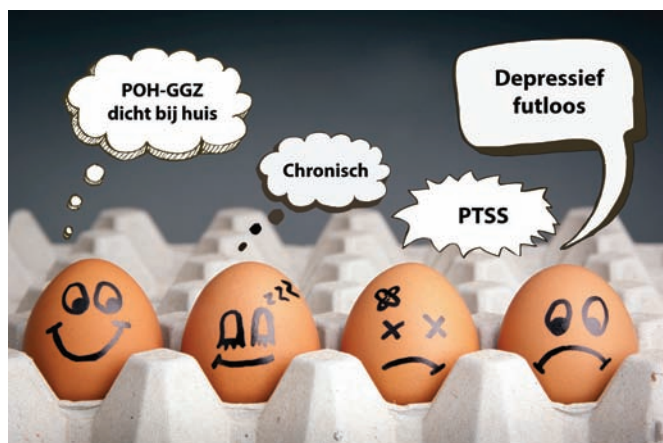

POH-GGZ, de noodzaak van alle markten thuis te zijn



Willem Gotink
*SPV, POH-GGZ, socioloog,
hoofdredacteur GGZ Totaal en auteur*

Bereid u voor: dit wordt een positief stuk. Niet dat ik me nooit erger, maar mijn grootste ergernis staat elders in dit blad. Ik kan hier dus voluit voor positivisme gaan. Let's go! Sinds ruim drie jaar werk ik als POH-GGZ in de Amsterdamse wijk De Baarsjes. Ik doe dat twee dagen per week, naast mijn werk als hoofdredacteur van GGZTotaal (hét magazine voor de héle GGZ).

Ik kan het na ruim drie jaar wel bekennen: de sollicitatie naar de functie van POH-GGZ was destijds een noodgreep, nadat veranderende regelgeving het me onmogelijk maakte een eigen praktijk in de lucht te houden. De Europsyche-affaire, weet u nog? Maar soms blijken noodgrepen van goud. Als de functie twintig jaar geleden had bestaan en ik destijds de 'skills' had gehad, had mijn carrière er heel anders uitgezien.

Even wat achtergronden

De POH-GGZ (wie heeft die vreselijke afkorting bedacht, trouwens?) bestaat nu zo'n tien jaar, daarvóór waren al wat proeftrajecten ingezet. Drie á vier jaar geleden besloot het ministerie tot een grote uitbreiding van het aantal uren, de functie leek aan de wens van de zorgverzekeraars en de minister te voldoen. Die wens was vooral: een goedkopere GGZ met gelijkblijvende kwaliteit.

Ondertussen (2016) werkt in 81% van de huisartsenpraktijk een PraktijkOndersteuner Huisarts voor de Geestelijke Gezondheidszorg (de afkorting is er niet voor niets), in 2013 was 61% van de POH's-GGZ opgeleid als SPV, de anderen waren psycholoog (12%), maatschappelijk werker (8%) of iets anders (19%).

De manier van werken verschilt per praktijk en per ondersteuner. Voor dit stuk ga ik vooral uit van mijn eigen situatie, soms zal ik de vergelijking maken met anderen, voor zover ik daar zicht op heb.

De patiënten

Het eerste half jaar dat ik hier werkte, werd ik overvallen door de problematiek. Allereerst door de diversiteit. Ondanks mijn toch best uitgebreide ervaring was ik geïmponeerd. Er zijn relatief lichte problemen: levensfaseproblematiek in alle soorten en maten; studieproblemen; problemen met slapen; rouw; stress en (dreigende) burnout, lichte depressies. Maar minstens de helft van de gesprekken is in het kader van zwaardere problematiek: (dreigende of een verleden van) psychoses; paniekstoornissen; verslavingsproblematiek; suicidaliteit; psychosociale problemen, van schrijnende

armoede tot dakloosheid; gevolgen van geweld (getraumatiseerde vluchtelingen, slachtoffers van overvallen); mensen met een verstandelijke beperkingen; volwassenen met jeugdtrauma's die variëren van misbruik tot mishandeling; borderline problematiek; eetproblemen, autisme. En bijna altijd een stapeling van meer dan één van deze problemen.

De diversiteit aan problemen was niet het enige wat me imponeerde. De Baarsjes is in officieel opzicht weliswaar geen achterstandswijk, in feite is hij dat wel. Dat vertaalt zich in de problemen die er spelen. Daardoor én doordat de huisarts zo laagdrempelig is, kom je de problemen in een andere fase tegen. Even zwart-wit gesteld: in de GGZ zag ik mensen met een psychiatrisch probleem, die als gevolg daarvan (vaak veel) maatschappelijke en psychosociale problemen krijgen. In de huisartsenpraktijk zie ik mensen waarbij de maatschappelijke en psychosociale problemen stapelen, met een psychiatrische stoornis als gevolg. Niet minder ernstig, maar het is even wennen. Mijn therapeutische blik werd daar de eerste maanden ernstig door vertroebeld. Tegenwoordig kan ik het probleem weer als probleem zien en laat ik me minder meeslepen door de impact ervan.

Wel voel ik nog steeds de urgentie van nascholing: het gevoel dat mijn kennis tekort schiet, wordt dagelijks bevestigd. De RINO verdient dan ook goed aan me, de stapel boeken op mijn bureau dreigt om te vallen, mijn intervisiegroep is onmisbaar.

Terzijde: wie denkt dat de POH-GGZ het zwaar heeft, moet even naar de huisarts kijken. Die ziet al deze mensen ook. Minstens één keer, meestal vaker. Daarnaast komen daar de lichtere problemen die hij zelf oplost, plus de problematiek die teveel zorg vraagt of mijn pet te boven gaat. Die verwijst die huisarts weliswaar door, maar vrijwel alle patiënten komen vroeg of laat weer bij hem terug. Náást alle patiënten met somatische klachten, uiteraard. Mijn ontzag voor de huisarts is erg gegroeid, de laatste jaren.

In de praktijk van de huisarts

In 'mijn' praktijk werken vijf vaste huisartsen plus twee huisartsen in opleiding. Ik heb één collega POH-GGZ, een psycholoog. Met alle assistenten en ondersteunend personeel zo'n vijftientig mensen. In principe zie ik acht patiënten op een dag, waarvan er twee voor mij nieuw zijn. Dat is gemiddeld een uur per patiënt, inclusief de benodigde administratie en overleg. Ik prijs mij gelukkig: er zijn praktijken waar de gesprekken slechts een half uur mogen duren. Ik denk daar het mijne van, maar het lijkt me niet adequaat.

Ook gemiddeld: vier gesprekken per patiënt. Sommigen zie ik al drie jaar elke maand, anderen hebben aan één gesprek genoeg. Hetzij omdat het probleem minder lijkt dan het is, hetzij omdat we direct tot de conclusie komen dat er adequatere hulpverlening voorhanden is. En dan verwijs ik door. Ook hier prijs ik mij gelukkig: de huisartsen vertrouwen op mijn kennis, ze gaan er van uit dat ik doe wat goed is. Als ik vragen heb, ben ik welkom, de deur staat altijd open. Er is bepaald geen behoefte alles te controleren wat ik doe, ik hoef ook niet overal toestemming voor te vragen. Dat heb ik in de GGZ wel eens anders meegemaakt.

Samenwerking

De problematiek vraagt nog wel eens om samenwerking met andere disciplines: behalve uiteraard met de huisarts veel met het maatschappelijk werk, schuldhulpverlening, de reguliere GGZ, fysiotherapeut, school, bedrijfsarts. Dat is nog wel een puntje van zorg. Amsterdam is een grote stad, er is véél hulpverlening aanwezig en de afgelopen jaren zijn veel mensen hun vaste stek kwijtgeraakt. Dat maakt het nog wel eens lastig om de goede mensen te vinden.

Maar we vorderen: met enige regelmaat zijn er netwerkborrels, steeds vaker hebben we mensen aan de lijn waar we eerder zaken mee hebben gedaan. De goede wil proef je overal in de wijk, maar er zijn, ook onder de hulpverleners, veel dolende zielen. En zie die maar eens te vinden.

De toekomst van het vak

Ik ben er van overtuigd dat de POH-GGZ een uiterst nuttige toevoeging is aan het scala van GGZ-hulpverlening: laagdrempelig, geen onnodig overleg, geen overbodige administratie. En daardoor goedkoper dan de reguliere GGZ. De meeste onderzoeken wijzen er ook op dat de hulp van de POH-GGZ effectief is, vaak nét zo effectief als de basis-GGZ en de specialistische GGZ. Daar ligt een gouden kans: als het lukt, zoals de bedoeling is, dat de drie soepel kunnen door- en terugverwijzen, dan is de GGZ echt een forse stap verder in zijn ontwikkeling. Want natuurlijk zijn er problemen waar wél specialistische kennis en intensieve zorg nodig is. Helaas is dat verwijzen nu nog wel eens een probleem. Zie mijn andere stukje in dit blad.

Een persoonlijk punt van zorg is de opleiding voor POH-GGZ. Aan de horizon hangt de dreiging van een verplicht POH-GGZ diploma. Ik ben daar niet zo voor. Je moet niet de illusie hebben dat je dit vak in een jaar leert. Het herkennen van ziektebeelden, ook om te weten wat je vooral niet zelf moet doen, vereist ervaring. Niet vijftig stage- en twintig studiedagen, wat de huidige opleidingen bieden. Een stevige en relevante basisopleiding op minimaal HBO-niveau (SPV, maatschappelijk werker, psycholoog, GGZ-agoog) en een fors aantal jaren relevante werkervaring, liefst in verschillende settingen. Dat is wat je van een beetje POH-GGZ mag verlangen. Als je die kennis en ervaring hebt, heb je aan een dag meelopen in de praktijk voldoende om het daar toe te passen. Die opleiding is vooral nuttig voor de opleidingsinstituten.