1. Doelstellingen en doelgroep

Doelstellingen

1. Medio mei is er een overzicht beschikbaar voor de opdrachtgever wat betreft de gewenste scholingsthema's die er leven onder de verschillende disciplines binnen de huisartsenpraktijk met daarbij een overzicht van de inhoudelijke kennis en vaardigheden die men wil werven.
2. Medio mei ontvangt Linkkers aanbevelingen wat betreft het vormgeven van een passend aanbod van deskundigheidsbevordering.

Doelgroep

De daadwerkelijke doelgroep die wij met dit onderzoek en product beogen is het bedrijf Linkkers B.V. Daarnaast kan het literatuuronderzoek aangaande de GGZ-herstructurering een handreiking zijn voor huisartsenpraktijken en Hbo-opleidingen. Op een gestructureerde, begrijpelijke wijze is de inhoud van de herstructurering weergegeven, waarbij beoogd is het inlezen in deze veranderingen te vergemakkelijken.

1.3.2. Product

Het product dat afgeleverd wordt, bestaat uit het hiernavolgende onderzoeksverslag. In dit verslag staan drie elementen centraal. Allereerst betreft het een versimpelde en samengevatte beschrijving van de herstructurering. Ten tweede levert dit onderzoek een overzicht op waaruit blijkt welke scholingsthema's door de verschillende disciplines zijn gewenst en welke kennis en vaardigheden zij willen verwerven. Tot slot volgen aanbevelingen met betrekking tot het opzetten en aanbieden van een passend scholingsaanbod.

Paragraaf 1.4 Leeswijzer en opbouw

1.4.1. Leeswijzer

Het onderzoeksverslag wordt ingeleid met in hoofdstuk één de achtergrond en in hoofdstuk twee de methodologie van het onderzoek. In hoofdstuk één zijn naast de context en achtergrond van het onderzoek de verantwoording en vraagstelling beschreven. Tevens zijn hier de doelstellingen, doelgroep en producten beschreven. Hoofdstuk twee bevat een verantwoording van de methoden die zijn toegepast voor de realisatie van dit onderzoek en de werkwijze daarbij.

Het derde hoofdstuk is gekoppeld aan deelvraag één en bestaat uit een samenvattende beschrijving wat betreft de huidige ontwikkelingen binnen de GGZ en de invloed van deze in huisartsenpraktijken.

In het vierde hoofdstuk staat de tweede deelvraag centraal betreffende de professionaliseringsbehoefte die leeft binnen praktijken op het gebied van psychosociale, psychologisch en psychiatrische zorg. Hier zullen de resultaten en conclusies naar aanleiding van de enquête gepresenteerd worden.

De inhoud van de heersende professionaliseringsbehoefte op het vlak van GGZ-zorg wordt uitgekristalliseerd in hoofdstuk vijf en geeft antwoord op deelvraag drie. Hier wordt de inhoud van de behoefte aan de hand van geanalyseerde interviews weergegeven.

Het zesde hoofdstuk bevat een beschrijving over de wijze waarop deskundigheidsbevordering het beste vorm gegeven kan worden volgens de geïnterviewde disciplines. Het gaat daar bijvoorbeeld om het type, de locatie en de kosten van een scholing.

Het zevende hoofdstuk bevat de conclusies en de eindconclusie die antwoord geeft op de hoofdvraag. Bovendien worden daar de aanbevelingen behandeld die voortvloeien uit de conclusies.

Tot slot volgt het achtste hoofdstuk waarin de onderzoeksopzet ter discussie staat en waarbij een evaluatie van het onderzoeksproces volgt. Het geheel wordt gecomplementeerd met bijlagen welke onderdelen bevatten als een literatuurlijst, topiclijst, verklarende figuren, etc.

Een aantal belangrijke kanttekeningen die voorafgaand aan het onderzoeksverslag gemaakt dienen te worden, zijn als volgt. Op plekken waar 'hij' staat, kan ook 'zij' gelezen worden. De termen 'patiënt' en 'cliënt' worden afwisselend gebruikt, aangezien de bronnen elk hun eigen benaming hanteren. Tevens is het zo dat in dit onderzoek op meerdere plaatsen de ervaringen van diverse praktijkmanagers worden beschreven. Het is zaak rekening te houden met het feit dat de

praktijkmanagers de wensen en ervaringen aangeven vóór de disciplines en dat de resultaten ook in dit licht geïnterpreteerd moeten worden.

1.4.2 Individuele competenties en eindverantwoordelijkheden

Vanzelfsprekend is elk onderdeel uit dit onderzoek gebaseerd op de inzet van ons beide. Voor het bewaken van de kwaliteit hebben we echter voor elk onderdeel een eindeverantwoordelijke ingesteld. Dit houdt in dat deze persoon de laatste 'check' heeft uitgevoerd.

Bernadet	Elizette
Voorwoord & persbericht	Samenvatting
Hoofdstuk 1	Hoofdstuk 2
Hoofdstuk 3: Interviewgedeelte	Hoofdstuk 3: Literatuurgedeelte
Hoofdstuk 4	Hoofdstuk 5
Hoofdstuk 7	Hoofdstuk 6
Bijlagen	Hoofdstuk 8
Opmaak	Spelling
Contactpersoon afstudeerbegeleidster	Contactpersoon opdrachtgever

Hoofdstuk 2 Methodologische verantwoording

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de methodologische verantwoording uiteengezet. Hieronder worden achtereenvolgens de onderzoeksmethode, het onderzoekstype, de onderzoeksopzet en de dataverzamelingstechnieken behandeld.

Paragraaf 2.1 Onderzoeksmethode

Het onderzoek betreft een empirisch kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek is dé methode voor het verkrijgen van informatie over wat er leeft onder bepaalde doelgroepen en geeft inzicht in meningen, wensen en behoeftes van populaties. De informatie die beoogd werd met dit onderzoek is van dien aard dat er gekeken diende te worden in de empirie, de werkelijkheid in het werkveld. Op deze wijze kon er antwoord worden geformuleerd op de vraag hoe de GGZ-herstructurering doorwerkt in de praktijk, welke behoefte aan deskundigheidsbevordering er leeft en welke wijze van deskundigheidsbevordering men als aantrekkelijk ervaart. Aangezien kwalitatief onderzoek rijke mogelijkheden geeft om dicht bij ervaringen en wensen van de doelgroep te komen, is gekozen voor kwalitatief onderzoek (Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de., en Teunissen, J., 2009, p.1).
De resultaten die nagestreefd worden met dit onderzoek zijn bestemd voor Linkkers. De reikwijdte is daarmee afgebakend en op de opdrachtgevende organisatie gericht. De reikwijdte wat betreft de onderzoeksdoelgroep betrof vijf disciplines, namelijk de praktijkmanager, huisarts, POH-S, POH-GGZ en doktersassistente binnen huisartsenpraktijken in heel Nederland.

2.1.1. Onderzoekstype

Het onderzoekstype dat gehanteerd werd in het onderzoek is het type ‘beschrijvend onderzoek’. Dit type onderzoek kenmerkt zich door vragen als ‘Wat vinden…?’ ‘Hoe ervaren…?’. Oftewel het inzichtelijk maken van gezichtspunten en meningen. Daarbij gaat het niet over kwantitatieve gegevens als omvang of frequentie, maar om de kwaliteiten (Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de., en Teunissen, J., 2009, p. 94). Dit type sluit aan bij de strekking van dit onderzoek, aangezien ervaringen en wensen geïnventariseerd zijn. Tevens is het beschrijvende type van toepassing, omdat er onderzocht is welke veranderingen er gaande zijn in de GGZ en wat dit voor invloed heeft in de huisartsenpraktijken. Tot slot past het beschrijvende type eveneens bij de vraag op welke wijze deskundigheidsbevordering vorm gegeven dient te worden, wil het aantrekkelijk zijn voor de disciplines binnen de huisartsenpraktijk. Daar werd namelijk inzichtelijk gemaakt wat disciplines positief waarderen aan bijscholing.

2.1.2. Onderzoeksopzet

Om antwoord te kunnen geven op de vier deelvragen is de volgende onderzoeksopzet gerealiseerd.

Deelvraag 1. Wat zijn de ontwikkelingen binnen de GGZ en welke invloed hebben zij in huisartsenpraktijken?
Het literatuuronderzoek had als doel het ontwikkelen van een samenvattende beschrijving betreffende de inhoud van de GGZ-herstructurering.
Voor interviews is gekozen om zo niet alleen de theorie in kaart te brengen, maar, zoals het kwalitatief onderzoek betaamt, ook aandacht te hebben voor wat zich afspeelt in de werkelijkheid, in dit geval de huisartsenpraktijk.

Deelvraag 2. Welke professionaliseringsbehoefte op het gebied van de psychosociale, psychische en psychiatrische zorg leeft er onder de disciplines in huisartsenpraktijken?
De enquêtes hadden als doel de gewenste scholingsthema's in kaart te brengen.

Deelvraag 3. Wat houdt de heersende professionaliseringsbehoefte in betreffende psychosociale, psychische en psychiatrische zorg?
Met het afnemen van interviews hebben we getracht de inhoudelijke scholingsbehoefte van de disciplines te peilen om zo de kwalitatieve aard van het onderzoek te garanderen

Deelvraag 4. Op welke wijze dient deskundigheidsbevordering vorm gegeven te worden, wil deze aantrekkelijk zijn voor disciplines binnen de praktijk?
Voor deze vorm is gekozen met als doel inhoudelijk te inventariseren wat disciplines als aantrekkelijk ervaren wanneer het gaat om de wijze van deskundigheidsbevordering. Er is in het bijzonder gevraagd naar de volgende elementen, namelijk het type scholing, het tijdstip, het moment van realisatie, de locatie en kosten.

Paragraaf 2.2 Dataverzamelingsmethoden

Kenmerkend voor kwalitatief onderzoek is het gebruik van diverse dataverzamelingstechnieken en bronnen (Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de., en Teunissen, J., 2009, p. 7). Om antwoord te verkrijgen op de gestelde hoofd- en deelvragen zijn zodoende verscheidene dataverzamelingsmethoden toegepast, de zogeheten multi-methode of methodische triangulatieaanpak. Deze combinatie van dataverzamelingstechnieken maakt dit onderzoek waardevol en betrouwbaar, aangezien er vanuit diverse invalshoeken informatie verzameld is voor een zo compleet mogelijk beeld (Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de., en Teunissen, J., 2009, p. 187, 188).

Zoals bij de onderzoeksopzet weergegeven, is gebruik gemaakt van de technieken; literatuuronderzoek, enquêtes en interviews. Hieronder wordt de inzet van deze technieken achtereenvolgens besproken.

2.2.1. Literatuuronderzoek

Het onderzoek is gestart met het doen van literatuuronderzoek. "Literatuuronderzoek is een vorm van onderzoek waarbij het doel is om een betrouwbaar en volledig overzicht te krijgen van de literatuur die over een bepaald onderwerp is gepubliceerd" (Vrije universiteit, 2011 , p. 3).
Op deze wijze is eerst vooronderzoek gedaan naar de inhoud van de GGZ-herstructurering. De focus lag hierbij in het bijzonder op de GGZ-ontwikkelingen in de huisartsenpraktijk. Deze keuze is gemaakt, aangezien het literatuuronderzoek diende als basis voor de verdere dataverzamelingstechnieken. Ten behoeve van het uitzetten van enquêtes en het afnemen van interviews was het noodzakelijk de vragen en topics op te stellen aan de hand van de literatuur.

De literatuur is verworven door kernbegrippen uit de deelvragen in te voeren in diverse zoekmachines, databasen en bibliotheken. Daarbij zijn er diverse synoniemen opgesteld en is aan de hand daarvan vervolgens gezocht (Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de., en Teunissen, J., 2009, p. 56). Het heeft een voordeel om bij het vergaren van literatuur beperkingen op te leggen. Daarom is er tijdens het zoeken naar literatuur gekeken naar aspecten als inhoud, auteur en datum van uitgave. Gezien de actualiteit van het onderwerp is het bronmateriaal veelal afkomstig van de overheid en

GGZ-instellingen, aangezien deze bronnen beschikken over de meest recente en correcte informatie, zogenaamde primaire bronnen. Het risico bestond daarbij dat het onderzoeksverslag enkel zou bestaan uit beleidsstukken; bronnen uit de eerste hand. Dit risico is getracht terug te brengen door zowel te kijken naar het beleid als naar hoe dit beleid zich vertaalt op de werkvloer. Om deze reden zijn gerenommeerde bronnen als het Trimbos-instituut, het Nivel en diverse medische en psychologische tijdschriften geraadpleegd, omdat deze bronnen de herstructurering beschrijven naar aanleiding van de praktijk, onderzoek en ervaringen.

2.2.2. Enquête

Er is gekozen voor de onderzoeksmethode van enquêtes om na te kunnen gaan welke behoefte er heerst onder bepaalde disciplines in de huisartsenpraktijk ten aanzien van deskundigheidsbevordering. De reden voor deze vorm is dat door middel van een enquête een relatief groot aantal personen onderzocht kan worden waardoor er een globaal beeld ontstaat van de behoefte. Deze techniek zorgde voor een direct inzichtelijk resultaat en een doorsnede van de heersende mening. Er is gekozen voor een beknopte vragenlijst om op deze wijze de behoefte te screenen en niet zozeer kwantiteiten in kaart te brengen.
De afname van enquêtes heeft plaatsgevonden door het inschakelen van de praktijkmanager van huisartsenpraktijken. In samenspraak met de opdrachtgever achtten wij deze managers bij uitstek geschikt voor het invullen van de enquête vanwege het overzicht dat zij hebben over de gehele praktijk. Alle disciplines zijn bij hen in beeld evenals de patiënten. Deze geschiktheid blijkt tevens uit het opleidingsprofiel dat onder meer aangeeft dat:

- de manager in staat is om boven het niveau van de patiëntenzorg uit te stijgen en anticiperend te handelen op de interne en externe ontwikkelingen.
- de manager een organisatorische en integrale blik dient te hebben en bijdraagt aan een goed georganiseerde huisartsenvoorziening, waardoor er ruimte ontstaat voor multidisciplinaire samenwerking (Saxion, 2013; Praktijkmanagersnetwerk, z.d.).

De praktijkmanagers zijn aangeschreven met de vraag of zij de enquête wilden invullen voor de huisarts, de POH-GGZ, de POH-S en de doktersassistente. De keuze voor deze vier disciplines is allereerst gemaakt op basis van de kennis en kunde binnen de praktijk. Zij vervullen allen een zorginhoudelijke taak en hebben zicht op en rechtstreeks contact met de patiënt. Daarnaast zijn deze vier disciplines veelal werkzaam in de praktijk.

Voor het aanschrijven van praktijkmanagers is allereerst het klantenbestand van de opdrachtgever geraadpleegd. Uit dit systeem kwamen zeven praktijkmanagers naar voren. Vervolgens is gezocht naar praktijkmanagers via de website ZorgkaartNederland.nl. Op deze website is het mogelijk huisartsenpraktijken te vinden door middel van het invoeren van een plaatsnaam. In eerste instantie is gekozen voor een regiogebied dat liep van Zwolle tot ’s-Hertogenbosch, gezien de reisafstand voor de opdrachtgever. Aangezien praktijkmanagers niet in elke praktijk werkzaam zijn en zodoende lastig te vinden waren, zijn er ruim 500 praktijken via internet gescreend op de aanwezigheid van een praktijkmanager. Ten slotte is telefonisch contact gelegd met alle praktijken met een manager om de e-mailadressen van de desbetreffende managers te achterhalen. Dit resulteerde in een vijftigtal geschikte huisartsenpraktijken. Met dit aantal werd in eerste instantie genoegen genomen, aangezien een vijftigtal resultaten goed te analyseren is en voldoende beeld geeft van de gewenste scholingsthema’s.

Tijdens het inventariseren van praktijken is in samenspraak met de opdrachtgever een enquête ontworpen (bijlage 7). De enquête is gebaseerd op twee verschillende aspecten. Enerzijds heeft Linkkers mogelijke scholingsthema's aangedragen die gebaseerd waren op signalen waargenomen in het werkveld. Anderzijds zijn de thema's afgeleid uit het voorgaande literatuuronderzoek naar de GGZ-herstructurering. Uit dit onderzoek zijn de meest elementaire veranderingen gefilterd die door kunnen werken in de huisartsenpraktijk.
Er is voor gekozen om de enquête op te delen in drie thema's: deskundigheidsbevordering ten aanzien van algemene thema's, thema's in het kader van de GGZ-herstructurering en populatiegerichte thema's.

Daarbij is een begeleidende e-mail (bijlage 5) opgesteld voor de praktijkmanagers met uitleg over het onderzoek en de enquête. Dit mondde uit in een enquête, vormgegeven in het online enquêteprogramma ThesisTools welke op 17 februari 2014 is uitgezet.

De termijn voor het invullen van de enquête besloeg negentien dagen. Halverwege deze periode - 26 februari - is er een herinnering (bijlage 6) uitgegaan. Het aantal respondenten betrof op dat moment 19. Daarbij kwam dat niet alle enquêtes volledig ingevuld waren. Om het risico uit te sluiten dat dit aantal niet toe zou nemen en om toch tot een goede afspiegeling te komen, is besloten het zoekgebied uit te breiden en de enquête nogmaals uit te zetten onder een nieuwe groep managers. Het zoekgebied werd zodoende uitgebreid tot landelijk niveau waarbij de straal van de opdrachtgever tot aan de huisartsenpraktijk steeds verder werd vergroot. Opnieuw werd ZorgkaartNederland.nl geraadpleegd waarbij de treffers weer gebeld werden om zo het e-mailadres van de manager na te gaan. Op 27 februari is de enquête opnieuw uitgezet onder een veertigtal praktijken. Op 4 maart is een herinneringsmail gestuurd. De enquête is op 10 maart offline gehaald waarbij het aantal respondenten uitkwam op 55. Van de 55 resultaten zijn zes respondenten afgevallen die enkel antwoord hebben gegeven op de introductievraag en het vervolg van de enquête annuleerden. Uiteindelijk bleef er een groep van 49 respondenten over. Een aanzienlijk aantal, wat echter niet inhoudt dat elke respondent iedere vraag heeft beantwoord. Het aantal respondenten verschilt per vraag relatief veel van elkaar. Het is dan ook van belang de beschreven cijfers te interpreteren in het licht van dit totaal.

Bij het gebruik maken van enquêtes bestaat altijd het risico dat er geen respons komt op de uitgezette vragenlijsten. Dit vormt dan ook een beperking van de methode. Om deze beperking, dit risico, zoveel mogelijk terug te dringen, hebben we allereerst de bestaande contacten tussen huisartsenpraktijken en Linkkers geïnventariseerd. Zij vormden wellicht een groep die door dit contact sneller reageerden op de enquête. Daarbij zijn de praktijkmanagers benaderd om de enquête in te vullen. Het benaderen van de verschillende disciplines had wellicht een specifieker beeld gegeven, echter het risico was groot dat de disciplines niet zouden reageren vanwege drukke agenda's en weinig belangstelling. Daarbij zouden er verschillende enquêteversies ontwikkeld moeten worden; voor elke discipline een andere. Het kiezen voor de manager had dan ook de voorkeur, omdat zij verantwoordelijk zijn voor de ontwikkelingen in de huisartsenpraktijk en het overzicht hebben.
Om bij de respondenten voldoende gelegenheid en bereidheid te creëren om aan het onderzoek mee te werken, is een combinatie van helpende elementen toegepast. Zo is een duidelijke introductiebrief verstuurd en een bondige, online enquête ingezet met een relatief korte invultijd en een nette, overzichtelijke lay-out (Flohr, Verheijen, 2004). Daarbij is er in de tijdsplanning rekening

mee gehouden dat er een nieuwe selectie van praktijken zou moeten plaatsvinden wanneer er onvoldoende respons kwam.

2.2.3. Interview

Na de resultaten van de enquêtes werd gestart met het afnemen van interviews bij praktijkmanagers, huisartsen, POH-GGZ, POH-S en doktersassistentes. Deze interviews vormden de verdieping op de globale enquête, zodat het kwalitatieve element in het onderzoek gewaarborgd werd. De keuze voor deze dataverzamelingstechniek is gebaseerd op het gegeven dat een vooraf geformuleerde vraagstelling beantwoord diende te worden door informatie te verzamelen uit mededelingen van ondervraagde personen. Interviews worden gebruikt om erachter te komen wat mensen weten, denken en willen betreffende bepaalde onderwerpen. Dit was dan ook wat beoogd werd met het afnemen van de interviews.
De vorm van interview die gehanteerd werd in het onderzoek betrof het half gestructureerde interview. Voor deze vorm is gekozen, omdat bepaalde onderwerpen c.q. topics besproken moesten worden en een bepaalde vraagvolgorde de voorkeur had (Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de., en Teunissen, J., p. 230). Vanwege dit type interview is een topiclijst opgesteld met gespreksonderwerpen die gebaseerd waren op het voorgaande literatuuronderzoek uit het derde hoofdstuk.

De interviews hadden tot doel de volgende elementen in kaart te brengen.

1. Het effect van de GGZ-herstructurering in de praktijk
2. De scholingsbehoefte van disciplines binnen de praktijk
3. De wijze waarop de disciplines geschoold willen worden

Door middel van de interviews die uit drie onderdelen bestonden, was het mogelijk antwoord te geven op alle vier de deelvragen.

De interviews zijn afgenomen bij vier praktijkmanagers; managers die openstonden voor een interview naar aanleiding van de enquête. Naast deze vier managers is er gezocht naar disciplines (huisarts, doktersassistente, POH-GGZ en POH-S) om zo niet alleen de bevindingen van een manager te vernemen, maar om ook daadwerkelijk de ervaringen te horen van de disciplines zelf. Er is gekozen om van elke discipline er twee te interviewen. Voor dit aantal is gekozen, omdat minder geen goed beeld schetst en meer niet paste binnen het tijdsbestek van het onderzoek. Zodoende zijn uiteindelijk vier praktijkmanagers, twee huisartsen, twee POH-GGZ, twee POH-S en twee doktersassistentes geïnterviewd. In eerste instantie was het plan om de disciplines te interviewen die ook werkzaam waren in de praktijken met een manager om zo te komen tot een goed en grondig beeld van hoe het eraan toegaat in één praktijk. Aangezien geen enkele praktijkmanager disciplines bereid vond voor een interview had dit geen kans van slagen. De disciplines zijn zodoende uiteindelijk willekeurig geïnventariseerd op basis van het eigen netwerk en via ZorgkaartNederland. Naar deze disciplines is een mail uitgegaan met een uitnodiging voor een interview (zie voor de uitnodigingsmail bijlage 5). Aangezien zij willekeurig geselecteerd zijn, heeft dit een goede afspiegeling gegeven van regio's; huisartsenpraktijken uit zowel dorpen als steden zijn belicht. De reden om acht verschillende praktijken op te zoeken was om zo geen overlap te hebben en een zo breed mogelijk beeld te krijgen hoe bovenstaande punten in de praktijk worden ervaren en vormgegeven.

Tijdens het inventariseren is in samenspraak met de opdrachtgever en de afstudeerbegeleider een vragenlijst ontwikkeld (zie bijlage 8 en 10). Deze vragenlijst is een aantal dagen voor het plaatsvinden van het interview verstuurd naar de disciplines. In deze vragenlijst zijn de drie onderdelen naar voren gekomen die hierboven staan vermeld.

De afgenomen interviews zijn vervolgens getranscribeerd en gefragmentariseerd waarna deze fragmenten zijn gelabeld in het BOLA-systeem. Deze werkwijze wordt aan de orde gesteld in bijlage 11. De gegevens van de respondenten zijn volledig anoniem verwerkt en zodoende is er niets terug te leiden naar een plaatsnaam, praktijk of professional.

Bij de interviews was er mogelijk hetzelfde risico als bij de enquêtes, namelijk geen respons. Ook hier was het mogelijk dat praktijkmanagers en disciplines niet bereid zouden zijn tot het geven van een interview. Daarom is hier eveneens geprobeerd om daarop in te spelen door een nette, duidelijke e-mail te sturen en de interviewtijd zo kort mogelijk te houden. Daarbij is in de tijdsplanning een mogelijk uitgebreide zoektocht naar disciplines gecalculeerd. Zowel met de enquêtes als de interviews is vroegtijdig gestart om eventuele tegenslag op te kunnen vangen. Tevens is een duidelijke topicslijst opgesteld met als doel gericht door te kunnen vragen en gerichte informatie te ontvangen. Het risico bestond namelijk dat de disciplines niet direct informatie beschikbaar hadden, omdat het een redelijk nieuw thema is.

Hoofdstuk 3

Wat zijn de ontwikkelingen binnen de Geestelijke Gezondheidszorg en wat betekenen die voor huisartsenpraktijken?

Inleiding

De afgelopen jaren zijn er veel plannen ontwikkeld ten behoeve van een hervorming van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Een hervorming die in het teken staat van kostenbesparing en vergroting van efficiënte zorg. De vraag op welke wijze de patiënt zo snel als mogelijk het beste geholpen kan worden, staat hierbij centraal. Het jaar 2014 vormt het jaar waarin de feitelijke hervorming van dit segment plaatsvindt. Een hervorming die veel bewerkstelligt en langzaam maar zeker ook de huisartsenpraktijken binnendringt. In dit hoofdstuk zal er aandacht worden geschonken aan de veranderingen die op stapel staan of al dan niet zijn doorgevoerd. Tevens wordt de invloed van deze zogenoemde herstructurering in de (huisartsen)praktijk weergegeven.
Allereerst wordt de GGZ in zijn algemeenheid toegelicht met daarbij een beschrijving van hetgeen onder deze tak van zorg wordt verstaan (§1.1). Achtereenvolgens staan de aanleiding van de herstructurering (§1.2), het advies (§1.3) en het door verscheidene partijen genomen besluit centraal (§1.4). Aansluitend daarop volgt een schets van de GGZ-structuur anno 2014 (§1.5). Tot slot wordt het geheel gecomplementeerd met een beschrijving van de invloed die de herstructurering heeft binnen de huisartsenpraktijken (§1.6). De informatie ten behoeve van deze beschrijving is verkregen door de afname van interviews bij disciplines binnen de huisartsenpraktijken. Daarmee is de theorie omtrent de herstructurering getoetst in de praktijk.

Paragraaf 3.1 De GGZ

De Geestelijke Gezondheidszorg is een deelgebied binnen de gezondheidszorg. Binnen de GGZ houdt men zich bezig met de psychische gezondheid van mensen door middel van behandeling, begeleiding, verpleging, verzorging en preventie (Mutsaersstichting, z.d. a).

3.1.1. Inhoud en aanbod

De GGZ richt zich op diverse zaken die het geestelijke gezondheidsspectrum betreffen. Het voorkomen van psychische aandoeningen (preventie) is het eerste gegeven dat centraal staat binnen de zorg. Naast preventie houdt men zich binnen de GGZ zorginhoudelijk bezig met het behandelen en genezen van psychische aandoeningen, het zo goed mogelijk laten deelnemen van mensen met een chronische psychische aandoening aan de samenleving en het bieden van (ongevraagde) hulp aan mensen die ernstig verward en/of verslaafd zijn en die uit zichzelf geen hulp zoeken (GGZ Nederland, 2013 a).

GGZ-aanbieders zijn onder te verdelen in de volgende categorieën:

- Brede GGZ-instellingen
- Zelfstandige Algemeen Psychiatrische ziekenhuizen (APZ)
- Regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riagg)
- Regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW)
- Gespecialiseerde jeugdpsychiatrische klinieken
- Gespecialiseerde aanbieders van verslavingszorg
- Gespecialiseerde aanbieders van forensisch-psychiatrische zorg
- Gespecialiseerde GGZ-afdelingen van brede zorginstellingen (GGZ Nederland, 2013 b).

3.1.2. Bekostiging

De GGZ wordt uit vier stelsels gefinancierd, te weten uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), Justitie of door gemeenten.

Zorgverzekeringswet

De GGZ-voorzieningen die gericht zijn op genezing van de cliënt vallen sinds 1 januari 2008 onder de Zorgverzekeringswet. Onder voorzieningen binnen dit kader verstaat men wekelijkse gesprekken, dagbehandelingen, medicatie en verblijf in een GGZ-instelling gedurende het eerste jaar (intramurale klinische geneeskundige GGZ) (Landelijk Platform, 2013a).
De bekostiging van de GGZ zoals die sinds 2008 is, heeft marktwerking van de zorg tot gevolg. Er is sprake van concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars (Trimbos Instituut, 2011 a en NZa, 2011 a).

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

De AWBZ vergoedt zware geneeskundige kosten die niet vanuit de Zvw gefinancierd worden. Het betreft hulp en zorg die vaak duur en langdurig is en kosten die voor bijna niemand op te brengen zijn. Iedere in Nederland wonende of werkende inwoner kan aanspraak maken op deze voorziening (NZa, z.d. a). De intramurale klinische geneeskundige zorg, opname in een GGZ-instelling, langer dan één jaar wordt betaald vanuit deze volksverzekering. Vanuit deze financieringsstroming wordt eveneens alle extramurale niet-geneeskundige zorg bekostigd, waaronder beschermde woonvormen, woonondersteuning en samenhangende zorg zoals dagbestedingsvoorzieningen (Geestelijke gezondheidszorg, 2011). Meer dan 25 procent van de GGZ-uitgaven wordt vanuit de AWBZ betaald (Trimbos Instituut 2011 b).

Justitie

De forensische psychiatrie biedt geestelijke gezondheidszorg aan mensen die zich moeten laten behandelen als onderdeel van de door de rechter opgelegde strafmaatregel. Het betreft delinquenten die een strafbaar feit gepleegd hebben of daarvan verdacht zijn (GGZ Nederland, 2013 b). Gespecialiseerde GGZ in strafrechtelijk kader betreft gedwongen verpleging en behandeling aan personen die van de rechter veelal een vrijheidsbeperkende maatregel hebben gekregen, een zogenoemde terbeschikkingstelling (tbs). Met het opleggen van deze maatregel gaat zorg samen met de bescherming van de samenleving (GGZ Nederland, 2013 c).

Gemeenten

De gemeente voert de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) uit (GGZ Nederland, 2013 d). De Wmo wordt getypeerd als ‘kaderwet’. Het betreft een wet waarbij alleen de hoofdlijnen worden vastgelegd waarna de details zelf door een gemeente mogen worden ingevuld door algemene maatregelen van bestuur of door ministeriële regelingen (VCP, 2011, p. 3). Binnen deze wet zijn er een groot aantal prestatievelden die betrekking hebben op de groep mensen die kampt met psychische problemen. Allereerst is de Wmo gericht op het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer. Ook wordt er aangestuurd op het behouden van zelfstandigheid door het aanreiken van voorzieningen als hulp in de huishouding, aanpassingen in de woning, maaltijdvoorziening e.d. (Rijksoverheid, z.d. a en Trimbos Instituut, 2011 c). Tevens staat ondersteuning van mantelzorgers centraal. Het uitvoeren van de openbare GGZ (onder andere bemoeizorg en toeleiding van cliënten naar zorg), de maatschappelijke opvang en de ambulante verslavingszorg zijn tot slot aandachtsgebieden binnen deze wetgeving (GGZ NHN, 2013).

3.1.3. De GGZ-structuur vóór 2014

In de Nederlandse gezondheidszorg, vóór 2014, sprak men van nuldelijns-, eerstelijns-, tweedelijns- en derdelijnszorg. De zogenaamde nuldelijns hield direct toegankelijke hulp in zoals pastorale begeleiding, mantelzorg, het consultatiebureau of de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD). In de eerste lijn werkten disciplines die breed waren opgeleid (generalisten) zoals huisartsen, maatschappelijk werkers of eerstelijnspsychologen. In de tweede lijn waren professionals werkzaam die expertise hadden op een deelterrein (specialisten). Deze lijn bevatte de hulp die gegeven werd door bijvoorbeeld GGZ-instellingen, het Riagg of een Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ). In de derde lijn werd topklinische zorg aangeboden door academische ziekenhuizen.

In de eerstelijns GGZ-zorg werden patiënten met lichte klachten behandeld. Meestal duurde de behandeling relatief kort met ongeveer vijf consulten van drie kwartier, verspreidt over een aantal weken tot maanden. De hulpverlening kon individueel zijn of in groepsverband en voor deze hulp was een eigen bijdrage en het eigen risico van toepassing (Lokkerbol, J. en Smit, F. , 2011). In de eerstelijns zorg stonden met name de gesprekken met de hulpverlener centraal. Daarnaast werd er vaak gebruik gemaakt van vragenlijsten of vond behandeling plaats door middel van een online hulpprogramma. Bij eerstelijnshulpverleners kon men terecht zonder verwijzing van de huisarts. Voor eerstelijnspsychologen was echter vaak wel een verwijsbrief nodig, zodat de kosten door de zorgverzekeraar werden vergoed.

Wanneer de klachten ernstig waren en hulp vanuit de eerste lijn niet afdoende was, werd er doorverwezen naar de tweedelijns GGZ. In deze vorm van hulpverlening konden mensen opgenomen worden, was behandeling in een praktijk of op de poli van een instelling mogelijk of werd er hulpverlening aan huis geboden. Ook was er de mogelijkheid tot deeltijdbehandeling die vaak een halve of een hele dag duurde. In de tweedelijns werd er veelal psychotherapie gegeven en aanvullende medicatie voorgeschreven. Voor de tweedelijns gold vóór 2012 geen eigen bijdrage, maar na 2012 was deze bijdrage wel van toepassing tezamen met het eigen risico (Lokkerbol, J. en Smit, F. , 2011). Een verwijzing van een eerstelijnsprofessional was noodzakelijk voor toegang tot de tweede lijn.

Het uitgangspunt van de GGZ-zorg luidde: Een korte, eenvoudige behandeling in de eerste lijn als het kan en intensieve en/of langdurige zorg in de tweede lijn als het moet (Burght, M. van der., Mechelen-Gevers, E., van en Te Lintel Hekkert, M., 2009).

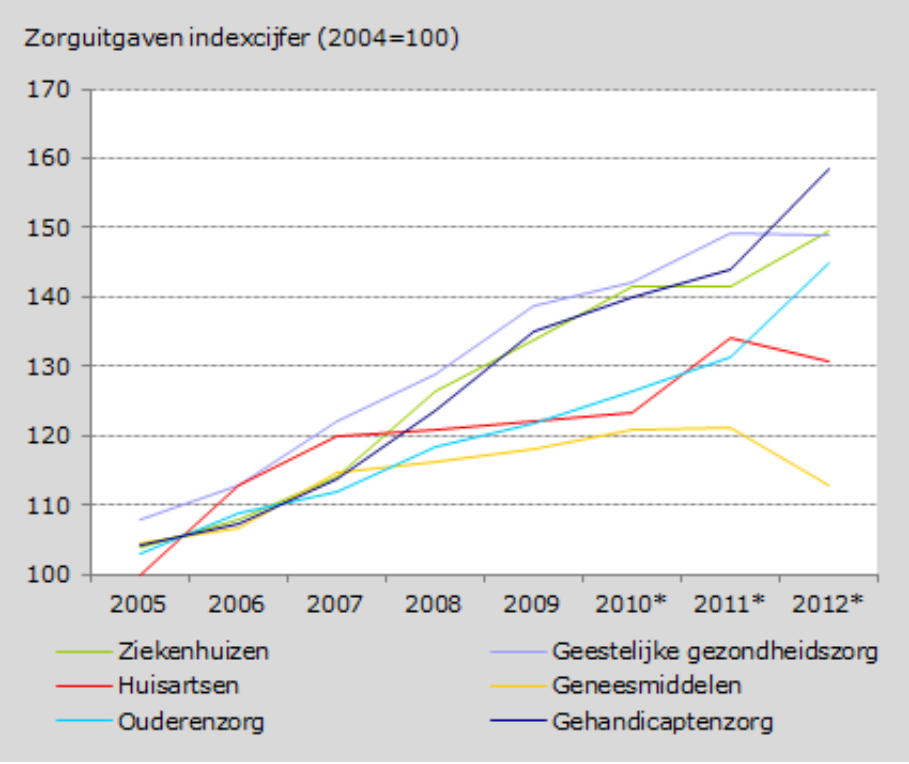
Paragraaf 3.2 Aanleiding herstructurering

Op 1 juli 2011 ontving de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om advies uit te brengen omtrent de hervorming van de GGZ. De twee vragen van het ministerie van VWS luidden als volgt.

- Op welke wijze zou de versterking van de functie eerstelijns GGZ in gang gezet kunnen worden?
- Welke randvoorwaarden zijn essentieel om de geadviseerde maatregelen adequaat te laten functioneren?

Voor dit verzoek was in het kort de aanleiding dat ten eerste teveel mensen met lichtere psychische problematiek vanuit de eerstelijnszorg in de tweedelijnszorg GGZ terecht kwamen. De huisarts bleek

twee keer zo vaak naar de GGZ door te verwijzen bij een psychisch probleem dan bij medische problemen naar het ziekenhuis. Tevens kwam uit onderzoek naar voren dat de klachten binnen de tweedelijnszorg bij 20 procent van de cliënten relatief mild waren (Nuijen J., ten Have M., de Graaf R., 2012).Ten tweede keerden te weinig mensen na behandeling weer terug vanuit de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg. Hierdoor werd te weinig gebruik gemaakt van de eerstelijnszorg. De aansluiting tussen de eerstelijns- en tweedelijnszorg was er te weinig.
Deze complicaties bedreigden de toegankelijkheid (wachtlijsten), de kwaliteit (zorg ver weg in plaats dichtbij) en de betaalbaarheid (dure tweedelijnszorg zorg voor lichtere problematiek) van de zorg.
Het beroep dat op de GGZ werd en wordt gedaan groeide en groeit gestaag. Deze tendens is tevens waar te nemen binnen de huisartsenpraktijk. Meer dan de helft van de huisartsen ziet het laatste half jaar meer mensen met psychische klachten naar het spreekuur komen. Bovendien ziet bijna de helft het aantal patiënten met complexe klachten toenemen (LHV, 2013 a). Het in goede banen leiden van deze groeiende vraag is cruciaal om eerder genoemde complicaties tegen te gaan en de maatschappelijke kosten te beperken (Kamsma, H. 2013, p. 2 en 3). Zo werd er in 2012 in totaal 93 miljard aan de zorg uitgegeven waarvan 6 procent de GGZ toekwam. De kosten van de GGZ stijgen snel, een tendens die in geen enkele andere zorgsector zichtbaar is. In tien jaar tijd zijn de uitgaven verdubbeld (Bijenhof etc al, 2012). Het versterken van de basis GGZ wordt gezien als maatregel om in belangrijke mate bij te dragen aan het kanaliseren van deze groeiende vraag (NZa, 2011 b).



Figuur 1 Uitgavengroei landelijk (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2012)

De NZa heeft in december 2011 het advies 'Basis GGZ' uitgebracht waarin antwoord werd gegeven op bovenstaande vragen van het ministerie. In dit advies werden de knelpunten die aanleiding waren voor de adviesaanvraag als volgt weergegeven. Het eerste knelpunt dat zichtbaar werd, betrof het probleem dat patiënten met psychische problematiek *te snel werden doorverwezen* naar de tweedelijns GGZ. Er waren veel patiënten met lichte psychische problematiek die werden behandeld in de tweedelijnszorg, maar mogelijk ook geholpen zouden kunnen worden in de eerstelijnszorg.

Het tweede knelpunt was dat *zorggerelateerde preventie* niet plaatsvond. Deze preventie is gericht op patiënten die behandeld zijn of worden voor een psychische ziekte en waarbij getracht wordt te voorkomen dat de cliënt in een zwaarder of nieuw behandeltraject terecht komt. Zorggerelateerde preventie is onderdeel van de behandeling, maar kan ook voor een deel na de behandeling plaatsvinden. De vormen van preventie zijn terugvalpreventie, nazorg, preventie van recidief en ouderhoudszorg bij chronische patiënten. Hieronder wordt op deze vormen van preventie ingegaan.

Terugvalpreventie is in dit geval het laatste onderdeel van de behandeling welke het meegeven van tips, instrumenten en vaardigheden bevat, zodat de patiënt zelf tijdig eventuele terugval kan herkennen en voorkomen.
Nazorg houdt in dat de patiënt na zijn behandeling bijvoorbeeld extra GGZ-begeleiding thuis krijgt, medicatie via de huisarts of een aantal aanvullende coaching gesprekken (Rijksoverheid, 2013).
Preventie van recidief is gericht op het vroeg signaleren van de dreigende terugkeer van ziekte bij patiënten die vrij zijn van klachten.
Onderhoudszorg bij chronische patiënten bestaat bijvoorbeeld uit het periodiek toedienen van medicatie of controlegesprekken.
Het knelpunt was dat preventie vaak nog niet plaatsvond doordat de patiënt uit beeld verdween. Bij de verwijzer vanuit de eerstelijnszorg kon de patiënt al vanaf het moment van verwijzing uit beeld zijn. Na beëindiging van de behandeling verdween deze ook uit beeld bij de behandelaar.

Beide knelpunten, namelijk het te snel doorverwijzen en het ontbreken van zorggerelateerde preventie, worden hieronder verklaard waarbij ingegaan wordt op de oorzaken.

<u>Oorzaken knelpunt 1 'Te snel doorverwijzen'</u>
Allereerst is er de oorzaak van de '*onzekere poortwachter*'. Uit onderzoek van de NZa bleek dat niet alle huisartsen in gelijke mate over kennis en ervaring beschikten ten aanzien van psychische problematiek. Het kon ook voorkomen dat huisartsen wel over deze kennis en ervaring beschikten, maar dat zij te weinig tijd hadden om zelf een diagnose te stellen.
Het is zodoende in de bekostiging mogelijk gemaakt dat de huisarts zich laat ondersteunen door de Praktijkondersteuner Huisartsenzorg Geestelijk Gezondheidszorg (POH-GGZ, een uitgebreide beschrijving omtrent de functie is te vinden in §3.5). De inzet van deze functie is mogelijk gemaakt met als doel de huisarts te ondersteunen bij probleemherkenning en/of korte behandeling bij patiënten met psychische problematiek. Verschillende huisartsenpraktijken ervaren dit als een goede ondersteuning. Zij geven aan dat door de ondersteuning van de POH-GGZ de triage[1] sterk verbetert. De POH-GGZ werd echter nog lang niet overal ingezet. Een veel gehoord kritiekpunt was namelijk de knellende financiering van de POH-GGZ.

Samenvattend kan worden gesteld dat niet alle huisartsen in voldoende mate ondersteuning in, tijd voor, affiniteit met en kennis van de GGZ hadden. Daardoor leek het erop dat patiënten te snel werden doorgestuurd naar specialisten ten behoeve van de diagnosestelling. Met de term 'onzekere poortwachter' doelt de NZa op dit gebrek aan ondersteuning, tijd, affiniteit, kennis en ervaring waardoor de verwijzing van een patiënt met psychische problematiek vaker 'voor de zekerheid was'.

[1] Triage is het beoordelen van de hulpvraag van een patiënt. De triagist bepaalt met hoeveel spoed een patiënt onderzocht en behandeld moet worden. Vervolgens bepaalt de triagist de wijze waarop de hulpvraag het beste kan worden beantwoord en door wie die patiënt gezien moet worden. Er is een onderscheid te maken in telefonische triage en fysieke triage (de patiënt aan de telefoon of de patiënt tijdens face-to-face contact (Gunst, S.G. van. 2012).

Als tweede oorzaak wordt genoemd *'patiënt kwijt'*. De samenwerking tussen de huisarts en specialisten in de tweedelijns GGZ leek minder vanzelfsprekend dan die tussen de huisarts en de somatische specialisten (specialist op het gebied van lichamelijke klachten). Zo maakte de huisarts in mindere mate gebruik van de expertise van een GGZ-specialist. Dit kwam onder andere doordat de huisarts vaak geen inzicht had in de expertise van de specialisten. Daarbij kwam dat de GGZ geen declaratie kende ten behoeve van diagnostiek van een specialist aan de huisarts. Tevens leek het ook niet gebruikelijk te zijn in de GGZ om de huisarts te informeren na diagnosestelling of na afloop van de behandeling. Dit had als gevolg dat het voor de huisarts niet altijd duidelijk was welke behandeltrajecten patiënten hadden gevolgd en welke medicatie en nazorg zij daarvoor na afloop nog nodig hadden.

Als derde oorzaak wordt genoemd '*ongelijke regels'*. De bekostiging van de GGZ kende meerdere bekostigingsmodellen voor vergelijkbare zorg. De verschillen in bekostiging leidden tot in-transparantie voor de patiënt, de verzekeraar en ook voor de zorgaanbieders zelf. De ongelijke bekostiging tussen de eerste- en tweedelijns GGZ resulteerde erin dat er voor zorgverzekeraars geen prikkel was om een patiënt in de eerste lijn te laten behandelen. In de tweedelijns GGZ was er namelijk sprake van risicoverevening, dit in tegenstelling tot de eerste lijn. Risicoverevening houdt de gelijke verdeling in van financiële risico's over alle zorgverzekeraars. Doordat verzekeraars de plicht hebben om iedereen die een basisverzekering wil afsluiten te accepteren, bestaat de kans dat sommige verzekeraars een onevenredig groot aantal ouderen of mensen met een hoog gezondheidsrisico moet verzekeren. Om die verzekeraars te compenseren, voorziet de Zorgverzekeringswet in risicoverevening. Gelden van verzekeraars met bijvoorbeeld een gering aantal ouderen of mensen met een hoog gezondheidsrisico worden overgeheveld naar zorgverzekeraars met een groter aantal van die groep (Encyclo, 2013). Aangezien in de eerste lijn deze risicoverevening niet van kracht was en in de tweede lijn wel, liepen zorgverzekeraars dus volledig risico voor deze kosten bij de inzet van eerstelijnszorg. Er was voor hen geen prikkel om patiënten te laten behandelen in de eerste lijn terwijl dit wel nodig was om de zorg betaalbaar te houden. Ook voor de patiënt was deze prikkel er niet. De patiënt kon er namelijk financieel bij gebaat zijn om geholpen te worden in de tweedelijnszorg, omdat daar geen eigen bijdrage werd gehanteerd en er geen sprake was van een beperking op het aantal consulten dat vergoed werd vanuit het basispakket zoals in de eerste lijn.

<u>Oorzaken knelpunt 2 'Onvoldoende zorggerelateerde preventie'</u>
Zorggerelateerde preventie is erop gericht om verergering, complicaties of beperkingen van een ziekte te voorkomen en het zorggebruik van de GGZ te reduceren. De NZa maakte bij het formuleren van oorzaken een tweedeling tussen patiënten die vrij zijn van klachten en patiënten met chronische klachten.

Als eerste oorzaak van het onvoldoende verlenen van preventie wordt genoemd *'patiënt uit beeld'*. Dit geldt met name voor de eerste groep, ofwel de klachtenvrije patiënten. Voor deze patiëntengroep is het van belang te voorkomen of uit te stellen dat patiënten in een nieuw behandeltraject terecht komen (RIVM, 2007). Bij de verwijzer uit de eerstelijnszorg kon de patiënt al direct na het moment van verwijzing uit beeld zijn en na beëindiging van de behandeling verdween de patiënt vaak ook buiten beeld bij de behandelaar. Allereerst ligt hieraan ten grondslag dat zodra het behandeltraject van patiënten met een GGZ-klacht was afgerond, de verantwoordelijkheid en de

taak bij een zorgverlener ontbrak om preventie van terugval (preventie van recidief) te laten plaatsvinden. In de eerdere bekostiging was deze taak niet voldoende gewaarborgd. Preventie van recidief was bijvoorbeeld niet als functie benoemd binnen de eerstelijnszorg.

Als tweede oorzaak wordt de communicatie genoemd. In de GGZ was het geen standaard gegeven om de verwijzer -meestal de huisarts- na afronding van de behandeling op de hoogte te stellen van het verloop en de uitkomst van de behandeling.

De tweede oorzaak '*niet naar basiszorg'* wordt genoemd bij het andere type patiënt, namelijk de chronische patiënt. Bij deze groep is het zaak te voorkomen dat teruggevallen patiënten te laat gesignaleerd worden met vaak de noodzaak van een duurder traject tot gevolg (RIVM, 2007). Deze zorg vond te vaak plaats in de tweedelijns, waar ook de behandeling had plaatsgevonden terwijl dit voor een deel overgeheveld zou kunnen worden naar de eerste lijn. Die overheveling heeft voor de patiënt als voordeel dat zorg dichtbij huis geboden kan worden. Daarnaast kan de persoon op dezelfde plaats terecht voor somatische behandeling van comorbiditeit[2], bijwerkingen van medicatie en andere klachten. De onderliggende oorzaken zijn gelijk aan die van de zorg aan klachtenvrije patiënten, namelijk dat onderhoudszorg niet als functie benoemd was en een sluitende overdracht hoge eisen stelt aan communicatie en samenwerking (NZa, 2011 b).

Paragraaf 3.3 Advies

De bovenstaande knelpunten en de daarmee samenhangende oorzaken zijn door de NZa vertaald naar adviezen c.q. oplossingen. In figuur 2 is een samenvattend schema opgenomen waarin de knelpunten, oorzaken en adviezen beknopt en overzichtelijk zijn weergegeven. Het advies gaat uit van de nieuwe structuur in de GGZ, namelijk de basis generalistische GGZ en de specialistische GGZ. Dit is in plaats van de eerstelijns en de tweedelijns, zie hiervoor §3.5. Een belangrijke kanttekening bij deze paragraaf is dat dit advies in 2011 is ontworpen. Zodoende zijn bepaalde adviezen reeds doorgevoerd, punten verworpen en aanbevelingen omgevormd. Verderop in dit hoofdstuk volgt een akkoord waarin de definitieve beslissingen zijn verwoord.

De oplossing voor de oorzaak '*onzekere poortwachter'* is dat de huisarts in de nieuwe zorgstructuur een grote rol in de GGZ-basiszorg gaat vervullen. Zoals eerder aangegeven, ontbrak bij een deel van de huisartsen de kennis of ervaring over psychische problematiek en mistte een deel van hen de tijd voor en ondersteuning bij deze problematiek. De huidige regeling voor de GGZ -het inzetten van de POH-GGZ die dit gemis moet compenseren- lijkt soms knellend te werken en is niet altijd even duidelijk. Een oplossing hiervoor ziet de NZa in het flexibiliseren van de module POH-GGZ. Het gaat daarbij om het veranderen van de financiering en om het duidelijker inkaderen van de functiebeschrijving van de POH-GGZ. Hierdoor krijgen verzekeraars en huisartsen een duidelijke basis voor hun afspraken over hoe, waarvoor en in welke mate GGZ-ondersteuning ingezet kan worden.

Als oplossing voor de oorzaak '*patiënt kwijt'* is het volgende geformuleerd. In een versterkte GGZ-basiszorg zal de huisarts nog steeds de triage uitvoeren, zo nodig ondersteund door de POH-GGZ. De triage is erop gericht te beoordelen of patiënten binnen de basiszorg behandeld kunnen worden of dat aanvullende diagnostiek noodzakelijk is. Indien diagnostiek noodzakelijk wordt geacht, zal deze moeten plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van de basiszorg. Voor de diagnostiek moet

[2] Het tegelijkertijd aanwezig zijn van verschillende aandoeningen c.q. stoornissen (Vanroy, R., Eede, F. van den., Kenis, C., e.a., 2012).

gebruik gemaakt kunnen worden van de kennis van psychologen en psychiaters. Echter, de uiteindelijke diagnose en daarbij een eventuele verwijzing dient plaats te vinden in de basiszorg. Tevens adviseert de NZa dat het in de toekomst mogelijk moet zijn om diagnostiekverrichtingen van een specialist aan de huisarts te kunnen declareren.

De NZa adviseert op de oorzaak *'ongelijke regels'* eenduidige bekostiging in te voeren. Het is de bedoeling dat de structuur van de GGZ omgevormd wordt, zodat er een duidelijk onderscheid is tussen de basis en specialistische GGZ. Deze hervorming kan niet plaatsvinden op de korte termijn. Zodoende adviseert de NZa allereerst uniforme bekostiging in te voeren voor de generalistische behandeling en eventuele aanvullende diagnostiek van patiënten met een licht tot matig ernstige, niet-complexe GGZ-aandoening.

Verder adviseert de NZa het volgende naar aanleiding van het feit dat *zorggerelateerde preventie* onvoldoende plaatsvindt. De NZa zal de taken preventie van recidief en onderhoudszorg voor chronische patiënten opnemen binnen de functie POH-GGZ. Het is wenselijk dat de behandelaar de patiënt sluitend overdraagt aan de preventieve behandelaar. Hierbij valt te denken aan terugkoppeling van de specialist aan de huisarts door middel van een ontslagbrief (NZa, 2011b).

Tot slot formuleert de NZa nog enkele algemene aandachtspunten. Het streven naar een goede infrastructuur en richtlijnen voor de communicatie en samenwerking tussen aanbieders binnen de GGZ is allereerst een belangrijk punt. Door de herstructurering is namelijk een proces in gang gezet van meer informatie-uitwisseling en samenwerking tussen aanbieders van basiszorg en gespecialiseerde zorg. Een goede infrastructuur en duidelijke richtlijnen zijn hiervoor van belang. Verder adviseert de NZa uitbreiding van de capaciteit van de basis- en generalistische zorg. Daarmee wordt geduid op het feit dat de versterking van de functie GGZ-basiszorg alleen het gewenste effect kan hebben als aanbieders van die functie ook de capaciteit hebben om aan de vraag te voldoen die de versterking met zich mee zal brengen.
Tevens wordt er vroegsignalering en preventie in de wijk geadviseerd. Een vroege signalering van psychosociale problemen in de wijk door buurtbewoners, scholen, kerken, verenigingen en wijkwerkers en een adequate reactie hierop kan wellicht ook bijdragen aan het terugdringen van het beroep op de GGZ, zo stelt de NZa.
Het volgende aandachtspunt in het advies betreft het wegnemen van belemmeringen voor de inzet van e-health in zowel de GGZ-basiszorg als bij de generalistische zorg. E-health is hulp die door instellingen geboden wordt bij psychische, sociale of maatschappelijke problemen waarbij gebruik gemaakt wordt van internettechnologie. Het richt zich op het primaire zorgproces van informatie verstrekken, advies, ondersteuning, begeleiding, behandeling of nazorg (E-hulp.nl, z.d.) Zo kan e-health bijvoorbeeld bestaan uit een online cursus voor het omgaan met ADHD, een online zelf-test, een cursus voor mantelzorgers van mensen met dementie, een zelfhulpcursus voor mensen met depressieve gevoelens of een chatbox voor jongeren die informatie willen over alcohol, drugs en veilig vrijen (Trimbos Instituut, 2013). Enkele doelen voor het inzetten van e-health zijn de toegankelijkheid van de zorg vergroten, gebruikersgemak verbeteren, regie en zelfredzaamheid stimuleren en kosten besparen. Het gebruik van internet is namelijk laagdrempelig, anoniem, dag en nacht beschikbaar en het is een goede manier om groepen te bereiken die niet naar de reguliere GGZ gaan of niet door de reguliere GGZ bereikt worden (Trimbos Instituut, 2013).
Om deze voordelen van e-health te benutten, stelt de NZa dat het van belang is dat daarvoor geen belemmeringen bestaan in de bekostiging.

Daaropvolgend stelt de NZa in het advies om onder andere te monitoren of het terugdringen van de onnodige doorstroom naar de gespecialiseerde GGZ daadwerkelijk leidt tot besparing. Hoewel deze onnodige doorstroom als een unaniem knelpunt wordt gezien, zijn er geen recente en precieze cijfers over de mate waarin mensen met psychische klachten onnodig met dure zorg en/of in de tweede lijn worden behandeld. Om de effectiviteit van de te nemen maatregelen te kunnen beoordelen, zijn deze cijfers, en daarmee monitoring, nodig. Tot slot stelt de NZa nog enkele verschuivingen die nodig zijn in het Budgettair Kader Zorg. Deze punten zijn verder uitgewerkt in §1.4.

Figuur 2. Samenvattend schema

Knelpunten	Oorzaken	Adviezen
1. Te snel doorverwezen	Onzekere poortwachter: Niet alle huisartsen hadden in voldoende mate ondersteuning in, tijd voor, affiniteit met en kennis van de GGZ. Patiënt kwijt: Weinig samenwerking, communicatie en terugkoppeling tussen de huisarts en de eerste- en tweedelijnszorg. Geen mogelijkheid tot declaratie van consultatie. Ongelijke regels: Verschillen in bekostiging leidden voor zowel zorgverzekeraars als patiënten tot voordeel bij behandeling in de tweedelijnszorg.	De huisarts krijgt een poortwachtersfunctie met ondersteuning van de POH-GGZ. De POH-GGZ module wordt geflexibiliseerd. De huisarts voert de triage en raadpleegt specialisten voor een goede diagnostiek. Tevens komt er de mogelijkheid tot declaratie van diagnostiekverrichtingen. Invoering van eenduidige bekostiging voor de generalistische GGZ.
2. Onvoldoende zorggerelateerde preventie	1. Patiënt uit beeld: Na verwijzing was de patiënt uit beeld bij de verwijzer en na behandeling uit het beeld bij de behandelaar. De taak ontbrak om preventie te laten plaatsvinden en het was geen standaard gegeven een sluitende terugkoppeling te verzorgen. 2. Niet naar basiszorg: De zorg vond plaats in de tweedelijns terwijl dit voor een deel in de eerste lijn had gekund. Ook hier ontbrak de taak om preventie te laten plaatsvinden en was het geen standaard gegeven een sluitende terugkoppeling te verzorgen.	De taken preventie van recidief en onderhoudszorg voor chronische patiënten worden opgenomen binnen de functie POH-GGZ. Verwijzers en behandelaars dienen te streven naar een sluitende overdracht.

Paragraaf 3.4 Besluit

Om naar aanleiding van het advies van de NZa te komen tot een gezamenlijke inhoudelijke agenda die er in de toekomst voor moet zorgen dat de GGZ kwalitatief hoogwaardig en betaalbaar blijft, zijn de volgende partijen rond de tafel gegaan: Landelijk Platform GGZ, GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, MEER GGZ, Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit heeft geresulteerd in het 'Bestuurlijk Akkoord 2013-2014' dat onderverdeeld is in drieëntwintig punten

In het akkoord staat weergegeven dat de GGZ een onmisbare bijdrage levert in Nederland aan een gezonde, veerkrachtige en veilige samenleving. De diverse partijen stellen dat het belangrijk is dat er in de GGZ een goed, stevig en gevarieerd zorgaanbod dient te bestaan om mensen met psychische aandoeningen te herkennen, diagnosticeren, behandelen en/of te stabiliseren. Om dit te bereiken is als uitgangspunt bepaald dat de zorg rond de patiënt wordt georganiseerd en niet de patiënt rond de zorg. In de kern betekent dit dat de zorg die nodig is op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig en in goede samenhang moet worden verleend (Rijksoverheid, 2012).

De drieëntwintig punten uit het bestuurlijk akkoord worden hieronder samengevat weergegeven. De punten zijn aangevuld met het 'Onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017' waar nieuwe afspraken in staan die als aanvulling gelden op het akkoord. Tevens is deze beschrijving gecomplementeerd met bronnen die weergeven hoe de maatregelen zich tot op heden hebben ontwikkeld.

1. Mensen met een (ernstige) psychische aandoening behoren ruimte te ervaren in de samenleving om uit te komen voor hun ziekte en moeten als gelijkwaardige burgers behandeld worden. Dat bevordert hun deelname aan de maatschappij, arbeidsparticipatie en herstel van *burgerschap* (eigen regie) en niet in de laatste plaats het herstel van de gezondheid. Hiervoor is, zoals vastgelegd in het bestuurlijk akkoord, door cliëntorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders een destigmatiseringsprogramma opgezet. Zoals de term 'destigmatisering' al in zich heeft, betreft dit het tegengaan van stigmatisering in de samenleving van mensen met een psychische aandoening. Het resultaat is de stichting 'Samen Sterk tegen Stigma (SStS, z.d. en NVVP, z.d.). Deze stichting gaat door middel van projecten de strijd aan tegen de veelal algemeen heersende vooroordelen. Dit vindt plaats door stigma te agenderen op de maatschappelijke agenda en door het uitvoeren van projecten op het werk, school, bij familie, in de buurt en in de zorg. Tevens is een belangrijk terrein het verbinden van mensen door zoveel mogelijk samen te werken. Het laatste punt van de aanpak is 'emanciperen' door ervaringsdeskundigen de spil te laten zijn in dit alles.

2. De patiënt staat centraal en weet waar hij terecht kan bij psychische problematiek. Er dient zorg op maat én in samenhang geboden te worden. De huisarts wordt door zorgverzekeraars en zorgaanbieders georganiseerd als een zogenoemde poortwachter. Patiënten met zowel psychische als somatische ziekten worden door een huisarts adequaat herkend en waar nodig en mogelijk binnen de praktijk behandeld en ondersteund. De POH-GGZ module wordt hiervoor geflexibiliseerd, zodat de huisarts in staat is de toeloop van mensen met psychische klachten te ondervangen (NVVP, z.d.). Mocht de patiënt binnen de huisartsenfunctie niet voldoende geholpen kunnen worden, dan wordt deze doorverwezen naar de generalistische basis of specialistische GGZ (zie §3.5). De patiënt

behoort vloeiend door deze zorgketen te gaan en zo snel mogelijk bij de juiste behandelaar terecht te komen. Behandeling vindt alleen plaats wanneer dit noodzakelijk is en met behoud van zelfmanagement, zelfregie en zorgcoördinatie van de patiënt, indien mogelijk. Wanneer er geen sprake is van psychische klachten, dan wordt doorverwezen naar andere hulpverleners, zoals het algemeen maatschappelijk werk (zie §3.5) (LPGGZ, 2012).

3. Met toegankelijke en adequate zorgvormen die gericht zijn op het herstel zullen mensen die nu opgenomen zijn in klinische zorgvormen en daar verzorgd en behandeld worden uit kunnen stromen naar maatschappelijke zelfstandigheid. Dat is tevens de wens van deze mensen. Zij willen zoveel mogelijk deelnemen aan en wonen in de maatschappij (Hoof, F, van., Knispel, A., Wijngaarden, B, van., Kok, I., 2012). De zorg moet hiervoor ambulant worden en dat betekent dat de beddencapaciteit fors wordt afgebouwd tot en met 2020 met één derde ten opzichte van het jaar 2008. In aantallen betekent dit dat er vanaf 2020 circa 10.000 bedden minder beschikbaar zijn en dat er een ombouw gaande is voor de bekostiging van de nieuwe behandelingen en zorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (Ministerie van VWS) 2012 a). Om deze ambulantisering te laten slagen, is het van belang dat er wordt samengewerkt met gemeenten, woningcorporaties, het Uitkeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV), politie en Justitie, onderwijs, re-integratiebedrijven, schuldhulpverlening, huisartsen en thuiszorg. Voor de inhoud, mogelijkheden en het tempo van de ambulantisering maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders lokaal afspraken, omdat uitgangsposities veelvuldig verschillen. In 2012 is met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) om de tafel gegaan om beleid rondom deze transitie vorm te geven. (LPGGZ 2013 b en NZa, 2013). Het hele proces van ambulantisering wordt goed gemonitord en men besteedt nadrukkelijk aandacht aan de inhoudelijke effecten voor de patiënten (NZa, 2013).

4. Zelfmanagement van patiënten met psychische problematiek moet versterkt worden. Onder zelfmanagement verstaat men de vaardigheid van patiënten om in het dagelijks leven met de ziekte om te gaan. Patiënten zoeken zelf oplossingen voor hun problemen (Invoering Generalistische Basis GGZ, z.d. a). Het ziekte-inzicht en de eigen regie van de patiënt worden hiermee vergroot. Patiëntenorganisaties zetten zich in om een elektronisch patiëntendossier te ontwikkelen dat door de patiënt zelf beheerd wordt. Informatie uit de behandeldossiers wordt op deze wijze inzichtelijk gemaakt voor de patiënt.

5. Transparantie ten aanzien van prestaties is van groot belang binnen de zorg. Er is één taal noodzakelijk voor het uitdrukken van kwaliteit waardoor uitkomsten te vergelijken zijn met elkaar. Er wordt onder regie van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) een kwaliteitsprogramma opgezet wat betreft het ontwikkelen van behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten. Het Routine Outcome Monitoring systeem (ROM) is een onderdeel daarvan. ROM staat voor een methodiek die door het regelmatig verzamelen van gegevens inzicht verschaft in de ziekteverschijnselen van de cliënt, de behandeling en het resultaat. Zorgaanbieders (uitgezonderd de huisarts en de POH-GGZ) zijn verplicht om inzicht te geven in de doelmatigheid, effectiviteit en veiligheid van de geleverde zorg en in de patiëntervaring. Aan het begin, tijdens en aan het eind van de behandeling worden gegevens verzameld over de stoornis, de cliënt en het effect van de behandeling. Op basis hiervan vormt men een beeld over de ontwikkeling van symptomen, het functioneren en de risico- en beschermende factoren van de cliënt tijdens de behandeling (Noom, M., 2010). Het eerste doel dat beoogd wordt met deze monitoring is de ondersteuning van de

behandeling doordat het inzicht geeft voor de behandelaar en de patiënt in de problematiek. Het tweede doel is het verkrijgen van inzicht in het verloop van de behandeling. Tot slot geeft het ondersteuning op het gebied van onderzoek. Doordat er grotere hoeveelheden gegevens verzameld zijn, kunnen oorzaken en achtergronden van bepaalde problematiek en de effectiviteit van behandelingen door onderzoek inzichtelijk gemaakt worden (Feltz-Cornelis, C.M., Volker, D., Heer, E. de., 2010).

6. De informatievoorzieningen van somatiek en GGZ behoren gelijk behandeld te worden. Er worden afspraken gemaakt welke informatie gepseudonimiseerd op individueel niveau daadwerkelijk noodzakelijk is voor het in- en verkoopproces van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Patiëntgegevens gepseudonimiseerd weergeven, gebeurt door gegevens om te zetten naar een unieke code die niet te herleiden is naar de oorspronkelijke persoon. Naam, adres en woonplaats mogen niet weergeven worden, postcodecijfers, landcode, geboortejaar en geslacht daarentegen wel (DIS, z.d.). Er wordt een ontwikkelagenda opgesteld voor een goede gegevensverstrekking die voor iedere partij toegevoegde waarde heeft. Vanaf 2014 is de informatie middels het gebruik van pseudoniemen op persoonsniveau beschikbaar. Randvoorwaarden hierbij zijn privacyregelgeving, gelijkblijvende administratieve lasten en gelijke toegang tot informatie voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

7. Om hoogstaande kwaliteit van de GGZ te waarborgen, is adequate zorg rondom de patiënt van belang. De zorg moet doelmatig en in samenhang geleverd worden door de juiste behandelaar. Multidisciplinaire samenwerking tussen professionals is daarbij noodzakelijk. Een ambitieus kwaliteitsprogramma opzetten is nodig, hetgeen gedaan wordt door GGZ Nederland in samenspraak met andere partijen (zie punt 5). Men richt zich op de ontwikkeling van zorgstandaarden, kwaliteitsindicatoren, behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten, zoals zorgpaden waarbij antwoord gegeven wordt op de vraag wie-doet-wat-wanneer-en-waarom (ROS Netwerk, z.d., Trimbos Instituut, z.d.).

8. De GGZ streeft ernaar het gebruik van dwangtoepassingen terug te dringen. Ambulant gelden voorwaardelijke machtigingen, dat wil zeggen dat er een verplicht behandelplan met verplichte behandelafspraken wordt opgesteld die de patiënt na dient te komen (GGZ inGeest, 2009, p.4). Klinisch zijn dwangopname, medicamenteuze, dwangbehandeling en in het uiterste geval separatie - het tijdelijk opsluiten in een (kale) ruimte- van kracht. Separatie wordt verder teruggedrongen en alleen toegepast als uiterste redmiddel (Trimbos Instituut, 2014). Tijdens separaties heeft de patiënt altijd de mogelijkheid tot persoonlijk contact. Separatie dient kort, humaan en veilig te zijn. Bij langdurige separatie wordt na één week interne en na zes weken externe consultatie ingezet. Dwangtoepassingen moeten aantoonbaar gerapporteerd worden. Vervolgens moet deze rapportage gebruikt worden met als doel de eigen handelwijze te evalueren en bij te stellen.

9. Er moet voor kinderen met een stoornis of ziekte toegang zijn tot kwalitatief goede en verantwoorde jeugd GGZ. Deze wordt geleverd in samenhang met Bureau Jeugdzorg, de volwassen GGZ en somatische zorg. De huisarts behoudt zijn rol met betrekking tot de jeugd GGZ. Hij signaleert lichamelijke problematiek als buikpijn en dergelijke. Psychische problemen uiten zich vaak lichamelijk bij jongeren waardoor de huisarts veel met deze problematiek in aanraking komt en als poortwachter fungeert met veel kennis over de context.

10. Een adequaat bekostigingssysteem wordt onder andere gerealiseerd met een lage administratieve lastendruk en keuzemogelijkheden voor de patiënt. Met het systeem worden eveneens adequate sturingsinstrumenten gewaarborgd voor sturing op kwaliteit en kosten, onderverdeeld in de volgende stappen.
    - De module POH-GGZ wordt geflexibiliseerd. Huisartsen krijgen de mogelijkheid de ondersteuning voor mensen met psychische problemen flexibeler in te richten doordat ze ruimte krijgen voor het organiseren van de juiste professionals rondom de patiënt. Het wordt mogelijk om bijvoorbeeld internetprogramma's aan te bieden of de psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog of (eerstelijns) GZ- psycholoog te consulteren (zie §3.5). De NZa wordt om advies gevraagd naar de mogelijkheid per 2014 de bekostiging van deze module geheel functioneel te maken.
    - In 2014 wordt uniforme bekostiging voor de generalistische basis GGZ op basis van zorgzwaarte-prestaties ingevoerd die aansluiten bij de zorgvraag van de patiënt. De zorgzwaarte wordt bepaald door gestandaardiseerde diagnostische instrumenten, waaruit blijkt in welke zorgvraagzwaarteklasse (intensiteit van zorg) de patiënt valt (Bijlage 4) (Invoering Generalistische Basis GGZ, z.d. b).
    - Sinds 2013 geldt de prestatiebekostiging voor alle zorgaanbieders op basis van bestaande DBC's. Prestatiebekostiging houdt in dat zorgaanbieders één bedrag krijgen voor alle zorg die zij leveren aan een patiënt. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken afspraken over prijs, kwaliteit en hoeveelheid van de zorg. Dit zorgt ervoor dat zorgaanbieders zorg beter organiseren tegen een scherpere prijs en dat de kwaliteit strenger bewaakt wordt (Rijksoverheid, z.d. b). DBC staat voor Diagnose Behandeling Combinatie en wordt gebruikt binnen de gespecialiseerde GGZ. Het omvat het traject dat een cliënt doorloopt tot maximaal 365 kalenderdagen als deze zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose. DBC is de basis voor declaratie bij de zorgverzekeraar van geleverde zorg in de genoemde periode. Het voert in het kader van dit onderzoek te ver om de bekostigingsstructuur verder uit te werken.
    - Er wordt toegewerkt naar een DBC systeem dat zowel zorgzwaarte als uitkomsten van zorg inzichtelijk maakt voor de gespecialiseerde GGZ.

11. Ten behoeve van de beheersbaarheid van bovenstaand budget wordt per 1 januari 2014 een macrobeheersinstrument (mbi) gehanteerd. Het wordt ingezet om de overschrijding van het financiële kader te herstellen. Alle zorgaanbieders, zowel de basis GGZ als de gespecialiseerde GGZ, kunnen hiermee te maken krijgen. Wanneer er teveel is uitgegeven, kan aan een zorgaanbieder een kortingsmaatregel worden opgelegd die inhoudt dat de instelling een bepaald percentage van de te veel gedeclareerde kosten moet terugstorten in het Zorgverzekeringsfonds, naar rato van het marktaandeel (NIP, 2014, p. 1 en 2, en Invoering Generalistische Basis GGZ, z.d. c).

12. De partijen hebben afspraken gemaakt omtrent taakherschikking. Onder taakherschikking verstaat het ministerie van VWS het herverdelen van taken en verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen met als doel het proces van zorg doelmatiger te organiseren, capaciteiten te benutten en in te spelen op de stijgende zorgvraag. Dit betekent concreet dat zorg wordt geboden door de hulpverlener die daartoe het best is toegerust en die de zorg het meest doelmatig kan bieden (Ministerie van VWS, 2012, p. 1, b). Inherent hieraan is het hoofdbehandelaarschap. Per 1 januari 2014 is vastgesteld wat de verantwoordelijkheden zijn van een hoofdbehandelaar in de GGZ en welke disciplines als hoofdbehandelaar mogen fungeren. Deze uitspraak vormt een tussenstap voordat er in 2016 met een definitieve norm voor hoofdbehandelaarschap wordt gewerkt. In die

norm komt te staan wie er hoofdbehandelaar mag zijn in de basis GGZ en wie in de gespecialiseerde GGZ. Hiervoor is gekozen, omdat de nieuwe indeling van de GGZ zijn uitwerking nog moet krijgen en er ruimte moet zijn om de nieuwe situatie te implementeren (NIP, 2013).

13. Doordat er een grote omslag plaatsvindt in het bekostigingssysteem van de GGZ bestaat het risico dat er een verschil is tussen de opbrengst die een zorginstelling voor een bepaalde hoeveelheid zorg zou hebben gekregen onder het oude systeem en wat hij voor diezelfde hoeveelheid zorg krijgt onder het nieuwe systeem, de zogenaamde systeemrisico's. Om deze kentering c.q. transitie in het systeem te begeleiden is in 2013 een zogenaamd transitiemodel ingezet dat ook voor 2014 blijft gelden.

14. Voor het inkopen van doelmatige, gepaste zorg is het nodig dat er inzicht is in de relatie tussen zorgvraagzwaarte en de kosten. Zorgvraagzwaarte-informatie moet inzicht geven in de relatie tussen de gestelde indicatie en de hoeveelheid zorg die iemand tijdens de behandeling heeft gehad. Met deze informatie willen verzekeraars onder andere vaststellen of de behandelinzet passend is geweest bij de problemen waarmee een patiënt binnenkwam. Vanaf 1 november 2013 kan de NZA daarom verplichten dat bij GGZ-zorg de zorgzwaarte op de factuur wordt vermeld. Hierbij geldt een uitzondering voor persoonlijkheidsstoornissen, voor 'zelfbetalers' en voor patiënten die hiertegen uit privacyoverwegingen bezwaar hebben (College Bescherming Persoonsgegevens, 2013, p. 4).

15. Ten behoeve van een goede monitoring van de productieafspraken en de productie zullen zorgverzekeraars twee keer per jaar informatie verstrekken aan de NZa. Het betreft de productieafspraken en een schatting van de uitgaven. De NZa telt deze bedragen bij elkaar op en levert deze gegevens aan bij het ministerie van VWS. Het centraal aanleveren van de productiegegevens maakt het mogelijk om een model te ontwikkelen voor een continue monitoring van de kostenontwikkelingen in de GGZ.

16. In de voormalige eerstelijnszorg werd een eigen bijdrage gehanteerd, in de tweedelijnszorg niet. Per 2012 werd de eigen bijdrage ook ingevoerd binnen de tweedelijns GGZ. Echter, in het onderhandelaarsresultaat is vastgelegd dat het kabinet heeft besloten af te zien van een eigen bijdrage. Voor zowel de basis GGZ als de specialistische GGGZ geldt geen eigen bijdrage, wel geldt het verplichte eigen risico (Invoering Generalistische Basis GGZ, z.d. d).

17. Het plan voor de toekomst is om het gedeelte van de GGZ dat gefinancierd wordt uit middelen van de Zorgverzekeringswet scherper af te bakenen. Dit heeft als doel het gepaste gebruik van deze zorg te bevorderen. Er dient een scherpere afbakening te komen omtrent de vraag wat verzekerde zorg is en wat niet. In juli 2013 heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) invulling gegeven aan deze opdracht door een verkenning te geven op het gebied van begrenzing van de Zvw. Het CVZ is van plan om over twee jaar te bekijken of een hernieuwd advies nodig is. (CVZ, 2013, p. 19 en NVGZP, 2013, p. 27).

18. Voor de lange termijn is afgesproken dat er in 2012 en 2013 plannen van aanpak zullen worden opgesteld met onderwerpen als het verminderen van de administratieve lasten, het wegnemen van knelpunten voor de inzet van e-health en de ontwikkeling van topzorg. Daarnaast zijn er nog enkele andere onderwerpen opgesteld. Deze worden echter niet hier behandeld, omdat deze niet relevant

zijn voor de strekking van dit onderzoek.

19. Partijen spreken af dat er onderzoek zal plaatsvinden naar de voor- en nadelen, belemmeringen, budgettaire effecten en knelpunten van een eventuele overheveling van het AWBZ deel van de GGZ naar de Zvw. Inmiddels is het een feit dat de intramurale GGZ-zorg in de AWBZ per 2015 wordt overgeheveld naar de Zvw. Alleen de zwaarste, langdurige zorg wordt dan nog vergoed uit de AWBZ. Lichtere vormen van AWBZ-zorg gaan naar gemeenten (Wmo) of worden geregeld via de zorgverzekeringswet (Atlas van zorg & hulp, 2013).

20. Partijen willen de tweedeling tussen de somatische zorg en psychiatrische zorg opheffen. Dit betekent dat de aandacht voor somatische ziekten in de GGZ moet toenemen, maar dat er omgekeerd ook meer aandacht moet komen voor eventuele psychische problematiek bij mensen die een somatische behandeling krijgen. Is bij een patiënt sprake van co-morbiditeit dan is signalering en parallelle behandeling voldoende. Voor de meer complexe aandoeningen zijn geïntegreerde zorg en korte lijnen noodzakelijk. Voor het opstellen van een plan van aanpak gericht op het opheffen van de tweedeling is afgesproken dat de NVVP dit zal doen (NVGZP, 2013, p. 28).

Tot slot volgt in het bestuurlijk akkoord een financiële paragraaf. Deze paragraaf bestaat uit maatregelen om de uitgavengroei van de GGZ terug te brengen naar een aanzienlijk lager niveau. Deze maatregelen betreffen het financiële component van de GGZ-transitie en zijn zodoende niet relevant om hier te bespreken.

Paragraaf 3.5 De GGZ-structuur vanaf 2014

Het bovenstaande advies van de NZa en het bestuurlijk akkoord hebben tot gevolg dat de structuur van de GGZ wordt getransformeerd. Voor 2014 was de GGZ onder te verdelen in de eerste- en tweedelijns GGZ. Vanaf 2014 zullen de termen ‘eerstelijns’ en ‘tweedelijns’ verdwijnen. De zorg wordt opgesplitst in drie echelons te weten:



Figuur 3. GGZ structuur (HHM, 2013, p. 4)

3.5.1. GGZ- zorg door de huisarts

De huisarts en de POH-GGZ vormen samen een sterke poort waar patiënten met psychische problematiek adequaat worden herkend, behandeld en waar nodig
verwezen naar de generalistische basis GGZ (GBGGZ) of de gespecialiseerde GGZ (GGGZ). In eerste instantie worden mensen via de huisarts opgevangen. De huisarts beoordeelt de patiënt al dan niet met hulp van de POH-GGZ.

POH-GGZ ondersteuning

De POH-GGZ staat voor Praktijkondersteuner Huisartsenzorg Geestelijke Gezondheidszorg. Deze functie is sinds 2008 opgericht om huisartsenpraktijken te ondersteunen bij de zorg aan mensen met psychische problemen. Het doel van deze ondersteuning is om de GGZ-zorg die in de

huisartsenpraktijk geboden moet worden daadwerkelijk in de huisartsenpraktijk aan te bieden. Tevens is het doel om patiënten met een zorgvraag die niet binnen het aanbod van de huisarts vallen adequaat te verwijzen naar de juiste instantie in de GBGGZ of de GGGZ.
Door het organiseren van een adequate ondersteuningsfunctie in de huisartsenpraktijk worden huisartsen aangespoord de patiënt zelf te behandelen, patiënten te stimuleren tot meer zelfzorg (e-health), de screeningsfunctie te verbeteren, gericht door te verwijzen of consultatie van een specialist aan te vragen (CZ, 2013, p. 5).

De ondersteuning vóór de komst van de POH-GGZ werd geboden betrof de consultatieregeling welke in 2000 is ingesteld en liep tot en met 2007. Deze regeling gaf huisartsen en de eerstelijnszorg de mogelijkheid om tweedelijns GGZ-aanbieders te raadplegen bij de diagnostiek en behandeling van mensen met psychische problematiek. De inzet van deze regeling bleek een groot succes te zijn. Uit onderzoek van het Nivel, het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg bleek maar liefst 90 procent van de consultatievragers huisarts te zijn. De meest voorkomende reden van huisartsen om consultatie te vragen was de behoefte aan advies over verwijzing (60 procent) en onduidelijkheid over de diagnose (45 procent). De sociaal psychiatrisch verpleegkundige werd hierbij het meest geconsulteerd (76 procent).
Uit deze cijfers bleek de behoefte van huisartsen aan ondersteuning bij de vraagverheldering van patiënten met psychische klachten. Om huisartsen te ondersteunen bij dit proces heeft minister Klink van VWS in 2008 besloten de POH-GGZ te introduceren (Nivel, 2006, p. 6, 22, 23, 35 en Staatscourant, 2007).
De POH-GGZ kan op verzoek van de huisarts een patiënt met psychische problemen zien om een beter beeld van de klacht te krijgen, de nodige begeleiding vast te stellen en verdere begeleiding te verlenen. Ook kan de POH-GGZ in overleg met de huisarts bekijken of de patiënt doorverwezen moet worden naar de GGZ. De functie POH-GGZ kan door verschillende soorten zorgaanbieders worden vervuld zoals psychologen, verpleegkundigen of maatschappelijk werkers. De POH-GGZ werkt altijd voor en onder verantwoordelijkheid van een huisarts (PsyNip, z.d. p. 1-3).

Het functieprofiel van de POH-GGZ is door de Landelijke Vereniging Praktijkondersteuner Huisartsenzorg GGZ als volgt beschreven en bevat negen kerntaken.

1. Vraagverheldering: Het kennismaken met de cliënt en het voeren van gesprekken die bestaan uit vier fasen, namelijk introductie, inventarisatie, evaluatie en advies.
2. Begeleiding: Kortdurende begeleiding ter ondersteuning en stabilisering van de cliënt.
3. Informeren/adviseren: Het geven van psycho-educatie, het voeren van triage en het adviseren van de huisarts.
4. Continuïteit van (keten)zorg leveren/casemanagement: Ondersteuning aan de huisarts bij het verwijzen van patiënten met psychische problematiek.
5. Preventie: Adviseren, informeren en voorlichten van een patiënt (zorg gerelateerde preventie) of van een groep specifieke patiënten (geïndiceerde preventie).
6. Clientgegevensbeheer: Registreren en rapporteren en bijdrage aan onderzoek.
7. Kwaliteitsbewaking en innovatie: Uitvoeren van taken ten behoeve van het zorgbeleid- en beheer binnen de praktijk.
8. Netwerken: Ontwikkelen en onderhouden van de sociale kaart en netwerken binnen en buiten de huisartsenpraktijk.

9. Kwaliteitsbewaking van de functie-oefening: Onderzoek doen naar de eigen functie binnen de praktijk, deskundigheidsbevordering volgen en het ontwikkelen van de eigen functie (Prakijkondersteuner huisartsenzorg GGZ, 2008, p. 4-7).

Om ervoor te zorgen dat de huisarts beter in staat is de toestroom van patiënten met psychische problematiek te organiseren en te begeleiden is de POH-GGZ ondersteuning geflexibiliseerd. Per 2014 zijn vijf aanvullende wijzigingen doorgevoerd ten aanzien van de module POH-GGZ.

1. Inschrijftarief POH-GGZ
Per 1 januari 2014 is het mogelijk de POH-GGZ voor twaalf uur in te zetten. Waar deze uren eerder verruimd zijn van vierenhalf naar negen uur geldt nu de norm van twaalf uur per 2350 patiënten. Het tarief is niet langer alleen bestemd voor de inzet van een praktijkondersteuner, maar kan ook worden ingezet voor e-health, aanschaf van screeningsinstrumenten en raadpleging van een psycholoog of psychiater. Zorgverzekeraars beslissen in het beleid welke verdeling zij maken tussen de personele inzet en de nieuwe mogelijkheden.

2. E-health
Zoals hierboven wordt gesteld, mag het tarief voor de POH-GGZ per 2014 ook worden gebruikt voor de vergoeding van e-health programma's. Het dient te gaan om e-health programma's die de POH-GGZ-functie ondersteunen, zoals diagnostiek of begeleiding/behandeling door de POH-GGZ of huisarts. De zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen in samenspraak beslissen welk deel van het tarief wordt ingezet voor e-health.

3. Consultatieve raadpleging
In 2014 kunnen zorgverzekeraars via de module POH-GGZ de kosten vergoeden wanneer zij gespecialiseerde GGZ-zorgverleners zoals een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog en (eerstelijns) GZ-psycholoog raadplegen. De geconsulteerde zorgverlener mag kosten in rekening brengen bij de huisarts of POH-GGZ die de consultatie heeft aangevraagd. Zorgverleners kunnen onderling een tarief in rekening brengen. Partijen maken dus zelf afspraken over de hoogte van de vergoeding en het moment waarop de vergoeding in rekening wordt gebracht. Het is dus bijvoorbeeld mogelijk om als huisarts en psycholoog af te spreken dat de psycholoog beschikbaar is voor incidentele consultatie voor een vast bedrag per maand of een vast bedrag per consulatie of tijdseenheid. Ook is het mogelijk om collegiaal overleg te plegen zonder dat er direct een tarief aan gekoppeld is.

4. Module POH-GGZ toegankelijk voor andere zorgaanbieders
Ook andere zorgaanbieders kunnen de POH-GGZ contracteren en organiseren als die aanbieders daarover een afspraak hebben met de verzekeraar. Zorgaanbieders zoals zorggroepen van huisartsen en GGZ-instellingen kunnen rechtstreeks bij de zorgverzekeraar de module POH-GGZ contracteren. Dit betekent dat de huisarts de organisatie van deze zorg aan andere zorgaanbieders kan overlaten, maar wel inhoudelijk verantwoordelijk is voor deze functie.

5. Groepsconsulten
Geïndiceerde preventie van depressie, angststoornis en verslaving behoort tot het takenpakket van de huisarts en POH-GGZ en vindt vaak plaats via groepscursussen. De huidige regelingen geven onvoldoende duidelijkheid over de bekostiging van deze groepscursussen. Daarom is er in 2014 een

nieuwe prestatie 'Groepsconsult', die per deelnemer en per groepsbijeenkomst in rekening gebracht mag worden (LHV, 2014).

Bij de bepaling van de huisarts in welke echelon de patiënt het beste past, wordt er gebruik gemaakt van vijf criteria. Deze criteria betreffen de aanwezigheid van een stoornis zoals beschreven in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)[3], de ernst, het risico, de complexiteit en het beloop van de klachten van de patiënt. Deze criteria zijn opgesteld door onderzoeks-en adviesbureau Hoeksma, Homans & Menting (HHM) in opdracht van het ministerie van VWS. In bijlage 3 is een uitgebreide beschrijving te vinden van de vijf verwijscriteria.

Aan de hand van de gestelde criteria kan de huisarts met eventuele ondersteuning van de POH-GGZ een inschatting maken welke hulp het beste past bij de patiënt. Behandeling door de huisarts en de POH-GGZ is aan de orde wanneer er geen vermoeden is van een DSM stoornis of wanneer er wel een vermoeden is, maar de ernst licht is, het risico laag, de complexiteit afwezig en de duur/het beloop van de symptomen niet voldoet aan de criteria voor het desbetreffende ziektebeeld. Tot slot is behandeling in de huisartsenpraktijk van toepassing als het stabiele, chronische problematiek betreft die niet crisisgevoelig is en met een laag risico (HHM, 2013, p. 22).

Wanneer de huisarts de gevraagde zorg niet kan bieden, kan deze doorverwijzen naar de GBGGZ of de GGGZ. Als er geen psychische stoornis wordt vastgesteld, verwijst de huisarts naar andere hulpverleners, zoals het algemeen maatschappelijk werk. Tevens kan worden bezien welk zorgzwaartepakket het meest passend is om de patiënt adequaat te behandelen (NZa, z.d. b). Verderop zal teruggekomen worden op deze pakketten.

Bij het verwijzen behoudt de huisarts ten alle tijden de regie (Invoering Generalistische Basis GGZ, z.j.). Zonder verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist kan een patiënt niet tot de basis of gespecialiseerde GGZ toe treden. Zorgverzekeraars vergoeden enkel wanneer de verwijzing door deze disciplines geregeld is. Het is eveneens onmogelijk om vanuit de BGGGZ direct verwezen te worden naar de GGGZ of andersom. De cliënt dient in dat geval terugverwezen te worden naar de huisarts die voor een door- of terugverwijzing opnieuw een verwijsbrief uitschrijft (Altrecht, 2014). Figuur 5 op bladzijde 23 geeft bovenstaande informatie overzichtelijk weer in het verwijsschema dat huisartsen kunnen hanteren bij de beoordeling van patiënten.

3.5.2. Generalistische Basis GGZ

Per 2014 omvat de GGZ de voormalige eerstelijns psychologische zorg. In de GBGGZ wordt complexere zorg verleend dan voorheen. De reden hiervan is dat een deel van de kortdurende behandelingen uit de gespecialiseerde GGZ is overgeheveld naar de GBGGZ. Zeker 20 procent van de behandelingen die voor 2014 in de tweedelijns GGZ werden gegeven, moeten straks plaatsvinden in de GBGGZ (Kamsma, H., 2013, p. 5-7). Om gebruik te kunnen maken van de GBGGZ is zoals aangegeven een verwijzing van de huisarts noodzakelijk. Cliënten die behandeld worden door een jeugdarts, bedrijfsarts of medisch specialist kunnen ook door deze behandelaren verwezen worden. Deze manier van verwijzen is een voorwaarde om een vergoeding te ontvangen van de

[3] De DSM is een internationaal classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen (Mutsaersstichting, z.d. b). Het handboek geeft beschrijvingen weer op basis van symptomen van stoornissen en is een hulpmiddel om het dimensionele karakter weer te geven van stoornissen. Het zegt niets over de persoon achter de stoornis, de ernst en samenhang, kwaliteiten en beschermende factoren. Van diagnose is dan ook geen sprake (Astare, 2014).

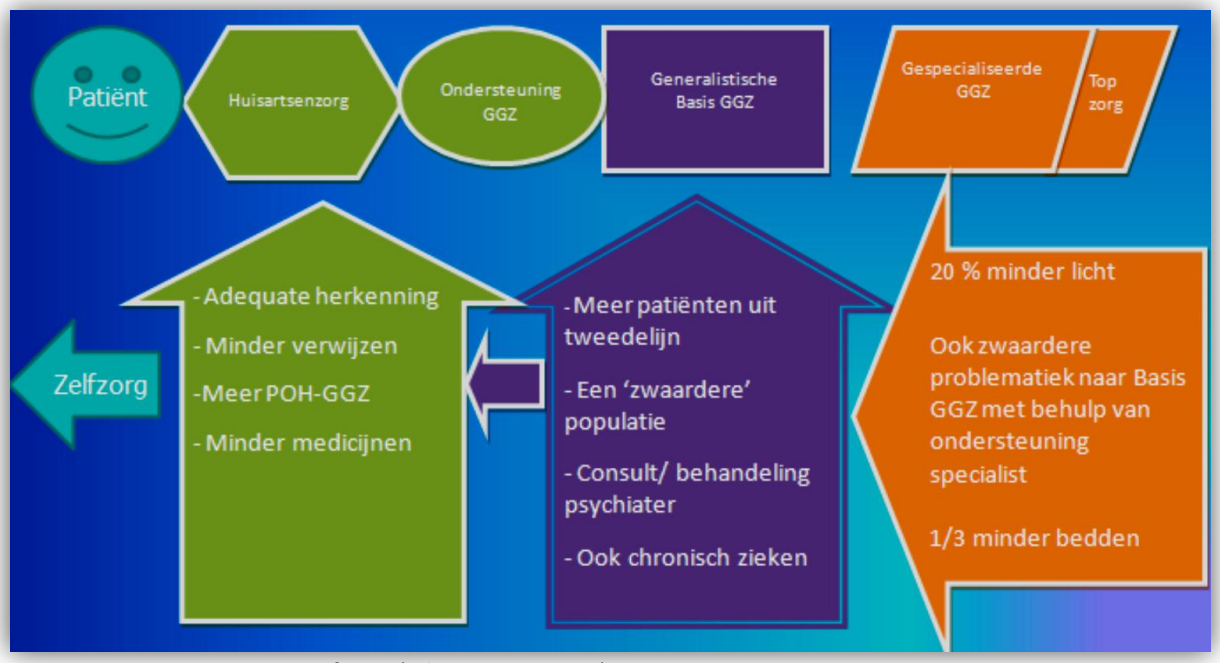
zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars bepalen in hun polisvoorwaarden wie mogen verwijzen. Tevens moet er sprake zijn van een vermoeden van een DSM stoornis om behandeld te kunnen worden in de GBGGZ of GGGZ. Niet iedere patiënt met een vermoeden van een DSM stoornis behoeft doorverwezen te worden, een deel van hen kan ook goed behandeld worden door de huisarts met de POH-GGZ (Invoering Basis GGZ, z.d. e en HHM, 2013, p. 22).

In de GBGGZ worden mensen behandeld met lichte tot matige, niet-complexe problematiek waarbij sprake is van een goed sociaal netwerk en bij wie grote kans is op herstel. Daarnaast worden er mensen behandeld met ernstige, maar stabiele psychische problematiek die geen gespecialiseerde behandeling nodig hebben, maar wel langdurige monitoring vragen. Zorgverleners in de GBGGZ worden naast behandeling ook verantwoordelijk voor goede nazorg, ondersteuning en terugvalpreventie bij mensen die al behandeld zijn voor een psychische aandoening.
Op basis van de eerder genoemde criteria zijn er in de GBGGZ vier zorgzwaartepakketten mogelijk, namelijk kort, middel, intensief en chronisch . Deze pakketten zijn terug te vinden in bijlage 4.

3.5.3. Specialistische GGZ

In 2014 valt de behandeling van patiënten met complexe en/of risicovolle DSM stoornissen van de huidige tweede lijn onder de gespecialiseerde GGZ. Het betreft complexe zorg die niet binnen de producten van de GBGGZ kan worden gegeven, waarvoor gespecialiseerde inzet nodig is en waarbij de kwaliteit van leven van patiënten (ernstig) onder druk staat. Een multidisciplinair team behandelt meestal deze patiënten met complexe stoornissen of stoornissen met een duidelijk risico voor de patiënt of zijn omgeving. Voor behandeling in de GGGZ is ook een verwijzing van de huisarts nodig. Ambulante behandeling is het uitgangspunt. Klinische behandeling wordt alleen uitgevoerd als het onontkoombaar is. Wanneer de behandeling in de GGGZ niet (meer) nodig is, wordt de patiënt overgedragen aan de huisarts. Indien nodig, kan de huisarts besluiten om zelf verder te behandelen of de patiënt te verwijzen naar de GBGGZ.

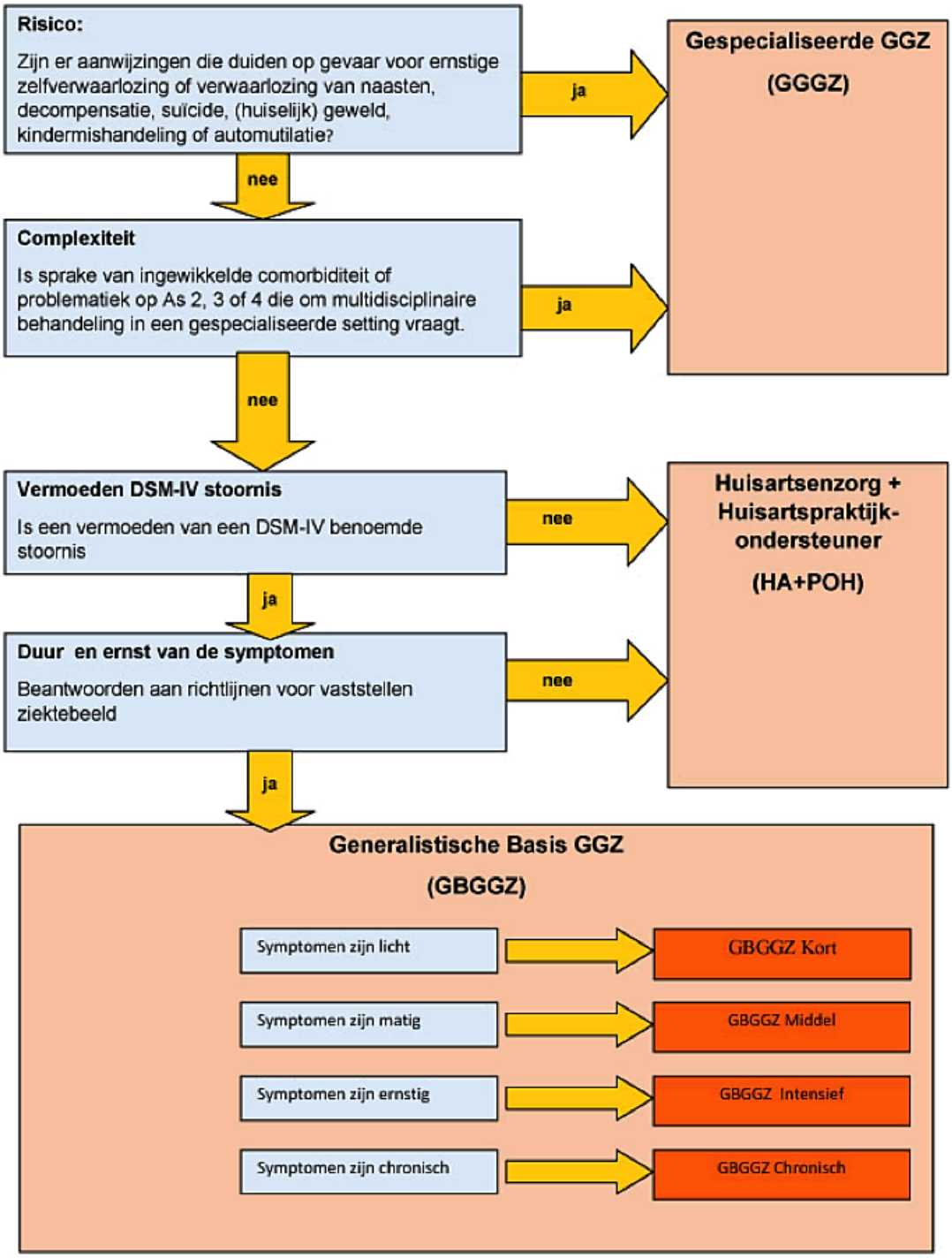
Om alle wijzigingen visueel weer te geven volgt hieronder de structuur van de GGZ zoals minister Schippers van het ministerie van VWS deze heeft weergegeven in een brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer.



Figuur 4. De GGZ-structuur vanaf 2014 (Schippers, 2013, p.2).

In deze figuur is aan de linkerkant in het blauw de patiënt weergegeven die er voor kan kiezen om zelf iets aan de klachten te doen. Daarnaast staat in het bruin de huisartsenzorg inclusief ondersteuning van de POH-GGZ centraal. Deze zorg is bedoeld voor mensen met psychische klachten die geen stoornis hebben. In het midden van het figuur staat in het paars de GBGGZ. Mensen mogen alleen gebruik maken van deze zorg als zij voldoen aan de DSM criteria voor een psychische stoornis. Aan de rechterkant staat de GGGZ. In de GGGZ mogen alleen nog maar mensen behandeld worden met zeer ernstige of complexe problematiek.

Hieronder volgt het verwijsschema dat huisartsen kunnen hanteren bij de beoordeling van patiënten.



Figuur 5. Schema doorverwijzing GGZ (Invoering Generalistische Basis GGZ, z.d. f)

Paragraaf 3.6 Van theorie naar praktijk

In de bovenstaande paragrafen is ingegaan op de GGZ-herstructurering zoals deze beschreven is in de literatuur. Het betreft een uitgebreide beschrijving die de gehele herstructurering omvat, van zowel de start met de veranderde verwijsstructuur tot de behandelingen die vaker plaatsvinden in de basis GGZ vanwege de versterking van deze vroegere eerstelijnsfunctie. Wanneer we de herstructurering toespitsen op de huisartsenpraktijk komt naar voren dat praktijken per 1 januari 2014 een poortwachtersfunctie vervullen in richting tot de GGZ-zorg. De onderstaande thema's zijn afgeleid van deze poortwachtersfunctie en hebben betrekking op de nieuwe invulling van het GGZ-aanbod in de praktijken.

- Inzet van een POH-GGZ
- Inzet van E-health
- Zelfmanagement patiënt
- Verwijzen volgens een nieuwe verwijsstructuur
- Patiëntengroei met psychische problemen
- Sluitende door- en terugverwijzing
- Communicatie en (multidisciplinaire) samenwerking
- Vroegsignalering en preventie
- Wijkgericht werken
- Consultatie GGZ-professionals

Deze thema's zijn in de interviews aan de orde gesteld om daadwerkelijk de koppeling tussen beleid en praktijk te maken en te inventariseren welke invloed de herstructurering heeft in de praktijk. Om de praktijk volledig in beeld te krijgen, is begonnen met het stellen van vragen in de breedte. Wat biedt men op dit moment voor psychische, psychosociale en psychiatrische zorg aan patiënten en op welke wijze is informatie over de herstructurering de praktijk binnengekomen en geïmplementeerd? Daardoor kon een globaal beeld geschetst worden van waar de praktijken staan, waarna werd doorgestoken de diepte in door het bevragen van de specifiek op huisartsenpraktijken gerelateerde herstructureringsthema's.

In de beschrijving zijn tekstvakken verwerkt waarin een kernachtige omschrijving wordt gegeven van bovenstaande thema's vanuit het voorgaande literatuuronderzoek. De codering in de tekst tussen de haakjes betreft een verwijzing naar de nummers van de gelabelde tekstfragmenten uit de interviews. Op deze wijze is zichtbaar welke discipline waar behoefte aan heeft en refereert de code aan de uitspraken van de desbetreffende discipline. Het schema met de coderingssystematiek volgt hieronder. Een uitgebreide beschrijving is te vinden in bijlage 11.

Disciplines	Geïnterviewden
Huisarts	A1 = Huisarts 1; A2 = Huisarts 2
POH-GGZ	B1 = POH-GGZ 1; B2 = POH-GGZ 2
POH-S	C1 = POH-S 1; C2 = POH-S 2
Doktersassistente	D1 = Doktersassistente 1; D2 = Doktersassistente 2
Praktijkmanager	P1 t/m P4 = Praktijkmanager 1 t/m 4

Hieronder worden de thema's achtereenvolgens besproken.

Welk GGZ-aanbod is er in de praktijk?
Op de vraag welk GGZ-aanbod er in de huisartsenpraktijk is, kwamen diverse antwoorden naar voren. Kortweg kan gesteld worden dat het aanbod in het overgrote deel van de geïnterviewde huisartsenpraktijken bestaat uit een aanwezige POH-GGZ (A1.261, B1.133, B2.159, C1.195, C2.225, D1.334, P1.2, P2.40, P3.74, P4.104) al dan niet een op korte termijn aan te trekken POH-GGZ (A2.306, C1.195).

De huisarts (als poortwachter) ziet de patiënten met psychische, psychosociale en psychiatrische klachten veelal op het spreekuur en is naast de POH-GGZ direct betrokken bij het GGZ-aanbod. Uit één antwoord kwam naar voren dat de assistente soms direct patiënten verwijst naar de POH-GGZ en een consult bij de arts overslaat wanneer zij haar triage uitvoert. Als dit plaatsvindt, wordt dat door de POH-GGZ direct weer aan de huisarts teruggekoppeld (B1.133).
Bij aanwezigheid van een POH-GGZ in de praktijk verwijst een huisarts veelal patiënten door naar deze discipline (A1.262, B2.159, C2.225). Eén van de geïnterviewde huisartsen besluit ook weleens direct naar de GGZ door te verwijzen en in deze de POH-GGZ te passeren wanneer er in het verleden van een patiënt reeds sprake is geweest van contact met een GGZ-instelling (A1.262). Bij acute of psychiatrische problematiek wordt een patiënt rechtstreek naar de GGZ doorverwezen (B1.159, C2.225). Wanneer de inzet van een POH-GGZ (nog) niet is gerealiseerd, wordt dit ondervangen door bijvoorbeeld het voorschrijven van medicatie, het voeren van gesprekken met de patiënt (A2.306) of een verwijzing (A2.306, D2.288).

De twee geïnterviewde POH-GGZ bieden kortdurende behandeling en begeleiding aan patiënten (B1.133, B2.159). Eén POH-GGZ vertelt expliciet zijn werkzaamheden en geeft aan gebruik te maken van een vijfgesprekkenmodel. Na de intake aan de hand van de 4DKL[4] volgen een viertal gesprekken (B2.159). De andere POH-GGZ geeft aan de negen kerntaken (§1.5). te volgen die voor de functieomschrijving POH-GGZ zijn geformuleerd, waaronder het deelnemen aan netwerken (B1.133). De POH-GGZ beoordeelt of een patiënt wel of niet richting de basis of gespecialiseerde GGZ gestuurd dient te worden (A1.261, C2.225, D1.334).

Hoe is de informatie betreffende de GGZ-herstructurering de praktijk binnen gekomen?
Via (nieuwsbrieven van) de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) zijn huisartsenpraktijken geïnformeerd over de veranderingen in de GGZ-zorg die ingegaan zijn per 1 januari 2014 (A1.263, A2.310, C1.198, P1.3, P2.44, P3.82, P4.105). Enkele praktijken benoemen daarnaast ook op de hoogte te zijn gesteld door de zorgverzekeraar (P1.3, P3.82). Aan een aantal praktijken is informatie verstrekt door psychologen of men werd op de hoogte gesteld van nieuwe ontwikkelingen wanneer een verwijzing werd geretourneerd, omdat deze niet voldeed aan de eisen (A1.263, A2.310, B1.135, P3.82). Tevens zijn disciplines zelf proactief geweest in het zoeken naar informatie (A1.263, B1.135, B2.161, P3. 82, P4.105). Twee huisartsenpraktijken zijn geïnformeerd door de eigen disciplines die zich met de GGZ-zorg bezig houden, zoals een aangesloten psycholoog (D1.337, P1.3). Tot slot heeft opdrachtgever Linkkers bij één huisartsenpraktijk het hele traject doorgenomen met de professionals van verwijzen op de juiste wijze tot taakverdeling, vergoedingen en het inhoudelijke vormgeven van de POH-GGZ. Dat is gedaan met het idee de huisartsen zoveel mogelijk te ontlasten (P4.105).

[4]De vierdimensionale klachtenlijst (DKL) is een diagnostische en inventariserende vragenlijst. Aan de patiënt worden vijftig vragen voorgelegd die gericht zijn op psychosociale klachten, om onderscheid te kunnen maken tussen aspecifieke 'distress'-klachten, depressie, angst en somatisatie (Terluin, 1994).

Hoe wordt er door de huisartsenpraktijk aandacht gegeven aan de implementatie van de GGZ-veranderingen?
Veel huisartsenpraktijken anticiperen op de veranderingen door de inzet van een POH-GGZ. Eén praktijk benoemde dit expliciet als antwoord op deze vraag (P1.4). Het positioneren van de POH-GGZ door middel van berichtgeving via de website, nieuwsbrieven en in de spreekkamer is een tweede dat genoemd werd door een respondent (A1.266). De POH-GGZ blijkt ook samenwerking te zoeken met de basis GGZ voor overleg (P1.4, P4.107). Enkele praktijken werken met de gemeente aan het vormgeven van nieuw beleid (B1.138, P3.78). Eén respondent gaat de opleiding POH-GGZ volgen en verwacht zo de veranderingen in de praktijk door te kunnen voeren (P2.46).
In twee praktijken zijn de veranderingen besproken (C1.199, D1.338). Bij een derde praktijk is het nieuws meegedeeld aan de assistentes, omdat zij met vragen in aanraking kwamen wat betreft de nieuwe verwijzing (A2.311).

Wat ziet u in de praktijk concreet terug van de GGZ-herstructurering?
Bij de afname van interviews zijn belangrijke literatuurbevindingen uit het onderzoek overgenomen om deze vervolgens aan de disciplines voor te leggen. Na het uitvragen van de achtergrond wat betreft de herstructurering zijn de kernpunten van het literatuuronderzoek belicht, namelijk de inzet van een POH-GGZ, e-health, zelfmanagement, het werken met de nieuwe verwijsstructuur, sluitende door- en terugverwijzing, multidisciplinaire samenwerking, vroegsignalering en preventie in de wijk en consulatie van GGZ-professionals.

Inzet van een POH-GGZ
De functie praktijkondersteuner GGZ is in 2008 ingesteld om huisartsenpraktijken te ondersteunen bij de zorg aan mensen met psychische problemen. De POH-GGZ kan in overleg met de huisarts onder andere een steun zijn rondom het verwijzen of zelf de nodige begeleiding verzorgen. De ondersteuning draagt bij aan een sterke poortwachtersfunctie, een goede verwijzing, zorg dichtbij huis en met regie door de huisarts.

Bij het uitvragen van het GGZ-aanbod is door veel disciplines aangegeven dat er een POH-GGZ werkzaam is bij hen in de praktijk. Het feit dat er een POH-GGZ is, is de grootste verandering van de herstructurering volgens één praktijkmanager (P1.6). In sommige praktijken is gedurende enkele jaren al een praktijkondersteuner aanwezig (C2.229, D1.334, P3.80), andere praktijken hebben sinds begin vorig jaar of dit jaar een POH-GGZ (A1.261, B1.133, B2.159, P1.4, P4.106,) en één praktijk is bezig met het inzetten van deze discipline. Per 1 juli 2014 hoopt deze huisarts gebruik te kunnen maken van een POH-GGZ (A2.305, C1.195).
Dat er veel vraag is naar gesprekken met de POH-GGZ is af te leiden uit de verkregen gegevens van enkele disciplines. Zij spreken over het uitbreiden van het aantal uren van de ondersteuner (C2.229, P3.380, P4.106) en het aantal hulpvragen dat toeneemt (C1.196, C2.229). Tot slot geeft een POH-GGZ aan dat de drempel voor patiënten laag is, omdat hulp binnen de praktijk wordt geboden (B1.136).

Inzet van e-health
E-health betekent elektronische gezondheid, ofwel zorg via internet. Het houdt het gebruik in van informatie- en communicatietechnologie (ICT) ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid en de gezondheidszorg. De vormen van e-health kunnen uiteenlopen van een online consult bij de huisarts tot een website met digitale informatie, testen of cursussen betreffende een bepaalde problematiek. Het heeft onder andere als doel de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg te vergroten vanwege het anonieme, laagdrempelige en gebruiksvriendelijke karakter.

Over het gebruik en de inzet van e-health wordt heel verschillend gedacht door de geïnterviewde disciplines. Het overgrote gedeelte van de praktijken geeft aan geen gebruik te maken van e-health programma's (C1.202, D1.314, D2.291, P2.49, P3.85) of deze (nog) niet te gebruiken bij psychische, psychosociale en psychiatrische problematiek (A2.314).
Bij één praktijk wordt e-health niet actief gepromoot, maar wel gebruikt als patiënten bijvoorbeeld geen gesprek met een psycholoog aan willen gaan of niet direct face-to-face contact willen onderhouden met een hulpverlener (A1.268). Twee respondenten zeggen weleens naar een site te verwijzen om patiënten meer informatie aan te kunnen reiken, maar dit gebeurt weinig (D2.291, P2.49). Van vier praktijken die niet werken met e-health programma's benoemen de disciplines dat er bij hen op dit moment wel gewerkt wordt met e-consult. Online is er een portaal ingericht waar de patiënt terecht kan voor het stellen van vragen, voor het maken van persoonlijke aantekeningen en soms zelfs voor het plannen van een afspraak (C2.232, D2.291, P2.49, P3.85).
Enkele disciplines ervaren e-health als iets wat niet goed werkt. Mensen moeten gemotiveerd zijn om zelfstandig online programma's te volgen. Dat is bijvoorbeeld moeilijk als een patiënt depressieve gevoelens heeft en juist deze mensen komen vaak op het spreekuur (P1.7). Een tweede praktijkmanager zegt dat de inzet van e-health vaak niet goed slaagt, omdat mensen afhaken vanwege een financiële bijdrage. Daarnaast spreekt een groot deel van de patiëntenpopulatie van de desbetreffende praktijk weinig Nederlands waardoor het niet begrepen wordt en men wil praten met een persoon (P4.110). Een ander heeft vragen bij het online aanbieden van programma's. Volgens deze respondent kan basisinformatie via dit medium aan patiënten verstrekt worden, maar kan de daadwerkelijke begeleiding alleen plaatsvinden via face-to-face contact (A2.314).

Zelfmanagement
Onder zelfmanagement verstaat men de vaardigheid van patiënten om in het dagelijks leven om te gaan met het somatische en/of psychische lijden en daarbij zelf oplossingen te zoeken voor problemen en de regie te houden over het eigen leven.

De mogelijkheid tot inzage in het dossier is voor iedere patiënt wettelijk geregeld. Veelal dient dit op aanvraag te geschieden. Bij een groot aantal huisartsenpraktijken is er op dit moment nog geen mogelijkheid tot online inzage (A1.274, B2.170, C2.238, D1.345, P2.52, P4.117). Disciplines benoemen aan te sturen op de regie van patiënten. Er wordt naar gestreefd de patiënt zoveel mogelijk zelf te laten denken en zelfstandig te laten doen (B1.146, C2.238, D1.345, D2.296).

Verwijzen volgens een nieuwe verwijsstructuur
Per 1 januari 2014 bestaat de GGZ uit drie echelons:

1. De huisarts met de POH-GGZ die mensen met psychische problematiek herkent, zo mogelijk behandelt en zo nodig verwijst.
2. De generalistische basis GGZ waar mensen worden behandeld met lichte tot matige, niet-complexe problematiek.
3. De gespecialiseerde GGZ betreft zorg voor mensen met ernstige psychische problemen, waarbij complexe behandeling nodig is met een zwaar beroep op specialistische kennis.

Bij de bepaling door de huisarts in welke echelon de patiënt het beste past, wordt er gebruik gemaakt van vijf criteria, namelijk het vermoeden van een DSM stoornis, de ernst, het risico, de complexiteit en het beloop van de klachten van de patiënt.

Het overgrote deel van de ondervraagden geeft aan de veranderingen rondom het verwijzen naar de GGZ opgemerkt te hebben. Eén respondent zegt dat het een hele nieuwe verwijsstructuur betreft (P4.111). Als antwoord op de vraag wat men merkt van een nieuwe verwijsstructuur, wordt het vermelden van een vermoeden van een DSM classificatie veel genoemd (A1.269, A2.309, B2.166, P1.8, P1.25, P2.50, P3.369, P4.109). Tevens zegt een groot aantal disciplines dat het vermelden van de juiste echelon nieuw is (A1.269, A2.309, B1.139, P1.25). Huisartsenpraktijken merken de veranderingen ook op doordat meer mensen terugverwezen worden naar de praktijk bij een foutieve verwijzing (A2.309, P2.47) of zelf terugkomen vanwege het financiële plaatje wat aan een behandeling hangt (B1.137, C2.227). Dit laatste wordt door een praktijkondersteuner onderschreven. Veel behandelingen worden niet meer vergoed terwijl mensen soms niet de mogelijkheid hebben dit de bekostigen (B1.139). Het gevaar van de nieuwe bekostiging is volgens een praktijkmanager dat een diagnose zwaarder gemaakt kan gaan worden dan dat de problematiek in feite is, zodat de zorg toch vergoed wordt (P1.25).

Patiëntengroei met psychische problemen
Een stijgende vraag om professionele hulp voor psychische problemen is waar te nemen. Deze groei is eveneens zichtbaar binnen de huisartsenpraktijk, aangezien zij fungeert als zogenoemde poortwachter en meer mensen behandeld worden binnen de huisartsenzorg. Meer dan de helft van de huisartsen ziet het laatste half jaar meer mensen met psychische klachten naar het spreekuur komen. Bovendien ziet bijna de helft het aantal patiënten met complexe klachten

Eén van de POH-GGZ is pas sinds kort werkzaam in de huisartsenpraktijk. Binnen die praktijk komen meer mensen binnen die anders met verwijzen tussen wal en schip vallen wat betreft begeleiding, behandeling en coaching (B2.163). Veelal wordt er gezegd dat er geen sprake is van een toename van patiënten met psychische problematiek in harde aantallen, maar wel dat er sprake is van een gevoelsmatige toename. Dit, omdat er vanuit de praktijk meer begeleiding c.q. behandeling aangeboden behoort te worden (A1.172, B1.142, B2.160, P4.112). De huisarts krijgt meer van deze patiënten te zien (P4.112), de agenda van de aanwezige POH-GGZ is voller of deze discipline werkt meer uren (B1.142, C2.231, D1.342). Eén respondent geeft aan dat er minder verwezen wordt naar eerstelijnspsychologen, dat naar voren is gekomen uit de cijfers van het huisartseninformatiesysteem

(HIS). Van 2012 naar 2013 is er in deze praktijk een toename van mensen met psychische problemen. Met behulp van het International Classification Primary Care (ICPC) systeem is dit zichtbaar geworden. Huisartsen dienen codes te geven aan problematiek die bij patiënten naar voren komt. P staat voor psychische problemen en Z voor sociale problemen. Op deze gebieden is een toename te constateren van maar liefst zeven- naar achthonderd patiënten met psychische problemen. Feitelijk wordt er vaker een 'psychische of psychosociale' diagnose gesteld (P3.87).

Drie praktijken kunnen niets zeggen over een eventuele toename. Eén praktijk geeft aan dit niet te kunnen zeggen vanwege de korte duur van de veranderingen, de herstructurering is pas in januari ingegaan (P1.26). Een ander valt het niet op, omdat men naar eigen zeggen al vrij veel psychische zaken zelf in de hand hield en houdt (A2.315). De derde praktijk zegt dat mensen zo goed als altijd in de praktijk komen met psychische problemen, omdat ze niet weten bij welke instantie ze terecht kunnen. Soms gaan mensen uit zichzelf naar een psycholoog, omdat ze weten dat deze gesprekken na verwijzing van de huisarts alsnog niet vanuit de verzekering vergoed worden (D2.292).

Sluitende door- en terugverwijzing
Er dient zorg op maat én in samenhang geboden te worden. Deze zorg kan bestaan uit zelfzorg, zorg bij de huisartsenpraktijk, de basis GGZ of de specialistische GGZ. De patiënt behoort vloeiend door de zorgketen te gaan door middel van een juiste verwijzing en een goede terugkoppeling en hoort zo snel mogelijk bij de juiste behandelaar terecht te komen. De huisarts dient te allen tijde de regie te houden; zowel de door- als de terugverwijzingen dienen via de huisarts te verlopen.

Bij het thema sluitende door- en terugverwijzing wordt door een aantal disciplines teruggeven dat er gedurende langere tijd al terugkoppeling plaatsvindt vanuit de GGZ richting de huisarts (A1.270, C2.234, D2.294, P3.81). Twee praktijkmanagers geven aan dat de huisarts het als een verzwaring beschouwt te alle tijden als verwijzer te moeten fungeren (P1.10, P4.113). Enkele disciplines merken geen verandering wat betreft terugkoppeling. Het is iets wat niet altijd goed gebeurd en dan ook beter kan (A2.316, B1.143, B2.167). Een andere respondent heeft er geen zicht op of het indirect verbeterd is vanwege de korte duur van de herstructurering (A1.270).

Communicatie en (multidisciplinaire) samenwerking
Voor een integrale herstelbenadering is multidisciplinaire samenwerking noodzakelijk. Een goede infrastructuur tussen de diverse professionals wordt dan ook gestimuleerd en richtlijnen zijn in ontwikkeling. Goede, heldere communicatie en samenwerking is noodzakelijk om adequate, doelmatige zorg in samenhang aan de patiënt te leveren.

Veel geïnterviewde professionals geven aan in meer of mindere mate de samenwerking zowel binnen als buiten de praktijk op te zoeken. Zo is er in één huisartsenpraktijk meer contact gekomen met de eerstelijnspsychologen rondom het verwijzen en de veranderingen vanwege de herstructurering (P1.11).

In een andere praktijk wordt er samengewerkt met de apotheek, verloskundigen, fysiotherapeuten en psychologen. Op dit moment werkt men eveneens samen met de gemeente aangaande de transities van onder andere Jeugdzorg (P3.79). Op de hierboven genoemde samenwerking zijn enkele variaties bij andere praktijken zichtbaar. Zo is er bij één geïnterviewde praktijk sprake van eenzelfde

soort samenwerking met toevoeging van logopedisten en diëtisten; een breed verband om te kijken wie wat kan doen voor de patiënt (B1.134). Een derde praktijk heeft een intensieve samenwerking met fysiotherapeuten, apotheek, woonzorgcentrum, buurtzorg en ouderengeneeskunde (C2.223). Bij de vierde huisartsenpraktijk vindt er eveneens overleg plaats met fysiotherapeuten en logopedisten, echter dit betreft ad hoc overleggen. Enkel het overleg met de apotheek vindt structureel plaats (A2.317).

Twee praktijken zoeken met hun POH-GGZ de samenwerking met buurtteams (A1.272 , B2.168). Eén van deze praktijken ziet hun POH-GGZ als iemand die de contacten met de sociale kaart op GGZ-gebied onderhoudt (A1.272). Tot slot is er een praktijk waarbij samenwerking is met een discipline van de basis GGZ en een gedetacheerde maatschappelijk werker, los van de praktijk (P4.114).

Vroegsignalering, preventie en wijkgericht werken
Om psychische aandoeningen te voorkomen en zodoende de kosten van GGZ-zorg terug te dringen, is vroegsignalering en preventie van belang. Deze vormen kunnen onder andere bestaan uit terugvalpreventie, onderhoudszorg bij chronisch zieke patiënten, signaleringsprojecten in de wijk, groepsvoorlichting, etc.
Het werken in de wijk sluit aan bij elementen uit de toekomstvisie van de GGZ, namelijk dat zorg zo dicht mogelijk bij huis plaats moet vinden met daarbij een integrale, multidisciplinaire aanpak. De samenwerking in de wijk kan vormgegeven worden met bijvoorbeeld de gemeente, de GGD, sociale wijkteams of buurtwerkers. Deze samenwerking kan bestaan uit het aanbieden van wijkgebonden preventie, een inloopspreekuur in een buurthuis of een multidisciplinair overleg waarbij gekeken wordt wie wat voor welke buurtbewoner kan betekenen.

Huisartsenpraktijken geven op verschillende manieren direct of indirect vorm aan vroegsignalering en preventie. Weinig praktijken houden zich concreet bezig met deze vorm van zorgverlening. Wel springen hier ouderenprojecten in het oog. Er wordt door veel huisartsenpraktijken gelet op ouderen (B1.145). Disciplines gaan langs om te signaleren en te kijken wat patiënten nodig hebben (C1.207, D2.295). Een vierde praktijk heeft alle kwetsbare ouderen in beeld doordat ze in het verleden weleens lijsten hebben uitgedraaid en hebben gekeken of ze de desbetreffende ouderen kenden. Was dit niet het geval dan werd er een bezoekje gebracht. Periodiek blijft men deze ouderen bezoeken of laat men ze naar de praktijk komen (C2.224).
Eén praktijk werd vanuit de gemeente gevraagd mee te denken met de gebiedsteams. Daarnaast participeert deze praktijk met hun praktijkondersteuners in een samenwerkingsverband met Centrum Jeugd en Gezin (CJG), een sociaal team en een jeugdarts (P3.88). Een zesde huisartsenpraktijk wil in het contact met wijkteams gaan kijken hoe signalering en preventie vormgegeven kan worden (B2.169). Participatie in een wijkondersteuningsteam waar mensen heen kunnen gaan als ze met problemen kampen, is een ander project dat door een huisartsenpraktijk als signalering en preventie wordt aangemerkt (P4.116).
Een kleine praktijk in een stadse omgeving is erg van het initialiseren. Zo geven ze bijvoorbeeld voorlichtingsavonden aan mensen van Turkse en Marokkaanse achtergrond over diabetes. In het verleden is door deze praktijk ook een bijeenkomst belegd rondom het baarmoederhalskankervaccin. Op dit moment loopt het project ‘jongeren op gewicht’ waarbij gekeken wordt naar de lengte en het gewicht om dit aan te kunnen sturen. De praktijk indiceert gemakkelijk projecten, omdat gehele generaties bij de praktijk bekend zijn. Zaken die overgaan van (groot)ouders op kinderen worden aangepakt (P2.51).

Eén praktijk geeft aan nog niet betrokken te zijn bij een meldingssysteem; een systeem waarbij men anoniem zonder inhoudelijk informatie te geven een melding kan maken over een persoon waarover men zich zorgen maakt. De terughoudendheid heeft te maken met de vertrouwensrelatie en geheimhoudingsplicht die in het geding komt bij het melden (A.1.273).

Dat projecten niet altijd van de grond komen, bleek bij een andere praktijk; er was te weinig input. Er zijn plannen om opnieuw te starten met de opzet, maar tussendoor loopt de nieuwe jeugdzorgwet. Op dit moment doet deze praktijk aan signalering en preventie door bij een vermoeden van een niet optimale thuissituatie contact te leggen met het consultatiebureau en desbetreffende verpleegkundigen en artsen voor het afleggen van een huisbezoek (A2.318). Ook een wijkspreekuur kwam niet van de grond bij een geïnterviewde huisartsenpraktijk (D1.344). Mensen die elkaar tegenkomen in een wijkcentrum kunnen in een dergelijke situatie gaan roddelen. In de wachtkamer is dit minder het geval, omdat patiënten immers voor allerlei problemen kunnen komen.

Tot slot werd er in één huisartsenpraktijk gekeken naar mogelijke medicatieafhankelijkheid c.q. verslaving aan kalmeringstabletten als oxazepam, temazepam en diazepam. Mensen die deze medicatie gebruikten, werden opgeroepen voor het spreekuur om te kijken of het noodzakelijk was dit middel nog langer voor te schrijven.

Consultatie van GGZ professionals
Om de toeloop van mensen met psychische klachten binnen de huisartsenpraktijken beter te kunnen ondervangen, te begeleiden en te verwijzen, is consultatie mogelijk. Dit betekent dat de huisarts de mogelijkheid heeft om een psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog te raadplegen. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ontwikkelt het komende jaar landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisartsenzorg, GBGGZ en GGGZ wat betreft de criteria en inhoud voor consultatie, verwijzing en terugverwijzing, over taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling en monitoring bij een multidisciplinaire aanpak.

Consultatie aanvragen als een te declareren product komt in de praktijk nog niet voor (A2.320, B2.171, P1.9, P4.118). In sommige praktijken wordt er nog overleg gevoerd over het ontwikkelen hiervan (A1.265), wacht men af wat instellingen besluiten, omdat ze zelf niet weten hoe het vorm te geven (P4.118) of is consultatie nog niet als product opgevraagd (B1.147, C2.236). Consultatie van professionals gebeurt als dit nodig is. Eén praktijk heeft niet het idee dat er veel veranderd is (P3.90). Een andere praktijk daarentegen vreest dat de administratieve last en het ‘uurtje factuurtje’ gigantisch toeneemt en bemerkt dat overleg niet dan wel moeilijker plaatsvindt, omdat het gezien wordt als consultatie, als een product (P2.48).

Hoofdstuk 4

Welke professionaliseringsbehoefte op het gebied van psychische, psychosociale en psychiatrische zorg leeft er onder de disciplines in huisartsenpraktijken?

Inleiding

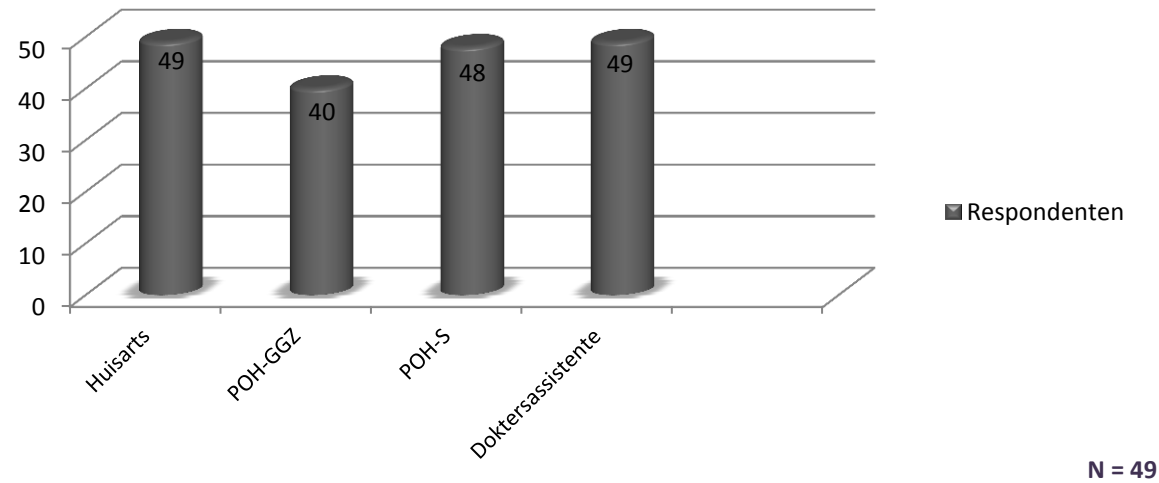
Het in kaart brengen van de behoefte aan deskundigheidsbevordering op het gebied van GGZ-zorg heeft middels twee onderzoeksmethoden plaatsgevonden. Een uitgebreide beschrijving en verantwoording van de werkwijze is weergegeven in hoofdstuk twee. Allereerst is de behoefte geïnventariseerd met behulp van een online enquêteprogramma. De enquête is afgenomen onder praktijkmanagers en verdeeld in drie hoofdthema's, namelijk algemene thema's, thema's gerelateerd aan de GGZ-herstructurering en populatiegerichte thema's. Aansluitend hierop zijn er twaalf interviews afgenomen bij verscheidene disciplines om dieper in te gaan op vakkennis en vaardigheden die al dan niet ontbreken of aangevuld kunnen worden. De laatstgenoemde resultaten zullen in het volgende hoofdstuk behandeld worden.
Hieronder volgen de resultaten van de uitgezette enquête in cilindervormen met aan de zij- en onderkant de legenda met uitleg. Boven elk resultaat is de vraag terug te vinden die is voorgelegd aan de respondenten. Bij elke vraag worden de meest opvallende elementen van de resultaten besproken. In de beschrijving staan tekstvakken afgebeeld welke citaten van praktijkmanagers bevatten die zij hebben geplaats in de enquête.
Een kritische kanttekening die bij deze verwerking geplaatst dient te worden, is het feit dat onderstaande resultaten niet eenvoudigweg geëxtrapoleerd kunnen worden voor alle praktijken in Nederland. Het betreft een afspiegeling van 49 praktijken in Nederland en in dit licht dienen de resultaten geïnterpreteerd te worden.

Paragraaf 4.1 Afspiegeling disciplines

De enquête is ingevuld door 49 van de 90 aangeschreven praktijkmanagers. Het betreft een respons van bijna 56 procent. Alle 49 praktijken hebben één of meerdere huisartsen en doktersassistentes in dienst. In 40 huisartsenpraktijken is een POH-GGZ werkzaam en 48 praktijken worden ondersteund door een POH-S.

Vraag 1.

Welke disciplines zijn er werkzaam binnen de huisartsenpraktijk waar u als praktijkmanager aan verbonden bent?



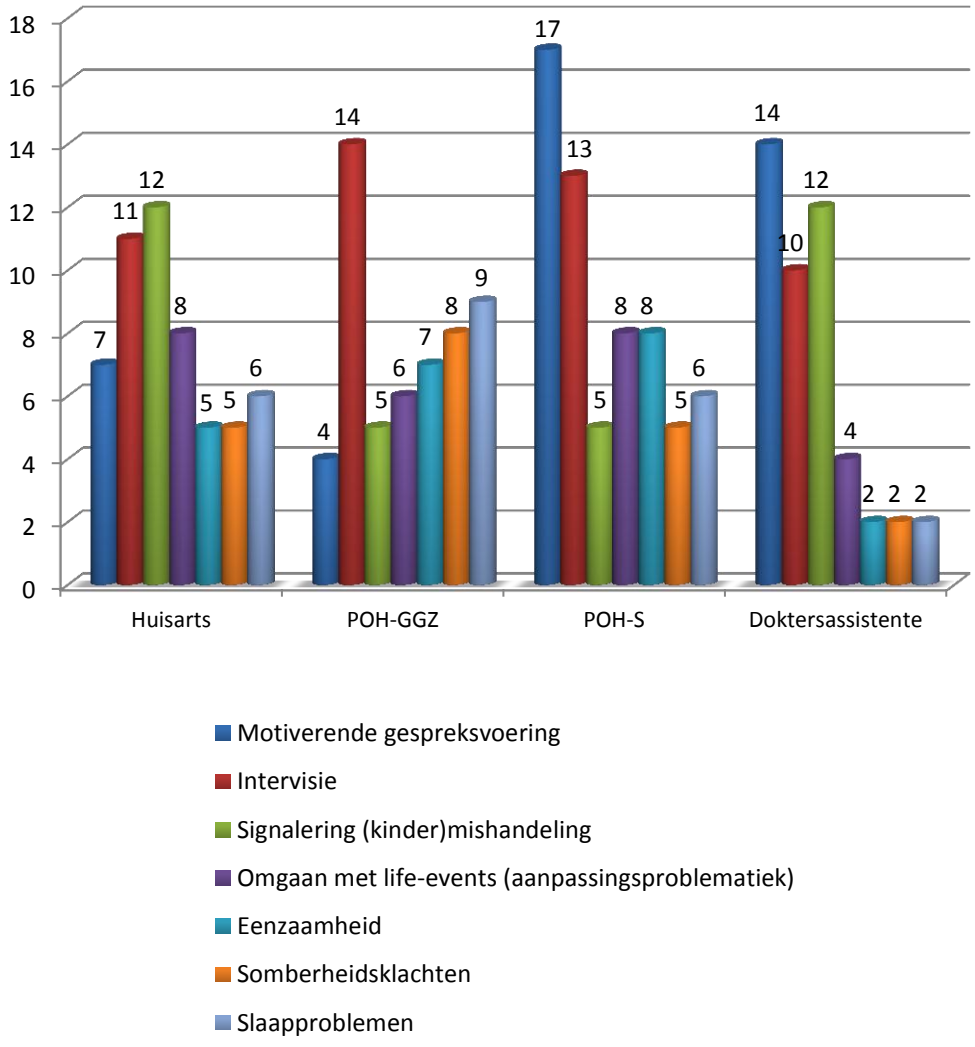
N = 49

Een opmerkelijk gegeven uit bovenstaande statistiek is dat 40 van de 49 praktijken een POH-GGZ in dienst hebben. Opvallend, aangezien de functie POH-GGZ een relatief nieuwe functie is. Het gegeven uit deze enquête dat een groot aantal praktijken GGZ-ondersteuning heeft, wordt bevestigd door een peiling van de LHV. Uit het onderzoek van de vereniging blijkt dat steeds meer huisartsenpraktijken een POH-GGZ in dienst hebben. Bij meer dan 60 procent van de respondenten van het onderzoek is een POH-GGZ werkzaam in de praktijk. Iets minder dan 10 procent geeft aan ermee te gaan starten (LHV, 2013 b).

Paragraaf 4.2 Resultaat algemene thema's

Hieronder worden de resultaten weergegeven die de behoefte aan deskundigheidsbevordering betreffen op het gebied van algemene thema's, namelijk motiverende gespreksvoering, intervisie, signalering (kinder)mishandeling, omgaan met life-events (aanpassingsproblematiek), eenzaamheid, somberheidsklachten en slaapproblemen.

Vraag 2.
Welke behoefte aan deskundigheidsbevordering is er in uw praktijk onder de verschillende disciplines ten aanzien van onderstaande onderwerpen?



Volgens de dertig praktijkmanagers die bovenstaande vraag hebben beantwoord, blijkt de grootste scholingsbehoefte van huisartsen te liggen op het gebied van signalering (kinder)mishandeling. Een onderzoek van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) onder 412 Amsterdamse huisartsen naar de ervaringen op het gebied van signalering lichamelijke mishandeling bevestigt dit gegeven. Zo wijst het onderzoek uit dat scholing voor de huisartsen een belangrijke factor is om ervoor te zorgen dat zij beter in staat zijn mishandeling te signaleren. Bijna driekwart van de huisartsen gaf aan barrières en beperkingen te ervaren bij het signaleren van mishandeling. Eén van de belangrijkste knelpunten hierin is het tekort aan kennis en vaardigheden. Huisartsen die nascholing op dit gebied volgden, rapporteerden aanzienlijk meer vermoedens van lichamelijk mishandeling en bespraken dit vermoeden vaker met de patiënt dan huisartsen zonder scholing. Uit deze gegevens blijkt dat deskundigheidsbevordering een adequate methode is om het bewustzijn te vergroten en de signalering en de aanpak van geweld te stimuleren (Huisarts en wetenschap, 2010).

Uit de enquêteresultaten blijkt dat voor de POH-GGZ de belangrijkste behoefte ligt op het gebied van intervisie. Dit gegeven is te verklaren vanuit het feit dat de functie relatief nieuw is, volop in beweging en vaak nog goed geïmplementeerd moet worden in de praktijk (Landelijke vereniging POH-GGZ, z.d. a). Echter, wat tevens opvalt, is dat de landelijke vereniging POH-GGZ in het gewenste takenpakket van de POH-GGZ als eerste intervisie als raadzame taak opsomt (Landelijke vereniging POH-GGZ, z.d. b). Ondanks dat intervisie in het takenpakket als zeer gewenst wordt beschreven, blijkt uit deze resultaten dat niet alle POH-GGZ uit de geselecteerde praktijken daadwerkelijk deelnemen aan intervisie. Het deelnemen aan intervisie is zodoende een levende behoefte.

> ''POH-GGZ is een nieuwe functie waarbij je veel alleen werkt. Hierdoor is er behoefte aan *intervisie.''*

Daarnaast is het opvallend dat intervisie een scholingsbehoefte is die bij alle disciplines vaak is aangegeven. Binnen de huisartsenpraktijk heeft elke discipline een eigen aandachtsgebied en takenpakket en werken de disciplines redelijk solistisch. Bovendien houden allen zich bezig met zogenaamd mensenwerk in die zin dat het handwerk zich voortdurend afspeelt in contact met patiënten. Daarbij ligt in de huisartsenpraktijk vaak een hoge tijdsdruk, zijn het lange werkdagen en wordt men continu geconfronteerd met klein en groot menselijk leed. Uit een onderzoek van arbeidsongeschiktheidsverzekeraar Movir in 2012 onder huisartsen blijkt dat 5 procent van de respondenten weleens burn-out is geweest, 70 procent heeft weleens burn-outverschijnselen en 80 procent ziet burn-outverschijnselen bij collega's. Intervisie kan zodoende voor huisartsen een goed middel zijn om stress en een burn-out te voorkomen (Care 4 Cure, z.d. en Knap, 2013).

Opvallend aan de behoefte van de POH-S is dat deze voor het grootste gedeelte ligt op het vlak van motiverende gespreksvoering. De POH-S verleent in de huisartsenpraktijk zorg aan patiënten met een chronische aandoening, zoals diabetes, astma, hoge bloeddruk, een verhoogd cholesterolgehalte of mensen met een rookverslaving, overgewicht en ouderen (Caransscoop. (z.d.). In huisartsenpraktijken worden motiverende gesprekstechnieken gebruikt om deze mensen aan te zetten hun (ongezonde) routines te veranderen. Deze techniek helpt de patiënten het verschil te laten zien tussen hun eigenlijke gedrag en hun gewenste gedrag en laat ze zelf onder woorden brengen wat ze kunnen doen voor een betere gezondheid. In een onderzoek van het NIVEL, de universiteiten van Maastricht en Nijmegen en Eerstelijns Centrum Tiel volgden onderzoekers dertien POH-S in vier huisartsenpraktijken die geschoold waren in motiverende gespreksvoering. De

consulten met 117 patiënten werden opgenomen op camera en de onderzoekers scoorden de mate en aspecten van motiverende gespreksvoering die de praktijkondersteuners toepasten. Uit dit onderzoek bleek dat hoewel de praktijkondersteuners de motiverende gesprekstechniek inzetten zij sommige elementen onbenut lieten waardoor het effect van deze techniek waarschijnlijk minder groot was. Te denken valt aan het empathisch reageren, het geven van samenvattingen en het nagaan of de patiënt wel over gedragsverandering wilde praten. Zodoende blijkt dat er nog winst te behalen is op het terrein van motiverende gespreksvoering, aangezien de POH-S in het dagelijks werk aldoor geconfronteerd wordt met mensen waarbij het (ongezonde) leef ritme moet worden doorbroken en veranderd (Nivel 2012 a en Nivel 2012 b, p. 9).

POH-S & Assistentes

Er is vooral behoefte aan motiverende gespreksvoering. Bij het uitvoeren van controles 'diabetes mellitus' en 'cardiovasculair risicomanagement' is het lastig een originele invalshoek te vinden om mensen te blijven motiveren.

Motiverende gespreksvoering blijkt eveneens voor de doktersassistente een levende behoefte. De doktersassistente voert net als de POH-S zorgdiensten uit en komt in aanraking met mensen waarbij verandering van leefstijl gewenst is. Een tweede opvallende behoefte van de doktersassistente is de signalering van (kinder)mishandeling. Het gegeven dat scholing gewenst is, wordt bevestigd uit onderzoek van de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ stelt dat er verbetering nodig is op het screenen van kindermishandeling, de samenwerking met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en de scholing van de assistentes. Deze triagisten krijgen namelijk als eerste de mensen aan de telefoon, aan de balie of in de wachtkamer (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2012 en NVDA, 2012 b).

''Signalering (kinder) *mishandeling* is een ondergeschoven kindje en mag meer aandacht hebben.''

Naast de opties die gestructureerd zijn weergegeven in de enquête bestond er voor de praktijkmanagers de ruimte om aanvullende opmerkingen of behoeftes te plaatsen in een tekstvak. De volgende behoeftes zijn in deze open ruimte ingevuld.

- Scholing voor de assistentes als het gaat om 'eisende patiënten'
- Omgaan met agressie

Ook deze behoeftes zijn goed te verklaren, omdat de doktersassistente het eerste aanspreekpunt aan de telefoon, de balie of in de spreekkamer is en regelmatig in aanraking komt met eisende patiënten zoals tijdens de spreekuurplanning of urgentiebepaling.
Omgaan met agressie is te verklaren vanuit diverse bronnen die weergeven dat agressie tegen hulpverleners fors toeneemt. Ook de huisartsenpraktijk blijft in deze niet gespaard (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, z.d.).

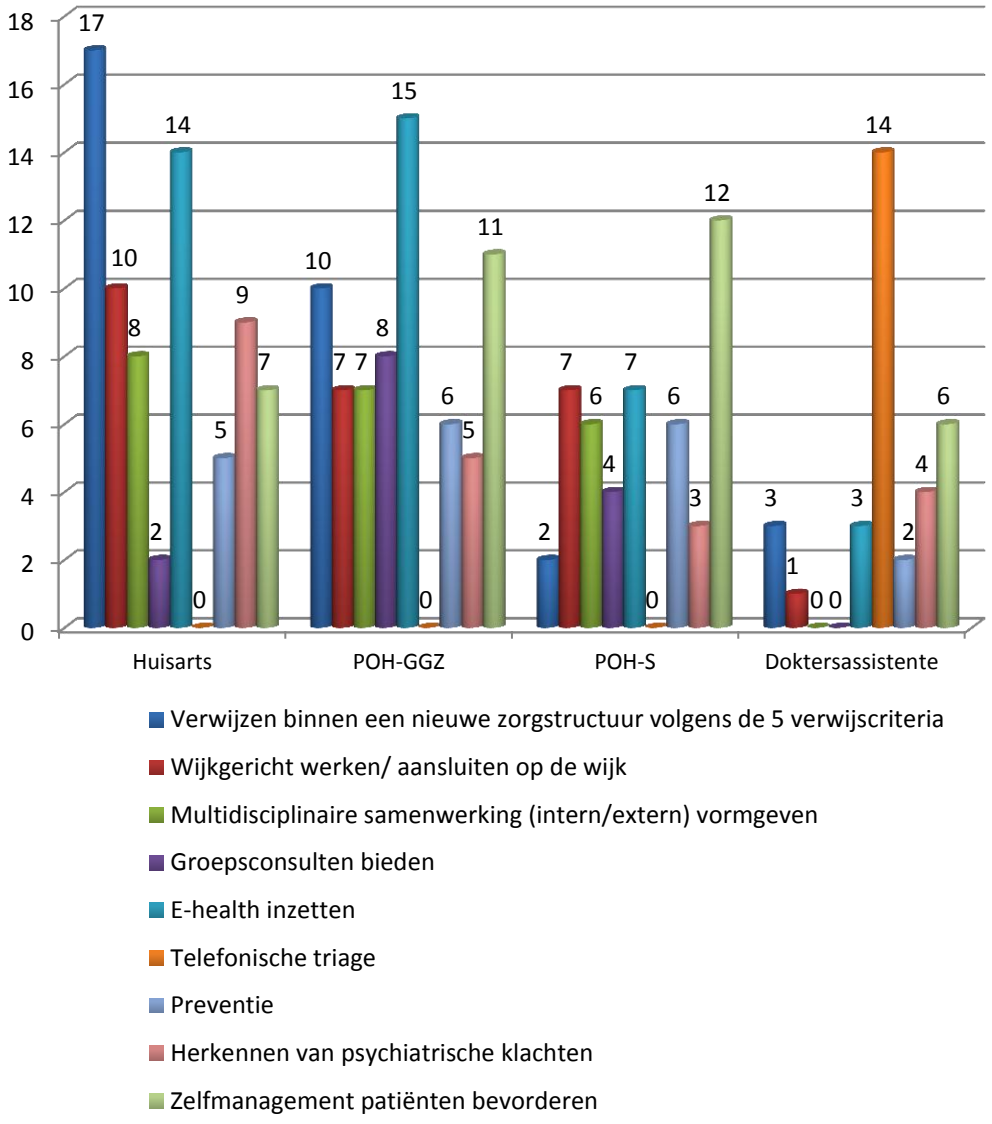
Paragraaf 4.3 Resultaat behoefte in het kader van de GGZ-herstructurering

In het behoefteonderzoek is als tweede onderdeel de behoefte aan deskundigheidsbevordering in het kader van de GGZ-herstructurering afgenomen. Thema's die daar achtereenvolgens zijn geënquêteerd, betreffen het verwijzen binnen een nieuwe zorgstructuur volgens de vijf verwijscriteria, wijkgericht werken/aansluiten op de wijk, multidisciplinaire samenwerking

vormgeving (intern/extern), groepsconsulten bieden, e-health inzetten, telefonische triage, preventie, herkennen van psychiatrische problematiek en zelfmanagement patiënten bevorderen.

Vraag 4.

Welke behoefte aan deskundigheidsbevordering is er in uw praktijk onder de verschillende disciplines naar aanleiding van de herstructurering en veranderingen binnen de GGZ ten aanzien van onderstaande onderwerpen?



N = 22

Vanuit bovenstaand diagram is waar te nemen dat de huisarts met name behoefte heeft aan scholing op het gebied van verwijzen binnen een nieuwe zorgstructuur volgens de vijf verwijscriteria. Ook voor de POH-GGZ lijkt dit een grote behoefte te zijn. Deze behoefte is logisch te verklaren aan de hand van het eerder weergegeven literatuuronderzoek. Het verwijsmodel is namelijk een nieuw model voor de huisartsen. Tevens zijn de huisarts en de POH-GGZ een belangrijke schakel in het verwijzen en is een goede verwijzing cruciaal. Bovendien is de huisarts niet gewend te werken met de DSM, aangezien deze werkt met een ander coderingssysteem. Om een goede doorverwijzing te

realiseren, is het noodzakelijk dat de huisarts getraind wordt in het vertrouwd raken met de DSM, juist wanneer dit jaar een nieuwe versie van de DSM wordt gepubliceerd (Dopper, 2014).

Het inzetten van e-health blijkt voor de huisarts, POH-GGZ en POH-S een belangrijke scholingsbehoefte te zijn. Huisartsenpraktijken worden aangespoord de inzet van e-health te vergroten als belangrijke sleutel voor kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg. Nictiz, een expertisecentrum dat zich bezighoudt met e-health en het NIVEL, het instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg hebben onderzoek verricht in opdracht van het ministerie van VWS. Er is onderzoek gedaan naar de ontwikkelingen van e-health in huisartsenpraktijken. Uit dit onderzoek wordt geconcludeerd dat de huisarts goed op weg is: Er is al veel mogelijk en Nederland loopt in diverse opzichten voorop. Zo is digitale dossiervoering en gegevensuitwisseling al bij veel huisartsen een feit. Echter, hoewel diverse huisartsen digitale diensten aan patiënten bieden, wordt daar nog maar in beperkte mate gebruik van gemaakt. Sommige diensten moeten nog van de grond komen, zoals inzage in het medisch dossier en digitale ondersteuning van zelfmanagement (Nictiz & Nivel, 2013). Uit de ingevulde behoefte in de enquête blijkt dan ook dat diverse praktijken behoefte hebben aan handvatten voor het vormgeven van e-health.

''Hoe kunnen we e-health het beste vormgeven? ''

Aansluitend op bovenstaande behoefte volgt de scholingswens van de POH-S en de POH-GGZ op het vlak van het bevorderen van zelfmanagement van de patiënt. Het gaat om de vaardigheid van patiënten om in het dagelijks leven met de ziekte om te gaan en daarbij zelf oplossingen te zoeken voor problemen en de regie te houden over het eigen leven. Zelfmanagement en e-health zijn instrumenten die elkaar aanvullen en op dit moment volop in de belangstelling staan. Van hieruit is te verklaren dat dit levende behoeftes zijn in de praktijk (Eigen regie, 2011).

Ook het wijkgericht werken en het multidisciplinair samenwerken komt naar voren in het behoefteonderzoek bij de huisarts, POH-GGZ en POH-S. In het kader van het wijkgericht werken heeft de LHV in samenwerking met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) een brochure opgesteld: 'Huisarts en Gemeenten; samen werken in de wijk'. Huisartsen spelen namelijk een belangrijke rol in de verwijzing en gemeentes krijgen steeds meer ondersteuningstaken op het gebied van (GGZ-)zorg. Het gaat bijvoorbeeld om de ouderenzorg en de transitie Jeugdzorg. Voor huisartsen is het zodoende van belang op de hoogte te zijn van de diensten en voorzieningen van de gemeente. Daarnaast moet de gemeente op de hoogte zijn van de rol van de huisarts in de zorg, omdat de gemeente voor een groot deel verantwoordelijk is voor de zorg. Wijkgericht werken kan bijvoorbeeld bestaan uit wijkgebonden preventie, samenwerken met de GGD of het werken in wijkteams. Omdat dit in de gehele zorg- en welzijnssector een thema is, is de vraag van de huisartsenpraktijk naar handvatten voor een wijkgerichte aanpak te plaatsen (Hogendorp, Boer, Driesten. v., 2013).

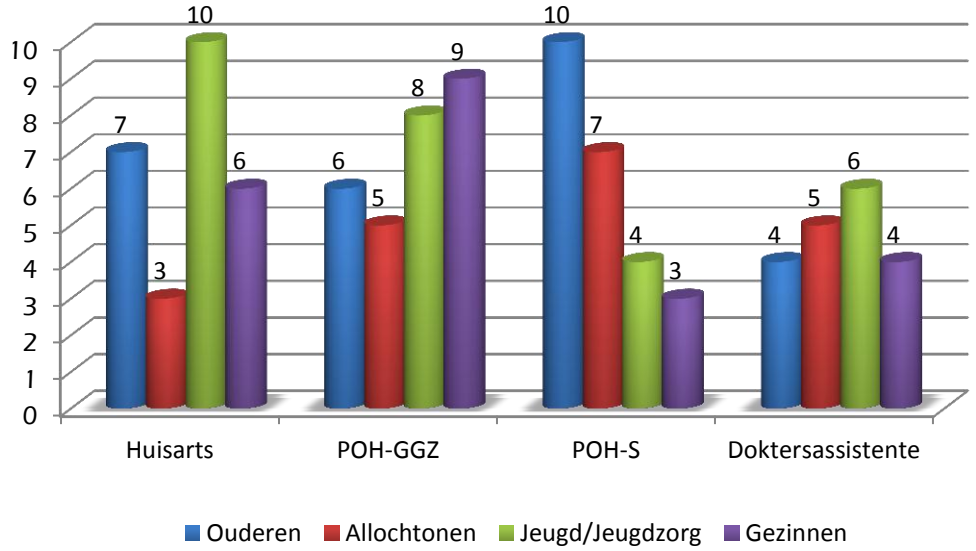
''We werken in alle *wijken*. We willen geen terugkeer naar vroeger waar je met een groep hulpverleners om de tafel zat en er geen patiënt van de eigen praktijk besproken werd. We voelen er meer voor om vanuit de eigen praktijk problemen met diverse hulpverleners aan te pakken (netwerkopbouw).''

Voor doktersassistente ligt de behoefte duidelijk op de telefonische triage**.** Het uitvoeren van triage is één van de belangrijkste taken van de doktersassistente. Het gaat om professioneel telefoneren, medische kennis in gewone taal kunnen uitleggen, de relatie met de patiënt managen en bepalen of er sprake is van spoed. Dit alles om te zorgen voor een goede doorstroom. Met elkaar handelen de assistentes per jaar ruim 4,2 miljoen hulpvragen af (Dijk. v., 2010).
Hoewel telefonische triage een belangrijk onderdeel is in de opleiding van de doktersassistentes en zij dagelijks de eerste opvang verzorgen blijkt dat de kwaliteit van triage regelmatig te wensen overlaat. Uit onderzoek komt naar voren dat bij 40 procent van de triage sprake was van over- of onderschatting van de hulpvraag en in 37 procent was er sprake van een verkeerde inschatting van de benodigde hulpinzet (NVDA, 2013). Uit de enquêteresultaten en uit de literatuur blijkt dat het blijven verbeteren van de triage vaardigheden onmisbaar is.

Paragraaf 4.4 Resultaat populatiegerichte behoefte

Het laatste onderdeel van de enquête geeft de scholingsbehoefte betreffende de populaties ouderen, allochtonen, jeugd/Jeugdzorg en gezinnen weer.

Vraag 6.
Welke behoefte aan deskundigheidsbevordering is er in uw praktijk onder de verschillende disciplines t.o.v. onderstaande populatiegerichte thema's**.**



N = 22

Een kenmerkend gegeven is dat een grote behoefte bij huisartsen, POH-GGZ en doktersassistentes ligt op het gebied van zorg aan jeugd c.q. Jeugdzorg. Zorg aan jeugd is één van de deelgebieden van de GGZ-zorg die gegeven wordt door de huisarts en de POH-GGZ. Huisartsen hebben namelijk goed zicht op het hele gezin en gezinnen kunnen dicht bij huis worden geholpen via de eigen huisartsenpraktijk (Nivel, 2013).
Het is een grote behoefte en een begrijpelijke behoefte met het oog op het feit dat deze vertakking van zorg overgaat naar de gemeente per 1 januari 2015, de zogenoemde transitie Jeugdzorg. De dan ingaande Jeugdwet geeft huisartsen een belangrijke rol als poortwachter. Een rol die hen sinds begin

dit jaar niet vreemd is. Volgens de LHV is het noodzakelijk dat huisartsen per 1 januari 2015 een netwerk van zorgverleners om zich hebben naar wie men kinderen kan doorverwijzen, omdat zij vanaf dat moment fungeren als het eerste aanspreekpunt en de poortwachter.
Gezien deze grote transitie is het verklaarbaar dat huisartsenpraktijken behoefte hebben aan handvatten om hun rol in de samenwerking en in de zorg te bepalen.

De behoefte aan nascholing op het gebied van ouderen is het grootst bij de POH-S. Dat is niet vreemd gezien de toenemende vergrijzing in de maatschappij. De POH-S komt vaak in aanraking met deze doelgroep, omdat ouderen regelmatig langskomen met lichamelijke problematiek die valt onder verantwoordelijkheid van deze discipline, zoals COPD, cardiovasculair risicomanagement, chronische ziekten, etc. Scholing om goed met deze groeiende populatie om te gaan, is van belang volgens de praktijkmanagers (Beek, 2013).

Hoofdstuk 5

Wat houdt de heersende professionaliseringsbehoefte betreffende psychosociale, psychische en psychiatrische zorg in?

Inleiding

Het in kaart brengen van de behoefte aan deskundigheidsbevordering op het gebied van psychosociale, psychische en psychiatrische zorg heeft in eerste instantie plaatsgevonden middels het uitzetten van enquêtes. De enquêteresultaten zijn in het vorige hoofdstuk beschreven. Aansluitend hierop zijn twaalf semigestructureerde interviews afgenomen om dieper in te gaan op vakkennis en vaardigheden die al dan niet ontbreken of aangevuld kunnen worden. De interviews zijn afgenomen bij vier praktijkmanagers, twee huisartsen, twee praktijkondersteuners GGZ, twee praktijkondersteuners somatiek en twee doktersassistentes. In hoofdstuk twee heeft reeds de uitleg en verantwoording van deze onderzoeksmethode centraal gestaan. In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van de interviews behandeld aangaande de inhoud van de behoefte van de disciplines aan deskundigheidsbevordering. De bevindingen zijn ingedeeld in drie hoofdthema's, namelijk algemene thema's, thema's gerelateerd aan de GGZ-herstructurering en populatiegerichte thema's. De thema's zijn verwerkt in de volgende tweetal vragen die aan alle respondenten zijn voorgelegd.

'Welke behoefte aan deskundigheidsbevordering op het gebied van GGZ-zorg leeft er bij u?'
'Welke kennis en vaardigheden wilt u verwerven?'

Paragraaf 5. 1 Algemene thema's

Intervisie

Intervisie wordt met name door de praktijkmanagers aangegeven als scholingsthema voor de disciplines (P1.23, P1.28, P2.43, P2.64, P3.95). Zo geeft één van de managers aan dat intervisie het vak levendiger maakt (P1.23). Een andere manager geeft aan het prettig te vinden de dingen te bespreken waar men tegenaan loopt (P2.43). Een plek om naar jezelf te kijken en jezelf te ontwikkelen, zo geeft een POH-GGZ zijn behoefte aan. Af en toe stilstaan bij het werk acht deze respondent van belang, aangezien het niet zomaar een kwestie is van productie leveren, maar het gaat om mensenwerk. Het blijven kijken naar wat situaties met de professional doen, waar deze zich aan stoort, wat dat zegt over de professional en wat men daar anders in kan doen, zijn elementen die de POH-GGZ graag terugziet in intervisie. Kortom een bespreekmoment buiten de praktijk met vakgenoten om als professional te kunnen ontwikkelen (B2.174).

Motiverende gespreksvoering

De respondenten verklaren dat motiverende gespreksvoering een onderdeel is waarop regelmatig wordt bijgeschoold. Echter, zij geven aan hierin een opfrisser te kunnen gebruiken (B1.148, C1.208, C2.240, C2.241, D1.347, P1.15, P3.93, P3.97). Met name de POH-S en de doktersassistente houden zich bezig met het bewerkstelligen van gedragsverandering om ziektes c.q. aandoeningen te voorkomen en/of verergering tegen te gaan (C2.240, P3.93). Eén van de praktijkmanagers geeft aan dat beide disciplines bijvoorbeeld regelmatig in aanraking komen met mensen die een hart- en vaatziekte hebben of een hoge bloeddruk. Bij deze doelgroep is het de taak van de POH-S of de assistente om een lange vragenlijst af te nemen. Deze vragenlijst bevat allerlei (gevoelige) onderwerpen als gewicht, bewegen, roken en het eetpatroon. De manager benoemt dat de behoefte zodoende ligt op het aanleren van vaardigheden om op een leuke manier een goed en ontspannen

gesprek te voeren met de patiënt en daarbij balans te vinden tussen het protocol en de mens (P3.93). Ook de POH-GGZ houdt zich bezig met motivering in situaties waarbij acceptatie van psychisch lijden het streven is of waar mensen uit een slachtofferrol gehaald moeten worden (B1.148). Aangezien deze discipline dikwijls te maken heeft met dergelijke situaties blijft bijscholing nodig voor het verbeteren van het motiverend handelen. Verder geeft één van de POH-S aan graag te willen leren hoe om te gaan met mensen die met een hulpvraag komen, maar vervolgens niets willen, niets kunnen of nergens geld voor hebben (C1.208). Bij de overige disciplines gaat het met name om een praktische herhaling van de motiverende gesprekstechnieken; de techniek in de vingers krijgen (B1.148), leren achterover te leunen (D1.347) en feedback ontvangen op het eigen handelen (C2.240).

Signaleren (kinder) mishandeling

Het signaleren van mishandeling c.q. kindermishandeling is een levende behoefte in sommigen praktijken (D1.348, P2.54). Met name het signaleringsgebied blijft voor deze disciplines een lastig punt; wanneer is iets verdacht? Bovendien is het bespreken van signalen en vermoedens vervolgens ook een moeilijk kwestie voor de assistente. Bijscholing op het gebied van gespreksvoering met de persoon in kwestie of diens ouder(s) c.q. verzorger(s) is dan ook gewenst (D1.348).

Eenzaamheid

Wanneer het gaat om een scholing die in het teken staat van eenzaamheid geven de respondenten de volgende behoefte weer. Eén van de praktijkmanagers ziet hierin een taak voor de doktersassistente. De doktersassistente krijgt namelijk te maken met regelmatige bellers die een praatje willen maken met de assistenten en waarvan bekend is dat zij eenzaam zijn. De manager zou hierin graag zien dat de doktersassistente meer grip krijgt op deze problematiek door een juiste mix aan te leren van empathie tonen en de juiste vragen stellen om zo de achterliggende problematiek omhoog te halen (P2.58). Ook één POH-S geeft weer dat deze behoefte zeker leeft in verband met de vergrijzing. Deze praktijkondersteuner gaat het met name om het signaleren van tekenen van eenzaamheid bij ouderen, het vormgeven van een netwerkgerichte aanpak tijdens het spreekuur, de verdere aanpak en de mogelijkheden in de sociale kaart (C1.213). Ook de huisarts sluit zich aan bij deze inhoud en ziet in een scholing graag elementen terug zoals het goed leren signaleren van eenzaamheid, de juiste instrumenten voor de hantering van deze problematiek en de mogelijkheden in de sociale context c.q. sociale kaart (A1.275).

Slaapproblemen

Behoefte aan meer kennis en vaardigheden op het vlak van slaapproblemen leeft bij diverse disciplines (A1.276, C1.212, C2.239, D1.349). Over het algemeen wordt er aangegeven dat professionals meer willen weten over slaapproblemen. Het gaat dan met name over wat een slaapprobleem is en welke problematiek hieraan ten grondslag kan liggen. De POH-S geeft aan eveneens scholing te willen volgen om goed in gesprek te kunnen gaan met deze patiënten (C2.247). Aangezien de huisartsen het gebruik van slaapmedicatie liever voorkomen, heeft men behoefte aan mogelijke adviezen die aangereikt kunnen worden aan deze doelgroep (A1.276, C2.239). Eén van de huisartsen geeft aan dat hij graag sterker wil worden in het in kaart brengen van achterliggende psychische problematiek bij slaapproblemen. Tevens is hij benieuwd naar een mogelijke methode die speciaal bestemd is voor deze doelgroep (A1.276). Een ander onderdeel dat men graag wil zien in een scholing over slaapproblemen betreft verslaving. Het gaat dan met name om het signaleren en voorkomen van verslaving aan slaapmedicatie en de aanpak van deze problematiek (C2.239, D1.349).

Life-events (aanpassingsproblematiek)
De inhoud van dit thema is niet ter sprake gekomen in de interviews, aangezien geen van de disciplines dit scholingsthema als behoefte heeft aangegeven.

Somberheidsklachten
Scholing op het gebied van somberheidsproblematiek is slechts eenmaal ter sprake gekomen in het interview. De praktijkmanager gaf aan dat de doktersassistente geregeld te maken heeft met regelmatige bellers met somberheidsklachten. Er is net zoals bij het thema 'eenzaamheid' behoefte om in een scholing aandacht te besteden aan het meer grip krijgen op deze doelgroep en het omhoog halen van hetgeen er precies speelt (P2.59).

Paragraaf 5.2 GGZ-herstructurering thema's

Telefonische triage
Met name de praktijkmanagers hebben aangegeven dat de doktersassistente behoefte heeft aan een herhaling van een scholing gericht op telefonische triage (P2.60, P3.92, P4.122). Eén van de praktijkmanagers geeft aan dat de assistentes in de praktijk graag elk jaar een opfriscursus willen volgen voor het voeren van telefonische triage. Ongeveer 80 procent van hun werkzaamheden bestaat immers uit het voeren van telefonische correspondentie en daarmee vormen zij het eerste contact van de praktijk (P3.92). Al deze managers geven aan dat de inhoud van de scholing dient te bestaan uit het aanleren c.q. verbeteren van vaardigheden voor het bepalen van urgentie. Daarbij is aandacht voor gesprekstechnieken belangrijk, zodat assistentes goed getraind worden in het stellen van de juiste vragen en in het doorvragen om zo de achterliggende problematiek beter naar voren te kunnen halen. Een ander onderdeel in de scholing zou het opfrissen van de kennis omtrent psychiatrie en het te woord staan van mensen die in paniek zijn, kunnen betreffen (P4.122). Bovendien blijkt het goed plannen van het spreekuur een blijvende uitdaging te zijn voor de assistente die moet laveren tussen de hulpbehoevende patiënt en de drukke agenda van de praktijk (P2.66).

Verwijzen binnen een nieuwe zorgstructuur volgens de vijf verwijscriteria
Respondenten geven op dit gebied aan dat ze meer helderheid willen over wat de nieuwe structuur en de vijf verwijscriteria inhouden. Te denken valt aan behandeling van een verwijs- en beslisschema en het praktisch maken van de verwijscriteria (A2.321, B2.175, P1.24, P1.25, P2.53, P2.55, P2.62). De POH-GGZ ziet graag een herhaling van de vijf criteria en een praktische handreiking hoe deze efficiënt te gebruiken zijn in het werk met de patiënt (B2.175). Eén van de managers geeft aan dat de praktijk geregeld patiënten terugverwezen heeft gekregen met de boodschap dat er niet goed is verwezen. De behoefte bij deze praktijk ligt dan ook bij het op de juiste wijze leren doorverwijzen volgens de nieuwe structuur (P2.53, P2.55). Eén van de huisartsen sluit zich hierbij aan en geeft aan meer duidelijkheid te willen verwerven over wie waarnaartoe verwezen moet worden en met welke indicatie (A2.321). Eén van de managers zegt dat het zaak is dat de huisarts een opfriscursus krijgt als het gaat om het werken met de DSM. Binnen de nieuwe verwijsstructuur wordt er namelijk gewerkt met de DSM en, omdat de huisarts het werken met de DSM niet zozeer gewend is, acht de manager scholing wenselijk (P4.119).

Inzet van e-health

Het inzetten van e-health is een relatief nieuw gegeven en diverse disciplines geven dan ook aan hiervoor graag een scholing te willen volgen. Alle disciplines menen dat het voornamelijk gaat om een scholing waarin de mogelijkheden van e-health uiteen worden gezet (A1.277, A2.322, B1.176, C2.242, D1.350, P1.20, P2.56, P2.57). Eén van de managers wijst erop dat het belangrijk is dat in een scholing de richtlijnen, regels en eisen omtrent e-health behandeld moeten worden (P2.56, P2. 57, P2.63). Daarnaast wil men graag weten wat de zogenaamde 'best practices' zijn; welke e-health middelen zijn bewezen effectief (A1.277, B2.176)? Eén POH-S geeft aan naast de mogelijkheden ook te willen weten hoe dergelijke internetprogramma's te koppelen zijn aan het huisartseninformatiesysteem. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om een door de patiënt ingevulde test of een gemaakte oefening. Deze informatie wil men graag digitaal inzichtelijk hebben en kunnen koppelen aan het systeem, zodat de ontwikkeling van de patiënt kan worden vastgelegd (C2.242).

Groepsconsulten bieden

De inhoud van dit thema is niet ter sprake gekomen in de interviews, aangezien geen van de disciplines dit scholingsthema als behoefte heeft aangegeven.

Vroegsignalering en preventie

De inhoud van dit thema is niet ter sprake gekomen in de interviews, aangezien geen van de disciplines dit scholingsthema als behoefte heeft aangegeven. Wel is het vroeg signaleren van psychiatrie aan de orde geweest, echter dit wordt besproken bij het thema 'herkennen van psychiatrische klachten'.

Wijkgericht werken/aansluiten op de wijk

Eén van de praktijkmanagers heeft een behoefte die gelinkt is aan het wijkgericht werken, echter deze komt beter tot zijn recht bij het onderstaande thema 'multidisciplinaire samenwerking'. Enkel één POH-S heeft deze behoefte nader toegelicht in het interview. De behoefte ligt niet zozeer bij het volgen van een informatieve training, maar bij een multidisciplinaire training waar daadwerkelijk aan de slag wordt gegaan met wijkgericht werken. Voor de huisartsenpraktijk is wijkgericht werken een klein aandachtsgebied en zij fungeert dan ook niet als kartrekker. De behoefte om wijkgericht te werken is er echter wel. Wat gemist wordt, is iemand die het initiatief neemt, de professionals uitnodigt en een eerste aanzet geeft. De POH-S ziet met name het nut in een bijeenkomst waar men kan netwerken, waar ruimte is voor multidisciplinair en informeel overleg waar men elkaar actief kan opzoeken en ideeën en informatie kan uitwisselen. Het gaat om het aanbieden van een multidisciplinaire training waarbij kwetsbare groepen in de wijk in kaart worden gebracht en waarvoor direct een aanpak wordt ontwikkeld (C2.243, C2.246).

Multidisciplinaire samenwerking vormgeven

Eén van de praktijkmanagers geeft aan dat de huisartsenpraktijk het lastig vind de samenwerking met de gemeente vorm te geven. Aangezien er veel veranderingen zijn binnen de gemeente heeft deze praktijk behoefte aan een scholing. De inhoud van een scholing op het gebied van multidisciplinaire samenwerking met de gemeente zou moeten bestaan uit de volgende onderdelen. Zo zouden zij graag goede voorbeelden aangereikt willen krijgen waaruit blijkt hoe huisartsenpraktijken in de rest van Nederland de samenwerking met de gemeente vormgeven. Verder zou deze manager graag helder willen krijgen wat er precies verandert bij de gemeente en wat deze ontwikkelingen betekenen voor de huisartsenpraktijk. Tot slot zou de manager de rol

gedefinieerd willen zien die zij als praktijk in deze ontwikkelingen in kan nemen en hoe de samenwerking het beste vorm gegeven kan worden (P3.91, P3.94, P3.96).

Zelfmanagement patiënt bevorderen
Een scholing waarin het bevorderen van het zelfmanagement van de patiënt centraal staat, zou volgens de respondenten allereerst moeten bestaan uit een inventarisatie van bewezen, effectieve mogelijkheden op dit gebied (A1.278, A2.323, B2.178). Eén POH-GGZ en één huisarts hebben in het bijzonder interesse in de (contra-)indicaties. Het betreft de indicaties wanneer het bevorderen van zelfmanagement geëigend is en wanneer dit niet het geval is én waarom dit wel of niet toepasbaar is (A1.278, B2.178). Eén praktijkmanager laat weten dat met name de POH-S geschoold kan worden in het bevorderen van zelfmanagement in combinatie met de inzet van e-health. De POH-S komt namelijk veel in contact met ouderen, een populatie die steeds groter wordt. Om deze doelgroep te kunnen beheersen, ziet de praktijkmanager het bevorderen van zelfmanagement en de inzet van e-health als hulpmiddelen. In een scholing voor de POH-S op het gebied van zelfmanagement zou de focus moeten liggen op de volgende elementen. Allereerst zouden de mogelijkheden van online begeleidingsprogramma's behandeld moeten worden. Daarnaast dient er aandacht te zijn voor de vraag hoe de praktijkondersteuner het overzicht kan houden, zicht kan houden op de patiënt en ervoor kan zorgen dat het contact niet verslapt (P1.31).

Herkennen van psychiatrische klachten
In een scholing omtrent psychiatrie dient volgens de disciplines het herkennen en signaleren centraal te staan. Aangezien de huisarts de poortwachter is, is vlotte en vroegtijdige signalering belangrijk (A1.279, B2.172, C1.210, P4.121). Ook de omgang met patiënten waarbij psychiatrische problematiek speelt, is een aandachtspunt dat men graag aan de orde ziet in een scholing (B2.172, P4.121). Bij de POH-S ligt de behoefte specifiek op het signaleren van depressie bij chronisch zieke patiënten (C1.210). Voor de huisarts is het belangrijk dat de kennis wat betreft psychiatrie wordt opgefrist (A1.279). De POH-GGZ geeft aan dat de grootste scholingsbehoefte ligt op het vlak van psychiatrie. Deze respondent ontvangt graag een actualisatie van de DSM, aangezien onlangs de DSM-V is uitgekomen in Nederland. Tevens wil deze praktijkondersteuner graag beter in staat zijn om vroegtijdig psychiatrie te herkennen en op de hoogte zijn van de nieuwste bevindingen in de psychiatrie. Het betreft de zogenaamde do's en dont's in de omgang met en begeleiding van mensen met psychiatrische problematiek. Een ander onderdeel dat gewenst is in de scholing betreft medicatie. De POH-GGZ wil graag op de hoogte zijn van soorten medicatie, de uitwerking en de gevolgen wanneer de patiënt zijn medicatie niet inneemt (B2.172).

Paragraaf 5.3 Populatiegerichte thema's

Allochtonen
Wanneer het gaat om een scholing gericht op een populatie als allochtonen geven de disciplines de volgende inhoudelijke behoefte aan. Praktijkmanagers verklaren dat de disciplines graag meer alert willen zijn op het onderkennen van eenzaamheid onder allochtonen (P2.61, P3.98). Met name voor de doktersassistente zou dit een scholingsbehoefte zijn volgens de manager, aangezien zij patiënten met eenzaamheidsproblematiek regelmatig aan de telefoon krijgt (P2.61). Voor de POH-S blijkt het lastig te zijn de goede klachten naar voren te halen, omdat sommige patiënten met een allochtone afkomst gehospitaliseerd gedrag vertonen. Bovendien is de POH-S geïnteresseerd in de ziektebeleving van deze patiënten en de verschillende uitingsvormen van psychische problemen. Daarbij is een scholingspunt om het spreekuur goed te leren vormgeven. Met name wanneer er een

gesprek wordt gevoerd met een allochtone patiënt en er sprake is van een taalbarrière of wanneer een familielid vertaalt terwijl het een gevoelig onderwerp betreft (C1.217, C1.211). De huisarts geeft aan dat het hem in het bijzonder gaat om het signaleren van psychische problemen en het omgaan met en interveniëren in de schaamtecultuur die onder de allochtonenpopulatie veelal heerst. Voor deze huisarts is deskundigheidsbevordering op het gebied van allochtonen het belangrijkste thema waarop bijscholing dient plaats te vinden (A1.280, A1.281).

Ouderen
Eén van de POH-S heeft de behoefte toegelicht. Deze praktijkondersteuner zou in een scholing graag meer informatie willen omtrent veel voorkomende psychische problemen bij ouderen. Daarbij is het een scholingswens om meer op de hoogte te zijn van de ontwikkelingen op het gebied van ouderenzorg en de spelers op de markt (C2.244).

Jeugd/Jeugdzorg
De doktersassistente heeft aangegeven interesse te hebben in de problematiek die speelt bij de huidige generatie jongeren van twaalf tot achttien jaar. Deze assistente is benieuwd naar de problemen waar Jeugdzorg in het bijzonder mee te maken heeft (D2.298). Eén van de praktijkmanagers benoemt dat een behoefte voor de POH-GGZ ligt op het gebied van Jeugdzorg. Het gaat deze praktijkondersteuner er met name om de basis te weten te komen over Jeugdzorg zoals welke instanties en lijnen er zijn, hoe er gesignaleerd kan worden, hoe de problematiek het beste aangepakt kan worden, etc. (P1.18).

Gezinnen
De inhoud van dit thema is niet ter sprake gekomen in de interviews, aangezien geen van de disciplines dit scholingsthema als behoefte heeft aangegeven.

Paragraaf 5.4 Overige behoefte

Naast de behoeftes die uitgevraagd zijn naar aanleiding van de lijst met thema's hebben de respondenten tijdens het interview ook nog andere behoeftes naar voren gebracht. Hieronder worden deze achtereenvolgens behandeld.

Herstructurering
Eén van de managers geeft aan dat het goed zou zijn voor de huisarts om een scholing te volgen waarin concrete informatie wordt aangereikt betreffende de inhoud van de herstructurering. Volgens deze manager is de huisarts meer gericht op het medische gebied en heeft hij niet de tijd en de interesse om beleidsstukken te lezen. Concrete, bondige informatie over de inhoud van de herstructurering en de gevolgen voor de huisartsenpraktijk lijkt de manager dan ook goed (P3.363). Ook één van de assistentes wil graag weten hoe de nieuwe zorgcultuur eruit ziet, waar als huisartsenpraktijk op gelet moet worden, waarnaartoe verwezen kan worden en welke zorg wel en niet vergoed wordt (D2.297).

Nazorg bij chronische patiënten
De POH-GGZ zou graag een scholing zien met daarin aandacht voor de nazorg aan chronisch zieke patiënten. Aangezien deze nazorg steeds meer moet plaatsvinden in de huisartsenpraktijk wil de POH-GGZ graag leren welke rol hij kan spelen in de samenwerking met de andere disciplines. Tevens

wil hij op de hoogte gesteld worden van de mogelijkheden die er zijn op het gebied van nazorg (B2.179).

Kortdurende behandeling
Een scholing waarin mogelijke methodieken worden aangereikt die in het teken staan van kortdurende hulpverlening wordt door één van de POH-GGZ gewaardeerd. Aangezien de POH-GGZ het vijfgesprekkenmodel hanteert, vind deze het prettig kortdurende methodieken aan te leren die in dit model efficiënt werken (B2.173).

Combinatie somatische en psychische problematiek
Eén van de somatische praktijkondersteuners verklaart een scholingsbehoefte te hebben op het vlak van gespreksvoering met mensen die lijden aan een ziekte en waarbij tevens sprake is van een psychisch component. Het betreft mensen die bijvoorbeeld afhaken, claimen of het gehele spreekuur volpraten. Haar wens is om beter te leren omgaan met deze patiënten en om te leren structuur aan te brengen in het spreekuur en de dagindeling (C1.209).
Eén van de praktijkondersteuners GGZ noemt hetzelfde thema, echter in een andere vorm. Deze zou graag een scholing willen volgen waarin thema's centraal staan, zoals de verhouding tussen eten en psychische klachten en de aanpak van deze problematiek in de vorm van preventie. De POH-GGZ wil in de toekomst graag groepswerk of een folder aanbieden met daarin informatie omtrent de verhouding tussen somatiek (onder andere diabetes en hart- en vaatziekten) en psychische problematiek (B2.177).

Hoofdstuk 6

Op welke wijze dient deskundigheidsbevordering vorm gegeven te worden, wil deze aantrekkelijk zijn voor disciplines binnen de praktijk?

Inleiding

Het eerste deel van de interviews stond in het teken van de invloed van de GGZ-herstructurering in de praktijk. Het tweede deel betrof de inhoudelijke behoefte van elke respondent. Het derde onderdeel zal belicht worden in dit hoofdstuk, namelijk de scholingswijze. Tijdens dit interviewonderdeel zijn vragen gesteld die betrekking hebben op de wijze waarop deskundigheidsbevordering het beste vormgegeven kan worden. Op basis hiervan zijn de volgende onderdelen in kaart gebracht, namelijk het type scholing, het tijdstip, het moment van realisatie, de kosten en de locatie. Bovendien zijn de respondenten bevraagd op wat zij in het algemeen positief waarderen aan een scholing.
Bij het type scholing wordt onderscheid gemaakt in drie vormen van scholing, namelijk een training, workshop of lezing. Hieronder volgt allereerst een typering van deze educatievormen zoals deze ook aan de respondenten is voorgelegd. Vervolgens worden de interviewresultaten uiteen gezet.

Paragraaf 6.1 Scholingstypes

Training

Trainen wordt in de Van Dale gedefinieerd als '*het oefenen van een bepaalde vaardigheid*'. Een training heeft hoofdzakelijk als doel de participanten specifieke vaardigheden te onderwijzen om hen zo te doen leren omgaan met bepaalde praktijksituaties. Het betreft een vorm van scholing waarbij ruimte is voor theorie, oefening en vragen van de deelnemers. Er is vaak sprake van een gemeenschappelijk doel; een gezamenlijke thematiek die men onder de knie wil krijgen. Veelal wordt bij deze vorm theorie en praktijk afgewisseld, werkt men met leerdoelen en ontvangen de deelnemers feedback op hun handelen (De Gooijer training en coaching, z.d. en Zorg beter met vrijwilligers (z.d.), p. 2-6).

Workshop

Een workshop is een vorm van scholing waarbij mensen actief kunnen participeren en gezamenlijk naar een doel streven. Het betreft een korte, praktische cursus (Woorden.org, z.d.) Bij een workshop is actieve deelname het hoofdzakelijke element. Het betreft een educatievorm waarbij theorie en praktijk tegelijkertijd plaatsvinden. Wanneer de workshopleider een onderwerp uitlegt, toont deze direct hoe het in de praktijk uitgevoerd kan worden. Vervolgens is het de taak aan de deelnemers om de theorie praktisch te maken door middel van diverse praktijkopdrachten. Oefenen, vragen stellen, discussiëren en het uitwisselen van ervaringen en informatie zijn kenmerkend voor deze werkvorm (Siks, 2009).

Lezing

Een lezing is een voordracht waarbij een bepaald onderwerp centraal staat. Degene die de lezing verzorgt, leest een deel van de tekst of het werk in zijn geheel voor. Een lezing vindt voornamelijk plaats voor een groep mensen die geïnteresseerd is in een bepaald onderwerp. De lezer geeft in de meeste gevallen zijn eigen beschouwing en/of aanmerkingen op het voorgedragen werk (Encyclopex, z.d.).

Paragraaf 6.2 Interviewresultaten

6.2.1. Type

De disciplines geven het volgende aan wanneer het gaat om het scholingstype *training*. Training wordt voornamelijk genoemd bij de behoefte aan scholing op het gebied van motiverende gespreksvoering. De respondenten stellen dat het goed is om theorie aangereikt te krijgen en daadwerkelijk daarmee in de praktijk aan de slag te gaan aan de hand van casuïstiek (B1.150, C2.249, D1.353). De voordelen van een training ziet men in het gegeven dat de theorie gaat leven en men van anderen kan leren. Daarnaast is dit een prettige vorm, omdat motiverende gespreksvoering een techniek is die getraind dient te worden, wil deze daadwerkelijk toegeëigend worden.
Eén van de somatische praktijkondersteuners geeft te kennen een training te willen volgen over slaapproblematiek. Daarin dient afwisseling te zijn tussen de theorie omtrent slaapproblematiek en de praktijk, zoals gespreksvoering met de patiënt (C2.247). De praktijkmanager geeft de voorkeur aan een training wanneer het gaat om het scholen van de doktersassistente in telefonische triage. Theorie afgewisseld met casuïstiek en rollenspelen is hierbij gewenst (P4.368).

Het scholingstype *workshop* wordt genoemd bij twee behoeftes. Allereerst ziet men een scholing motiverende gesprekvoering graag in een workshopvorm. De reden dat men deze vorm kiest, is dat het praktisch is en het voornamelijk gaat om het opfrissen, aangezien de theorie reeds bekend is (P1.16, P1.33, C1.215, C1.208). De tweede behoefte waarbij dit type scholing genoemd wordt, is de behoefte aan scholing voor de inzet van e-health. De POH-GGZ en de huisarts die hier behoefte aan hebben, benoemen dat het oefenen met dit nieuwe element belangrijk is (B2.182, A2.327). De huisarts geeft daarbij aan dat een basisverhaal over e-health en vervolgens het experimenteren in groepjes de voorkeur heeft.
Eén van de praktijkondersteuners GGZ heeft een sterkte voorkeur voor het type workshop. Voor scholingen betreffende de inzet van e-health, kortdurende methodieken, zelfmanagement en het herkennen van psychiatrie acht deze praktijkondersteuner een workshop het meest passend (B2.188, B2.186, B2.185). Twee praktijkmanagers geven aan dit type scholing in het algemeen positief te waarderen (P2.374, P3.99). De afwisseling, het oefenen, de praktijkgerichtheid en interactiviteit zijn elementen in deze educatievorm die zij op prijs stellen. Eén van hen geeft aan dat huisartsen, assistentes en verpleegkundigen over het algemeen meer van de praktijk en de actie zijn en minder van het luisteren en het aantekeningen maken (P3.99).

Deskundigheidsbevordering in de vorm van een *lezing* wordt bij uiteenlopende scholingsthema's genoemd. Zo willen de huisarts en de POH-GGZ graag een lezing volgen wanneer het gaat om het scholen in de nieuwe verwijsstructuur (A2.326, B2.181, P3.91). Een lezing met daarin informatie hoe de nieuwe verwijsstructuur eruit ziet, stroomschema's en ruimte voor vragen is voor beiden een prettige vorm. Eveneens is een lezing gewenst bij de volgende behoeftes; het herkennen van en omgaan met psychiatrie (P4.123), slaapproblematiek (D1.355), eenzaamheid (C1.216), allochtonen (B1.152) en nazorg aan patiënten met chronische psychiatrische problematiek (B2.187). Ook één van de praktijkmanagers ziet een lezing als het juiste type waar het gaat om scholing voor de inzet van e-health en scholing op het gebied van Jeugdzorg. Het thuiskomen met een product, de weg weten en stevige kennis aangereikt krijgen, zijn elementen die deze praktijkmanager graag terug wil zien in een lezing aangaande deze thema's (P1.32).
In het algemeen wordt aangegeven dat casuïstiek bij een lezing positief gewaardeerd wordt, aangezien de materie op deze wijze praktischer wordt en gaat leven. Daarbij is ruimte voor

interactie, en daarmee voor het stellen van vragen, een belangrijk ingrediënt voor een goede lezing (B2.181, B2.182, D1.355, P1.34, P4.123).

Naast dit type scholingen is er vanuit de interviews een alternatieve wijze van scholing naar voren gekomen. Het betreft de vorm van *online scholing*. Eén van de huisartsen geeft aan dat het hoofdzakelijke voordeel van een online scholing is dat het programma in de eigen tijd gevolgd kan worden. Uit de ervaring van de huisarts blijkt dat er voor dit type scholing veel animo is en dat het goed aansluit bij de drukke agenda's van huisartsen. Gemiddeld duurt de online scholing één tot anderhalf uur en kan er een interactief element aanwezig zijn doordat men direct kan reageren via een chat (A1.283). Ook de POH-S geeft aan dat een online scholing een prima wijze is, in het bijzonder voor een scholing gericht op de inzet van e-health. Praktische informatie in de vorm van een nieuwsbrief via de e-mail lijkt deze ondersteuner prettig (C2.248).
Hoewel er respondenten zijn die openstaan voor deze vorm zijn er ook respondenten die geen affiniteit hebben met online scholing. Zo laat de andere huisarts weten dat hij het een saaie vorm vindt waarbij het sociale aspect van deskundigheidsbevordering wordt gemist (A2.333).

6.2.2. Tijdstip

Wanneer het gaat om het tijdstip van de scholing geeft het overgrote deel van de respondenten aan voorkeur te hebben voor de late namiddag en de avond (A1.283, A2.333, B2.194, D1.358, D2.303, P3.103, P4.128). Aangezien de huisartsenpraktijk niet onbemand kan blijven en de praktijk de voorkeur heeft dat alle medewerkers op dezelfde wijze geschoold worden, gaat de voorkeur uit naar de avond. Voor de twee somatische praktijkondersteuners en één van de managers gaat de voorkeur uit naar een gehele dag om zo de thematiek goed onder de knie te krijgen (C1.220, C2.251, P1.36).

6.2.3. Realisatie

Uit de vraag binnen welk tijdsbestek de scholingen gerealiseerd dienen te worden zodat het aansluit bij de behoefte van de disciplines, vloeien de volgende resultaten voort. Het merendeel geeft te kennen dat de scholingen het beste dit jaar (het tweede deel van het jaar) kunnen plaatsvinden, aangezien het overwegend thema´s betreft die actueel zijn (A1.287, A2.332, B1.155, B2.191, C1.221, C2.252, P3.101, P4.130, P4.131). Eén praktijkmanager laat weten het liefst scholing te volgen in 2015, gezien de drukte in 2014 (P1.38). De twee doktersassistentes geven aan het lastig te vinden een termijn te benoemen (D1.359, D2.366).

6.2.4. Kosten

Als het gaat om de kosten voor een scholing laat het merendeel van de disciplines weten dat dit aspect geen grote rol speelt. Wanneer een scholing interessant en nuttig is en dit in goed overleg geschiedt, lijken de kosten niet zozeer uit te maken (B1.156, C1.222, C2.253, D2.304, P1.39, P2.69). De andere disciplines geven uiteenlopende reacties op de gestelde vraag. Zo geeft de huisarts aan dat er verschil is tussen een scholing die bijvoorbeeld is gesponsord door een ziekenhuis en een scholing die aangeboden wordt door een organisatie of bedrijf. In het eerste geval liggen de kosten lager, tussen de €35 - €50, en in het tweede geval kunnen de kosten uitkomen tussen de €200 en €500 euro. Dat is voor de praktijk waar deze huisarts werkzaam is de marge (A1.285). De overige reacties wat betreft kosten variëren tussen de €75 en €150 per dagdeel (A2.330, D1.360, P3.102, P4.132).

6.2.5. Locatie

Vanzelfsprekend is het voor de disciplines het meest praktisch en prettigst wanneer de scholing zo dicht als mogelijk bij de praktijk plaatsvindt (A1.286, A2.331, B1.154, B2.190, C2.250, D1.357, D2.301, P3.100, P4.129). Deze disciplines selecteren op afstand en volgen het liefst een scholing in de regio; in de omliggende steden en plaatsen. Drie disciplines geven aan dat locatie niet uitmaakt wanneer een scholingsaanbod zeer aantrekkelijk is (C1.219, P1.37, P2.71).

6.2.6. Aantrekkelijkheid

Naast elementen als type scholing, het tijdstip, het moment van realisatie, de kosten en de locatie is er ook gevraagd wat de respondenten over het algemeen positief waarderen aan deskundigheidsbevordering. Op de gestelde vraag 'wanneer is deskundigheidsbevordering leuk en nuttig om te volgen? komt één element sterk naar voren, namelijk interactie. Bijna alle disciplines geven aan dat interactie een basisingrediënt is voor een goede scholing. Het gaat dan voornamelijk om het stellen van vragen en het delen van ervaringen en standpunten (A2.329, B1.153, B2.189, C1.218, C2.246, D1.356, D2.300, P2.72, P3.151, P4.127). Een ander gezamenlijk punt voor het welslagen van een scholing is dat deze moet aansluiten op problematiek uit de praktijk, zodat men bij wijze van spreken de volgende dag aan de slag kan met de thematiek (B1.153, B2.189, C1.218, C2.246, D2.300). Eén van de praktijkmanagers verwoordt dit in de typering dat een scholing 'voldoende body' moet hebben (P1.41). Hier verstaat de manager onder dat wat er wordt beloofd aan leerwinst er ook daadwerkelijk moet zijn bij het terugkeren in de praktijk (P1.376).
Eveneens wordt een werkvorm met ruimte voor praktische oefeningen door veel disciplines positief gewaardeerd (B1.153, B2.189, C1.218, C2.246, D2.300, P3.151, P4.127). Maar ook een goede voordracht met daarin humor verweven (C1.218, C2.246, D1.356), afwisselende werkvormen (B2.189, D1.356, D2.300, P3.151) en rollenspelen (B2.189, C1.375, P2.374, P4.127) worden aangemerkt als bepalende aspecten in een scholing. Hoewel rollenspel hier genoemd wordt als een positief element zijn er ook disciplines die dit niet als prettig ervaren. Zo zegt één van de assistentes dat het vaak om situaties gaat waarbij men elkaar niet kent en mensen zich zodoende niet op hun gemak voelen om een rollenspel uit te spelen (D2.300). Ook één van de managers laat weten dat haar ervaring is dat sommige mensen zich niet inschrijven op een scholing wanneer rollenspelen deel uitmaken van het programma (P2.374). De doktersassistente geeft hierbij als tip om een acteursgesprek op een scherm te tonen, zodat men daarover kan spreken in plaats van zelf daadwerkelijk voor een groep te moeten acteren (D2.300). Tevens worden er nog elementen genoemd als de aanwezigheid van een consumptie (P2.72), het vooraf aanleveren van vragen (C1.373, P2.72) het feit dat de scholing gegeven wordt door praktijkmensen die daadwerkelijk 'met de voeten in de modder staan' en dat scholing plaatsvindt op een externe locatie met andere vakgenoten (B2.189). Door de twee huisartsen wordt benoemd dat het aantrekkelijk is wanneer de scholing geaccrediteerd is (A1.284, A2.329). Eén van deze huisartsen vindt het belangrijk een scholing te volgen samen met collega's uit de regio (A2.329) en de andere huisarts ziet, zoals eerder beschreven, online scholing als een aantrekkelijke vorm (A1.283).

Hoofdstuk 7 Conclusies en aanbevelingen

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de deelconclusies van de hoofdstukken drie tot en met zes beschreven welke overeen komen met de deelvragen één tot en met vier. Het trekken van de conclusies mondt uit in een algehele eindconclusie welke antwoord geeft op de hoofdvraag van het onderzoek. Tot slot worden aanbevelingen naar aanleiding van de conclusies geformuleerd. Het betreft een eerste aanzet voor de opdrachtgever om het onderzoek een praktisch vervolg te geven.

Paragraaf 7.1 Deelconclusie hoofdstuk drie

Deelvraag 1
Wat zijn de huidige ontwikkelingen binnen de GGZ en welke invloed hebben zij in huisartsenpraktijken?

Vanuit het verrichte literatuuronderzoek worden onderstaand de samenvattende conclusies weergegeven. De vetgedrukte woorden zijn als 'zichtbare doorwerking in huisartsenpraktijken' afgeleid uit het gedane literatuuronderzoek en vormen de daadwerkelijke conclusies.

- De GGZ-herstructurering omvat niet enkel een naamsverandering van 'eerstelijns' en 'tweedelijns' naar 'basis' en 'gespecialiseerde' GGZ, maar ook inhoudelijke wijzigingen.

De volgende twee knelpunten vormden de aanleiding voor de herstructurering.

1. Patiënten met psychische problemen werden te snel doorverwezen naar de tweede lijn doordat huisartsen niet in voldoende mate ondersteuning in, tijd voor, affiniteit met en kennis van de GGZ hadden. Tevens vond er weinig samenwerking en terugkoppeling plaats tussen de huisartsenzorg en de GGZ. Ten derde was er sprake van ongelijke bekostiging die leidde tot voordeel bij behandeling in de duurde tweedelijnszorg.
    - De oplossingen die de NZa heeft geformuleerd voor dit knelpunt luiden als volgt. De zogenaamde 'onzekere poortwachter' wordt gecompenseerd door flexibilisering van de module **POH-GGZ**. De huisarts voert de triage uit en **consulteert specialisten** ten behoeve van een goede diagnostiek. Daarnaast wordt een eenduidige bekostigingssystematiek doorgevoerd in de basis GGZ.

2. Zorggerelateerde preventie vond onvoldoende plaats doordat patiënten na verwijzing en behandeling uit beeld raakten en niet van de tweede lijn naar de eerstelijnszorg terugverwezen werden voor (een deel) preventie.
    - De oplossingen om zorggerelateerde preventie voldoende te laten plaatsvinden, waren volgens de NZa om taken als preventie van recidief en onderhoudszorg op te laten nemen in de functie POH-GGZ en behandelaars te laten streven naar een **sluitende overdracht aan huisartsen** bijvoorbeeld door middel van een ontslagbrief.

Aanvullende aandachtspunten van de NZa.

- Het streven naar een goede infrastructuur en richtlijnen voor **communicatie en samenwerking** tussen zorgaanbieders voor een goede multidisciplinaire samenwerking.
- Uitbreiding van de capaciteit van de basis GGZ om de eerstelijnsfunctie te verstevigen en de **groei van patiënten met psychische problemen** te kunnen beheersen.
- De inzet van **vroegsignalering en preventie in de wijk** ten aanzien van psychosociale problemen om het stijgende beroep dat op de GGZ gedaan wordt terug te dringen.
- Het wegnemen van belemmeringen in bekostiging aangaande de **inzet van e-health**.
- In aansluiting op de inzet van e-health wordt er gestreefd naar het bevorderen van het **zelfmanagement van de patiënt**.
- Het monitoren of het terugdringen van de patiënten toestroom naar de gespecialiseerde GGZ daadwerkelijk besparing in de hand werkt.

De gestelde adviezen en akkoorden leiden tot een nieuwe GGZ-structuur per 1 januari 2014.

- De huisartsenzorg met ondersteuning van de POH-GGZ is de poort waar patiënten met psychische problematiek herkend, eventueel behandeld of anders verwezen worden naar de GBGGZ of GGGZ. Bij bepaling van het echelon waar de patiënt toe behoort, maakt de huisarts gebruik van **vijf verwijscriteria**. Bij verwijzing behoudt de huisarts te allen tijde de regie.
- De generalistische basis GGZ is de voormalige eerstelijns GGZ. Een deel van de tweedelijns GGZ, de kortdurende behandelingen, zijn naar de GBGGZ overgeheveld. Patiënten met lichte tot matige, niet-complexe problematiek worden behandeld in de GBGGZ evenals patiënten met ernstige, maar stabiele problematiek die gemonitord dienen te worden. Er wordt gewerkt met vier zorgzwaartepakketten.
- In de gespecialiseerde GGZ, de voormalige tweedelijns GGZ, worden patiënten met complexe en/of risicovolle DSM stoornissen behandeld. Gespecialiseerde inzet is nodig en de levenskwaliteit van de patiënt staat onder druk.

De volgende conclusies zijn te trekken uit het praktijkonderzoek.

Er is in een groot aantal gevallen sprake van een hiaat tussen de theorie en de praktijk. De conclusies van het literatuuronderzoek die de invloed en doorwerking van de herstructurering in de huisartsenpraktijk beschrijven, corresponderen niet met de geluiden van respondenten.

- Weinig tot geen praktijken maken gebruik van **e-health** programma's terwijl dit beschreven is in het bestuurlijk akkoord. E-consult wordt door sommige praktijken wel herkend, echter niet ingezet bij psychische, psychosociale of psychiatrische problematiek.
- Het versterken van **zelfmanagement** blijkt in tegenstelling tot het voorgeschreven beleid enkel vormgegeven te worden door cliënten op de eigen regie aan te spreken. Gezamenlijke dossiervoering blijkt niet aan de orde.
- Veranderingen in de **verwijsstructuur** wordt door het overgrote deel van de ondervraagden opgemerkt. Nieuw is dat het vermoeden van een DSM classificatie vermeld moet worden op de verwijsbrief evenals de echelon waar de patiënt thuishoort. Tevens wordt er gesignaleerd dat verwijzingen vaker worden geretourneerd, omdat deze niet in orde zijn. Echter, specifieke omschrijvingen van de herstructurering kunnen de respondenten veelal niet geven.
- Er wordt in meer of mindere mate **samengewerkt** door praktijken. Geregeld zijn er overleggen met de apotheek, fysiotherapeuten en/of psychologen. De daadwerkelijke

doorsteek naar multidisciplinair overleg op GGZ-gebied als gevolg van de herstructurering is niet naar voren gekomen.
- **Sluitende door- en terugverwijzing** vindt wisselend plaats. Een algehele doorvoering van de herstructurering is dan ook niet direct zichtbaar.
- **Vroegsignalering en preventie** op het gebied van GGZ-zorg vindt weinig tot niet plaats. Deze vorm van zorg vindt wel plaats in combinatie met de somatiek, zoals bij de zorg voor ouderen.

De overige topics zijn waargenomen in de praktijk.
- Het overgrote deel van de praktijken heeft de **functie POH-GGZ** geïmplementeerd in de praktijk. Bij enkelen is de POH-GGZ al langere tijd werkzaam en bij andere praktijken is de inzet van de POH-GGZ een rechtstreeks gevolg van de herstructurering.
- Er is geen harde, maar een gevoelsmatige **toename van patiënten** met psychische klachten op te merken. Praktijken zien meer patiënten met deze problematiek, omdat zij als toegangspoort van de GGZ-zorg fungeren en meer begeleiding aanbieden in de nieuwe zorgstructuur.
- **Consultatie** komt in de praktijk niet voor als een te declareren product, echter er wordt wel veelvuldig overleg gevoerd, indien nodig.

Paragraaf 7.2 Deelconclusie hoofdstuk vier

Deelvraag 2
Welke professionaliseringsbehoefte op het gebied van de psychosociale, psychische en psychiatrische zorg leeft er onder de disciplines in huisartsenpraktijken?

De enquête die is ingezet als middel om de professionaliseringsbehoefte in kaart te brengen, is ingevuld door 49 van de 90 aangeschreven praktijkmanagers. Procentueel gezien betreft het een respons van 55,9 procent.

Deze vorm van dataverzameling heeft geleid tot de volgende conclusies.
- Een POH-GGZ is in veel praktijken aanwezig. Maar liefst 40 van de 49 praktijkmanagers geven aan dat de POH-GGZ werkzaam is in de praktijk. Dit komt overeen met de gegevens van de LHV die aantonen dat steeds meer praktijken een POH-GGZ in dienst hebben.

<u>Algemene thema's</u>
- De grootste scholingsbehoefte van huisartsen ligt bij algemene thema's op het gebied van *signalering (kinder) mishandeling*. Scholing op dit gebied zorgt ervoor dat huisartsen beter in staat zijn deze problematiek te signaleren.
- De praktijkondersteuners GGZ hebben bij algemene thema's het meest behoefte aan *intervisie*. Dit is opvallend, omdat de landelijke vereniging POH-GGZ als eerste intervisie aanduid als gewenste taak in het POH-GGZ takenpakket.
- De scholingsbehoefte van de POH-S ligt grotendeels op het gebied van *motiverende gespreksvoering*. Zij gebruiken deze gesprekstechniek voortdurend om patiënten te bewegen ongezonde routines te veranderen.

- *Motiverende gespreksvoering* is ook voor de doktersassistentes een levende behoefte. Zij komen evenals de POH-S bij het uitvoeren van zorgdiensten in aanraking met patiënten die de leefstijl dienen te veranderen.
- *Signalering (kinder) mishandeling* valt als tweede op bij de doktersassistente. Uit onderzoek komt naar voren dat verbetering nodig is op dit gebied met betrekking tot de triage die zij voeren aan de telefoon, aan de balie of in de spreekkamer.
- *Intervisie* is bij alle disciplines vaak als scholingsbehoefte aangegeven. Professionals krijgen dagelijks te maken met groter of kleiner menselijk leed en intervisie kan een middel zijn om stress en burn-out te voorkomen.

Thema's in het kader van de GGZ-herstructurering

- De huisarts heeft behoefte aan scholing aangaande het *verwijzen* volgens de nieuwe zorgstructuur.
- *Verwijzen* volgens de nieuwe zorgstructuur is ook een opvallende behoefte voor de POH-GGZ. Zowel de huisarts als de POH-GGZ komen in aanraking met deze verandering. Zij zijn de belangrijkste schakel in het verwijzen van patiënten.
- De *inzet van e-health* is zowel voor de huisarts, POH-GGZ als de POH-S een grote behoefte. E-health geldt als belangrijke sleutel voor kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg.
- Het bevorderen van *zelfmanagement* werd eveneens aangegeven als behoefte voor de POH-GGZ en de POH-S. Zelfmanagement is een relatief nieuw begrip dat op dit moment volop in de belangstelling staat. Van daaruit is het logisch te verklaren als een levende behoefte.
- *Telefonische triage* is de grootste behoefte voor doktersassistentes. Het is één van de belangrijkste taken die zij uitvoeren, maar waarvan de kwaliteit regelmatig te wensen overlaat.

Populatiegerichte thema's

- *Jeugd/Jeugdzorg* wordt benoemd bij de huisarts, POH-GGZ en de doktersassistente. Vanuit de aanstaande transitie van de Jeugdzorg (2015) is dit een verklaarbare behoefte.
- De POH-S heeft behoefte aan nascholing op het gebied van *ouderen*. Deze discipline komt veel in aanraking met deze populatie, gezien de somatische klachten waarmee ouderen veelal te maken hebben.

Paragraaf 7.3 Deelconclusies hoofdstuk vijf

Deelvraag 3
Wat houdt de heersende professionaliseringsbehoefte in betreffende psychosociale, psychische en psychiatrische zorg?

De afname van interviews aangaande de inhoud van de behoefte heeft geresulteerd in onderstaande conclusies.

Algemene thema's

- *Intervisie* als behoefte voor de disciplines wordt veel genoemd door praktijkmanagers. Het maakt het vak levendig, het biedt de mogelijkheid om naar zichzelf te kijken, het beoogt ontwikkeling en het geeft ruimte aan gevoelens en ervaringen van de professional.

- Veel respondenten behoeven een opfrisser in *motiverende gespreksvoering*. Verbetering van motiverend handelen om veranderingen in de leefstijl te bewerkstelligen en het omgaan met mensen die een vraag hebben maar vervolgens niets willen, staat centraal. Leren achterover te leunen, goede gesprekstechnieken en het ontvangen van feedback op het eigen handelen, worden eveneens benoemd als aandachtspunten voor een scholing.
- Het signaleringsgebied en de gespreksvoering bij vermoedens van *(kinder) mishandeling* blijft lastig voor disciplines.
- De inhoud van het thema *eenzaamheid* betreft het grip krijgen op de problematiek door het stellen van juiste vragen, het tonen van empathie, het signaleren van tekenen, de juiste instrumenten te hanteren, het vormgeven van een netwerkgerichte aanpak tijdens het spreekuur en mogelijkheden in de sociale kaart c.q. context aan te boren.
- *Life-events* is niet genoemd in de afgenomen interviews.
- Bij het thema *slaapproblemen* wordt genoemd dat men handvatten voor gespreksvoering wenst en adviezen om het gebruik van slaapmedicatie terug te dringen. Dit in combinatie met het leren signaleren en voorkomen van medicatieverslaving bij slaapproblematiek.
- Evenals bij eenzaamheid geldt bij *somberheidsklachten* de behoefte bij een scholing om meer grip te krijgen op de doelgroep en de achterliggende problematiek omhoog te halen.

<u>Thema's in het kader van de GGZ-herstructurering</u>

- Respondenten behoeven helderheid over de inhoud van *de nieuwe zorgstructuur en het verwijzen volgens de vijf verwijscriteria.* Men ziet in een scholing graag een herhaling van de vijf verwijscriteria, een praktische handleiding hoe dit te gebruiken in het werk en een handreiking om op een juiste wijze door te verwijzen met kennis van DSM diagnostiek.
- Vanwege het nieuwe karakter van *e-health* heeft een groot aantal respondenten behoefte aan deze scholing. Het uiteenzetten van mogelijkheden, richtlijnen, regels, eisen en 'best-practices' wordt hierbij aangeven als scholingsinhoud.
- De inhoud van *groepsconsulten* is in de interviews niet ter sprake gekomen.
- *Vroegsignalering en preventie* is niet aan de orde geweest.
- Bij *wijkgericht werken* betreft de inhoud van de scholingsbehoefte een bijeenkomst waar men kan netwerken en waar ruimte is voor multidisciplinair en informeel overleg.
- Bij een scholing omtrent *multidisciplinaire samenwerking* met, in dit geval, de gemeente is het allereerst van belang goede voorbeelden van andere huisartsenpraktijken te geven. Vervolgens dient er stilgestaan te worden bij veranderingen die bij de gemeente gaande zijn, wat dit betekent voor de praktijk en hoe de praktijk hier op in kan spelen en de samenwerking het beste vorm kan geven.
- Een scholing aangaande het *bevorderen van het zelfmanagement van de patiënt* dient de volgende elementen in zich te hebben, namelijk effectieve mogelijkheden van deze aanpak, de inzet van eventuele e-health programma's en de wijze waarop men met behulp hiervan toch het contact met de patiënt kan behouden.
- Bij het *herkennen van psychiatrische klachten* is het opfrissen van de kennis van belang, evenals het herkennen, signaleren, de omgang en de aanpak van patiënten met dergelijke problematiek. Informatie over de nieuwste bevindingen in de psychiatrie en medicatie zijn eveneens gewenst.
- Scholing op het gebied van telefonische triage betreft een opfriscursus die bestaat uit het aanleren c.q. verbeteren van gespreksvaardigheden voor urgentiebepaling en spreekuurplanning.

Populatiegerichte thema's

- Scholing gericht op de populatie allochtonen dient de focus te hebben op het onderkennen van eenzaamheid, signaleren van psychische problematiek, naar voren halen van de klachten, de ziektebeleving en uitingsvormen van ziekten binnen de schaamtecultuur.
- Bij scholing op het gebied van *Jeugd/Jeugdzorg* wil men graag de veelvoorkomende problematiek bij *ouderen* aan de orde zien. Tevens is het gewenst dat de basis over Jeugdzorg uiteen wordt gezet, evenals de instanties, de signaleringswijze en de beste aanpak.
- De populatie *gezinnen* is geen gespreksthema geweest tijdens de interviews.

Overige behoefte

- Concrete informatie over de inhoud van de *herstructurering en de gevolgen voor de praktijk* is een wens, zodat de disciplines binnen de praktijk goed op de hoogte zijn.
- Er moet meer aandacht gegeven worden in een scholing omtrent *nazorg bij chronische patiënten* door de mogelijkheden van nazorg op een rijtje te zetten en in te zoomen op de rol die de professional kan spelen in samenwerking met andere disciplines.
- Bij een scholing betreffende *kortdurende behandelingen* wordt het aanreiken van mogelijke methodieken die passen binnen het vijfgesprekkenmodel gewaardeerd.
- *Combinatie somatische en psychische problematiek.* De scholingsbehoefte voor dit thema loopt uiteen van gespreksvoering, omgang met deze patiënten, structuur in het spreekuur en dagindeling aanbrengen tot de verhouding tussen eten en psychische klachten en hoe preventie hierop in kan spelen.

Paragraaf 7.4 Deelconclusie hoofdstuk zes

Deelvraag 4
Op welke wijze dient deskundigheidsbevordering vorm gegeven te worden, wil deze aantrekkelijk zijn voor disciplines binnen de praktijk?

Conclusies ten aanzien van scholingsvormen vanuit de literatuur.

- Training: Participanten worden specifieke vaardigheden aangeleerd voor het omgaan met praktijksituaties. Er is ruimte voor theorie, oefening en vragen van deelnemers en theorie en praktijk wisselt men vaak af. Verder wordt gewerkt met leerdoelen en het geven van feedback.
- Workshop: Een korte, praktische cursus waarbij mensen actief participeren en een gezamenlijk doel nastreven. Theorie en praktijk vinden tegelijkertijd plaats. Oefenen, vragen stellen, discussiëren en ervaringen en informatie uitwisselen zijn kenmerkend.
- Lezing: Een voordracht waarbij een deel van de tekst of het werk in het geheel door de lezer wordt voorgelezen met een kritische beschouwing. Eén bepaald onderwerp staat centraal.

Conclusies ten aanzien van scholingsvormen vanuit de praktijk.

- Training: Deskundigheidsbevordering op het gebied van motiverende gespreksvoering wordt als belangrijkste scholing genoemd bij 'training', gevolgd door slaapproblematiek en

telefonische triage. Belangrijk bij een training is dat theorie in praktijk gebracht wordt met behulp van casuïstiek. Op die manier gaat de theorie 'leven' en kan men van anderen leren.

- Workshop: Motiverende gespreksvoering, e-health, kortdurende methodieken, zelfmanagement en het herkennen van psychiatrie kunnen gevolgd worden als workshop. Het is praktisch vanwege het element 'oefenen'. Afwisseling, praktijkgerichtheid en interactie worden hierbij op prijs gesteld.
- Lezing: Een lezing past bij uiteenlopende scholingsthema's. De nieuwe verwijsstructuur, evenals het herkennen van psychiatrische problematiek, slaapproblematiek, eenzaamheid, allochtonen, nazorg aan patiënten met chronische psychiatrische problematiek, e-health en Jeugdzorg worden genoemd bij deze scholingsvorm. Belangrijke elementen in een lezing zijn casuïstiek, interactie en de mogelijkheid tot het stellen van vragen.
- Online scholing: Deze vorm van scholing kwam naar voren uit de interviews. Disciplines kijken wisselend aan tegen dit type scholing. Voor de één is het een prettige vorm terwijl de ander het sociale aspect mist. Het voordeel is dat scholingen in de eigen tijd gevolgd kunnen worden. Het is van belang om te kunnen reageren via een chatfunctie om interactie te waarborgen.

<u>Tijdstip</u>

- Voor het volgen van scholing hebben de late namiddag en de avond de meeste voorkeur.
- Enkelen prefereren een hele dag scholing om de thematiek goed te leren beheersen.

<u>Realisatie</u>

- Het tweede halfjaar van 2014.

<u>Kosten</u>

- Voor het merendeel van de disciplines geldt dat kosten geen grote rol spelen bij de keuze voor een scholing.
- Het bedrag wat overige disciplines noemen varieert sterk. Bij gesponsorde scholingen betreffen de kosten ongeveer €35 - €50 euro. De overige bedragen variëren per dagdeel ongeveer tussen de €75 en €150 met een uitschieter van €200-€500 euro.

<u>Locatie</u>

- Men wil scholing zo dicht als mogelijk bij de praktijk volgen en selecteert daarbij op afstand.

<u>Aantrekkelijkheid</u>

- De volgende elementen bevorderen de aantrekkelijkheid van een scholing: Interactie, aansluiten op de problematiek in de praktijk, leerwinst, stevige kennis, praktische oefeningen, een voordracht met humor, het vooraf aanleveren van vragen, scholing door praktijkmensen vormgegeven, accreditatie en een consumptie.

Paragraaf 7.5 Eindconclusie

Hoofdvraag
Welke professionaliseringsbehoefte leeft er onder de disciplines binnen huisartsenpraktijken in het kader van de GGZ-herstructurering en hoe kan Linkkers hierop inspelen met een passend aanbod van deskundigheidsbevordering?

De directe aanleiding voor dit onderzoek vormde het gegeven dat de opdrachtgever bemerkte dat er weinig tot geen respons kwam op uitgezette scholingen. De vraag ontstond welke behoefte er dan wel leeft binnen huisartsenpraktijken, dit met het oog op de zojuist ingegane herstructurering.De herstructurering vormde het kader waarin de professionaliseringsbehoefte leeft en is zodoende onderzocht. Daaruit is naar voren gekomen dat de GGZ hervormingen moest doorvoeren om de zorg kwalitatief, toegankelijk en betaalbaar te laten blijven. Concluderend kan gesteld worden dat de herstructurering in het bijzonder de nieuwe structuur betreft, namelijk de poortwachtersfunctie die de praktijken krijgen aangemeten met daarin ondersteuning van de POH-GGZ, de basis generalistische GGZ en de specialistische GGZ. De tien belangrijkste zaken van de herstructurering en de invloed van deze in de praktijk zijn reeds in de deelconclusies beschreven.

Uit de praktijkresultaten die voortvloeien uit het enquêteonderzoek dat afgenomen is onder praktijkmanagers in huisartsenpraktijken, komen de volgende meest prangende behoeftes aan deskundigheidsbevordering naar voren.

- Huisarts
    - Algemeen: Signalering (kinder) mishandeling
    - GGZ-herstructurering: Verwijzen volgens de nieuwe structuur en e-health
    - Populatiegericht: Jeugdzorg
- POH-GGZ
    - Algemeen: Intervisie
    - GGZ-herstructurering: Verwijzen volgens de nieuwe structuur, zelfmanagement en e-health
    - Populatie: Jeugdzorg
- POH-S
    - Algemeen: Motiverende gespreksvoering
    - GGZ-herstructurering: Vormgeven van multidisciplinaire samenwerking
    - Populatie: Ouderen
- Doktersassistente
    - Algemeen: Motiverende gespreksvoering
    - GGZ-herstructurering: Telefonische triage
    - Populatie: POH-S: Jeugdzorg

De inhoud van de behoefte loopt per geïnterviewde discipline sterk uiteen zoals weergegeven in de deelconclusies. Met de aanvullende informatie uit de interviews kan er zodoende geen eenduidig antwoord op de hoofdvraag gesteld worden, omdat er geen sprake is van het verzadigingsprincipe.

Op basis van de hiervoor genoemde resultaten kan een scholingsaanbod ontwikkeld worden. Bij het ontwikkelen van het scholingsaanbod is het van belang dat Linkkers deze op de juiste wijze ontwerpt en aanbiedt, zodat het aanbod aansluit bij de wensen van het werkveld. Als antwoord op de vraag hoe Linkkers dit kan doen, is kortweg het volgende naar voren gekomen. Een geaccrediteerde scholing in de late namiddag of avond, die plaatsvindt in de omliggende steden van de huisartsenpraktijk, aangeboden in de tweede helft van 2014 met een kostenplaatje tussen de €75 en €150 wordt over het algemeen het meest gewaardeerd. Afwisselende werkvormen, aansluiting bij de praktijk en praktische oefeningen zijn elementen die als meest interessant worden gezien.

Paragraaf 7.6 Aanbevelingen

Op basis van het verrichte onderzoek en op grond van de getrokken conclusies worden hieronder de aanbevelingen opgesomd die wij als onderzoekers waardevol achtten voor de opdrachtgever.

- Het ontwikkelen van een versimpelde, samenvattende beschrijving betreffende de GGZ-herstructurering is dan ook een aanbeveling om daarmee op dit hiaat in te spelen. Het zou een uitgave kunnen betreffen van enkele pagina's dat kort en concreet weergeeft welke ontwikkelingen in de nieuwe GGZ-structuur belangrijk zijn voor huisartsenpraktijken. Op deze manier worden de disciplines goed geïnformeerd, kan Linkkers naamsbekendheid creëren en een ingang vinden in praktijken. De basis voor deze vereenvoudigde uitgave is reeds gelegd door het literatuuronderzoek dat is gepresenteerd in het derde hoofdstuk.

- In aanvulling op bovenstaande aanbeveling is het advies aan Linkkers om met een concreet aanbod in te spelen op de kloof tussen beleid en praktijk. De opdrachtgever kan dit doen door het aanbod dat zij bieden concreter te maken en meer te doen aan communicatie, zogenaamde PR. Praktijken vinden het lastig overzicht te houden in alle ontwikkelingen die op hen afkomen en deze een plek te geven. Linkkers wil hier begeleiding in bieden, echter het is zaak dat zij dit aanbod concreter vormgeven op de website. Het aanbod is er, maar wordt vermeld met termen als 'procesbegeleiding, monitoring van een (verander)traject en advies bij GGZ-gerelateerde vraagstukken'. Het gedetailleerd beschrijven op de website van wat zij aanbieden, maakt het voor huisartsenpraktijken inzichtelijk welk aanbod af te nemen is en welke ondersteuning Linkkers hen kan bieden.

- Een andere aanbeveling in aansluiting op het bovenstaande heeft te maken met het aanbod van Linkkers. In het onderzoek is naar voren gekomen dat in het bijzonder de inzet van e-health, het bevorderen van zelfmanagement en het vormgeven van signalering en preventie onderwerpen zijn die (nog) niet of nauwelijks geïmplementeerd zijn in de praktijk. Deze thema's vormen een goede aanleiding voor Linkkers om op in te spelen, omdat deze behoefte op dit moment speelt en huisartsenpraktijken de genomen besluiten dienen te verwezenlijken. Een concreet aanbod waaruit blijkt dat Linkkers ondersteuning kan bieden bij de realisatie van deze onderdelen is dan ook een waardevolle aanbeveling.

- Voor het ontwikkelen van een scholingsaanbod wat in de praktijk daadwerkelijk afgenomen gaat worden, bevelen wij aan om allereerst het aanbod te ontwikkelen voor de scholingsbehoeftes die er leven in het kader van de GGZ-herstructurering. Deze behoeftes zijn actueel en voor nu zeer relevant. Het betreft in het bijzonder de behoefte van de huisarts en de POH-GGZ aan scholing op het gebied van verwijzen binnen de nieuwe zorgstructuur en de inzet van e-health. Voor een scholingsaanbod ten behoeve van de POH-GGZ en de POH-S bevelen wij aan om te focussen op het bevorderen van het zelfmanagement van de patiënt. Om aan te sluiten op de wensen van de doktersassistentes zou deskundigheidsbevordering voor telefonische triage een aan te prijzen thema zijn. Wanneer de opdrachtgever zich wil focussen op scholingen met populatiegerichte thema's raden wij aan om te kiezen voor een scholing op het gebied van Jeugdzorg, gezien de transitie en een scholing op het gebied van ouderenzorg, in het bijzonder voor de POH-S. Als het gaat om de overige, algemene thema's, zien wij een behoefte liggen bij de POH-GGZ voor intervisie, motiverende gespreksvoering bij

de POH-S en de doktersassistente en het signaleren van (kinder) mishandeling voor de huisarts.

- Wanneer Linkkers het deskundigheidsbevorderingsaanbod gaat ontwikkelen en enkele thema's heeft gekozen, is het zaak om het vijfde hoofdstuk wat betreft de inhoudelijke behoefte te raadplegen. Zo kan de opdrachtgever aansluiten bij de wensen en ervaringen van het werkveld en creëren zij een passend scholingsaanbod waarbij er aandacht is voor wat men aan kennis en vaardigheden wil ontwikkelen.

- Bij het ontwikkelen en uitvoeren van het scholingsprogramma zijn er belangrijke elementen van toepassing die de aantrekkelijkheid verhogen. Een scholing aan het einde van de middag of in de avond, die plaatsvindt in de omliggende steden van de huisartsenpraktijk, aangeboden in de tweede helft van 2014 met een kostenplaatje tussen de €75 en €150, wordt over het algemeen als aantrekkelijk ervaren. Afwisselende werkvormen, aansluiting bij de praktijk en praktische oefeningen zijn elementen die als meest interessant worden gezien. Bovendien is het aantrekkelijk wanneer de scholing geaccrediteerd is. Tevens is het aan te bevelen het zesde hoofdstuk erop na te slaan en te bezien welk type scholing bij welke behoefte past, zodat de educatievorm aansluit bij de wensen. Een mogelijkheid daarbij is om een online-scholing aan te bieden. Hoewel hierover verschillende geluiden zijn waargenomen, is het het testen waard, aangezien digitalisering steeds verder toeneemt en deskundigheidsbevordering soms moeilijk in de drukke agenda van de praktijk is in te passen. Online-scholing kan dan een welkome educatievorm zijn, zodat men deze in de eigen tijd kan volgen en niet afhankelijk is van de locatie.

Het onderzoek bevat in zijn totaliteit interessante en waardevolle resultaten en aanbevelingen die wij van harte aanbevelen richting de opdrachtgever. Samengenomen geven de onderzoeksresultaten richting voor de toekomst!

Hoofdstuk 8 Discussie en evaluatie

Paragraaf 8.1 Discussie

In deze paragraaf staat de discussie van het onderzoeksverslag centraal. Het betreft de bijdrage van dit onderzoek aan reeds verricht onderzoek en de toegevoegde waarde die dit onderzoek heeft. Tot slot worden er voortvloeiend uit dit onderzoek suggesties gedaan voor nieuwe vragen en vervolgonderzoek.

8.1.1. Bijdrage en toegevoegde waarde

Om de bijdrage en de toegevoegde waarde te kunnen beschrijven, wordt onderscheid gemaakt tussen de verschillende hoofdstukken.

Hoofdstuk 3

Het onderzoek is allereerst gebaseerd op bronnen waar diverse partijen hebben beschreven wat de herstructurering beleidsmatig inhoud. Op deze wijze is de inhoud van de herstructurering geduid zoals deze op papier is vormgegeven. Daarnaast zijn andere bronnen gebruikt die het beleid vertalen naar de praktijk en hebben onderzocht wat de effecten zijn. Deze literatuur is samengebundeld en bewerkt. Op deze wijze heeft dit onderzoek als toegevoegde waarde dat er een samenvattende beschrijving is ontstaan van de inhoud van de GGZ-herstructurering en de invloed van deze in de huisartsenpraktijk. Waar andere bronnen enkel de beleidsmatige kant beschrijven of een klein deel van de herstructurering belichten, geeft dit onderzoek een compleet beeld van de herstructurering; van zowel de aanleiding en het advies tot het akkoord en de nieuwe structuur. Bovendien bestaat het bronmateriaal veelal uit complexe begrippen en wordt de inhoud van de herstructurering beschreven voor een doelgroep met een hoog inhoudelijk kennisniveau. Dit onderzoek geeft naast een samenvattende ook een begrijpelijke weergave van de ontwikkelingen. Begrippen zijn verklaard en complexe stukken als adviezen, akkoorden en rapporten zijn aangevuld met bronmateriaal om het begrijpelijk te maken.
Tot slot is er door de inzet van interviews in kaart gebracht hoe de ontwikkelingen hun weg vinden in de praktijk en op welke wijze en in welke mate implementatie tot nog toe heeft plaatsgevonden. Aangezien het overgrote deel van de ontwikkelingen per 1 januari 2014 zijn ingevoerd, is er nog geen literatuur bekend wat betreft het effect van de ontwikkelingen. Wel heeft er onderzoek plaatsgevonden naar het effect van enkele ontwikkelingen. De interviews hebben dan ook een belangrijke bijdrage, aangezien zij in kaart brengen hoe de ontwikkelingen uitrollen in de praktijk en op welke wijze hier vorm aan wordt gegeven in twaalf praktijken in Nederland.

Hoofdstuk 4

Voorafgaand aan dit onderzoek en tijdens het ontwikkelen van het plan van aanpak, maar ook tijdens de uitvoering van het onderzoek is er geen behoefteonderzoek aangetroffen dat weergeeft welke behoefte aan deskundigheidsbevordering er leeft bij disciplines binnen de huisartsenpraktijk. Wel is het zo dat er verscheidene partijen onderzoek hebben verricht naar de behoefte op bijvoorbeeld één specifiek thema. Het behoefteonderzoek heeft dan ook, in tegenstelling tot reeds verricht onderzoek, als bijdrage en toevoeging een breed overzicht waaruit blijkt welke verschillende scholingsthema's en door wie deze zijn gewenst.

Hoofdstuk 5
Aanvullend op de afname van enquêtes zijn er interviews afgenomen om de diepte in te steken waar het gaat om de inhoud van de scholingsbehoefte. Onderzoek naar dit element is eveneens niet terug te vinden in de literatuur, uitgezonderd onderzoeken die zich focussen op één enkel scholingsthema. Het onderzoek naar de inhoud van de behoefte heeft als meerwaarde dat het weergeeft wat disciplines aan de orde willen zien in een training en welke specifieke kennis en vaardigheden zij willen ontwikkelen.

Hoofdstuk 6
Tot slot is er in de interviews aandacht besteed aan de scholingswijze; tijdstip, locatie, kosten, type, het moment van realisatie en over het algemeen positief gewaardeerde elementen. Hierover is eveneens weinig bekend in de literatuur. Dit onderzoek heeft dan ook als meerwaarde dat het te ontwikkelen scholingsaanbod soepel kan aansluiten bij de vraag, omdat er dicht bij de ervaringen en wensen van de professionals in het werkveld is gebleven.

8.1.2 Suggesties
Uit de evaluatie van het onderzoeksproces die in de volgende paragraaf volgt en de onderzoeksresultaten en de bevindingen die tijdens het onderzoeksproces zijn opgedaan, is er één en ander aan te bevelen voor wat betreft vervolgonderzoek. Ook hier worden de vier hoofdstukken achtereenvolgens behandeld.

Hoofdstuk 3
Het onderzoek naar de GGZ-herstructurering en de invloed van deze in de praktijk is een dynamisch onderzoek. Het is een actueel onderwerp dat volop is beweging is en waarover telkens nieuwe informatie wordt verstrekt. De ontwikkelingen zijn volop in gang en huisartsenpraktijken proberen een weg te vinden om deze goed te implementeren. Een aanbeveling zou dan ook zijn om over een half of een heel jaar te onderzoeken hoe deze hun weg verder hebben gevonden in de praktijk. Met dit onderzoek is een begin gemaakt door twaalf praktijken te interviewen en een boeiende aanvulling zou zijn om over een bepaalde periode te kijken naar hoe de implementatie verder is vormgegeven, hoe men de herstructurering ervaart, welk effect de ontwikkelingen hebben, etc.

Hoofdstuk 4
De enquête die is ingezet, is afgenomen bij praktijkmanagers. Dit heeft als nadeel dat de enquête gekleurd is door de mening en ervaring van de manager. Een aanbeveling is dan ook om nogmaals een enquête uit te zetten en deze keer bij de disciplines zelf, zodat het behoefteonderzoek dicht bij de professionals zelf plaatsvindt. Bovendien is het een aanbeveling om de enquête op grotere schaal uit te zetten. In dit onderzoek zijn iets minder dan honderd praktijken benaderd; een aantal dat haalbaar was binnen de kaders van het onderzoek. Het maken van een grotere doorsnede zou een waardevolle aanvulling zijn.

Hoofdstuk 5
Bij het afnemen van interviews is het verzadigingsprincipe een belangrijk gegeven. Het is belangrijk dat interviews afgenomen worden totdat het moment komt dat gegevens niets nieuws meer opleveren. Omdat in het onderzoek twee van elke discipline zijn geïnterviewd, is het verzadigingsprincipe logischerwijs niet opgetreden. De behoeftes lopen uiteen en de interviews geven geen sluitende, eenduidige beschrijving van de behoefte. Een aanbeveling voor

vervolgonderzoek is om meerdere professionals van eenzelfde discipline te interviewen, zodat er wél verzadiging optreed en er een meer eenduidig beeld ontstaat.

Hoofdstuk 6
De scholingswijze is belicht in het laatste onderdeel van het interview. Doordat de scholingswijze is onderzocht middels interviews is er van twaalf respondenten in kaart gebracht wat zij positief waarderen aan een scholing. Voor eventueel vervolgonderzoek zou het interessant om deze wensen en ervaringen breder in beeld te brengen door een enquête in te zetten onder een grote groep disciplines. De elementen uit de opbouw van een scholing zijn namelijk bondig en eenvoudig te enquêteren en zo ontstaat er een uitvoeriger beeld van wat men wenst als het gaat om deskundigheidsbevordering. Tevens is een aanbeveling om de enquête uit te breiden met aspecten als welke dag in de week men prefereert en welke tijdsduur de professionals als prettig ervaren.

Paragraaf 8.2 Evaluatie

8.2.1 Productevaluatie

Invloedrijke beslissingen
Hieronder volgen allereerst twee belangrijke beslissingen die van invloed zijn geweest op de kwaliteit van het eindproduct. Overige beslissingen die van invloed zijn geweest staan weergegeven in een SWOT-analyse op de volgende pagina. De strengths (sterktes), weaknesses (zwaktes), opportunities (kansen) en threads (bedreigingen) van het onderzoeksproces zijn hier verwerkt.
Om een goed beeld neer te zetten van de herstructurering en niet enkel de theorie in kaart te brengen zoals beleidsvormers deze hebben ontwikkeld op papier, is besloten om in aanvulling op het plan van aanpak interviews af te nemen. Naast de scholingsbehoefte en de scholingswijze is ook de invloed van de herstructurering in het interview belicht. We hebben het als waardevol beschouwd om na te gaan hoe de herstructurering zijn weg vindt en wordt geïmplementeerd in de praktijk. Deze beslissing heeft als invloed dat de betrouwbaarheid van het product is vergroot en dat er ruimte is gecreëerd voor praktijkgerichtheid en realiteit.
Een andere belangrijke beslissing betrof het benaderen van praktijkmanagers voor het invullen van de enquête. In hoofdstuk twee is de verantwoording te vinden omtrent deze keuze. Naast voordelen, bracht deze keuze het nadeel met zich mee dat één persoon de behoefte van meerdere personen aangeeft. De behoefte die in de enquête is geïnventariseerd, dient dus in het licht gezien te worden van het gegeven dat de manager deze heeft ingevuld en niet de disciplines zelf. Om deze zwakte in te perken is ervoor gekozen de disciplines zelf te interviewen wat betreft hun behoefte aan deskundigheidsbevordering. Op deze wijze is er met de enquête breed ingestoken en heeft middels de interviews de verdieping bij de disciplines zelf plaatsgevonden.

Doelstellingen
In dit onderdeel wordt teruggeblikt op de doelstellingen en op het gegeven in hoeverre deze behaald zijn.

Doel 1. Medio mei is er een overzicht beschikbaar voor de opdrachtgever wat betreft de gewenste scholingsthema's die er leven onder de verschillende disciplines binnen de huisartsenpraktijk met daarbij een overzicht van de inhoudelijke kennis en vaardigheden die men wil werven.
Resultaat: Middels de enquête is er ten behoeve van Linkkers een overzicht ontwikkeld wat betreft de behoefte aan deskundigheidsbevordering van disciplines binnen de huisartsenpraktijk. In dit

overzicht zijn de thema's vermeld waaraan de disciplines behoefte hebben, voor welke discipline deze behoefte geldt en welke behoefte het meest prangend is.
Door middel van interviews zijn de behoeftes inhoudelijk beschreven en is zodoende een heldere beschrijving ontstaan van wat de disciplines graag aan de orde zien komen en welke kennis en vaardigheden zij willen ontwikkelen in een scholing op het gebied van desbetreffende thema's.

Doel 2. Medio mei ontvangt Linkkers aanbevelingen wat betreft het vormgeven van een passend aanbod van deskundigheidsbevordering.
Resultaat: Met behulp van de interviews zijn er aanbevelingen ontwikkeld ten behoeve van Linkkers waarbij is weergegeven wat de disciplines prefereren wanneer het gaat om het type scholing, de kosten, de locatie, het tijdstip en het moment van realisatie. Bovendien is in kaart gebracht wat de disciplines over het algemeen waarderen aan deskundigheidsbevordering, zodat Linkkers deze elementen kan implementeren bij het ontwikkelen van een passend scholingsaanbod.
Hieronder volgt de SWOT-analyse met de meest invloedrijke sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen en een beknopte beschrijving hoe deze elementen op elkaar zijn afgestemd.

SWOT-ANALYSE	**Strengths / Sterktes** **S1:** Onderzoekers beschikken over analytisch vermogen, grote motivatie, een kritische blik en sterke verslaglegging. **S2:** Beschikking over een helder, afgebakend plan van aanpak. **S3:** Drie verschillende onderzoeksmethoden waardoor verbreding en verdieping is aangebracht.	**Weaknesses / Zwaktes** **W1:** Er is een klein aantal disciplines geïnterviewd vanwege de tijdkaders. **W2:** Praktijkmanagers hebben de behoefte voor de disciplines ingevuld. **W3:** Gebruik van primaire bronnen (o.a. beleidsstukken) vanwege de recentheid van het onderwerp.
Opportunities / Kansen **O1:** De beschikking over meelezers en feedback van de afstudeerbegeleider en opdrachtgever. **O2:** Actualiteit van het bronmateriaal en de grote hoeveelheid beschikbare informatie. **O3:** De GGZ- herstructurering is een 'hot-item' in de praktijk, onder andere als het gaat om de scholingsbehoefte op het gebied van GGZ-zorg.	Kwaliteiten waarover wij als onderzoekers beschikken worden versterkt doordat meelezers eveneens een kritische en frisse blik geven. Het is een sterk en betrouwbaar onderzoek vanwege de combinatie en het aantal dataverzamelingstechnieken en vanwege de veelheid/recentheid van het bronmateriaal.	De moeilijkheidsgraad van de bronnen wordt ondervangen door kritische, neutrale meelezers die letten op de begrijpelijkheid van de tekst. Naast primaire bronnen zijn ook andere bronnen gebruikt die weergeven hoe de veranderingen hun weerslag vinden in de praktijk.

Threads / Bedreigingen **T1:** Vanwege de actualiteit komt er steeds nieuwe informatie beschikbaar. **T2:** Een matige respons op de enquête en weinig bereidheid tot het geven van interviews met als gevolg een grondige zoektocht. **T3:** De GGZ- herstructurering is nog niet volledig geïmplementeerd in de praktijk.	Het verrichte literatuuronderzoek heeft enkele weken bewust stilgelegen waarna deze in april opnieuw is geanalyseerd en aangevuld. Zo zijn de meest recente ontwikkelingen in het onderzoek verwerkt. In het tijdpad van het plan van aanpak is rekening gehouden met mogelijke tegenslag wat betreft respons. Tevens is door een sterke motivatie en kwaliteit gerichtheid doorgezocht totdat het voorgenomen aantal respondenten was bereikt.	In de interviews is rekening gehouden met het risico dat de respondenten niet geheel op de hoogte waren van de inhoud van de herstructurering. Zodoende zijn aan hen topics uit het literatuuronderzoek aangereikt als handvat om te antwoorden. De zwakte dat managers de enquête hebben ingevuld voor de disciplines is teruggedrongen door de afname van interviews bij de disciplines zelf. Door de inzet van interviews is de recente en beleidsmatige informatie aangevuld met ervaringen uit de praktijk.

Bijlagen

Bijlage 1 Literatuurlijst

Literatuurverwijzingen boeken en tijdschriften

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, en Teunissen, J. (2009). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.

Bijenhof A.M., Folkertsma, M.A., Kommer, G.J., Slobbe L.C.J., Polder J.J. Kostenontwikkeling GGZ. Kosten van ziekten notities 2012-1. Bilthoven: RIVM, 2012.

Braanker, W. (2013). Laat kinderen niet de dupe worden van transitie Jeugdzorg. *De dokter,* jaargang 2013 (27). 10-13. Geraadpleegd op 04 maart 2014, van http://lhv.artsennet.nl/Actueel/De-Dokter-9/Artikel-De-Dokter/Laat-kinderen-niet-de-dupe-worden-van-transitie-jeugdzorg.htm

Burght, M. van der., Mechelen-Gevers, E., van en Te Lintel Hekkert, M. (2013). De gezondheidszorg in een notendop. *Introductie in de gezondheidszorg.* (pp.13-15). (8e druk). Houten: Bohn Stafleu en Van loghum.

Dijk, E.J. van. (2010). Denken in termen van urgentie bij triage. *Medisch contact,* jaargang 2010 (48). 2589-2591. Geraadpleegd op 03 maart 2014, van http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/88180/denken-in-termen-van-urgentie-bij-triage.htm

Dopper, J. (2014). Nieuw GGZ-beleid gevaar voor de toekomst. *Medisch contact,* jaargang 2013 (6). 254-256. Geraadpleegd op 27 februari 2014, van http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/141805/nieuw-ggzbeleid-gevaar-voor-de-toekomst.htm

Gunst, S.G. van. (2012). Wat is triage? *Medische achtergronden bij triage*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. (p.). (2e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Knap, J. (2013). Burn-out bij huisartsen. *Medisch contact*, jaargang 2013 (10). 574. http://medischcontact.artsennet.nl/actueel/reacties/reactie/128916/burnout-bij-huisartsen.htm

Nuijen J, ten Have M, de Graaf R. (2012). Ernst van de psychische aandoening als voorspeller van de aard en intensiteit van zorggebruik. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Utrecht: Trimbos-instituut.
Utrecht: Trimbos Instituut

NVDA. (2013). Nascholen is noodzakelijk. *De doktersassistent,* jaargang 2013 (6). 14. Geraadpleegd op 04 maart 2014, van http://www.nvda.nl/media/userfiles/file/2013/Artikel%20triage%20tbv%20nieuwsbrief%20december.pdf

Slabbers, S. (2008). Financiering van de GGZ. *De Psycholoog,* jaargang 42 (9). 495, 496.

Vanroy, R., Eede, F. van den., Kenis, C., Peeters, K., Sabbe, B.B.C., Claes, S.J. (2012). Comorbide angststoornissen en stoornissen in alcoholgebruik bij bipolaire I-stoornis; onderzoek in een Vlaamse populatie. *Tijdschrift voor psychiatrie,* jaargang 52 (2). 69-78. Geraadpleegd op 27 februari 2014, van http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_2915pdf.pdf

Websites

Astare. (2014). DSM IV. Geraadpleegd op 25 februari 2014, van https://astare.nl/vademecum/dsm-iv/

Altrecht. (2014). Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ per 1 januari 2014. Geraadpleegd op

25 maart 2014, van http://www.altrecht.nl/ggz/62985/Basis_ggz_en_Gespecialiseerde_ggz_per_1_januari_2014

Atlas van zorg & hulp. (2013). Veranderingen zorgverzekeringswet. Geraadpleegd op 04 maart 2014, van http://www.zorghulpatlas.nl/zorghulpnieuws/ontwikkelingen-2013/zorgverzekeringswet-2013/

Bakker, P., Jansen, P. (2013). Generalistische GGZ, verwijsmodel en productbeschrijvingen. Geraadpleegd op 26 februari 2014 van, http://www.nvgzp.nl/wp-content/uploads/2013/09/generalistische-basis-ggz-verwijsmodel-en-productbeschrijvingen.pdf

Beek, A. van. (2013). Ontstaan en ontwikkeling van praktijkondersteuning. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning,* jaargang 2013 (8). 48-50. Geraadpleegd op 10 maart 2014, van http://link.springer.com/article/10.1007/s12503-013-0030-8#page-1

Caransscoop. (z.d.). Praktijkondersteuning Somatiek. Geraadpleegd op 25 maart 2014, van http://www.caransscoop.nl/advies+en+ondersteuning/praktijkondersteuning+somatiek?adviesondersteuning_id=14

In Care 4 Cure. (z.d.). Intervisie als middel tegen burn-out. Geraadpleegd op 07 maart 2014, van http://www.care4cure.nl/Huisartsen/1262/Intervisie+als+middel+tegen+burn-out

College Bescherming Persoonsgegevens. (2013). Adviesaanvraag materiele controle en zorgvraagzwaarte. Geraadpleegd op 03 maart 2014, van http://www.nvgzp.nl/wp-content/uploads/2013/10/Advies-CPB-oktober-2013-inz.-zorgzwaarte-op-factuur.pdf

CVZ. (2013). Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2. Geraadpleegd op 04 maart 2014, van http://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/rapportenenstandpunten/2013/1307dadviesgeneeskundigegeestelijkegezondheidszorgdeel2/Advies+Geneeskundige+Geestelijke+Gezondheidszorg,+deel+2.pdf

CZ. (2013). Beleid POH-GGZ. Geraadpleegd op 06 februari 2014, van http://www.cz.nl/~/media/zorgaanbieder/beleid-poh-ggz%202013.pdf

De Gooijer training en coaching.(z.d.) Inleiding coaching. Geraadpleegd op 11 maart 2014, van http://www.organisatietraining.nl/Menu-Coaching/hf-Inleiding-Coaching.html

DIS. (z.d.). Vertrouwelijkheid DIS-data. Geraadpleegd op 07 maart 2014, van http://www.dbcinformatiesysteem.nl/Vertrouwelijkheid-DIS-data

E-hulp.nl. (z.d.). Wat is online-hulpverlening? Geraadpleegd op 05 mei 2014, van http://www.e-hulp.nl/achtergrondinformatie/over-online-hulpverlening/

Eigen regie. (2011). Zelfmanagement van patiënten met psychische problemen. Geraadpleegd op 25 maart 2014, van http://www.eigenregie.nl/~/media/Themasites/Eigenregie/Downloads/brochure%20zm%2012%20mei.ashx

Encyclo. 2013. Risicoverevening. Geraadpleegd op 04 maart 2014, van http://www.encyclo.nl/lokaal/10101

Encyclopex. (z.d.). Lezing. Geraadpleegd op 11 maart 2014, van http://www.encyclopex.com/lezing/

Feltz-Cornelis, C.M., Volker, D., Heer, E. de. (2010). Routine Outcome Monitoring: ontwikkelingen in de GGZ. Geraadpleegd op 03 maart 2014, van http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/behandeling-en-re-integratie/af/~/media/files/inkijkexemplaren/af1028%20routine%20outcome%20monitoring_web.ashx

Geestelijke gezondheidszorg. (2011). Financiering van de GGZ. Geraadpleegd op 24 februari

2014, van http://geestelijkegezondheidszorg.wordpress.com/client-financiering-van-de-ggz/
GGZ inGeest. (2009). Voorwaardelijke machtiging. Geraadpleegd op 07 maart 2014, van http://www.ggzingeest.nl/pijler-hulp-nodig/praktische-informatie/brochures/voorw_machtiging.pdf
GGZ Nederland. (2013) a. GGZ Sector. Geraadpleegd op 05 februari 2014, van http://www.ggznederland.nl/pagina/ggz-sector
GGZ Nederland. (2013) b. Justitie. Geraadpleegd op 24 februari 2014, van http://www.ggznederland.nl/themas/justitie
GGZ Nederland. (2013) c. Geraadpleegd op 24 februari 2014, van http://www.ggznederland.nl/themas/forensische-zorg
GGZ Nederland. (2013) d. Geraadpleegd op 24 februari 2014, van http://www.ggznederland.nl/themas/gemeenten
GGZ NHN. (2013). Openbare geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd op 24 februari 2014, van http://www.ggz-nhn.nl/nl/Gemeenten/2-Openbare-geestelijke-gezondheidszorg.html
Hogendorp, J., Boer, A. de en Driesten, G. van. (2013). Huisarts & gemeente: Samen werken in de wijk. Geraadpleegd op 27 februari 2014, van http://www.vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2013/20130509-lhv-vng-huisarts-gemeente-samen-werken-in-de-wijk.pdf
HMH. (2013). Generalistische basis GGZ verwijsmodel en productbeschrijvingen. Geraadpleegd op 25 februari 2014, van http://www.nvgzp.nl/wp-content/uploads/2013/09/generalistische-basis-ggz-verwijsmodel-en-productbeschrijvingen.pdf
Hoof, F, van., Knispel, A., Wijngaarden, B, van., Kok, I. (2009). Toekomstverkenning intramurale GGZ. Geraadpleegd op 06 februari 2014, van http://www.trimbos.nl/~/media/Files/Inkijkexemplaren/AF0936%20Intramurale%20GGZ%20inclusief%20omslag.ashx
Huisarts en wetenschap. (2010). Signalering van lichamelijke mishandeling. Geraadpleegd op 1 april 2014 van http://www.henw.org/archief/volledig/id4288-signalering-van-lichamelijke-mishandeling.html#resultaten
Invoering Generalistische Basis GGZ. (z.d.) a. E-health, preventie en zelfmanagement. Geraadpleegd op 7 maart 2014, van http://www.invoeringbasisggz.nl/onderwerp/e-health-preventie-en-zelfmanagement
Invoering Generalistische Basis GGZ. (z.d.) b. Prestaties en tarieven generalistische basis GGZ. Geraadpleegd op 05 maart 2014, van http://www.invoeringbasisggz.nl/onderwerp/prestaties-en-tarieven-generalistische-basis-ggz
Invoering Generalistische Basis GGZ. (z.d.) c. Om welke bedragen gaat het bij het toepassen van het Macrobeheersinstrument Geneeskundige Gezondheidzorg (MBI GGZ) en wat moet ik als ZZP'er betalen?. Geraadpleegd op 05 maart 2014, van http://www.invoeringbasisggz.nl/vraag/als-zzper-heb-ik-geen-idee-om-welke-bedragen-het-gaat-bij-het-tof
Invoering Generalistische Basis GGZ. (z.d.) d. Wat merkt de patiënt? Geraadpleegd op 05 maart 2014, van http://www.invoeringbasisggz.nl/onderwerp/prestaties-en-tarieven-generalistische-basis-ggz
Invoering Generalistische Basis GGZ. (z.d.) e. Een patiënt heeft zijn behandeling in een gespecialiseerde GGZ-instelling afgerond. Kan de patiënt daarna instromen in de generalistische basis GGZ? Geraadpleegd op 27 februari 2014, van

http://www.invoeringbasisggz.nl/vraag/een-patient-heeft-zijn-behandeling-in-een-gespecialiseerde-ggz-

Invoering Generalistische Basis GGZ. (z.d.). f. Schema doorverwijzing GGZ. Geraadpleegd op 27 februari 2014, van http://www.invoeringbasisggz.nl/onderwerp/schema-_doorverwijzing-ggz

Kamsma, H. (2013). Generalistische Basis GGZ in de praktijk. Geraadpleegd op 27 februari 2014, van http://www.nza.nl/104107/105836/LVE_Presentatie_basis_GGZ.pdf.pdf)

Kole, A., Lops, K. (z.d.). Basis GGZ, wat verandert er per 2014? Geraadpleegd op .. van http://www.nza.nl/104107/105836/NZa_Presentatie_basis_GGZ.pdf

Landelijke HuisartsenVereniging (LHV). (2013) a. Meer patiënten met psychische klachten, minder mogelijkheden tot doorverwijzen. Geraadpleegd op 05 mei 2014, van http://lhv.artsennet.nl/Actueel/Nieuws6/Nieuwsartikel/Meer-patienten-met-psychische-klachten-minder-mogelijkheden-tot-doorverwijzen.htm

LHV. (2013) b. Uitkomst LHV-peiling over de GGZ. Geraadpleegd op 25 maart 2014, van http://lhv.artsennet.nl/Actueel/Nieuws6/Nieuwsartikel/Meer-patienten-met-psychische-klachten-minder-mogelijkheden-tot-doorverwijzen.htm

LHV. (2014). Financiering POH-GGZ. Geraadpleegd op 04 maart 2014, van http://lhv.artsennet.nl/Actuele-dossiers/GGZ/Huisarts-en-praktijkondersteuner-GGZ/Financiering-POHGGZ.htm

LHV. (2014). Nascholingen LHV Competentie. Geraadpleegd op 21 januari 2014, van http://lhv.artsennet.nl/Actueel/kalender/LHV-Academie-Cursussen.htm#vaardigheden_en_competenties
<br

Landelijk Platform GGZ. (LPGGZ) (2012) a. Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ. Geraadpleegd op 06 februari 2014, van file:///C:/Users/Bernadet/Downloads/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014%20(3).pdf

LPGGZ. (2013)b. Onderhandelingsresultaat GGZ 2014-2017.Geraadpleegd op 10 maart 2014, van http://www.psynip.nl/website-openbaar-documenten-nip-algemeen/nieuws/onderhandelaarsresultaat-ggz-definitief.pdf

LPGGZ. (2013). Meld je zorg. Geraadpleegd op 27 februari 2014, van http://www.meldjezorg.nl/meldjezorg/awbz/awbz-en-de-ggz#bekostigingggz

Landelijke vereniging POH-GGZ. (z.d.) Wat is belangrijk als ik als POH-GGZ ga starten? Geraadpleegd op 07 maart 2014, van http://www.poh-ggz.nl/index.php/over-poh-ggz/veelgestelde-vragen/41-wat-is-belangrijk-als-ik-als-poh-ggz-ga-starten

Landelijke vereniging POH-GGZ. (z.d.) b. Functieprofiel Praktijkondersteuner Geestelijke Gezondheidszorg. Geraadpleegd op 07 maart 2014, van http://www.poh-ggz.nl/index.php/over-poh-ggz/functieprofiel

Lokkerbol, J. en Smit, F. (2011). Trimbos Instituut. Eigen bijdrage in de GGZ: Scenario's van effecten op zorguitgaven, zorggebruik en arbeidsproductiviteit. Geraadpleegd op 06 mei 2014, van http://www.trimbos.nl/~/media/nieuws%20en%20persberichten/af1088%20eigen%20bijdrage%20in%20de%20ggz_web.ashx

LSG-Rentray (z.d.). Geestelijke Gezondsheidszorg (GGZ). Geraadpleegd op 5 februari 2014, van http://www.lsg-rentray.nl/nl/corporate/sectoren_en_samenwerking/geestelijke_gezondheidszorg_(ggz)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2012) a. Kamervragen minder bedden

GGZ. Geraadpleegd op 06 mei 2014, van file:///C:/Users/Bernadet/Downloads/beantwoording-kamervragen-over-minder-bedden-in-de-geestelijke-gezondheidszorg-ggz%20(1).pdf

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2012) b. Kabinetsreactie advies NZa taakherschikking. Geraadpleegd op 03 maart 2014, van http://www.ggzvs.nl/Portals/16/pdf_documenten/Ministerie%20van%20VWS%20kabinetsreactie%209-10-12.pdf

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2012). Signalering van kindermishandeling op de huisartsenpost is verbeterd, maar nog niet voldoende. Geraadpleegd op 10 maart 2014, van http://www.igz.nl/Images/201211%20Rapport%20Signalering%20van%20kindermishandeling%20op%20de%20huisartsenposten%20is%20verbeterd_tcm294-336560.pdf

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (z.d.). Huisartsen. Geraadpleegd op 10 maart 2014, van http://www.inspectieszw.nl/actueel/campagnes/huisartsen.aspx

Mutsaersstichting. (z.d.) a. GGZ. Geraadpleegd op 25 februari 2014, van http://www.mutsaersstichting.nl/site/loader/loader.aspx?DOCUMENTID=c8a0242b

Mutsaersstichting. (z.d.) b. DSM IV. Geraadpleegd op 25 februari 2014, van http://www.mutsaersstichting.nl/site/loader/loader.aspx?DOCUMENTID=c8a0242b

Nationale beroepengids. (z.d.). Huisarts. Geraadpleegd op 01 mei 2014, van http://www.nationaleberoepengids.nl/Huisarts

Nederlandse Vereniging voor Doktersassistentes (NVDA. (2012) a. Competentieprofiel doktersassistente. Geraadpleegd op 01 mei 2014, van file:///C:/Users/Bernadet/Downloads/beroepsprofielcompetentieprofiel-doktersassistent.pdf

NVDA. (2012) b. Hulp doktersassistentes bij kindermishandeling. Geraadpleegd op 10 maart 2014, van http://www.nvda.nl/?page_id=156

NVDA. (2010). Competentieprofiel doktersassistente. Geraadpleegd op 01 mei 2014, van http://www.nvda.nl/media/userfiles/file/2010%20POH%20competentie%20profiel%20DEF.pdf

Nictiz en Nivel. (2013). Onderzoeksrapport: E-health, verder dan je denkt. Geraadpleegd op 27 Februari 2014, van http://www.nictiz.nl/page/Publicaties/eHealth-monitor

NIP. (2013). Hoofdbehandelaarschap in de Geneeskundige GGZ. Geraadpleegd op 07 maart 2014, van http://www.psynip.nl/themadossiers/hoofdbehandelaarschap-in-de_geneeskundige-ggz.html

NIP. (2014). Wat betekent het macrobeheersinstrument? Geraadpleegd op 07 maart 2014, van http://www.psynip.nl/website-openbaar-documenten-nip-algemeen/wat-betekent-het-macrobeheersinstrument.pdf

Nivel. (2006). GGZ-consultaties aan de Eerstelijnszorg Eindrapportage. Geraadpleegd op 03 maart 2014, van http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/GGZ-consultaties-aan-de-eerstelijnszorg-eindrapportage-2006.pdf

Nivel. (2012) a. Motiverende gespreksvoering praktijkondersteuner nog niet optimaal. Geraadpleegd op 10 maart 2014, van http://www.nivel.nl/nieuws/motiverende-gespreksvoering-praktijkondersteuner-nog-niet-optimaal

Nivel. (2012) b. Praktijkondersteuners in de huisartsenzorg (POH-S), klaar voor de toekomst? Geraadpleegd op 10 maart 2014, van http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-kennisvraag-poh-def.pdf

Nivel. (2013). Grotere rol voor huisarts bij jeugdzorg. Geraadpleegd op 10 maart 2014, van http://www.nivel.nl/nieuws/grotere-rol-voor-de-huisarts-bij-jeugdzorg

Noom, M. (2010). Routine-Outcome-Monitoring. Geraadpleegd op 03 maart 2014, van http://www.zorginnovatieplatform.nl/innovaties/526/Routine-Outcome-Monitoring-(ROM))

NVGZP. (2013). Bestuurlijk akkoord voor dummies. Geraadpleegd op 04 maart 2014, van http://www.nvgzp.nl/wp-content/uploads/2013/12/Bestuurlijk-Akkoord-voor-Dummies.pdf

NVVP. (z.d.). Bestuurlijk akkoord deel II. Geraadpleegd op 05 maart 2014, van http://www.nvvp.net/Content/Files/file/Artikel%20Peter%20Niesink%20-%20BestuurlijkAkkoord_deel%202_DEF.pdf

NZa. (2011) a. Advies knip GGZ versoepeld. Geraadpleegd op 24 februari 2014, van http://www.nza.nl/104107/139830/Advies_Knip_GGZ_versoepeld.pdf

NZa. (2011) b. Advies Basis GGZ. Geraadpleegd op 27 februari 2014, van http://www.nza.nl/104107/139830/465987/Advies_Basis_GGZ.pdf

NZa. (z.d.) a. AWBZ. Geraadpleegd op 24 februari 2014, van http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/awbz/

NZa, (z.d.) b. Curactieve GGZ. Geraadpleegd op 25 februari 2014, van http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/curatieve-GGZ/

NZa. (2013). Advies overheveling langdurige GGZ naar de Zvw. Geraadpleegd op 10 maart 2014, van file:///C:/Users/Bernadet/Downloads/beantwoording-kamervragen-over-minder-bedden-in-de-geestelijke-gezondheidszorg-ggz%20(1).pdf

Praktijkmanagersnetwerk (z.d.) (Prakijk) Managers in de praktijk. Geraadpleegd op 03 december 2013, van http://www.praktijkmanagersnetwerk.nl/De-dagelijkse-praktijk/praktijkmanagers-in-de-praktijk.html

Praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ. (2008). Functieprofiel POH-GGZ. Geraadpleegd op 03 maart 2014, van http://www.oogg.nl/include/files/POH-GGZ/POH_GGZ_nieuwe_documenten/Microsoft_Word_-_Functieprofiel_POH-GGZ_publieksverse_mei_200811.pdf

PsyNip. (z.d.). Wat is de POH-GGZ? Geraadpleegd op 04 maart 2014, van http://www.psynip.nl/website-openbaar-documenten-nip-algemeen/nieuws/microsoft-word-organisatie-van-de-praktijkondersteuner-huisarts-2_.pdf

Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu, (RIVM). (2007). Preventie in het basispakket. Geraadpleegd op 06 februari 2014, van http://www.nationaalkompas.nl/preventie/thema-s/zorgverzekeraars/preventie-in-het-basispakket/

RIVM. (2012). Zorgbalans. Geraadpleegd op 28 februari 2014, van http://www.gezondheidszorgbalans.nl/kosten/zorguitgaven/groei-zorguitgaven/

Rijksoverheid. (2012). Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014, geraadpleegd op 03 februari 2014, van http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014.html

Rijksoverheid. (2013). Dwang in de zorg. Geraadpleegd op 28 februari 2014, van https://www.dwangindezorg.nl/procedures/betrokkenen/huisarts/nazorg

Rijksoverheid (z.d.) a. Hulp en ondersteuning WMO. Geraadpleegd op 24 februari 2014, van http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo/hulp-en-ondersteuning-wmo

Rijksoverheid. (z.d) b. Prestaties belonen in ziekenhuizen. Geraadpleegd op 14 mei 2014, van http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/prestaties-belonen-in-ziekenhuizen/prestatiebekostiging

Rino (2014). 343 Cursussen, speciaal voor u op een rij. Geraadpleegd op 21 januari 2014, van http://www.rino.nl/aanbod/onder-de-aandacht

ROS Netwerk, Trimbos Instituut. (z.d.). Handleiding bouwstenen zorgpaden basis GGZ. Geraadpleegd op 05 mei 2014, van http://www.eerstelijnsggz.nl/

Saxion (2014). Praktijkmanagement 1e lijn. Geraadpleegd op 03 december 2013, van http://www.saxion.nl/studeren/kiezen_en_kennismaken/Studiekiezer/agz/praktijkmanagement_eerste_lijn/praktijkmanagement_eerste_lijn/

Schippers. (2013). Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ. Geraadpleegd op 26 februari 2014, van http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/05/17/voorhangbrief-poh-ggz-en-generalistische-basis-ggz.html

Siks, P. (2009). Waarom workshops werken. Geraadpleegd op 11 maart 2014, van http://www.mt.nl/1/12657/home/waarom-workshops-werken.html

Staatscourant. (2007). Aanwijzing inzake bekostigingssystematiek voor de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ. Geraadpleegd op 03 maart 2014, van https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2007-150-p10-SC81762.html?zoekcriteria=%3Fzkt%3DEenvoudig%26pst%3D%26vrt%3Dstcrt%2B2007%2B150%26zkd%3DInDeGeheleText%26dpr%3DAfgelopenDag%26spd%3D20100420%26epd%3D20100421%26sdt%3DDatumBrief%26ap%3D%26pnr%3D1%26rpp%3D10%26_page%3D2%26sorttype%3D1%26sortorder%3D4&resultIndex=17&sorttype=1&sortorder=4

SStS. (z.d.). Wat we doen, onze aanpak. Geraadpleegd op 04 maart 2014, van http://www.samensterktegenstigma.nl/wat-we-doen/onze-aanpak/

Van Dale. (z.d.). Behoefte. Geraadpleegd op 14 mei 2014, van http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=behoefte&lang=nn#.U3O7t_l_uSp

Vereniging Cliëntenpositie (VCP). (2011). Adviezen WMO-beleidsplan. Geraadpleegd op 24 februari 2014, van http://www.landelijkeclientenraad.nl/Content/Downloads/VCP%20adviezen_wmo_beleidsplan-kort.pdf

Vrije universiteit (2011). Het doen van literatuuronderzoek. Geraadpleegd op 16 januari 2014, van http://dspace.ou.nl/bitstream/1820/3385/1/Workshop%20Het%20doen%20van%20literatuuronderzoek%20-%20SABIWO%20-%20handouts.pdf

Terluin. (1994). Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Geraadpleegd op 14 mei 2014, van http://www.paramedicum.nl/wordpress/wp-content/uploads/2010/03/algemene-vierdimensionale-klachtenlijst-4DKL.pdf

Trimbos Instituut. (2011) a. Zorgverzekeringswet. Geraadpleegd op 24 februari 2014, van http://www.trimbos.nl/onderwerpen/feiten-cijfers-en-beleid/ggz/financiering-van-de-ggz/zorgverzekeringswet

Trimbos Instituut. (2011) b. Algemene wet bijzondere ziektekosten. Geraadpleegd op 24 februari 2014, van http://www.trimbos.nl/onderwerpen/feiten-cijfers-en-beleid/ggz/financiering-van-de-ggz/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten

Trimbos Instituut. (2011) c. Wet maatschappelijke ondersteuning. Geraadpleegd op 24 februari 2014, van http://www.trimbos.nl/onderwerpen/feiten-cijfers-en-beleid/ggz/financiering-van-de-ggz/wet-maatschappelijke-ondersteuning

Trimbos Instituut. (2013). E-mental health aanbod. Geraadpleegd op 05 mei 2014, van http://www.trimbos.nl/onderwerpen/e-mental-health/aanbod

Trimbos Instituut. (2014). Dwangtoepassingen in de psychiatrie. Geraadpleegd op 11 maart 2014, van

http://www.trimbos.nl/agenda/2014/mei/dwangtoepassingen-in-de-psychiatrie
Werkwebsite. (z.d.). Huisarts. Geraadpleegd op 01 mei 2014, van http://www.werkwebsite.nl/beroepen/medisch/huisarts.html
Federatie werkgroepen deskundigheidsbevordering huisartsen en praktijkpersoneel (WDHMN) (2014). Nascholingsagenda WDH Midden-Nederland. Geraadpleegd op 21 januari 2014, van http://www.wdhmn.nl/nascholingen.html
Woorden-Boek. (z.d.). Deskundigheidsbevordering. Geraadpleegd op 13 mei 2014, van http://www.woorden-boek.nl/index.php?woord=deskundigheidsbevordering
Woorden.org. (z.d.). Workshop. Geraadpleegd op 11 maart 2014, van http://www.woorden.org/woord/workshop
Zorg beter met vrijwilligers. (z.d.). Geraadpleegd op 11 maart 2014, van http://www.zorgbetermetvrijwilligers.nl/Site_ZorgBeterMetVrijwilligers/docs/Pdf/Handreikingen/Scholing_handreiking_nov11[1].pdf

Bijlage 2 Persbericht

Voldoende theorie in de huisartsenpraktijk?

Een onderzoek naar de behoefte aan deskundigheidsbevordering in huisartsenpraktijken op het gebied van GGZ-zorg in het kader van de GGZ-herstructurering.

Ede, mei 2014 – GGZ-herstructurering, een hele mond vol. Maar dat niet alleen. Welke weerslag heeft dit in huisartsenpraktijken als het gaat om deze veranderingen? En, nog belangrijker, welke scholingsbehoefte ontstaat hierdoor op het gebied van GGZ-zorg? Eén vraag, drie onderdelen, vijf aanbevelingen, talloze bevindingen: Een afstudeeronderzoek.

GGZ-herstructurering

Dat de GGZ-herstructurering veel invloed heeft in huisartsenpraktijken werd gaandeweg het onderzoek hoe langer hoe meer duidelijk. Niet alleen is de huisarts -samen met de Praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ)- poortwachter van de GGZ-zorg waar een toename is van het aantal patiënten met psychische, psychosociale en psychiatrische problematiek. Huisartsen dienen ook een nieuwe verwijsstructuur te hanteren. Daarnaast komen als gevolg van de hervorming begrippen als zelfmanagement van de patiënt, de inzet van e-health, consulatie van GGZ-professionals, vroegsignalering en preventie en wijkgericht werken op huisartsenpraktijken af. Dit alles met het doel de GGZ betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief te houden. Echter, het vormt een aanzienlijke verandering in het takenpakket van praktijken. De meeste huisartsenpraktijken zijn gedurende de huidige periode van implementatie blijven steken op de inzet van e-health programma's, de ontwikkeling van zelfmanagement door middel van gezamenlijke dossiervoering van patiënt en discipline, multidisciplinaire samenwerking op GGZ- gebied, vroegsignalering en preventie rondom GGZ-problematiek en wijkgericht werken in datzelfde kader. De ontbrekende schakel is de onbekendheid met de herstructurering in zijn geheel dat, blijkens de verrichte interviews onder professionals, volledige implementatie tegenhoudt.

Scholingsbehoefte

Uit het opgemerkte hiaat tussen overheidsbeleid en de praktijk vloeide de bevraging op de specifieke GGZ-herstructurering thema's voort. De professionaliseringsbehoefte correspondeerde grotendeels met de thema's aangaande de stagnatie van de implementatie. De huisarts en de POH-GGZ bleken beiden behoefte te hebben aan scholing aangaande het verwijzen volgens de vijf verwijscriteria. Herkennen van DSM classificaties en uitleg over de nieuwe structuur dient daarbij centraal te staan. E-health werd ook voor en door de POH-GGZ en de POH-S aangegeven. Inzet van online gezondheidsprogramma's geldt als een belangrijke sleutel voor kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg. In een mogelijke scholing behoort kennis over richtlijnen, mogelijkheden en 'best practices' te worden gewaarborgd. Zelfmanagement werd eveneens aangemerkt voor de disciplines POH-GGZ en POH-S. Een begrip dat volop onder de aandacht wordt gebracht en zodoende door geënquêteerden en geïnterviewden als levende behoefte aangemerkt. Tot slot wil men de multidisciplinaire samenwerking uitbreiden. Daarvoor moeten docenten in een scholing de transities van zorg naar de gemeente en de doorwerkingen daarvan aansnijden. Voor de verdere onderzoeksresultaten wordt verwezen naar het afstudeeronderzoek 'Theorie in praktijk?' dat is gepubliceerd op www.hbo-kennisbank.nl

Tekst: Bernadet Bouman en Elizette Meijer ©

Bijlage 3 Verwijzen volgens de vijf verwijscriteria

Bij de bepaling door de huisarts in welke echelon de patiënt het beste past, wordt gebruik gemaakt van vijf criteria. Deze betreffen de aanwezigheid van een DSM stoornis, de ernst, het risico, de complexiteit en het beloop van de klachten van de patiënt. Deze criteria zijn opgesteld door onderzoeks-en adviesbureau Hoeksma, Homans & Menting (HHM) in opdracht van het ministerie van VWS.

1. Vermoeden DSM-benoemde stoornis
   - Er is een vermoeden van een DSM stoornis.
   - Er is geen vermoeden van een DSM stoornis, er is enkel sprake van klachten.

2. Ernst problematiek
   - Subklinisch: Er is sprake van klachten maar deze zijn ontoereikend om een diagnose voor te stellen. Echter, hoewel er geen diagnose gesteld kan worden, kunnen de invloed van de klachten op het dagelijks leven en de langdurigheid van de klachten desalniettemin aanleiding zijn om passende hulp aan te bieden.
   - Licht: Er is sprake van relatief weinig symptomen, maar deze zijn wel voldoende om een diagnose te stellen. De invloed van de klachten op het dagelijks leven is beperkt, maar de patiënt ervaart wel hinder in het dagelijks functioneren.
   - Matig: De symptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig en tevens is er sprake van een aantal bijkomende ziekteverschijnselen. Beperkingen in het dagelijks functioneren zijn waarneembaar.
   - Ernstig: Het overgrote deel van de ziekteverschijnselen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig. Het is duidelijk waar te nemen dat er sprake is van uitval en/of aanzienlijke beperkingen in het dagelijks functioneren.

3. Het risico dat de patiënt zichzelf of anderen iets aandoet
   - Laag: Er zijn klachten/symptomen aanwezig, maar zij duiden niet op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing, verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, (huiselijk) geweld, kindermishandeling of zelfbeschadiging.
   - Matig: Er zijn duidelijk waarneembare klachten/symptomen of er is sprake van een sluimerend gevarenrisico, echter er staan beschermende factoren tegenover zoals werk, een structurele dag invulling of een solide netwerk waarop men kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun.
   - Hoog: Aanwijzingen die kunnen duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, (huiselijk) geweld, kindermishandeling of automutilatie zijn waarneembaar of worden intuïtief aangevoeld.

4. Complexiteit van de klachten
   - Afwezig: Er is sprake van een enkelvoudig beeld.
   - Laag: Weliswaar is er sprake comorbiditeit of problematiek op As 2 (persoonlijkheid, zwakzinnigheid), As 3 (somatische factoren) of As 4 (psychosociale en omgevingsproblemen), maar deze werkt niet in op de behandeling van de hoofddiagnose.

- Hoog: Er is sprake van complexe comorbiditeit of problematiek op As 2, 3 of 4 die om multidisciplinaire behandeling in een gespecialiseerde samenhang vraagt.

5. Beloop van de klachten
   - De duur van de symptomen voldoet (nog) niet aan de criteria zoals deze gesteld zijn in de DSM bij het betreffende ziektebeeld.
   - Er is sprake van aanhoudende klachten. Eerder behandeling heeft onvoldoende effect gehad.
   - De duur van de symptomen voldoet aan de criteria zoals deze gesteld zijn in de DSM bij het betreffende ziektebeeld.
   - Er is sprake van terugval.
   - Er is sprake van constante langdurige problematiek, niet crisisgevoelig.
   - Er is sprake van constante langdurige problematiek, crisisgevoelig.
   - Er is sprake van constante langdurige problematiek (Bakker & Jansen, 2013. p. 6-8).

Bijlage 4 Zorgzwaartepakketten

Product 1. Kort
Dit product is voor patiënten met problematiek van lichte ernst, waarbij sprake is van een laag risico, een enkelvoudig beeld of eventueel lage complexiteit en aanhoudende klachten.

Product 2. Middel
Dit pakket is bestemd voor patiënten met problematiek van matige ernst, waarbij sprake is van een laag tot matig risico, een enkelvoudig beeld of eventueel lage complexiteit. De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

Product 3. Intensief
Deze zorgzwaarte is bedoeld voor patiënten met ernstige problematiek, waarbij sprake is van een laag tot matig risico, een enkelvoudig beeld of eventueel lage complexiteit en de duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

Product 4. Chronisch
Patiënten met instabiele of stabiele chronische problematiek waarbij sprake is van een laag tot matig risico, hebben recht op het chronische zorgzwaarte pakket. Vaak hebben cliënten een traject binnen de GGGZ achter de rug en is er veelal sprake van onderliggende persoonlijkheidsproblematiek. Patiënten hebben bijvoorbeeld behoefte aan onderhoudsbehandelingen, zorggerelateerde preventie en zorgcoördinatie. Behandeling wordt ingezet met als doel om de cliënt te stabiliseren of stabiel te laten blijven (op basis van Kole & Lops, z.d. p. 2, 3 en Bakker & Jansen, 2013. p. 9-11).

Bijlage 5 Enquêtevragen

Welkom bij deze enquête waarbij de behoefte aan deskundigheidsbevordering die binnen uw praktijk leeft, geënquêteerd zal worden.

De enquête bestaat uit een vijftal vragen en het invullen daarvan neemt circa vijf minuten van uw tijd in beslag.

1. Welke disciplines zijn werkzaam binnen de huisartsenpraktijk waar u als praktijkmanager aan verbonden bent?

- Huisarts
- POH GGZ
- POH S
- Doktersassistente
- Anders, nl …

2. Welke behoefte aan deskundigheidsbevordering is er in uw praktijk onder de verschillende disciplines ten aanzien van onderstaande onderwerpen?

- Motiverende gespreksvoering
- Intervisie
- Signalering (kinder-) mishandeling
- Omgaan met life-events (aanpassingsproblematiek)
- Eenzaamheid
- Somberheidsklachten
- Slaapproblemen

Naar aanleiding van bovenstaande vraag kunt u hieronder de eventuele andere onderwerpen en/of disciplines aangeven waarvoor behoefte aan deskundigheidsbevordering bestaat. Eveneens kunt u toelichting geven op de gekozen thema's.

3. Welke behoefte aan deskundigheidsbevordering is er in uw praktijk onder de verschillende disciplines naar aanleiding van de herstructurering en veranderingen binnen de GGZ ten aanzien van onderstaande onderwerpen?

- Verwijzen binnen een nieuwe zorgstructuur volgens de 5 verwijscriteria
- Wijkgericht werken/aansluiten op de wijk
- Multidisciplinaire samenwerking (intern/extern) vormgeven
- Groepsconsulten bieden
- E-health inzetten
- Telefonische triage
- Preventie
- Herkennen van psychiatrische klachten
- Zelfmanagement patiënten bevorderen

Naar aanleiding van bovenstaande vraag kunt u hieronder de eventuele andere onderwerpen en/of disciplines aangeven waarvoor behoefte aan deskundigheidsbevordering bestaat. Eveneens kunt u toelichting geven op de gekozen thema's.

4. Welke behoefte aan deskundigheidsbevordering is er in uw praktijk onder de verschillende disciplines t.o.v. onderstaande populatiegerichte thema's?

- Ouderen
- Allochtonen
- Jeugd/Jeugdzorg
- Gezinnen

Naar aanleiding van bovenstaande vraag kunt u hieronder de eventuele andere onderwerpen en/of disciplines aangeven waarvoor behoefte aan deskundigheidsbevordering bestaat. Eveneens kunt u toelichting geven op de gekozen thema's.

5. Naar aanleiding van deze enquête willen wij u graag benaderen voor een aanvullend interview. In dit interview zullen wij verder ingaan op de scholingsbehoefte en de invloed van de GGZ herstructurering binnen de praktijk. Wilt u hieraan meewerken?

Ja *
Nee

* U wordt omgeleid naar de desbetreffende pagina waar u uw gegevens achter kunt laten.

6. Bij de vorige vraag heeft u aangegeven open te staan voor een verdiepend interview. Wilt u onderstaand de praktijknaam, plaats, uw voor- en achternaam en telefoonnummer achterlaten?

Praktijknaam:
Plaats:
Voor- en achternaam:
Telefoonnummer:

Hartelijk dank voor uw tijd en bijdrage!

Bijlage 6 Interview praktijkmanager

Opening
- Voorstellen
- Onderwerp, doel en duur van het onderzoek
- Toestemming voor opname en verslaglegging
- Privacy
- Vragen vooraf

Start opname

Introductie
Hoe lang bent u als praktijkmanager werkzaam in deze praktijk?
Wat is uw takenpakket?
Welke disciplines zijn er werkzaam binnen de praktijk?
Op welke wijze bent u betrokken bij deze disciplines?
Op welke manier heeft u de behoefte geïnventariseerd bij de verschillende disciplines?

Topic 1 / Hoofdstuk 3 GGZ herstructurering
1. Welk GGZ-aanbod is er in uw praktijk?
2. Over welke kennis wat betreft de GGZ herstructurering beschikt u?
3. Hoe is de informatie betreffende de GGZ veranderingen in de praktijk terechtgekomen?
4. Hoe wordt er door de huisartsenpraktijk aandacht gegeven aan de implementatie van de GGZ veranderingen?
5. Wat ziet u in de praktijk concreet van de GGZ herstructurering:
In uw eigen werkzaamheden
In de werkzaamheden van de andere disciplines

Topic 2 / Hoofdstuk 4 en 5 Scholingsbehoefte
6. Bij een niet ingevulde behoefte die opvalt:
    Wat maakt dat hier geen behoefte aan is?

7. Bij een ingevulde behoefte:
    Wat maakt dat hier behoefte aan is?
    Welke kennis en vaardigheden wilt u verwerven? / Zouden verworden moeten worden door andere disciplines?

8. Wat doet de huisartsenpraktijk aan deskundigheidsbevordering op het gebied van GGZ-zorg?

Topic 3 / Hoofdstuk 6 Scholingswijze
9. Wat voor type scholing is hierbij passend(lezing, workshop, cursus e.d.)?
10. Wat maakt dit type deskundigheidsbevordering aantrekkelijk voor u?
11. Op welke locatie zou u de scholing willen volgen?
12. Hoe snel moet de scholing gerealiseerd worden?
13. Wat mag de scholing kosten?

Bijlage 7 Interview discipline

Opening
- Voorstellen
- Onderwerp, doel en duur van het onderzoek
- Toestemming voor opname en verslaglegging
- Privacy
- Vragen vooraf

Start opname

Introductie
Hoe lang bent u als discipline werkzaam in deze praktijk?
Wat is uw takenpakket?
Welke disciplines zijn er werkzaam binnen de praktijk?

Topic 1 / Hoofdstuk 3 GGZ herstructurering
1. Welk GGZ-aanbod is er in uw praktijk?
2. Welke werkzaamheden verricht u in het GGZ aanbod?
2. Over welke kennis wat betreft de GGZ herstructurering beschikt u?
3. Hoe is de informatie betreffende de GGZ veranderingen in de praktijk terechtgekomen?
4. Hoe wordt er door de huisartsenpraktijk aandacht gegeven aan de implementatie van de GGZ veranderingen?
5. Wat ziet u in de praktijk concreet van de GGZ herstructurering:
In uw eigen werkzaamheden
In de werkzaamheden van uw collega's

Topic 2 / Hoofdstuk 5 Scholingsbehoefte
6. Welke behoefte aan deskundigheidsbevordering op het gebied van GGZ-zorg leeft er bij u?
    Wat maakt dat u hier behoefte aan heeft?
    Welke kennis en vaardigheden wilt u verwerven?

7. Wat doet de huisartsenpraktijk aan deskundigheidsbevordering op het gebied van GGZ-zorg?

Topic 3 / Hoofdstuk 6 Scholingswijze
8. Wat voor type scholing is hierbij passend(lezing, workshop, cursus e.d.)?
9. Wat maakt dit type deskundigheidsbevordering aantrekkelijk voor u?
10. Op welke locatie zou u de scholing willen volgen?
11. Hoe snel moet de scholing gerealiseerd worden?
12. Wat mag de scholing kosten?