

# Een genuanceerde kijk

Veldraadpleging naar de  
inzet van de VS GGZ in  
de huisartsenpraktijk

HAN\_



## Colofon

# Een genuanceerde kijk

## Veldraadpleging naar de inzet van de VS GGZ in de huisartsenpraktijk

Uitgevoerd door  
Stichting FWG  
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Gefinancierd door NWO  
Dossiernummer: RAAK.MKB14.003

Auteurs  
FWG  
Mieke van der Biezen  
Irene van de Glind  
Jael Bootsma

*Hogeschool van Arnhem en Nijmegen*  
Ans Tordoir  
Noortje van Duijnhoven  
Anneke van Vught

*Utrecht, 14-12-2023*

Dit onderzoek is een deelonderzoek van het project "Van pionieren naar groei!"



# Inhoud

|                                                                             |           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Belangrijkste bevindingen</b>                                            | <b>5</b>  |
| <b>Inleiding</b>                                                            | <b>7</b>  |
| <b>Methode</b>                                                              | <b>10</b> |
| Doel                                                                        | 10        |
| Vraagstelling                                                               | 10        |
| Type                                                                        | 10        |
| Geïnterviewden                                                              | 10        |
| Dataverzameling                                                             | 11        |
| Procedures                                                                  | 11        |
| Data analyse                                                                | 12        |
| <b>Resultaten</b>                                                           | <b>13</b> |
| Geïnterviewden                                                              | 13        |
| Thema's                                                                     | 14        |
| Thema 1 Invulling van de functie van de VS GGZ binnen de huisartsenpraktijk | 15        |
| Thema 2 Beroepsontwikkeling van de VS                                       | 20        |
| Thema 3 Impact op de huisarts en praktijkondersteuner GGZ                   | 24        |
| Thema 4 Kwaliteit voor de patiënt                                           | 30        |
| Thema 5 Impact op kosten en efficiëntie                                     | 34        |
| Thema 6 Past het nu wel of niet bij ontwikkelingen in de GGZ zorg?          | 37        |
| Thema 7 Voorwaarden voor implementatie                                      | 40        |



|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| Conclusies                                 | 45 |
| Literatuurlijst                            | 46 |
| Over de auteurs                            | 48 |
| Bijlage 1. Topiclijst                      | 49 |
| Bijlage 2. Uitnodigingsmail en infographic | 50 |

## Belangrijkste bevindingen

In deze veldraadpleging onderzochten we hoe belanghebbenden denken over het inzetten van een Verpleegkundig Specialist GGZ (VS GGZ) in de huisartsenpraktijk. We interviewden 14 personen die werken bij: beroeps- en brancheorganisaties, financiers, overheid of onderwijsinstellingen in de eerstelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg. De geïnterviewden hebben een achtergrond of aandachtsgebied op het vlak van verpleegkundig specialisten, huisartsenzorg of GGZ. De interviews laten een genuanceerd beeld zien van kansen, risico's, dilemma's en afwegingen. Een belangrijke bevinding is dat de meningen en ideeën uiteenlopen bij alle thema's die in dit onderzoek naar voren kwamen.

Een allereerste belangrijke bevinding is dat geïnterviewden van inzicht verschillen over welke **taken, patiëntengroepen en rollen** bij een VS GGZ in de huisartsenpraktijk horen. Hier liggen soms sterk uiteenlopende visies aan ten grondslag. Deels komt dit door diversiteit in de achtergrond van de geïnterviewden en deels door verschil in visie over GGZ zorg in de huisartsenpraktijk. Zo zien geïnterviewden met een VS achtergrond (werkzaam in beroeps- en brancheorganisaties en in onderwijsinstellingen) mogelijkheden voor de VS GGZ om binnen de huisartsenpraktijk verergering van klachten of een verwijzing voor de tweede lijn te voorkomen door vroegtijdig opstarten van GGZ behandeling. En chronische patiënten vanuit de tweede lijn weer terug te verwijzen naar de huisartsenpraktijk. Geïnterviewden die de huisartsenbranche vertegenwoordigen vinden juist dat de VS GGZ thuishoort in de GGZ, zodat patiënten met complexe GGZ problematiek daar de juiste zorg ontvangen en niet onder verantwoordelijkheid blijven van de huisarts. Een andere reden waarom geïnterviewden uiteenlopende taken voor een VS GGZ noemen, heeft te maken met een gebrek aan uniformiteit in expertise van VS'en en GGZ. Iedere VS GGZ heeft zijn eigen (sub)expertise en kan daarom vooral voor specifieke patiëntgroepen worden ingezet. Ook lopen beelden over de expertise van andere functies in de huisartsenpraktijk erg uiteen waardoor de rolverdeling tussen functies niet duidelijk is. Met name het onderscheidende vermogen met de POH blijkt lastig te maken (met uitzondering van voorschrijfbevoegdheid). Waar alle geïnterviewden het over eens zijn, is dat complexe GGZ zorg niet binnen de huisartsenpraktijk thuishoort.

Een ander thema dat uit de interviews naar voren komt, is '**beroepsontwikkeling**'. Sommigen beschrijven de inzet van de VS GGZ in de huisartsenpraktijk als een kans voor de ontwikkeling van het beroep omdat er meer loopbaanpaden worden gecreëerd. Anderzijds worden er ook zorgen geuit voor de beroepsontwikkeling. Deze hangen samen met de eigenschappen van het werk in de huisartsenpraktijk waarbij onderwerpen als solistisch werken, generalistisch werken en korte consulten worden genoemd waardoor de verpleegkundig specialist zijn rol mogelijk niet ten volste kan uitvoeren.

Ook als het gaat over de **impact van de VS GGZ op het werk van de huisarts en de POH** lopen verwachtingen uiteen. Sommige geïnterviewden zien mogelijkheden om taken over te nemen van de huisarts om zo de werkdruk te verminderen. Anderen verwachten juist een verzwaring van het huisartsen-vak omdat er meer complexe GGZ problematiek binnen de praktijk blijft en de huisarts meer functies (meer medewerkers) te managen krijgt. Voor de POH liggen mogelijkheden om overbruggingszorg onder te brengen bij de VS GGZ. Omdat er een grote overlap lijkt te bestaan tussen de VS GGZ en de POH GGZ is er het risico dat de functie van de POH GGZ verschaalt wanneer de VS GGZ taken van de POH GGZ gaat overnemen.

Als het gaat over de **kwaliteit voor de patiënt** worden zowel positieve als negatieve effecten genoemd. Mogelijke positieve effecten die zijn genoemd: een grotere nabijheid en toegankelijkheid, snel zorg kunnen krijgen en daarmee erger kunnen voorkomen, minder stigma, meer leefstijlpreventie en het voorkomen van ontregeling bij de chronische patiënten. In de interviews zijn ook mogelijke negatieve effecten op de kwaliteit van zorg voor de patiënt genoemd: een verdere versnippering van zorg door het toevoegen van een extra schakel en het

missen van een multidisciplinair team waar een patiënt zorg van ontvangt, is als belangrijk risico en gebrek genoemd voor de kwaliteit van zorg voor de patiënt.

Ten aanzien van **impact op kosten en wachtlijsten** zijn er eveneens uiteenlopende overwegingen. Over het algemeen worden lagere kosten per individu verwacht en een stijging van de kosten op macroniveau door een mogelijke aanzuigende werking van lichtcomplexere zorg of het ontstaan van een nieuwe vorm van GGZ-zorg zonder dat dit invloed heeft op het zorggebruik en wachtlijsten in de tweede lijn. Met name de beleidsmakers pleiten voor meer bewijs op deze onderwerpen voordat er keuzes gemaakt worden. Een aantal geïnterviewden vraagt zich af of, gezien de schaarse arbeidsmarkt van VS'en GGZ en de wachtlijsten in de GGZ, de VS GGZ niet beter binnen de GGZ gepositioneerd kan worden in plaats van in de huisartsenpraktijk. Mochten huisartsenpraktijken toch besluiten om een VS GGZ in te zetten, dan noemen geïnterviewden **voorwaarden voor implementatie**, variërend van voldoende praktijkruimte, financiering, contractgrootte, visie, tot ketenzorg en professioneel vangnet.

# Inleiding

Huisartsenpraktijken in Nederland merken de gevolgen van lange wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Op verschillende manieren zoeken zij naar manieren om GGZ-patiënten in hun praktijk te bedienen. In de meeste huisartsenpraktijken werken er inmiddels één of meerdere praktijkondersteuners GGZ (POH-GGZ) [1]. Een klein aantal huisartsenpraktijken is gestart met de inzet van een Verpleegkundig Specialist (VS) GGZ. Hier is echter, op een enkele casebeschrijving na, nog weinig wetenschappelijk onderzoek over beschikbaar. Om bij te dragen aan beleidsontwikkeling rondom dit thema, voerden wij een veldraadpleging uit. We onderzochten hoe verschillende partijen en belanghebbenden (verpleegkundig specialisten, huisartsen, GGZ, overheid en financiers) denken over het inzetten van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk. De resultaten van dit onderzoek leest u in dit rapport. Het doel is om hiermee input te geven aan beleidsmakers en onderwijsinstellingen. Zij kunnen de resultaten uit dit onderzoek gebruiken om toekomstvisie en beleid te ontwikkelen voor het inzetten van een VS GGZ in de zorg.

## **De druk op GGZ-zorg raakt ook huisartsen**

Het startpunt van dit onderzoek is de toenemende druk op geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Het gaat daarbij om: een toename in psychische klachten en stoornissen in de bevolking, een toename van het gebruik van GGZ-zorg, en, een flinke wachtlijst van zo'n 85.000 Nederlanders die op GGZ-zorg wachten [2] [3].

De druk op GGZ-organisaties zorgt eveneens voor druk op huisartsenpraktijken. Patiënten op de wachtlijst doen noodgedwongen vaak een beroep op de huisarts. Dat betekent dat huisartsenpraktijken, mede door de stroom terug verwijzingen vanuit de GGZ naar de huisarts, meer en complexere psychische problematiek zien [4].

De volgende cijfers geven meer zicht in de omvang van het vraagstuk van toenemende druk op huisartsen voor GGZ-zorg, en de ontwikkelingen hierin. In 2020 ontvingen 816.000 Nederlanders zorg in de GGZ [5]. In de jaren tussen 2015 en 2020 bleef het aantal cliënten in de GGZ ongeveer gelijk, terwijl het aantal verwijzingen van de huisarts tussen 2017 en 2021 steeg. Het gaat om een toename in het aantal verwijzingen van 17,5 naar 28,1 per 1000 ingeschreven patiënten [6]. Voor wat betreft de wachttijden: in 2022 wachtten ruim 85.000 mensen op GGZ-zorg [2], in april 2023 varieerden de wachttijd van gemiddeld 15,5 weken voor verslavingsproblematiek tot 25 weken voor persoonlijkheidsproblematiek [7]. Het zijn vooral de patiënten met complexe psychische problemen die lang op hulp moeten wachten [8]. De groei in zorgvraag gaat samen met personeelstekorten, zowel in de GGZ als in de huisartsenzorg. In het derde kwartaal van 2022 stonden er volgens het CBS 7.100 vacatures open in de GGZ [5]. En ook de arbeidsmarkt in de huisartsenzorg knelt: 82% van de zelfstandig gevestigde huisartsen ervaart een hoge werkdruk, 95% verwacht een tekort aan huisartsen, 67% ervaart daarnaast problemen bij het vinden van ondersteunend personeel en 58% van de praktijken had in 2022 een patiëntenstop [9].

## **Hoe de huidige GGZ-zorg in de huisartsenpraktijk eruit ziet**

Psychische zorg wordt in de huisartsenpraktijk uitgevoerd door de huisarts en in bijna alle huisartsenpraktijken werkt deze samen met een POH-GGZ [1]. De POH-GGZ verleent de lichtste vorm van GGZ in het zorglandschap en werkt als toevoeging op de zorg voor milde psychische problematiek door de huisarts. Tussen 2016 en 2023 is de inzet van de POH-GGZ verdubbeld [10]. 49% van de huisartsenpraktijken geeft aan de inzet van de POH-GGZ zelfs nog verder uit te willen breiden [1].

Tussen 2015-2018 steeg het aanbod GGZ-zorg bij huisartsenpraktijken met 25%, in de basis-GGZ met 11% en in de gespecialiseerde GGZ met 3% [11]. De groei van het zorgaanbod van GGZ-zorg vond de afgelopen jaren dus vooral plaats binnen de huisartsenpraktijk en de basis-

GGZ: daar waar lichtere vormen van GGZ-problematiek behandeld worden. Huisartsen geven zelf aan dat zij vaak zorgvragen binnen de praktijk zien die niet binnen de huisartsenzorg horen en dat zij niet de specifieke kennis en competenties in huis hebben om de juiste zorg te kunnen bieden [12].

### **Pionieren met de inzet van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk**

Op verschillende wijzen zoeken huisartsenpraktijken naar manieren om de groeiende groep GGZ-patiënten in hun praktijk van zorg te voorzien. Een klein aantal huisartsenpraktijken is gestart met het inzetten van een VS GGZ. In 2020 ging het om zo'n 30 VS'en GGZ die werkzaam waren bij huisartsenpraktijken [13]. De gedachte is dat zij patiënten met complexe problematiek binnen de huisartsenpraktijk kunnen helpen en daarmee de wachtlijstproblematiek kunnen verminderen, omdat patiënten niet naar de GGZ verwezen hoeven worden of eerder een behandeling ingezet kan worden [14].

Een VS GGZ heeft na de hbo-verpleegkunde de masteropleiding Advanced Nursing Practice gevolgd en is geregistreerd op basis van artikel 14 van de Wet BIG. Een belangrijk onderscheid met de POH-GGZ is dat de VS GGZ de bevoegdheid heeft om een zelfstandige behandelrelatie aan te gaan en voorbehouden handelingen, zoals het voorschrijven van medicatie, uit te voeren [15]. In Nederland zijn in totaal 1418 VS'en GGZ werkzaam, waarvan de meesten werkzaam zijn binnen de tweedelijns [13] [16].

### **Nog weinig onderzoek beschikbaar**

Een klein aantal huisartsenpraktijken pioniert dus met het inzetten van een VS GGZ. Tegelijkertijd is er, op enkele casebeschrijvingen na [13], nog weinig bekend over de impact hiervan. Er is wel onderzoek gedaan naar de VS algemene gezondheidszorg (VS AGZ) in de huisartsenpraktijk, een vergelijkbare functie gericht op de algemene gezondheid en niet specifiek op de geestelijke gezondheid. Uit dat onderzoek blijkt dat het inzetten van een VS AGZ in de huisartsenpraktijk vaak voortkwam uit 'toeval'. Zoals het aannemen van een voor de praktijk bekende collega uit een keten-organisatie, of een werknemer met ambitie om door te groeien en zich te ontwikkelen. Verder laat onderzoek zien dat het bij de keuze voor een VS AGZ, nog vaak ontbreekt aan visie op de patiëntenzorg en dat er tussen huisartsenpraktijken onderling grote verschillen zijn in de rolinvulling van de VS AGZ [17]. Ander onderzoek laat zien dat zorg geleverd door verpleegkundigen in de eerstelijns tot een minstens zo hoge patiënttevredenheid leidt in vergelijking met een arts [18]. Bovendien blijkt uit onderzoek naar de POH-GGZ dat patiënten tevreden zijn over de laagdrempeligheid en toegankelijkheid van de POH-GGZ [19]. Specifieke en grootschalige onderzoeken naar de VS GGZ in de huisartsenpraktijk en de ervaringen van patiënten met deze functie zijn nog niet beschikbaar.

Ook internationaal is er weinig bewijs beschikbaar over de VS GGZ in de eerstelijns / huisartsenpraktijk. Meestal vervult de VS GGZ diens rol binnen een tweelijns-GGZ organisatie. Internationale studies in de eerstelijns zijn moeilijk te vergelijken met de Nederlandse situatie wanneer het nurse-led clinics betreft. In studies die beter te vergelijken zijn met de Nederlandse zorg worden door VS'en belemmerende factoren zoals gebrek aan tijd, gebrek aan ondersteuning, weinig vertrouwen van artsen in de VS voor wat betreft behandeling van meer complexe GGZ-problematiek en problemen met het verwijzen van patiënten naar GGZ specialisten gerapporteerd [20]. Een studie waarin de invulling en implementatie van de VS GGZ in de huisartsenzorg in Australië en de Verenigde Staten met elkaar wordt vergeleken concludeert dat er een gebrek is aan inzicht in de invulling van de VS GGZ in de huisartsenpraktijk en gebrek aan bewijs over de efficiency, kosten van de VS GGZ en een hogere kwaliteit van zorg. Dit draagt volgens de onderzoekers niet bij aan het implementeren van de VS GGZ in huisartsenpraktijken [21].

### **Vragen die relevant zijn om te onderzoeken**

De pionierende initiatieven van het inzetten van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk ontstaan in een context van toenemende druk op huisartsenzorg en GGZ-zorg. Er is onderzoek nodig om deze initiatieven te kunnen beoordelen voor wat betreft effecten, impact, kansen, risico's, wenselijkheid en haalbaarheid in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg en

huisartsenzorg. Vragen die relevant zijn om te onderzoeken, zijn: wat betekent het inzetten van een VS GGZ voor de huisartsenzorg, voor de patiënt, voor de beroepsgroep van VS'en GGZ? Wat betekent het voor het brede zorglandschap? Hoe denken verschillende partijen over dit initiatief?

Dit onderzoeksrapport maakt deel uit van een groter onderzoeksproject (RAAK.MKB14.003). Deel 1 van het project richt zich op de invulling en implementatie van de functie VS GGZ in de huisartsenzorg en onderzoekt de ervaringen in de praktijk in tien huisartsenpraktijken (onderzoek en rapportage door de Hogeschool Arnhem en Nijmegen). Het rapport dat voor u ligt gaat in op de tweede vraag (deel 2) van het onderzoeksproject: hoe kijkt het veld naar de inzet van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk? Het doel is om input te geven aan beleidsmakers, onderwijsinstellingen en onderzoekers. Zij kunnen de resultaten uit dit onderzoek gebruiken om toekomstvisie en beleid te ontwikkelen voor het inzetten van een VS in de GGZ-zorg. Dit onderzoek geeft tevens aanknopingspunten voor vervolgonderzoek.

# Methode

## Doel

Het doel van voorliggend onderzoek is om inzicht te krijgen in hoe het inzetten van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk wordt gezien vanuit verschillende perspectieven.

Het gaat om inzicht in de wenselijkheid en de haalbaarheid van het inzetten van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk, inclusief ideeën over de wijze waarop. Met verschillende perspectieven bedoelen we alle veldpartijen en domeinen die mogelijk betrokkenheid hebben bij besluiten over het inzetten van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk. Concreet zijn dat: beroeps- en brancheverenigingen, financiers, overheid en onderwijsinstellingen in de eerstelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg.

Met kennis over de verschillende perspectieven en argumenten kunnen huisartsenpraktijken, GGZ organisaties, onderwijsinstellingen en beleidsmakers onderbouwd beleid ontwikkelen voor het inzetten en opleiden van de VS GGZ in het zorglandschap.

## Vraagstelling

Wat zijn de perspectieven in de eerstelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg met betrekking tot de inzet van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk?

## Type onderzoek

Dit onderzoek is kwalitatief en beschrijvend van aard. Dataverzameling vond plaats door semigestructureerde diepte-interviews, met als doel de standpunten van de geïnterviewden over dit onderwerp in hun eigen woorden te verzamelen. Dit type dataverzameling is passend, omdat het gaat om een exploratie van een nog niet eerder verkend onderwerp. Bovendien wilden we ruimte geven aan alle mogelijke reacties die dit onderwerp zou kunnen oproepen.

Het onderzoek vond plaats binnen een consortium van onderzoekers van verschillende organisaties. Onderzoekers, experts uit praktijk en onderwijs werkten samen in een projectgroep<sup>1</sup>. Deze projectgroep was betrokken bij de opzet, methode en voortgang van het onderzoek.

## Geïnterviewden

Voor dit onderzoek zijn relevante geïnterviewden de personen die vanuit of namens een organisatie of namens persoonlijke specifieke expertise betrokkenheid hebben bij (landelijke) besluiten over het inzetten van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk.

Onderzoekers van FWG stelden samen met de projectgroep een lijst op van relevante organisaties en personen, rekening houdend met alle perspectieven en met het bereiken van

---

<sup>1</sup> De projectgroep “van pionieren naar groei”, waar dit onderzoek onderdeel van is, is opgezet om onderzoekers gedurende het gehele onderzoeksproject van advies te voorzien. In de projectgroep zitten vertegenwoordigers vanuit het onderwijs MANP, verpleegkundig specialisten, KOH en onderzoekers van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en Stichting FWG.

thematische saturatie (ref). Geïnterviewden zijn vervolgens doelgericht geselecteerd en benaderd voor een diepte-interview. Tabel 1 geeft een overzicht van de verschillende organisaties, inclusief het onderwerp of werkdomein.

| → PRIMAIR<br>DOMEIN                | Huisartsenzorg | Geestelijke<br>gezondheidszorg | Verpleegkundig<br>Specialisten |
|------------------------------------|----------------|--------------------------------|--------------------------------|
| beroeps- en<br>brancheverenigingen | 5              | 2                              | 2                              |
| financier                          | 2*             |                                |                                |
| overheid                           | 1*             | 1*                             |                                |
| onderwijs                          |                | 1*                             |                                |

Tabel 1 overzicht geïnccludeerde organisaties

\*Er is voor gekozen om 1 primair domein weer te geven, er zijn echter organisaties of personen die meerdere domeinen bedienen. Zie meer hierover bij de resultaten.

## Dataverzameling

De interviews voor dit onderzoek zijn afgelopen aan de hand van een topiclijst: een set open vragen, waarbij geïnterviewden alle ruimte kregen om hun zienswijze te bespreken in hun eigen woorden. Ook werden geïnterviewden uitgenodigd om zelf onderwerpen aan te dragen voor het interview. De interviews werden afgenomen door ervaren onderzoekers (MvdB, IvdG, JB).

De vragen op de topiclijst zijn samengesteld op basis van de bevindingen in WP 1 en vastgesteld in samenspraak met de projectgroep. De interviews kenden de volgende structuur en onderwerpen: de geïnterviewde werd aan het begin van het interview gevraagd in hoeverre de functie van VS GGZ bij hem bekend is. Daarna werd gevraagd naar specifieke ervaring met de functie in de huisartsenpraktijk, de visie op het inzetten van deze functie binnen de huisartsenpraktijk en de mogelijke positionering van deze functie binnen de huisartsenpraktijk en binnen de GGZ zorg. Tot slot werd besproken welke voordelen, nadelen en dilemma's de geïnterviewde ziet rondom het inzetten van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk. De uitgebreide topiclijst is te vinden in Bijlage 1. Topiclijst

De topiclijst is in de eerste interviews uitgetest en onderzoekers bespraken eventuele aanpassingen in de topiclijst in tweewekelijks overleg. Zo gaven de interviews aanleiding om meer door te vragen over de impact op de kwaliteit van de patiënt (waar is de patiënt bij gebaat), en extra vragen om scherper in beeld te krijgen van wie de VS GGZ taken overneemt.

## Procedures

Werving van geïnterviewden vond zoveel mogelijk plaats door gebruik te maken van bestaande contacten van projectgroepleden. Beoogde geïnterviewden zijn persoonlijk benaderd en kregen daarop per e-mail een uitnodiging met aanvullende informatie (Bijlage 2. Uitnodigingsmail). Geïnterviewden gaven via reply op deze uitnodiging aan of zij aan het onderzoek deel wilden nemen. Voorafgaand aan het interview ontvingen alle geïnterviewden een infographic over de VS GGZ in de huisartsenpraktijk met informatie over de taken en bevoegdheden van de VS GGZ (zie bijlage).

De face-to-face interviews zijn afgenomen op door de geïnterviewde gekozen locatie. Sommige geïnterviewden gaven de voorkeur aan een digitaal interview via Teams.

De interviews duurden gemiddeld 1 uur. Aan de geïnterviewden is mondeling toestemming gevraagd om het interview op te nemen met een voice-recorder. Wanneer geïnterviewden hier bezwaar tegen hadden heeft de onderzoeker tijdens het onderzoek notities gemaakt voor de analyse.

Alle geluidsopnames zijn getranscribeerd. Transcripten en gespreksverslagen zijn geüpload in Nvivo 14 voor analyse.

## Data analyse

Interviews zijn geanalyseerd volgens een thematische content analyse, met als doel de inhoud van de gesprekken te categoriseren in thema's, deze te interpreteren en er betekenis aan te geven [22]. We deden de thematische content analyse op twee niveaus.

Het eerste niveau betrof het coderen van de ideeën van de geïnterviewden en het onderbrengen in categorieën. We lazen de transcripten en gespreksverslagen (close reading), waarbij we relevante uitspraken selecteerden en codeerden wat de kern van de uitspraken was. Drie onderzoekers (MvdB, IvdG, JB) codeerden de eerste interviews onafhankelijk van elkaar. In overleg ontwikkelden zij een codeboek, op basis waarvan de overige interviews zijn gecodeerd. Tijdens de analysefase bespraken de onderzoekers onderling regelmatig de voortgang. In deze overleggen werden de codes die met elkaar samenhangen onderbracht in verschillende thema's. Parallel hieraan analyseerden onderzoekers van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (AT en NvD) eveneens de transcripten en gespreksverslagen. Vervolgens legden onderzoekers van Stichting FWG en de onderzoekers van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen hun bevindingen bij elkaar en ontwikkelden een gezamenlijk overzicht van de thema's. Deze bevindingen zijn uitgewerkt in een presentatie en voorgelegd en bediscussieerd binnen de projectgroep.

Het tweede analyseniveau betrof het interpreteren van de thema's door middel van een aantal vergelijkende analyses. Deze analyses gaven verdere verdieping van de thema's, door rekening te houden met achtergrond van geïnterviewden en relaties tussen de thema's. Bijvoorbeeld: geven geïnterviewden met een huisartsenachtergrond andere argumenten voor het wel of niet inzetten van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk dan geïnterviewden met een achtergrond in de GGZ? Hoe en waarom verschillen de argumenten tussen de verschillende geïnterviewden? Welke thema's hangen met elkaar samen? In deze fase voerden we zoekopdrachten in Nvivo uit, rekening houdend met achtergrond, overlappende of juist divergerende perspectieven van geïnterviewden en rekening houdend met de dataset als geheel. Hiermee voegden we een breder, analytisch perspectief toe aan de thema's.

Na alle analyses werkten de onderzoekers (MvdB, IvdG, JB) aan het opschrijven van de resultaten in een 'narratief'. In een document beschreven we de resultaten en belangrijkste interpretaties. We lieten in deze fase ruimte voor her-analyses, revisie, reflectie en interpretatie. In kwalitatief onderzoek brengt het opschrijven van de resultaten in verschillende fasen een herordenen en verschuiven van interpretaties met zich mee: *'This re-working of the data is an essential step of the analytical process'* [22]. Op basis van feedback van de projectgroep op eerste versies van het narratief scherpten we het verder aan.

# Resultaten

## Geïnterviewden

Er zijn in totaal 14 organisaties aangeschreven voor deelname aan een interview. Eén organisatie wilde niet meewerken omdat zij vond dat meewerken aan dit onderzoek niet past binnen haar rol. 13 Organisaties wilden wel meewerken. Van deze 13 organisaties zijn twee interviews uitgewerkt aan de hand van notities en is één interview schriftelijk afgenomen. De overige tien interviews zijn met een voicerecorder opgenomen en vervolgens getranscribeerd.

Omdat er vanuit één organisatie twee geïnterviewden aan het interview meededen zijn er in totaal 14 personen geïnterviewd. De achtergrond van de geïnterviewden was divers. Sommige van hen vervulden meerdere rollen. Er waren zes geïnterviewden (tevens) werkzaam in een cliëntgebonden functie. Het volledige overzicht van de kenmerken van de geïnterviewden is te vinden in tabel 2.

| Geslacht                                                      |                  |
|---------------------------------------------------------------|------------------|
| vrouw                                                         | 8                |
| man                                                           | 6                |
| Huidige functie<br>(meerdere antwoorden mogelijk)             |                  |
| Rol in branche- of beroepsvereniging                          | 7                |
| Beleidsmaker overheid / financier                             | 5                |
| Opleider / onderzoeker                                        | 3                |
| Eén van bovenstaande in combinatie met cliëntgebonden functie | 6                |
| Achtergrond geïnterviewde<br>(meerdere antwoorden mogelijk)   |                  |
| VS                                                            | 4 (2 AGZ, 2 GGZ) |
| Huisarts                                                      | 3                |
| Psychiater                                                    | 1                |
| Anders gezondheidszorg                                        | 5                |
| Anders niet gezondheidszorg                                   | 2                |

Tabel 2 Kenmerken geïnterviewden

## Thema's

Uit de analyses van de interviews zijn 47 thema's naar voren gekomen. Deze zijn verder verdeeld in 7 hoofdthema's en 19 subthema's. Een thema bevat meerdere kanten en nuances van een discussie of dilemma. Om deze nuances in de resultaten tot hun recht te laten komen, hebben we ervoor gekozen om de reikwijdte en variatie in de antwoorden en (indien van toepassing) verschil tussen de perspectieven te beschrijven en te illustreren met citaten van de geïnterviewden.

De thema's omvatten overwegingen van de geïnterviewden rondom het inzetten van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk. De zeven thema's zijn:

- Thema 1 Invulling van de functie van de VS GGZ binnen de huisartsenpraktijk
- Thema 2 Beroepsontwikkeling van de VS
- Thema 3 Impact op de huisarts en praktijkondersteuner GGZ
- Thema 4 Kwaliteit voor de patiënt
- Thema 5 Impact op kosten en efficiëntie
- Thema 6 Past het nu wel of niet bij ontwikkelingen in de GGZ zorg?
- Thema 7 Voorwaarden voor implementatie

Wanneer we een citaat opnemen, staat aangegeven welke geïnterviewde het heeft gezegd. Dit wordt aangeduid met een nummer. In tabel 3 zijn de bijbehorende kenmerken van de geïnterviewden te vinden. We hebben de achtergrond in opleiding onderverdeeld in 5 categorieën: VS, huisarts, psychiater, anders gezondheidszorg (bijvoorbeeld een opleiding tot fysiotherapeut) en anders niet-gezondheidszorg (bijvoorbeeld een opleiding tot bestuurskundige).

| Geïnterviewde | Vertegenwoordigt            | Primaire doelgroep | Achtergrond opleiding                                 |
|---------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------|
| 1             | Branche- /beroepsvereniging | Huisartsenzorg     | anders niet gezondheidszorg                           |
| 2             | Branche- /beroepsvereniging | Huisartsenzorg     | anders gezondheidszorg                                |
| 3             | Branche- /beroepsvereniging | VS                 | VS                                                    |
| 4             | Branche- /beroepsvereniging | VS                 | VS                                                    |
| 5             | Branche- /beroepsvereniging | GGZ                | VS                                                    |
| 6&7           | Overheid/financier          | Huisartsenzorg     | anders gezondheidszorg<br>anders niet gezondheidszorg |
| 8             | Overheid/financier          | Huisartsenzorg     | anders gezondheidszorg                                |
| 9             | Opleiding / onderzoek       | GGZ                | VS                                                    |
| 10            | Opleiding / onderzoek       | GGZ                | psychiater                                            |
| 11            | Overheid/financier          | Huisartsenzorg     | anders gezondheidszorg                                |
| 12            | Overheid/financier          | Huisartsenzorg     | anders gezondheidszorg                                |
| 13            | Branche- /beroepsvereniging | Huisartsenzorg     | huisarts                                              |
| 14            | Branche- /beroepsvereniging | Huisartsenzorg     | huisarts                                              |

Tabel 3. Kenmerken per geïnterviewde

### Thema 1 Invulling van de functie van de VS GGZ binnen de huisartsenpraktijk

Uit de interviews komt geen eenduidig beeld naar voren van de rol die VS GGZ zou kunnen en moeten vervullen in de huisartsenpraktijk. Geïnterviewden verschillen van inzicht over welke taken, patiëntengroepen en rollen horen bij een VS in de huisartsenpraktijk. Aan deze verschillende visies liggen soms sterk uiteenlopende perspectieven ten grondslag. Zo zijn er geïnterviewden die het huisartsenperspectief vertegenwoordigen die in het geheel geen rol of taak voor de VS GGZ zien in de huisartsenpraktijk. Zij willen de VS GGZ nadrukkelijk en uitsluitend behouden voor werk in de basis en specialistische GGZ.

#### Wie kan door de VS GGZ worden behandeld in de huisartsenpraktijk?

Eén van de vragen was aan welke patiëntengroep(en) een VS GGZ in de huisartsenpraktijk zorg zou kunnen verlenen. De antwoorden deze vraag zijn divers. Van patiënten met licht complexe tot midden complexe stoornissen, patiënten met een chronische ernstig psychiatrische aandoening (EPA) tot patiënten met psychische stoornissen en bijkomende somatische klachten (co-morbiditeit).

De overwegingen en redenen verschillen onderling. Volgens sommige geïnterviewden is vooral de expertise en ervaring van de VS GGZ leidend voor welke patiënten zij kan bedienen. Zo heeft de ene VS GGZ veel ervaring met verslavingsproblematiek en de andere VS GGZ juist met depressie of angststoornissen. Een andere geïnterviewde vindt dat je een VS GGZ idealiter kiest en inzet op basis van een analyse welke patiëntengroepen er in de praktijk zijn. De keuze baseer je vervolgens op de grootste groepen en de meeste nood/vraag. Nog weer andere geïnterviewden hebben heel specifieke ideeën over (aanvullende) GGZ-zorg in de huisartsenpraktijk. Zij noemen het screenen en monitoren van patiënten die al lange tijd psychofarmaca gebruiken. Voor de monitoring en screening van deze patiënten is te weinig tijd en sommige geïnterviewden lijkt dat een goede taak voor de VS GGZ. Ook het onder de hoede nemen van de chronische thuiswonende EPA patiënten is genoemd als mogelijke doelgroep. Kortom, de opvattingen over wie binnen de huisartsenpraktijk zorg kan krijgen van de VS GGZ lopen sterk uiteen. Over wie er géén zorg zou moeten krijgen van de VS GGZ in de huisartsenpraktijk zijn alle geïnterviewden het echter eens: patiënten met complexe psychiatrische problematiek. Hun behandeling hoort niet thuis in de huisartsenpraktijk.

*Ik denk dat je goed moet kijken van 'wat zijn nou de meest voorkomende psychiatrische klachten die je in bepaalde fases van de huisartsenbehandeling ziet' [...] Wat zijn de meeste verwijzingen, wat zijn dingen, want ik zie ook heel veel huisartsen die zelf ook behandelen, ook met angststoornissen, en dat is natuurlijk, dat is prima en ik weet ook niet of dat nou zo, of dat ook anders zou moeten. [...] Ik denk dat je al die ja, van laag complex en midden complex, dat je dat eigenlijk heel goed binnen de huisartsenpraktijk kunt behandelen'. (G 3)*

*De levensduur van EPA-patiënten is gewoon beduidend lager, om verschillende redenen. Vaak zit er ook nog wel inderdaad een component roken, drinken onder. Dat vraagt hele specifieke kennis en kunde, maar die je wel het liefst zo dicht mogelijk bij iemand zelf zou willen brengen, zonder dat ze alweer naar die GGZ moeten waar ze af en toe nog naartoe gaan als ze ontregeld raken. Weet je, dus ik kan me voorstellen dat je heel veel preventie kan toepassen in die eerste lijn van het niet ontregeld raken van een EPA-patiënt. (G 5)*

*Ik denk wel dat een verpleegkundig specialist GGZ ontregeling zal kunnen voorkomen bij sommige mensen. Dus dat het dan een echt preventieve werking van die VS GGZ zal zijn, omdat je gewoon mensen beter kan monitoren in zo'n huisartsenpraktijk en waarschijnlijk escalatie naar de curatieve GGZ niet nodig is. Maar ik zou op het moment dat de psychiatrische beelden echt weer uit de bocht vliegen, zou ik wel zeggen, ga dan niet lopen pruttelen in de eerste lijn zeg maar. (G 5)*

*We moeten zorgen dat VS GGZ in de GGZ aan de slag gaan en de route binnen huisartsenpraktijken snel sluiten. (G 13)*

### Ruim takenpakket mogelijk geacht

Naast variatie in geschikte patiëntengroepen, lopen de antwoorden over welke taken een VS GGZ in de huisartsenpraktijk zou kunnen doen ook uiteen. De bevoegdheid van de VS GGZ om medicatie voor te schrijven wordt door vrijwel alle geïnterviewden als een groot voordeel gezien. Taken die door deze bevoegdheid bij de VS GGZ zouden kunnen worden belegd zijn bijvoorbeeld het eerder genoemde periodieke medicatie review, maar ook het medicamenteus behandelen van patiënten, inclusief het bespreken van de mogelijk bijwerkingen. Andere taken die genoemd zijn variëren van triage en risicotaxatie bij crisis en suïcide, het zelfstandig voeren van consulten en behandelen van eenvoudige klachten en het vervullen van een poortwachtersfunctie naar de GGZ. In een aantal interviews bespreekt men bepaalde interventies en behandelmethoden, zoals EMDR (een traumabehandeling). Hierbij lopen de meningen over de geschiktheid van dit soort interventies voor de huisartsenpraktijk uiteen.

*Vind ik eigenlijk best wel heftig dat mensen gewoon heel lang iets [medicatie] blijven gebruiken. Dus ik kan me voorstellen dat, gelet op de bevoegdheden die een verpleegkundig specialist GGZ heeft, dat daar misschien ook wel een rol voor is weggelegd. Dat is best een grote groep volgens mij in een gemiddelde praktijk. (G 8)*

*Vooraf in die taxatie. Kijk, een huisarts heeft natuurlijk een belangrijke rol in de triage. En de vraag is, moet de huisarts dat dan blijven doen? Of zou je dat ook bij de VS kunnen beleggen, op het moment dat er een crisis is bijvoorbeeld? Of nou, suïciditeit is ook een crisis. (G 9)*

*Mensen staan heel lang op een wachtlijst en uiteindelijk bied je ze dan een paar sessies EMDR, misschien moet je dat dan in een huisartsenpraktijk kunnen doen. Natuurlijk niet bij iedereen. Maar als het even nodig is en iemand kan daarop verder, dan scheelt dat natuurlijk heel veel. (G 9)*

*Ik denk, dat bedoel ik niet bagatelliserend, maar de wat meer simpele huis-tuin-en-keuken-psychische klachten. Dus depressies, burn-out, andere stemmingsstoornissen. Dus eigenlijk dat hele verhaal waar huisartsen of POH-GGZ (ik denk ook dat je het in een mooie combinatie zou kunnen doen met de POH-GGZ), dus waar je eigenlijk de eerste stappen richting diagnostiek zet. Wat is hier nou toch aan de hand, is het inderdaad een op zichzelf staand depressief verhaal? Zit daar toch nog veel meer achter? Dan kan je met een psychiater gaan overleggen en wordt het misschien toch specialistisch GGZ. Maar het traject wat daarvoor zit, voordat je in Nederland in de specialistische GGZ terechtkomt, dan ben je vaak een jaar onderweg en dan heb je nog geluk, qua wachtlijstproblematiek. Dus zeg maar die voorkeur kun je heel mooi, het is misschien zelfs wel poortwachtersfunctie vervullen als VS GGZ in die eerste lijn. (G 4)*

*Verpleegkundige specialisten hebben wel meer bevoegdheden en dat is wel prettig voor mij bijvoorbeeld want met SPV'ers samenwerken dan is het toch altijd dat als er medicatie om de hoek komt kijken dan moet ik het voorschrijven en doen dus dat is wel een groot voordeel dat verpleegkundige specialisten wel die bevoegdheid hebben. (G 10)*

*Ik zie ook heel veel huisartsen die zelf ook behandelen, ook met angststoornissen en dat is natuurlijk, dat is prima en ik weet ook niet of dat nou zo, of dat ook anders zou moeten. Maar ik denk dat of daar ergens een beperking zou zijn, ik denk juist als je een weet je, in een huisartsenpraktijk een verpleegkundige specialist hebt die grotendeels van die GGZ stoornissen zou behandelen dat het een verrijking zou zijn, dat het die huisarts heel erg kan ontlasten, dat die veel meer mee kan kijken van goh, zien we medisch gezien alles wel, hebben we alles goed in de picture en dat het hem heel erg zou helpen om een goed behandelplan, een goed behandelbeleid samen te maken,*

*maar dat je al die ja, van laag complex en midden complex, dat je dat eigenlijk heel goed binnen die huisartsenpraktijk kunt behandelen. (G 3)*

### **Weinig uniformiteit onder Verpleegkundig Specialisten GGZ**

Bij het bespreken van de mogelijke rollen en taken van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk benoemen geïnterviewden dat kennis en ervaring van een VS GGZ per persoon verschilt. Er is daarmee geen uniformiteit in VS'en GGZ. Volgens geïnterviewden is het afhankelijk van de werkervaring en (deel)expertise welke taken hij/zij vervolgens binnen een huisartsenpraktijk kan uitvoeren. Geïnterviewden noemen dat het belangrijk is dat een VS GGZ taken doet waar hij/zij bekwaam in is. Omdat VS'en GGZ in GGZ organisaties vaak specialistisch ingezet zijn op één bepaald deelgebied (bijvoorbeeld verslavingszorg, depressie of angststoornissen) kan het generalistische werk in een huisartsenpraktijk volgens sommigen een (te) grote overgang zijn. Tegelijkertijd benoemen geïnterviewden dat een VS vaak een 'schaap met vijf poten' is die domeinen met elkaar kan verbinden.

*Dus de ene VS binnen een huisartsenpraktijk die zal misschien veel meer door ervaring ook wijzer geworden zijn en die zal bijvoorbeeld depressies, angststoornissen, panieklachten en misschien ook wel wat persoonlijkheidsproblematiek kunnen behandelen, ik noem maar even wat, terwijl ja, dus dat is erg afhankelijk, maar dat heb je natuurlijk met artsen en psychologen ook. Je hebt gewoon je kaders waarbinnen je bekwaam bent. (G 3)*

*Net zoals ja, ik werk als verpleegkundige specialist, maar je moet mij niet vragen op een lithiumpoli te gaan werken. Dat is gewoon ja, daar heb ik gewoon echt geen kaas van gegeten of clozapine voor te schrijven. Maar als je mij vraagt van goh, kan je in een huisartsenpraktijk een groot deel van de verslavingsbehandelingen doen, bijvoorbeeld in een wijk van een stad waar dat heel veel voorkomt, hè, waar ze bijvoorbeeld een minder goede samenwerking of grote wachtlijsten hebben voor de verslavingszorg, ja, dan is dat, dan kun je dat integreren in die huisartsenzorg. (G 3)*

*Ik kan me voorstellen dat je... En dat is ook wel erg afhankelijk van de verpleegkundig specialist, welk expertisegebied je hebt. En dat is wel een lastige, omdat je ook allemaal vaak een expertisegebied hebt waar je lang in bezig bent. Is het een beetje de vraag van wie past daar nou het beste dan... Of wat zou dan het beste zijn wat je daar zou kunnen doen? [...] Ik denk wel dat je een soort van uniformiteit moet scheppen in wat kan je van zo'n VS GGZ in die eerste lijn verwachten of bij die huisartsenpraktijk? En dat blijft een beetje lastig. (G 5)*

*Ik ben ermee gestopt met dat lesgeven [op de VS GGZ opleiding] omdat het voor mij echt niet te doen was als docent omdat de niveauverschillen waren zo groot dat ik zat, dan zat je in de klas met zo'n 30 verpleegkundige specialisten GGZ in opleiding, maar dat waren dus allemaal verpleegkundigen. Nou, de een die werkte al jarenlang bij een afdeling voor bipolaire stoornissen. Nou, ik moest dan bijvoorbeeld, ik was als psychiater ingehuurd om les te geven over psychofarmaca en dan had ik het over nu gaan we lithium behandelen. Ja, die man die werkte bij die bipolaire stoornissen die wist er meer van dan ik weet je wel. Maar de andere 29 helemaal niets. Die wisten het niet te schrijven bij wijze van spreken. En dan ging ik het hebben nu gaan we het over, nou ja, antidepressiva, daar wist die man van lithium weer niets van, maar daar wist iemand anders die op een afdeling depressie werkte weer alles van. Sommigen wisten helemaal niks, die werkten als verpleegkundigen al jaar en dag weet ik veel, in een verpleeghuis of zo. Dus die moesten echt op 0 worden bijgespijkerd. Dus ik vond het echt zo moeilijk om les te geven aan een groep die qua instroom, ik weet niet of die ingangseisen veranderd zijn of zo, maar het was echt oh, ze kwamen van zoveel verschillende kanten dat zoals ik gewend ben les te geven bijvoorbeeld aan de huisartsopleiding, ja, dat zijn allemaal artsen, ze zijn basisarts, die doen nu de*

*huisartsopleiding, die zitten allemaal op hetzelfde niveau dus het is maar zelden dat ze zeggen oh, maar ik heb al eeuwig in de psychiatrie gewerkt ik weet alles al want dan krijgen ze een vrijstelling en zo. (G 10)*

*Maar het is niet van papier af, van papier af zou ik zeggen weet je niet wat je in huis haalt. (G 10)*

*Je moet als verpleegkundig specialist net als een dokter zelf goed aangeven, waar zit je bekwaamheid en vooral, waar zit die ook niet? Dus als jij in een huisartsenpraktijk gaat werken, wat een vrij generalistisch stuk GGZ is ook, dat is basis, komt veel voor, dan moet je samen met die huisarts goed gaan kijken van waar zit mijn ervaring? Wat kan ik wel en wat kan ik niet? En waar zit mijn bekwaamheid niet, waar ga ik dan kennis halen? Ga ik overleggen met de plaatselijke crisisdienst? Is er een psychiater met wie je kan overleggen? Dat moet je inregelen. En dat is hetzelfde als dat er een basisarts of een jonge psychiater in zo'n eerstelijnskliniek zou gaan zitten werken. Die heeft die ervaring ook niet. Alleen omdat dokters onderling goed van elkaar snappen wat ze geleerd hebben, en overigens is dat bij medisch specialisten en psychiaters zit ook wel een gat, weten ze ook niet goed van mekaar, worden wij altijd onder een extra vergrootglas gelegd. (G 4)*

#### **Iedereen heeft een beeld over 'de ander'**

Geïnterviewden spreken zich in de interviews vaak uit over de positie van de VS GGZ ten opzichte van andere professionals die in de huisartsenpraktijk werken. De vele 'beelden over de ander' geven een andere en aanvullende verklaring waarom geïnterviewden zich zo gevarieerd uitspreken over welke taken en rollen een VS GGZ kan uitvoeren in de huisartsenpraktijk. Opvallend is dat beelden en opvattingen uiteenlopen en elkaar vaak zelfs tegenspreken. Voorbeelden hiervan zijn:

*Volgens de één heeft de huisarts een te medische blik. Volgens de ander werkt de huisarts zelf juist al holistisch en generalistisch.*

*Volgens de één mist de huisarts de juiste expertise voor GGZ. Volgens de ander mist de VS GGZ de juiste expertise als generalist.*

*De één vindt dat de VS GGZ vanuit de werkervaring in de GGZ te 'diagnose-gedreven' en medisch is opgeleid. Volgens de VS'en GGZ zelf hebben zij een brede verpleegkundige blik en kijken zij naar de hele mens. Anderen vinden dat een VS GGZ een te smalle expertise heeft op alleen een GGZ deelgebied.*

*Geïnterviewden die het perspectief van de VS vertegenwoordigen geven aan de verbinding naar het sociaal domein te zijn, anderen vinden de POH hier juist goed in (met name de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV). Hetzelfde geldt voor de verpleegkundige blik, die ook de SPV'ers wordt toegedicht en dus geen unieke eigenschap van de VS lijkt te zijn.*

Het beeld dat men heeft van de ander bepaalt in hoeverre de geïnterviewde een rol ziet -en welke dan- voor de VS GGZ in de praktijk die onderscheidend is of een toevoeging heeft op het bestaande huisartsteam.

*Ik denk wel dat de driedeling van een POH-GGZ in die drie achtergrondberoepen daar niet helpend bij is. Ik denk dat ze het in theorie wel zou moeten kunnen. Maar ik denk dat wat helpend is bij de VS GGZ, is dat je ook nog die geneeskundige component met je meedraagt en dat je daardoor toch ook weer naar vraagstukken met iets andere ogen kijkt. En het is denk ik net een... Ik denk dat je dezelfde breedte waarschijnlijk bij je draagt, zeker als je een SPV als achtergrond hebt, maar niet dezelfde diepte op bepaalde onderwerpen. En ik denk dat je als VS GGZ, of verpleegkundig specialist algemeen, denk ik dat wel hebt moeten doen. Want dat is ook waar je in geschoold bent. Maar ook daar is wel achtergrond of een expertisegebied wel bepalend. (G 5)*

*En je ziet toch dat verpleegkundig specialisten hebben vaak een achtergrond, of die hebben een achtergrond als verpleegkundige, anders kom je er niet, waarbij je toch inderdaad eigenlijk over de verschillende levensdomeinen altijd hebt moeten kijken. Je*



*bent niet alleen maar bezig met iemand zijn lijf of iemands geest. Maar je bent ook bezig inderdaad met iemands sociaalmaatschappelijke context. (G 5)*

*Dus ik denk dat een huisarts van nature wel ook al meer 'transdiagnostisch' denkt, zeg maar, en niet zo gelijk een stempel wil drukken. En ook wel veel breder kijkt van 'ja, wat is er nou nodig', en niet van: oh, deze moet in de straat 'stemming' of deze moet in de straat 'persoonlijkheidsstoornissen', of ... Hè, en dat is in de GGZ ... was dat natuurlijk toch nog wel gemeengoed, en als VS ... Ja, VS'en werken natuurlijk vaak toch nog wat meer protocollair, omdat ze natuurlijk toch ... Ja. Ja, tenminste onze VS-somatiek heeft dat wel, die heeft gewoon haar protocollen en blijft daar toch redelijk binnen. En die mogen ook niet zomaar heel creatief, breed denken zoals dokters of psychiaters, zeg maar, is toch een beetje een andere functie, zeg maar, net als de ... ja, de POH's-Somatiek, die zijn ook meer protocollair moeten die werken. Ja, dus dan kan je ook niet zo makkelijk even een beetje out of the box denken van 'wat heeft die patiënt nou nodig', snap je wat ik bedoel? Ja, dus, zeg maar, wij kijken, denk ik, in de huisartsengeneeskunde toch van nature wat meer breder en generalistisch en ook ... We kennen de patiënt natuurlijk ook en we weten ook wel hoe die eerder, hè, op tegenslagen heeft gereageerd, en ja. Dus je hebt kans denk ik bij zo'n VS GGZ dat die toch eerder zo'n ... helemaal zo'n 'GGZ-spoor' inslaat met die patiënt.. (G 14)*

*een POH is per definitie eigenlijk heel breed opgeleid, hè, dus inderdaad die brede blik, kijken naar de hele persoon. Dat hele positieve gezondheidconcept zit daar ook heel erg in, zorgen dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig blijven, en dan kijk je inderdaad naar: hoe woont iemand, hoe werkt iemand, heeft die mantelzorg. Weet je, dus je kijkt altijd heel breed, en dat is gewoon het kenmerk van de poh, zeg maar, hè (G 2)*

*We hebben geen geneeskunde gestudeerd, dat is gewoon anders, waardoor wij omdat we juist die hele brede kaders hebben, dat hele holistische kijken echt vanuit zo, ja, ik noem het ook maar een soort meer een psychosociaal model, we hebben wel een heel breed kader en wij zijn natuurlijk altijd nog meer gericht op, dat is een groot voordeel van ons beroep, dat we gericht zijn op niet zozeer alleen op de stoornis, maar ook een deel omdat we als verpleegkundig specialist een deel medisch zijn opgeleid dus zijn we echt wel bezig met stoornissen, maar daarnaast zijn we veel meer gericht nog op de gevolgen van het ziek zijn. (G 1)*

*Waarbij ik mijn collega dokter niet wil diskwalificeren, want die is zo opgeleid. Die kijkt naar een orgaan of een stukje en wij kijken naar die hele mens en dat doet een VS GGZ nog meer, denk ik (G 4)*

### **Kiezen op basis van visie of pragmatisme**

Een laatste verklaring waarom er zoveel variatie in taken en rollen genoemd wordt, is het verschil in motieven om iets wel of niet te doen. Enerzijds wordt beredeneerd uit de visie dat bepaalde GGZ zorg niet in een huisartsenpraktijk zou thuishoren. In lijn met die gedachte moet de VS GGZ die zorg daar niet gaan oppakken. Anderen bekijken tegen welke problemen men op dit moment aanloopt en hoe de VS GGZ deze kan oplossen, zoals overbruggingszorg of behandeling voor mensen op de wachtlijsten. Deze geïnterviewden zijn pragmatisch op zoek naar oplossingen.

*De eerste reactie was wel van: nou, weet je, wij kunnen eigenlijk zo'n discipline in die huisartsenzorg best wel gebruiken, want er zijn zo ontzettend veel mensen met ernstige psychische aandoeningen die vastlopen nu in het systeem die daardoor langer bij de huisarts blijven en daardoor bij de POH-GGZ komen, waar de POH-GGZ eigenlijk niet voor toegerust is. Dus die zitten heel vaak toch wel met hun handen in het haar bij bepaalde ... bij de wat zwaardere gevallen, om het maar even zo te zeggen. En kunnen eigenlijk daar met niemand over sparren, omdat vaak de huisarts onvoldoende weet*

*heeft van die GGZ-problematiek. Zelf hebben ze ook onvoldoende achtergrond om die zwaardere problematiek te behandelen. (G 2)*

*Huisartsenpraktijken zijn niet de plek om allerlei GGZ problematiek vast te houden of zelfs op te lossen. Een POH-GGZ is voor de laagdrempelige GGZ zorg maar alle andere GGZ zorg hoort buiten de huisartsenpraktijken plaats te vinden en behoort niet tot onze expertise. (G 13)*

## Thema 2 Beroepsontwikkeling van de VS

Beroepsontwikkeling is het tweede thema dat we hier bespreken. Geïnterviewden zijn in het algemeen positief over het beroep van de VS GGZ, de functie en de mogelijkheden voor verdere ontwikkeling. Sommigen beschrijven de inzet in de huisartsenpraktijk als een kans voor de ontwikkeling van het beroep. Zij noemen bijvoorbeeld de verbreding van werkplekken en doelgroepen voor VS'en, wat het beroep aantrekkelijker maakt. Beroepsontwikkeling van de VS, zo wordt gezegd, vindt plaats rondom andere beroepen waar schaarste is. In dit geval bij de GGZ en bij de huisarts. Daarnaast zorgen de verschillende instroomeisen voor de functie van POH-GGZ ervoor dat er veel verschil is tussen POH's GGZ en daar niches in zorg ontstaan. De mogelijkheden die hierdoor vrijkomen worden enerzijds als positief voor de ontwikkeling van het beroep van de VS ervaren. Anderzijds worden er ook twijfels en risico's geuit. Deze hangen samen met de eigenschappen van het werk in de huisartsenpraktijk waarbij onderwerpen als solistisch werken, generalistisch werken, korte consulten en cultuur worden genoemd.

*Even kijken, en mijn achterban, dan ben ik toch geneigd om aan de verpleegkundig specialisten GGZ in zijn algemeenheid te denken. En ik denk dat die daar heel positief op reageren. Weet je, hoe meer mogelijkheden, hoe beter, denk ik uiteindelijk. (G 9)*

*Maar de schoonheid van het verpleegkundig-specialistenvak is altijd geweest dat je in de niches dook en dat dat eigenlijk de vraag anders kon beantwoorden dan de andere beroepen. (G 5)*

### Gebrek aan een multidisciplinair team

De meeste risico's en afwegingen gaan over het gebrek aan een multidisciplinair team binnen de huisartsenpraktijk. Met name de geïnterviewden met een VS achtergrond geven aan dat het een risico is dat de VS te solistisch moet werken en geen sparringspartner binnen de praktijk heeft. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de VS zelf in termen van werkdruk en het op peil houden van de expertise. Bovendien is er het risico dat de VS niet snel kan schakelen wanneer andere hulp voor een patiënt meer aangewezen is. Vanuit die gedachte worden directe collega's met 'de juiste GGZ expertise' als een voorwaarde gezien om altijd overleg te kunnen voeren indien nodig. Maar ook dit verschilt, want sommige geïnterviewden zijn van mening dat de mogelijkheid voor intercollegiaal overleg met een GGZ instelling voldoende is.

*Wat je je steeds moet afvragen, en dat zie je in vrijgevestigde praktijken vaker gebeuren, ook bij de psychologen en de psychiaters, welke patiënten passen in zo'n praktijk waarbij je niet-multidisciplinair werkt? En soms heb je dus meerdere disciplines nodig uit de GGZ om iemand goed te behandelen en goed te begeleiden. En de vraag is, ga je niet te zware patiëntzorg naar de eerste lijn halen? Het is wel zo inderdaad, de beweging van de Nederlandse gezondheidszorg is nu gewoon wel, curatieve GGZ, dus tweedelijns, derdelijns, is wel echt voor de meest complexe en ingewikkelde en moeilijke zorgvragen. Dus je gaat sowieso een verzwaaring krijgen in die eerste lijn. Maar ik zie wel een risico ook voor de verpleegkundig specialist zelf, dat je veel te kwetsbare en veel te zware patiënten op je bordje krijgt. Terwijl je in je uppie zeg maar*

*dat doet als je in de vrije vestiging zou zijn, of in een huisartsenpraktijk waar je ook niet de tijd hebt die je eigenlijk zou moeten hebben om deze patiënten goed te zien. (G 5)*

*Maar ik denk dat in die basis GGZ, daar zouden misschien wel kansen liggen. Maar dan is weer de vraag, waarom zou je dat dan in die huisartsenpraktijk willen doen? Omdat die VS dan eigenlijk een beetje geïsoleerd in die huisartsenpraktijk zit. En op het moment dat die in die basis GGZ zit, heb je je collega's. Dus op het moment dat je dan ook even iets anders nodig hebt, dan kan je dat heel makkelijk inzetten. En ik denk, in zo'n huisartsenpraktijk daar heb je natuurlijk een enorme caseload en al die mensen hebben iets anders nodig. Dus dat kan je nooit als één VS allemaal in huis hebben. En dat is het mooie dan in de basis GGZ, dat er verschillende disciplines zijn en dat je met elkaar eigenlijk dat allemaal op kunt pakken. (G 9)*

*Maar ik denk sowieso dat het voor professionals belangrijk is dat je altijd collega's om je heen hebt waar je jezelf aan kan toetsen. Want daardoor word je een betere hulpverlener. Op het moment dat je alleen maar doet en niet nadenkt en reflecteert, dan ontwikkel je je ook niet. En je kan natuurlijk op jezelf reflecteren, maar dat is... Het werkt voor veel mensen beter om op het moment dat je het daar met een collega over kan hebben. Maar als die collega niet in de buurt is, dan doe je dat ook niet. Dus het moet... Ik denk dat het altijd een voorwaarde is om laagdrempelig collega's om je heen te hebben. [...] Want anders zit je daar heel erg geïsoleerd in zo'n huisartsenpraktijk. En hoe ontwikkel je dan ook expertise? Dus je hebt collega's nodig om dan ook bijvoorbeeld een casus waar je in zit en waar je nog niet bekwaam in bent, om bepaalde interventies in te zetten, om dat dan wel met collega's te kunnen bespreken. (G 9)*

*Het is wel van belang dat we natuurlijk protocollair werken en op een gegeven moment denken van ok, nu kom ik echt op een vlak dat ik denk nou, dit gaat boven mijn pet. Dat is wel iets wat voor iedere VS dan ook wel weer anders is, maar hè, dus je zal je intercollegiale toetsing moet je natuurlijk op orde houden dat je ook dit soort casuïstiek met elkaar kan bespreken. Dat doe je misschien eerst wel binnen de praktijk ook, maar daarnaast heb je ook gewoon je collegiale toetsing met andere verpleegkundige specialisten of op een ander disciplinair niveau. Dus op het moment dat jij denkt van ja, dit gaat mijn pet te boven dan kan je daarop, nou, kan je een consult aanvragen bij een klinisch psycholoog om even mee te laten kijken [...] Dit bevordert juist samenwerking, het bevordert ook de ontwikkeling van verpleegkundige specialisten. (G 3)*

### **Twijfel over de VS GGZ als generalist**

Een andere twijfel die geïnterviewden uiten, gaat over de expertise van de VS GGZ in relatie tot de populatie. De huisartsenpraktijk bedient een andere patiëntencategorie en andere zorgvragen dan de GGZ. Geïnterviewden vragen zich af of een VS GGZ voldoende toegerust is om 'generalistisch' te werken, omdat de meeste VS'en werkervaring hebben in de specialistische GGZ. Zij vragen zich af of de opleiding voldoende aansluit bij het werk in de huisartsenpraktijk. Een enkeling doet een oproep om een profiel voor de eerste lijn op te stellen waardoor er gericht bijgeschoold kan worden.

*Je ziet dat op het moment dat je meer generalistisch van aard moet werken. Ik zie het in de geriatrische revalidatiezorg waar VS'en rondlopen, ik zie het inderdaad ook wel echt in de ouderenzorg en denk ik ook in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Daar heb je heel vaak schapen met vijf poten rondlopen. Die én de somatische kennis en kunde moeten hebben van het generalistisch geneeskundig optreden zeg maar, maar wel dus ook de diepte én de expertise moeten hebben van alles wat er aan gedrag en verstandelijke of psychiatrische stoornissen onder zitten. Dus ja, ze bestaan. Alleen het is wel de vraag, kan je dat als uitgangspunt maken? Of moet je inderdaad leven met het feit dat er kleine contracten zijn en dat mensen consulten doen. Ik weet het niet. (G 5)*

*Dat stond ook in dat ding dat T-model van de verpleegkundige specialist dat ze als regiebehandelaar op zo'n afdeling, wow, dan weten ze echt heel goed hoe ze die psychotische patiënten moeten instellen, crisisbehandeling moeten doen. Ze zijn zelfs misschien nog in staat om een crisismaatregel te doen. Ja, dat zijn dingen die never nooit in de huisartsenpraktijk gebeuren. Daar heb je de milde psychiatrische problematiek, psychosociale problemen. Dus ook hè, wat ik zei, veel meer het sociale domein. Dus met alle ervaring die je dan hebt als verpleegkundige specialist en zelfs regiebehandelaar geweest op een psychiatrische afdeling in een GGZ-instelling heb je nog niet de bagage die nodig is voor een huisartsenpraktijk. (G 10)*

*Nou ja, ze zijn natuurlijk ... ze worden tot nu toe ook niet opgeleid in een huisartsenpraktijk, toch; ze worden gewoon vaak opgeleid, ja, in allerlei andere settings, zeg maar. Dus ze hebben ook eigenlijk geen ervaring met wat huisartsgeneeskunde is, wat natuurlijk een verschil is met de POH-GGZ; die loopt stage in de huisartsenpraktijk, hè, dus die ... Maar die VS'en, ja, wij hebben nu dus wel een VIOS in opleiding, dus in de huisartsenpraktijk, maar dat is ... dat komt, denk ik ... Bij de VS GGZ is dat nog niet gebeurd, dat die opgeleid worden in een huisartsenpraktijk, toch? Dus die huisartsenpraktijk heeft toch gewoon een hele eigen werkwijze, dus ik denk van: ja, als je daar helemaal niet in bent opgeleid, ja, dat is ook niet zo handig om daar dan te gaan werken. (G 14)*

*Ja, natuurlijk gaat het heel erg over randvoorwaarden, het gaat over opleiden. Ik denk dat daar ook veel aandacht voor moet zijn. Als je dit verder wil ontwikkelen, een huisartsenpraktijk is toch wat anders dan het domein van de GGZ zoals we hem nu kennen. Dus dat is denk ik een belangrijke randvoorwaarde. Ik denk dat over het algemeen nog te weinig aandacht is voor het opleiden van verpleegkundig specialisten echt binnen de huisartsenpraktijk. Ik denk dat het nog te veel gestoeld is op de oude GGZ-instellingen en ambulant. (G 3)*

### **Twijfel over aansluiting op kwalificaties van de VS GGZ**

Een andere belangrijke overweging die geïnterviewden noemen rondom het thema beroepsontwikkeling, is de vraag of de VS GGZ goed tot diens recht komt in de huisartsenzorg. Zo vragen geïnterviewden zich af of VS'en GGZ in deze setting voldoende kans krijgen hun verpleegkundige vaardigheden goed in te zetten. Bijvoorbeeld of de VS GGZ niet met name wordt ingezet op het medische deel (medicatie, bijwerkingen en somatische klachten), vanuit het oogpunt van taakherschikking van de huisarts. Of zelfs met name ingezet wordt op praktische ondersteuning, met taken zoals het bellen van GGZ instellingen voor een verwijzing en plek, in plaats van het behandelen van patiënten. Dit komt de ontwikkeling van het beroep van de VS GGZ niet ten goede.

*Dat je het dan heel erg over taakherschikking gaat krijgen, dat het ter ondersteuning van de arts is. Want dat denk ik soms weleens een beetje bij de VS AGZ, dat die zich heel erg richt dan eigenlijk op dat medische stuk. En dat ik denk, natuurlijk is dat medische stuk belangrijk, maar wel vanuit jouw verpleegkundige perspectief. De arts is degene die is opgeleid om de ziekte te behandelen. Dat is het domein van de medische discipline. En wij richten ons op het functioneren en de gevolgen van de ziekte, de kwaliteit van leven. En natuurlijk raakt dat aan die ziekte. Maar op het moment dat je je alleen richt op die ziekte, dan zit je eigenlijk op het medisch domein. En dat is niet waar wij voor zijn opgeleid. Dus dat is wel een gevaar, dat is misschien een beetje een groot woord. Maar op het moment dat je toewerkt naar implementatie, dan denk ik, we moeten wel een beetje bij de kern blijven van ons verpleegkundig vak (G 9)*

*De GGZ, want zo wordt het dan ook als een soort containerbegrip neergelegd, kost ons heel veel tijd. En als ze dan een VS GGZ of een POH hebben, dan gebruiken ze die eigenlijk als een soort halve secretaresse om de hele dag achter bedden aan te bellen,*

*plekken aan te bellen, crisisdienst aan te bellen en wat minder in de behandelingsfeer. (G 4)*

### **Erkenning van de bevoegdheden**

Ook vragen geïnterviewden zich af of de zelfstandige bevoegdheid van de VS GGZ binnen de huisartsenpraktijk voldoende tot haar recht komt. Huisartsen zullen, zo wordt verwacht, de patiëntenzorg door de VS GGZ nog steeds onder hun verantwoordelijkheid vinden vallen. Rechtstreekse triage door de assistent naar de VS, zonder tussenkomst van de huisarts, zou helpen om de inzet van de VS GGZ optimaal te benutten.

*Dat kan ik me op zich voorstellen. Als je vanuit de doktersassistent direct wordt doorverwezen naar de VS GGZ, dat die vanuit zelfstandigheid diagnose kan stellen en een behandelplan kan ontwikkelen of al dan niet zelf uitvoeren, dan komt de huisarts er niet meer bij kijken, toch? (G 1)*

*Dus echt over volledig zelfstandig bevoegd in een huisartsenpraktijk en je werkt dan vaak onder een huisarts, maar het gaat ook om die afstemming van die behandeling. Daar zitten hier en daar nog wat haken en ogen aan. Want echt vrijgevestigd werk je niet hè, dat is heel lang voor ons een ding geweest in de vereniging, verpleegkundige specialisten binnen de GGZ vrijgevestigd gingen laten werken omdat we volgens de wet bekwaam en bevoegd zijn. (G 3)*

*De verantwoordelijkheid kan ik me wel iets bij voorstellen, dat die wel ingewikkeld ligt, ook als je naar BIG en zo kijkt. VS GGZ mag natuurlijk meer dan een POH-GGZ, maar gewoon als jij als praktijkhouder in de eerste lijn jouw eigen patiënten hebt en verantwoordelijkheid hebt, kan ik me voorstellen dat je daar altijd wel iets van wil vinden. Dus ook vanuit beroepsgroep huisartsen kan ik me heel goed voorstellen dat je dan zegt: sorry maar ik wil toch echt weten wat er met mijn eigen patiënten gebeurt, ik ga niet zomaar doorverwijzen, ik ga niet zomaar als schakel er tussenuit. Maar als je een heel goede samenwerking hebt en daar het volste vertrouwen in hebt, is het misschien net welke praktijkhouder je daarin treft. (G 6&7)*

### **Past de VS GGZ in de werkwijze van de huisartsenpraktijk?**

Tot slot worden overwegingen en kritische vragen gedeeld of het huidige systeem in de huisartsenzorg, dat bestaat uit het voeren van korte consulten, wel voldoende ruimte biedt aan de VS GGZ om haar brede blik en expertise te laten gelden. In een korte consulttijd is het moeilijker om alle aspecten van de zorgvrager in beeld te krijgen, terwijl dit juist wordt gezien als kracht van het verpleegkundig beroep. Daarbij worden voor de doelgroep juist visites belangrijk bevonden.

*Gemiddeld gezien heeft een verpleegkundig specialist meer tijd voor een patiënt. Dat is in ieder geval nu nog zo ingeregeld. Ik vraag mij wel een beetje af hoe houdbaar dat gaat zijn, maar goed. En dat maakt ook dat de consulten, dat het makkelijker is. En dat de patiënttevredenheid ook groter is, dat ze zich... Als er meer tijd voor je is, de kans dat je je gehoord voelt gewoon groter is. Dus het werkt beide kanten op. (G 4)*

*Vind ik een hele moeilijke. Want ik denk juist basis GGZ en juist... Dan moet je naar mensen toe. Want dat zijn mensen die zichzelf isoleren, die het moeilijk vinden om de deur uit te gaan bijvoorbeeld. Dat is ook, als ik een consult doe voor een huisarts, dan ga ik altijd naar de patiënt thuis en dan zie je heel veel. En zo'n POH komt ook vaak bij mensen thuis en ziet heel veel. Dus ik snap dat dat door de huisarts eruit is gegaan, door de werkdruk. Maar je moet wel op een systeem uitkomen dat je de patiënt, zeg ik dan maar even, ook wel echt in zijn eigen omgeving ziet. Want als je die huisartsenzorg, of netwerkzorg moet je het misschien bijna gaan noemen, speelt zich wel daar af. En dat vraagt dan dus om anders organiseren. (G 4)*

*Verpleegkundig specialist zouden ook zoals huisartsen en in de eerste lijn mensen moeten kunnen ontvangen en dan met een meer brede blik kijken van wat is hier nou eigenlijk aan de hand? Dus ik denk eigenlijk dat je meer naar de volledige mens kan kijken. Alleen de vraag is inderdaad, krijgen ze ook de tijd en de ruimte om dat te doen? Want dat zou een huisarts in theorie ook kunnen. Maar de consulten zijn 10 minuten en vaak 5 minuten, als je ook nog moet typen. Dus het is heel erg afhankelijk van hoe het gefaciliteerd wordt, ook hoe goed dit beroep tot haar recht kan komen. (G 5)*

### Thema 3 Impact op de huisarts en praktijkondersteuner GGZ

In de interviews verschillen de verwachtingen over de impact van de inzet van de VS GGZ op het werk van de huisarts en de POH-GGZ. Met name de geïnterviewde VS'en zien veel mogelijkheden om taken weg te nemen bij de huisarts om zo de werkdruk te verminderen. Anderen zien juist het risico dat meer complexere GGZ zorg en meer verschillende functies binnen de huisartsenpraktijk leiden tot werkdrukverhoging en meer verantwoordelijkheden voor de huisarts. Voor het werk van de POH wordt een positieve impact verwacht omdat zij in de praktijk vaak te maken krijgen met overbruggingszorg waar ze zich niet voldoende voor toegerust zouden voelen. De VS GGZ kan deze zorg overnemen of dienen als sparringspartner van de POH-GGZ. Tot slot is het risico op verschraling van functie van de POH-GGZ genoemd. Dit risico ontstaat omdat er een groot grijs gebied tussen taken van de VS GGZ en de POH-GGZ lijkt te bestaan en daarmee de VS GGZ ook taken overneemt van de POH GGZ.

#### Impact op de huisarts

##### **Vermindering van de werklust van de huisarts door taakherschikking**

De geïnterviewden verwachten verschillende uitkomsten van de inzet van de VS GGZ op de werkdruk van de huisarts. Met name door geïnterviewden die het perspectief van de VS GGZ vertegenwoordigen wordt gezegd dat het druk bij de huisarts weghaalt. De VS GGZ kan de patiënt met psychische problemen vanaf het eerste consult zien, de behandeling starten en het contact met de GGZ onderhouden. Ook kan hij of zij vragen van de POH-GGZ beantwoorden die anders naar de huisarts zouden gaan. Dit zorgt, zo wordt verwacht, voor werklustvermindering bij de huisarts.

*Huisartsen lopen heel vaak vast op de GGZ in hun praktijk, want het kost veel tijd, moeten ze heel veel... Binnen de GGZ zijn lange wachtlijsten, dus ze blijven vaak zitten met moeilijke casuïstiek. Een VS GGZ in je praktijk kan daar echt een heleboel toevoegen. [...] Het grote verschil is dat een VS GGZ zelfstandig bevoegd behandelaar is en een POH-GGZ niet. Dus die zal altijd onder supervisie van de huisarts werken. Een VS GGZ kan zelf diagnose stellen, zelf behandelingen instellen, zelf voorschrijven en zelf verwijzen. En dat maakt het wel een gelijkwaardige collega voor een huisarts. Die heeft er minder werk van. (G 4)*

*De huisarts die is dan met de medicatie bezig hè, maar als die dat zou kunnen uitbesteden dan schakel je tussen de POH-GGZ en verpleegkundige specialist. Nou, die is dan eigenlijk alleen maar nodig om goed te kijken van goh, welk protocol zijn we aan het doorlopen en wat sluit nu eigenlijk het best aan. Die kan info ophalen bij die POH-GGZ en ja, dan ga je samen een behandelplan maken. Nou, hoe mooi is dat? Dus die samenwerking die wordt daardoor wel verstevigd. (G 3)*

*Ik neem aan dat ze hele, wat ze net zei hele regiebehandeling van wanneer iemand binnenkomt bij de huisarts met psychische klachten tot aan eventueel behandeling terwijl ze wachten op een wachtlijst om ergens bij de specialisten aan te kunnen. Daar*

*zie ik inderdaad echt wel een voordeel waar ze heel die zorg misschien bij de huisarts weg kunnen nemen en ook de hele regie daarover nemen, in contact staan met de specialist GGZ. (G 6&7)*

### **Juist een hógere werkdruk door het binnenhouden van complexere GGZ problematiek**

Anderen, en dan met name de geïnterviewden die het huisartsenperspectief vertegenwoordigen, maken zich juist zorgen dat de VS GGZ in de huisartsenpraktijk voor meer werkdruk bij de huisarts zorgt. Zij verwachten een toename van complexe GGZ problematiek in de huisartsenpraktijk omdat die patiënten zonder VS GGZ doorverwezen zouden worden naar de GGZ. De scheidslijn tussen huisartsenzorg en GGZ wordt minder duidelijk. Zij vinden het belangrijk dat de huisartsen hiertegen beschermd worden, juist in deze tijd van een huisartsentekort en hoge werkdruk in praktijken. Bovendien menen zij dat huisartsen hiermee het probleem van overbruggingszorg gaan oplossen, terwijl dat eigenlijk door de GGZ zelf opgelost dient te worden.

*Ik kan me ook voorstellen dat je zegt: bepaald kantelpunt moet je eigenlijk nog in de eerstelijnspraktijk zijn of moet je echt door naar de GGZ? Als dat een periode is van overbrugging waar je normaal gesproken zou wachten op zorg, kan ik me iets bij voorstellen dat je dan zegt: een positieve ontwikkeling, want dan heb je toch dat iemand al geholpen kan worden, maar er zit wel een soort van triagemoment in van 'nu moet iemand wel door naar de GGZ'. Dat is mij nog een beetje onduidelijk. Als je nu begint met VS GGZ in de praktijk, waar is dan dat kantelpunt straks: haal je de GGZ niet teveel naar de eerstelijnspraktijk toe die het al zo druk heeft. (G 6&7)*

*Ja wat is dan echt wat die huisarts niet meer hoeft te doen of wat dan bij een andere professional komt te liggen, dat is mij nog niet helemaal duidelijk. Wat ik wel denk, het is natuurlijk mooi als we bij kunnen dragen aan de tekorten in de GGZ, maar wij hebben ook enorme tekorten in de huisartsenzorg, misschien wel groter procentueel. Het moet niet alleen zo zijn dat er een extra persoon in de praktijk komt, en dat zorgt natuurlijk ook voor supervisie, tenminste een extra iemand die leiding moet geven, dus het moet niet leiden tot extra werk voor de huisarts, dat het alleen maar de GGZ ontlast en goed is voor de patiënt, maar moet ook echt iets bijdragen aan de ontlasting van de huisarts. (G 1)*

*Voor de huisartsgeneeskunde is het niet goed, want dan wordt ons vak nog breder. En veel mensen willen al niet huisarts worden, omdat ze het vak al te breed vinden....Ja, dat moeten we echt beschermen, hoe leuk ikzelf GGZ ook vind, zeg maar. Maar wij hebben in ons centrum ook een enorm tekort aan huisartsen, dus dat vind ik ook echt een heel belangrijk, heel belangrijk argument. (G 14)*

### **Zorgen over meer verantwoordelijkheden voor huisartsen**

Niet alleen verwachten sommigen een toegenomen werkdruk, maar ook toegenomen druk door de verantwoordelijkheid voor de GGZ patiënten. De VS GGZ kan nooit alles van de patiënt van de huisarts overnemen. Door kleine contracten is de VS geregeld niet aanwezig op de praktijk, de VS GGZ doet geen avond-, nacht- en weekenddiensten en behandelt geen somatische klachten. Dit zorgt ervoor dat de huisarts verantwoordelijk blijft voor een patiëntengroep, terwijl zij de specifieke expertise hiervoor missen.

*Bij die Woudschoten conferentie herijkte kernwaarden zoals persoonsgericht, maar ook continu. En continu slaat op dat je 24 uur per dag 7 dagen in de week verantwoordelijk bent voor de bij jou ingeschreven verzekerde patiënten. Die verantwoordelijkheid ligt contractueel bij de praktijkhouder. Maar als je een praktijkondersteuner GGZ of een verpleegkundig specialist GGZ inzet, dan geldt dat natuurlijk... Die neemt bepaalde zorgvragen over, dus die is natuurlijk niet... Die heeft niet de expertise om alles over te kunnen nemen. (G 8)*

*Dat is inderdaad wel belangrijk. Dat je wel beschikbaar bent. Dus 8 uur in de week is dan ook gewoon heel weinig. En dan zou je ook op andere dagen wel beschikbaar moeten zijn in ieder geval voor overleggen over cliënten. Want anders verdunt het juist. (G 9)*

*De VS werkt natuurlijk wel zelfstandig, als hij niet meer in opleiding is dan. Maar op de dag dat de VS er niet is, dan komt die zorg vaak toch weer bij de huisarts op het bordje, de VS is er meestal niet vijf dagen in de week. En die patiënt die dan onder de hoede is van die VS bijvoorbeeld met lithium, ja, die krijgt net op donderdag diarree, en ... of gaat braken, of weet ik veel wat. En dan komt het toch ook weer op het bordje van de huisarts. [...] Ja, dan ga je andere zorg leveren en het argument is dus dan dat die zorg er niet alleen is ... Die zorg is er dan 7 x 24 uur, en niet alleen op de tijdstippen dat die VS er is. Snap je, dus ook 's avonds kan die patiënt ... Weet je, als je een complexe patiënt met lithium hebt – als voorbeeld – die bij de VS onder controle is, ja, die ontregelt ook 's avonds of in het weekend of ... dus dan komt het ook weer op het bordje van de huisarts. (G 14)*

### **Impact op bedrijfsvoering**

Voor de huisarts beïnvloedt de inzet van een VS GGZ de bedrijfsvoering. Geïnterviewden geven aan dat de huisarts met meer medewerkers méér te managen krijgt, wat afleidt van de patiëntenzorg. Daarbij hebben meer medewerkers invloed op het bedrijfsrisico, ook omdat er op dit moment niet altijd een aanvullende financiering is voor het inzetten van VS GGZ. Ook worden zachtere argumenten genoemd, zoals het binnenhalen van een andere cultuur. Waarmee geïnterviewden het beeld hebben van de huisarts die gewend is in korte consulten oplossingen te bedenken en de VS GGZ meer tijd en overleg vraagt. Anderen benoemen de mogelijkheid dat huisartsenpraktijken door de toevoeging van nieuwe functies veranderen in mini ziekenhuisjes, waarin veel overleg gevoerd moet worden, en onduidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is.

*Want ik snap echt dat een huisarts, die heeft dan een assistente, vaak ook een secretaresse, dan zit er nog een POH. Als je... Een grote praktijk heeft een POH-GGZ, een PPH Ouderenzorg en dan misschien ook nog wel een POH voor het CVRM-management. Dus dat wordt een enorm circus waar je met elkaar goed over moet nadenken.... En ik hoor veel huisartsen eigenlijk daar twee dingen over zeggen. Eén, ik ben huisarts geworden, geen manager. Dus ze hebben helemaal geen zin om in hun praktijk al dat personeel te moeten managen. (G 4)*

*Waar ik zelf wel een klein beetje mee zit is dat er op een gegeven moment zo ontzettend veel specialismen zijn, dat het voor de patiënt nog weleens lastig wordt. Dat hoor je ook wel terug van huisartsen, dat ze het best wel lastig vinden van: ja, wie is nou waarvan, zeg maar, hè, naar wie moet ik nou doorverwijzen? En dat hoor je ook wel van patiënten terug zo van 'ja, maar hoezo dan', weet je wel. Waarom moet ik dan hiervoor bij die en waarvoor moet ik dan hiervoor bij die? Door heel veel specialisaties binnen één setting te creëren, wordt het ook wel voor de patiënt soms wat lastig. Heel lang heb je in de praktijk: je hebt een doktersassistente, nou, die doet de wratjes aanstippen, bij wijze van spreken, en je hebt de huisarts, en daar ga je als je klachten hebt. Nou, toen is er op een gegeven moment zo'n laag tussen gekomen; toen is die POH gekomen. Nou, daar is iedereen nou wel redelijk aan gewend, hè, voor de wat meer geprotocolleerde zorg, dat snapte ook iedereen wel, hè. Maar je ziet ondertussen nu zoveel verschillende disciplines opduiken in die huisartsenzorg, dat ik wel terugkrijg van patiënten van: joh, we zijn een klein beetje het overzicht kwijt. (G 2)*

*Ik weet niet hoe handig dat is, dat is gewoon een vraag, qua schaalgrootte, hoe groot wil je een eerstelijns huisartsenpraktijk gaan maken. Want we kunnen aan alle kanten gaan uitbreiden, maar is dat dan de oplossing. Nee want dan zou je een ziekenhuis*

*organiseren in de eerste lijn. Volgens mij zijn we dan nog verder van huis.... want dan organiseer je de keten helemaal op één plek; fysiek lijkt me al niet mogelijk, maar de vraag is ook: houdt iedereen zich nog wel bij de eigen rol. Dan maak je het probleem van de huisarts nog groter, terwijl er al tekorten zijn. (G 6&7)*

*De VS GGZ staat weer tussen de POH en andere specialisten in de GGZ. Een onnodig tussenstation die de expertise van de huisarts te boven gaat en niet binnen de muren van de huisartsenpraktijk thuishoort. (G 13)*

### **VS GGZ als sparringpartner voor de huisarts**

Tot slot spreken met name vertegenwoordigers van de VS GGZ zich uit dat de VS een sparringpartner voor de huisarts kan zijn omdat zij expertise meebrengen die de huisarts niet heeft. Anderen zetten hier hun vraagtekens bij. Zij onderschrijven het belang van sparren, maar niet persé binnen de huisartsenpraktijk als dat betekent dat er patiënten binnen de praktijk blijven met problemen die de expertise van de huisarts te buiten gaan. Zij werpen op dat sparren ook kan met een medewerker van de GGZ die laagdrempelig beschikbaar is of, liever nog, fysiek dichtbij werkt.

*Ik heb regelmatig huisartsen aan de lijn die dan even willen sparren en die soms echt heel erg onder de indruk zijn van de verhalen van cliënten. En dat ik denk, weet je, normaliseer het ook een beetje. Dat helpt. Als je als huisarts het heel groot maakt, dan is het voor mensen zelf ook veel zwaarder. Dus op het moment dat we het een beetje in perspectief plaatsen met elkaar, en dat is niet bagatelliseren, maar dan is het soms ook wel fijn dat huisartsen of in zo'n huisartsenpraktijk wel wat meer kennis is over mentale gezondheid in zijn algemeenheid. En op het moment dat je dan een VS in je team hebt, dan leert een huisarts daar natuurlijk ook weer van. (G 9)*

*Ja, het sneller kunnen schakelen op dat specialistisch niveau, want wij zitten natuurlijk ook in die nou, ook voor de wet, wet 14, dus wij zitten in die classificatie dus hij kan direct op dat niveau ook met ons overleggen. Dat maakt dan eigenlijk dat hij sneller nou ja, geholpen wordt op heel veel niveaus. Ik ken verpleegkundige specialisten die ongelooflijk veel kennis van farmacologie hebben. Die kennen al die richtlijnen uit hun hoofd en zitten zo daarop in plaats van dat ze een psychiater moeten benaderen of zouden willen benaderen als huisarts kunnen ze vaak veel sneller terecht bij een verpleegkundige specialist die farmacologische protocollen vaak uit hun hoofd kennen. (G 3)*

*Maar ook al ben je deskundig, dan heb je ook behoefte aan sparren. Dus dat is de ... gewoon fijn om met iemand anders ook, die er een beetje verstand van heeft, even te kunnen overleggen van: ja, wat is nou wijsheid? Maar ik denk eerlijk gezegd dat een gewone huisarts die die deskundigheid helemaal mist het dan ook lastig vindt om te sparren dat hij denkt 'nou, ...' Dat hij zich daar niet zo comfortabel bij voelt als hij denkt van 'ik weet er eigenlijk helemaal niks van'....Als jij dan dat advies moet uitvoeren en je voelt je daar toch niet deskundig nog in, dan is dat toch niet zo fijn.. Een gewone huisarts die zou denken 'nou, dat is echt iets voor de psychiater', omdat hij zich daar helemaal niet comfortabel bij voelt. (G 14)*

### **Impact op POH**

#### **Het onderscheid tussen POH-GGZ en VS GGZ is niet duidelijk**

Geïnterviewden vinden het moeilijk om duidelijk onderscheid te maken tussen de POH-GGZ en de VS GGZ. Onderscheidende bevoegdheden, zoals medicatie voorschrijven, zijn duidelijk maar zij zien daarnaast een grijs gebied. Zij verwachten een grote overlap in taken en onduidelijkheid hoe patiëntcategorieën zich onderscheiden. Met name het onderscheid tussen een POH'er die

tevens SPV'er is en een VS GGZ wordt vaak gevonden. Daarbij zien sommigen weinig toegevoegde waarde van een VS GGZ omdat de problematiek in de huisartsenpraktijk al gedekt zou zijn met de expertise van de huisarts en de POH-GGZ.

*Dus helemaal het fijne weet ik er ook niet van hoe ze dat dan precies doen binnen zo'n huisartsenpraktijk, dat is wel interessant, want soms lijkt het een beetje een POHachtige functie. (G 3)*

*Nou ja, ik ken het profiel van verpleegkundige specialist dus ik weet in ieder geval dat ze dus ook medicatie mogen voorschrijven. Dus dat is echt een verschil. Dat is voor mij niet zo verwarrend. En verder vind ik het profiel heel erg lijken op de SPV eigenlijk. Ik zie dat de verpleegkundige specialist een SPV+ is. Dus de SPV die valt helemaal in het profiel van de verpleegkundige specialist. Ik zie niet in wat de SPV nu extra heeft wat weer niet overlapt met de verpleegkundige specialist. Daar ben ik me niet van bewust. (G 10)*

*Kijk, bij gebrek aan het in huis hebben van die expertise in de huisartsenpraktijk weet je als huisarts niet zo goed wat je met die patiënt aan moet en met die zorgvraag aan moet. En dan verwijst je iemand snel. Dus die is er evident. Ik heb alleen niet zo goed zicht op waarin die zich dan precies onderscheidt van die wat generieker opgeleide POH-GGZ. Dus ik zou niet... Ik kan me daar echt veel bij voorstellen bij het type zorgvraag. Uit die Nivelonderzoeken blijkt ook wel dat het aantal zorgvragen met betrekking tot een psychische aandoening toeneemt. En natuurlijk die wachtlijsten zijn ook een groter wordend probleem, die lopen ook op. Dus in algemene zin zeg ik, er is veel potentieel om vanuit die huisartsenpraktijk met die expertise te helpen. Alleen ik weet niet zo goed welk type zorgvraag binnen die context van die psychische aandoeningen dan heel erg bij dit type functie past. (G 8)*

*En wat ik weet dat wat ook in Nederland best wel heel verschillend is, welke mensen de functie van POH-GGZ vervullen en ook de manier waarop die vervuld wordt. Hier zijn dat met name SPV'en, dus dat zijn hbo-opgeleide verpleegkundigen die dan daarna nog een tweejarige opleiding hebben gedaan en doorgaans heel veel ervaring hebben in de GGZ. Maar ik weet ook dat soms basispsychologen na hun basispsychologie-opleiding een POH-GGZ opleiding doen en dan eigenlijk zonder of met weinig ervaring dan als POH-GGZ aan het werk gaan. Dat maakt natuurlijk heel veel uit. Maar op het moment dat je het hebt over de huisartsenpraktijk... Ik denk, die verpleegkundig specialist GGZ die is ook wel echt opgeleid om echt te behandelen. Dus die schrijft natuurlijk medicatie voor, maar die doet ook allerlei psychologische behandelingen. En dat zie je bij de POH-GGZ denk ik toch wat minder. Dat is denk ik meer begeleiding. En er zijn natuurlijk uitzonderingen. Dus ik denk dat het elkaar heel erg zou aanvullen. Maar er zit ook zeker een stuk overlap. En die SPV die is natuurlijk in de eerste lijn, of volgens mij mag die in de eerste lijn nu ook regiebehandelaar zijn, dus die ontwikkelt zich daar ook in. (G 9)*

*Ik weet wel hoe erg de huisarts worstelt met toenemende GGZ-problematiek, het wordt steeds complexer, heeft ook te maken dus met die tekorten die bij de GGZ al zijn dat er meer patiënten naar de huisarts komen. Ik weet ook hoe toch wel vervelend soms het is als je een complexe GGZ-patiënt hebt; dat kost ook veel tijd. Ik weet dat het lastig is om die patiënten goed de tijd te geven en het worden er steeds meer, alleen je hebt nu de POH-GGZ, een soort van verlengde arm. In mijn optiek werkt dat hartstikke goed. (G 1)*

*Nou, mijn eerste gedachte was toen ik dat ... nou ja, die leaflet las dacht ik van: hoezo een POH-GGZ ... of een VS GGZ in de huisartsenzorg? Hè, want je hebt natuurlijk al de ... nou, de POH-GGZ, je hebt de eerstelijns psychologen, ik weet dat je ook de kaderhuisartsen GGZ hebt, de PsyHAG ... die bij de NHG opgeleid worden. Dus ik had zoiets van: ja, hoezo heb je dan ook nog een VS GGZ nodig? Wat voegt dat nog toe aan het arsenaal van werkers in de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn? Dus dat was mijn eerste gedachte, van: wat kunnen zij wat de anderen niet kunnen, wat*

*voegen ze toe aan het arsenaal? En ik denk dat wil je een ... wil je die VS GGZ goed laten landen in die huisartsenzorg, dan moet je inderdaad zorgen van: nou, hoe kun je elkaar versterken? Hoe kun je inderdaad een meerwaarde bieden aan hetgeen wat er al is, zonder dat je taken weg gaat nemen bij mensen of taken dubbel gaat doen? Dus daar zit, denk ik, wel de spanning. (G 2)*

### **De VS GGZ als sparringpartner voor de POH-GGZ**

Geïnterviewden zien het als meerwaarde voor de POH-GGZ als deze kan sparren met de VS GGZ. Dat heeft er mede mee te maken dat er door lange wachtlijsten in de GGZ veel overbruggingszorg bij de POH terecht komt die daar niet de expertise voor heeft. Daarnaast lijkt er nu weinig aan consultatiemogelijkheden geregeld te zijn voor de POH-GGZ. Anderen zien mogelijkheden dat de POH-GGZ en de VS GGZ samen patiënten gaan behandelen.

*De POH's GGZ kunnen eigenlijk zo'n discipline in die huisartsenzorg best wel gebruiken, want er zijn zo ontzettend veel mensen met ernstige psychische aandoeningen die vastlopen nu in het systeem die daardoor langer bij de huisarts blijven en daardoor bij de POH-GGZ komen, waar de POH-GGZ eigenlijk niet voor toegerust is. Dus die zitten heel vaak toch wel met hun handen in het haar bij bepaalde ... bij de wat zwaardere gevallen, om het maar even zo te zeggen. En kunnen eigenlijk daar met niemand over sparren, omdat vaak de huisarts onvoldoende weet heeft van die GGZ-problematiek. Zelf hebben ze ook onvoldoende achtergrond om die zwaardere problematiek te behandelen. De kaderhuisarts, hè, want waarvan ik dacht van 'goh, die heb je toch ook nog', nou, die wordt vooral ingezet voor consultatie van de huisarts en niet zozeer voor de POH-GGZ. (G 2)*

*Weet je, ik denk dat, als je kijkt naar de GGZ, de zorg in de GGZ, dan is dat natuurlijk deels heel erg medisch ingestoken, in de zin van je gaat natuurlijk altijd kijken, is er comorbiditeit? Zijn er lichamelijke oorzaken voor klachten? Dat is echt een stuk wat een huisarts of een VS GGZ doet. Medicatie voorschrijven. Dat hele stuk ligt denk ik bij de behandelaar, zeg ik maar even. Maar een heel groot gedeelte binnen de GGZ is ook niet-medicamenteus. En daar kun je volgens mij een hele mooie, de interventies bedoel ik dan, een hele mooie combinatie maken met de VS GGZ en een POH, van wat is dan mijn stukje en waar kunnen we misschien samen gesprekken voeren? Het is soms in de GGZ ook heel charmant als je met z'n tweeën een behandeling doet, omdat de een dan wat meer de gesprekken en het aanhoren doet en de ander wat meer de interventies kan insteken. Dus je maakt daar een hele mooie volledige behandeling mee. (G 4)*

### **Risico op vershraling functie POH-GGZ**

Sommige geïnterviewden vragen zich af of er genoeg patiënten voor de VS GGZ in de huisartsenpraktijk zijn. Patiënten met problematiek waarvoor de VS GGZ is opgeleid en voor wie begeleiding door de POH-GGZ onvoldoende is. Een risico dat wordt genoemd is dat de functie van de POH-GGZ minder interessant wordt als de VS GGZ taken gaat overnemen. Omdat er bij de beroepsgroep van POH's tekorten zijn, wordt het belang benadrukt deze functie uitdagend genoeg te houden.

*Je weet wel de POH-GGZ is echt een tekortberoep dus, heeft te maken met hoge werkdruk. In die zin zou zij echt ontlast kunnen worden, maar het moet niet een vershraling zijn van de functie. Dat zal bij de huisarts wel meevallen, die heeft genoeg andere dingen uitdagend en leuke dingen te doen als je een deel van de GGZ-problematiek daar weghaalt, maar voor de POH-GGZ is dat misschien nog wel een punt van aandacht. (G 1)*

*Waar natuurlijk ook een spanning op zit: als zij die taken overnemen van die nu bij die POH zitten, die eigenlijk in die gespecialiseerde GGZ horen. Want dat is de groep*

*waarvan de POH zegt 'ja, wij zijn niet toegeerust, daar zou de VS geschikt voor zijn'. Is die groep groot genoeg om een volledige functie mee te vervullen of zal die functie zich toch op een andere manier moeten gaan opvullen. Er zijn namelijk ... Nee, eerste vraag is: is die groot genoeg? Kun je daar een volledige functie mee opzetten? En als dat niet zo is, wat is dan het gevolg? Heb je dan ... Ga je dan met kleine contracten werken? Ga je dan dus inderdaad zo van de POH meetrekken? [...] Dus daar wordt wel een risico gezien. Ik heb ook wel iemand gezegd ... die zei van: "Ja, weet je, ik vind juist die overbruggingszorg wel leuk, weet je, en dan raak ik dat kwijt. En dan krijg ik dadelijk alleen nog maar de overspannen huisvrouwjes, zeg maar." Hè, dus die vindt dat dan ... Dus een verschraving van de eerste lijn, maar ook een verschraving van het vak POH-GGZ wellicht... Lukt het dan bijvoorbeeld die huisarts ook nog wel om een POH-GGZ te vinden? Want als die VS GGZ de zwaardere gevallen doet, wat blijft er dan over voor die POH-GGZ, en is dat dan nog wel ... Maar dan hebben we het al over uitholling gehad, hè, is de ... Kan die dan nog wel op een bevredigende manier zijn of haar beroep uitoefenen, of krijgt hij dan eigenlijk, ja, de wat minder interessante patiënten te zien? Dus daar zit wel een risico. (G 2)*

#### Thema 4 Kwaliteit voor de patiënt

Geïnterviewden beschrijven verschillende manieren waarop de inzet van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk de zorg ten goede zou kunnen komen. Mogelijke positieve effecten op de kwaliteit van zorg voor de patiënt die genoemd zijn: grotere nabijheid en toegankelijkheid, snel zorg kunnen bieden en daarmee erger kunnen voorkomen, minder stigma, mogelijkheid voor preventie en voorkomen van ontregeling bij de groep patiënten met ernstige psychische aandoeningen. In de interviews worden ook risico's en negatieve effecten op de kwaliteit van zorg voor de patiënt geuit: een verdere versnippering van zorg en het niet kunnen bieden van voldoende kwaliteit als specialist en solist in een generalistische huisartsenomgeving. Het missen van een multidisciplinair team word als belangrijk risico en gebrek gezien voor de kwaliteit van zorg voor de patiënt.

##### **De impact op toegankelijkheid van GGZ-zorg**

Toegankelijkheid is volgens alle geïnterviewden één van de waardevolste kenmerken van een huisartsenpraktijk. Volgens sommigen kan zorg door een VS GGZ in de huisartsenpraktijk hier aan bijdragen. Zeker in vergelijking met GGZ organisaties waar lange wachtlijsten de norm zijn, is deze zorg voor patiënten dichtbij en laagdrempelig.

Een risico dat wordt genoemd is dat de VS GGZ te veel lange behandelingen in de huisartsenpraktijk gaat aanbieden, waardoor de zorg ook daar dichtslibt. Tot slot wordt een positieve ervaring genoemd van een VS GGZ die in dienst was bij een GGZ organisatie, maar een kamer huurde binnen de huisartsenpraktijk. Hiermee was de GGZ zorg heel toegankelijk, zonder dat de VS GGZ in dienst was bij de huisartsenpraktijk.

*Het scheelt wachtlijsten, dat scheelt ook druk op de GGZ. Je krijgt een GGZ-behandeling in de eerste lijn. En dat is ook eigenlijk wel wat de overheid wil. En wat denk ik ook goed is voor patiënten, dat je... Als je die behandeling bij je eigen huisarts kan krijgen en niet de GGZ inrolt, dat is A, laagdrempeliger, minder stigma en B, zou toegankelijker moeten zijn. Waardoor je dus voorkomt dat mensen heel ernstig decompenseren. (G 4)*

*Voor de mensen die daarvan kunnen profiteren is dat denk ik wel heel prettig. Want dan heb je alles heel dichtbij, ook in je eigen dorp of wijk. Dat kan ik me voorstellen dat dat voor mensen wel heel prettig is. (G 9)*

*De POH-GGZ (of VS GGZ) kan natuurlijk weleens een paar wat chronische patiënten (zien), maar als die allerlei mensen gewoon, weet ik veel, acht keer per jaar moet zien,*

*ja, dat vind ik echt te veel. Dan slipt die helemaal dicht met allemaal chronische (patiënten). En dat is echt niet de bedoeling (G 14)*

*En de VS GGZ die wij hadden die was dan voor twee dagen in de week bij ons in de praktijk, huurde die een kamer, zeg maar, en werkte dan wel bij ons. Dus ik heb wel ervaring, maar hij was dus niet bij ons als gezondheidscentrum in dienst; hij was gewoon gedetacheerd vanuit een andere [GGZ] organisatie, en hij werkte dus ook niet onder onze verantwoordelijkheid. Doorverwijzen ging altijd via die organisatie, maar wij zeiden van 'ja, dit is een patiënt voor ...' [naam VS GGZ]. Dus de aanmelding was gewoon bij de GGZ organisatie. Dat werkte wel goed. (G 14)*

### **Preventief werken door eerder in te grijpen**

Vooraf geïnterviewden die het VS perspectief en het GGZ perspectief vertegenwoordigen verwachten dat de inzet van een VS GGZ verergering van psychische klachten kan voorkomen, omdat de patiënt sneller zorg kan krijgen. Ook verwachten zij dat dit verwijzingen naar de GGZ voorkomt en dat het bij zal dragen aan de kwaliteit van leven, omdat mensen niet zo lang met klachten doorlopen. Dit kan ook gelden voor patiënten met chronische klachten. Een VS GGZ kan de medicatie monitoren, periodiek een somatische screening doen, leefstijlfactoren en coping bespreken en een vinger aan de pols houden. Daarmee hoeft deze groep niet een leven lang in behandeling bij de GGZ te blijven, maar kan dichtbij huis ontregeling worden voorkomen. Een extra voordeel daarvan is dat men in de huisartsenpraktijk bekend is met de context en levensloop van een patiënt en daardoor meer passende zorg kan bieden.

*Ik denk wel dat, als je kijkt naar de chronische patiënten, altijd in de GGZ zijn, is ook niet heel goed voor je herstel. Want dan ben je altijd in de geestelijke gezondheidszorg. Soms is het gewoon hartstikke fijn als je gewoon in je huisartsenpraktijk gezien wordt en dat er goed naar je gekeken wordt. [...] Dat zijn wel echt dingen, de levensduur van mensen met... EPA-patiënten, die is gewoon beduidend lager, om verschillende redenen. Vaak zit er ook nog wel inderdaad een component roken, drinken onder. Dat vraagt hele specifieke kennis en kunde, maar die je wel het liefst zo dicht mogelijk bij iemand zelf zou willen brengen, zonder dat ze alweer naar die GGZ moeten waar ze af en toe nog naartoe gaan als ze ontregeld raken. Weet je, dus ik kan me voorstellen dat je heel veel preventie kan toepassen in die eerste lijn van het niet ontregeld raken van een EPA-patiënt. En inderdaad de betere somatische zorg en ondersteuning daarbij. (G 5)*

*Je bent er dan eerder bij, je kan eerder wat doen. Ik zie bijvoorbeeld het effect van drie sessies EMDR. En dat je dan denkt, mensen zitten al heel lang in een traject, staan heel lang op een wachtlijst en uiteindelijk bied je ze dan een paar sessies EMDR, misschien moet je dat dan in een huisartsenpraktijk kunnen doen. Natuurlijk niet bij iedereen. Maar als het even nodig is en iemand kan daarop verder, dan scheelt dat natuurlijk heel veel. [...] En het voordeel is, denk ik, [...] dat huisartsenpraktijken vaak gezinnen en systemen wel goed kennen. Psychiatrie gaat niet over het individu en over psychische klachten vanuit het brein, maar dat is eigenlijk... Dat zijn ook altijd klachten in relatie tot de context waarin iemand zich begeeft. En in zo'n huisartsenpraktijk is daar vaak heel veel informatie over. Dus dat zou ook wel van meerwaarde kunnen zijn, dat die VS GGZ daar dus meer zicht op heeft, omdat dat hele dossier van geboorte af aan al beschikbaar is en een huisarts ook wat meer weet over alle mensen eromheen. Dus dat je wat een breder plaatje hebt eigenlijk al in hele korte tijd, eigenlijk al heel snel. [...] Dat is volgens mij wel het ideaal van een huisartsenpraktijk, dat die zijn doelgroep kent. Dus daar zie ik wel voordelen. (G 9)*

### **Minder stigma**

Een aantal geïnterviewden noemt dat er mogelijk minder stigma rust op GGZ zorg binnen de huisartsenpraktijk in plaats van bij een GGZ instelling. Het hebben van psychische klachten en

daarvoor hulp zoeken wordt meer genormaliseerd. Zoals je met somatische klachten naar de huisarts gaat, zo doe je dat dan ook met psychische klachten.

*Dan kan je en met die zere vinger die je gister hebt gekregen naar je huisarts, maar ook inderdaad gewoon goed in de gaten gehouden worden. Dus dat zou ik op zich geen slechte ontwikkeling vinden. Want het is toch dicht bij huis en inderdaad weg van de GGZ, zodat je weer wat gewoner wordt en gewoon... Ik bedoel, dat ben je natuurlijk niet als EPA-patiënt. Maar het is wel denk ik beter passend bij hersteld zijn, in je gewone leven zijn. Dat je niet de hele tijd terug hoeft naar die GGZ. Dus dat zou ik me kunnen voorstellen. (G 5)*

*Nou ja, kijk, als je natuurlijk een VS vanuit de basis GGZ in een huisartsenpraktijk spreekuur laat doen; dat vond ik voor onze patiënten heel ideaal. Want die patiënten hadden echt het gevoel 'we zijn weg bij de GGZ', weet je wel. Dat is voor hun ... Dat is voor de patiënt natuurlijk ook echt superfijn, hè, die zijn een beetje van het GGZ-stigma af, die gaan gewoon naar de huisartsenpraktijk, zitten daar in de wachtkamer, worden daar door iemand gezien. Ja, het maakt hun helemaal natuurlijk niet uit bij wie diegene in dienst is, en zo, dat weten ze natuurlijk ook allemaal helemaal niet. Dus ik denk wel dat het voor de patiënt ideaal is als die in de huisartsenpraktijk dan die zorg kan krijgen. (G 14)*

#### **Verbeterd of verslechterd de inzet van een VS GGZ de continuïteit van zorg?**

Met name geïnterviewden die het VS perspectief vertegenwoordigen benoemen dat het inzetten van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk voor continuïteit van zorg zorgt. Het zou, volgens sommigen, een voordeel zijn als je dan ook voor (lichte) psychische klachten (inclusief medicatie) bij de huisartsenpraktijk terecht kan. Geïnterviewden die het GGZ perspectief vertegenwoordigen zien dit voordeel ook, maar nuanceren deze ook. Continuïteit kan ook juist een argument zijn om géén VS GGZ in te zetten. Een argument hierbij zijn de kleine urencontracten van een VS GGZ, waardoor een patiënt alleen op een bepaalde dag in de week terecht kan. Daaraan gerelateerd wordt genoemd dat een extra professional juist voor versnippering van zorg tot gevolg kan hebben. De VS GGZ wordt in dat scenario een extra tussenstation waardoor de patiënten alleen maar méér verschillende hulpverleners zien. Tot slot wordt genoemd dat wanneer de huisarts meer GGZ problematiek in de praktijk krijgt en daar extra tijd aan moet besteden dit ten koste kan gaan van de zorg voor andere patiënten.

*Voor de mensen die daarvan kunnen profiteren, is dat denk ik wel heel prettig. Want dan heb je alles heel dichtbij, ook in je eigen dorp of wijk. Dat kan ik me voorstellen dat dat voor mensen wel heel prettig is. (G 9)*

*De huisartsenpraktijk is niet de plek om GGZ zorg vast te kunnen houden. Dit drukt te zwaar op de kerntaken van de huisarts. (G 13)*

*Ik ben bang dat dan op het moment dat een VS GGZ in de huisartsenpraktijk zit, dat de diagnoses en de probleemstellingen ook automatisch zwaarder worden omdat die ze ook dat aankan en die expertise heeft, maar ik vraag me af: is dat dan een plek binnen een huisartsenpraktijk die om 17.00u sluit in principe, in de weekenden sluit. Ik vraag me af of je zo'n zware diagnose dan op zo'n plek wil hebben. [...] De vraag is ook: hoe duidelijk is het voor de burger nog voordat je patiënt of cliënt bent, voor welke zorg je dan nog bij de huisartsenpraktijk komt en wanneer je eigenlijk bij de GGZ thuishoort. (G 6&7)*

*Als je een beetje die liaisonfunctie hebt, zeg maar, tussen de eerste en de tweede lijn, en het zijn allemaal hele kleine contractjes, dan denk ik dat je zoveel tijd kwijt bent met overleggen dat je amper meer aan andere dingen toekomt. Omdat je maar zo'n klein contractje hebt dat je inderdaad ... Kijk, als je maar twee patiënten ergens hebt, dan zal je meer bezig zijn om te kijken 'hoe krijg ik die twee patiënten goed in de tweede lijn*

*ondergebracht', dan dat je ze echt behandelt, denk ik. Omdat je ook geen continuïteit van zorg kunt bieden, want je bent er dan maar één keer in de week. Dat lijkt me lastig. [...] Iemand die heel erg in de war is, of wat dan ook, dat is lastig als die maandag in de war is, en je zegt 'ja, je kan pas volgende week vrijdag terecht', of zo. (G 2)*

### **Gebrek aan een multidisciplinair team binnen de huisartsenpraktijk**

Geïnterviewden zijn van mening dat er een match moet zijn tussen de populatie en de professional. Om ergens goed in te worden (triage, behandeling) moet je er veel van zien en veel van doen. Maar, zo zeggen geïnterviewden, in de huisartsenpraktijk is de spoeling vaak dun, met name als het gaat om complexere GGZ patiënten. Binnen de huisartsenpraktijk zijn de patiënten en hun problemen divers, waardoor je als VS GGZ heel veel in huis moet hebben qua kennis en expertise. Met name geïnterviewden die het GGZ perspectief en het huisartsenperspectief vertegenwoordigen zien hier een risico voor de kwaliteit van zorg. Omdat de VS GGZ binnen de huisartsenpraktijk geen multidisciplinair team om zich heen heeft, kan hij of zij niet zomaar een andere discipline of professional inschakelen. De begeleiding en behandeling van een patiënt kunnen daarmee minder compleet zijn dan in de GGZ. Met name geïnterviewden die het huisartsenperspectief vertegenwoordigen zijn van mening dat er in de huisartsenpraktijk onvoldoende expertise aanwezig is om kwaliteit te bieden. Tot slot wordt de vrees geuit dat er binnen de huisartsenpraktijk minder tijd beschikbaar is voor de GGZ patiënt dan bij GGZ organisaties.

*En die ... ja, die wat complexere medicatie, hè, zoals lithium, en zo, ja, dat is toch niet echt huisartsgeneeskunde. Daar is toch specifieke expertise voor nodig, en ook wat meer ervaring, weet je wel. Ja, wat hebben wij dan, wij hebben misschien twee of drie patiënten per praktijk met lithium. Daar doe je gewoon niet genoeg ervaring in op om daar een beetje soepeltjes mee om te gaan. [...] Ja, zo'n GGZ-team, zeker als het natuurlijk gewoon nog een Specialistisch GGZ-team is, daar heb je natuurlijk ook vaak wel mensen die zich nog bezighouden met werk, dus een één of andere jobcoach of huisvesting, of ... Daar heb je soms nog wel wat andere mensen in zo'n team die ook wel nuttig zijn, om die patiënt te helpen. Terwijl wij in de huisartsenpraktijk daar natuurlijk minder in toegerust zijn. (G 14)*

*Zoals onze verpleegkundige specialisten GGZ ook zijn ingezet, die hebben bijvoorbeeld de RTMS, dat is een hele speciale behandeling voor depressie. Dan krijg je zo'n kap op je hoofd. Nou, dat is echt, ja, daar heb je natuurlijk helemaal niks aan als je dat kunt in een huisartsenpraktijk. Dus dat is die T (T-shaped professional, red), dat ze weliswaar breed maar vooral ook heel specifiek heel goed werk kunnen doen voor ECT, dat is elektroshock en RTMS wat een beetje een gemodificeerde versie daarvan is. Dat doen twee van onze verpleegkundige specialisten GGZ. Die doen dat fantastisch. Maar die hebben helemaal niets aan die kennis als ze in een huisartsenpraktijk moeten gaan werken. Dat is te diep specifiek in één ding. Voor de huisartsenpraktijk is het generalistischer dus ja, je hebt eigenlijk niks specialistisch nodig, maar juist generalistisch. (G 10)*

*Dus dat is denk ik wel de vraag: kan je inderdaad een soort van generalistisch, maar specialistisch zijn in zo'n huisartsencentrum? Voor de bijzondere vogels in je wijk. [...] Welke patiënten passen in zo'n praktijk waarbij je niet-multidisciplinair werkt? En soms heb je dus meerdere disciplines nodig uit de GGZ om iemand goed te behandelen en goed te begeleiden. En de vraag is, ga je niet te zware patiëntzorg naar de eerste lijn halen? [...] Want je weet toch, de eerste lijn heeft ook beperkte ruimte als het gaat inderdaad om mensen voldoende lang te zien. En ga je dan niet krijgen dat je toch te snel een consult moet doen of te snel een gesprek moet doen, waardoor je weer dingen mist? En dat is gewoon een beetje mijn zorg altijd over van hoeveel ruimte heb je in de eerste lijn en, hoeveel andere disciplines kan je betrekken in de eerste lijn? Het kan wel zo zijn dat een setje huisarts, VS GGZ, samen met de anderen die je in zo'n praktijk hebt zitten, dat het wel prima zou kunnen. En misschien is het zelfs een goede ontwikkeling.*

*Ik weet het gewoon niet. Maar het zijn wel afwegingen die ik, of dingen waar je steeds naar mijn idee naar moet kijken van wat is hier verstandig en wat is hier wijs? (G 5)*

*Waarom zou je dat dan in die huisartsenpraktijk willen doen? Omdat die VS dan eigenlijk een beetje geïsoleerd in die huisartsenpraktijk zit. En op het moment dat die in die basis GGZ zit, heb je je collega's. Dus op het moment dat je dan ook even iets anders nodig hebt, dan kan je dat heel makkelijk inzetten. En ik denk, in zo'n huisartsenpraktijk daar heb je natuurlijk een enorme caseload en al die mensen hebben iets anders nodig. Dus dat kan je nooit als één VS allemaal in huis hebben. En dat is het mooie dan in de basis GGZ, dat er verschillende disciplines zijn en dat je met elkaar eigenlijk dat allemaal op kunt pakken. (G 9)*

*De VS GGZ moet aan de slag in de GGZ en daardoor zorgen dat de patiënt op de juiste plaats geholpen kan gaan worden, onder begeleiding van de juiste experts. (G 13)*

## Thema 5 Impact op kosten en efficiëntie

Welke impact verwachten de geïnterviewden van de inzet van een VS GGZ bij de huisarts op de zorgkosten en de wachtlijsten voor GGZ zorg? Er zijn verschillende perspectieven. Over het algemeen worden lagere kosten per individu verwacht en een stijging van de kosten op macroniveau. Ook over de mogelijke impact op de wachtlijsten in de GGZ zijn de meningen verdeeld. Met name de beleidsmakers pleiten voor meer evidentie op deze onderwerpen, voordat er keuzes gemaakt worden. Tot slot vraagt een aantal geïnterviewden zich af of het gezien de schaarste op de arbeidsmarkt van VS'en en binnen de GGZ de VS GGZ niet beter gepositioneerd kan worden bij de GGZ in plaats van binnen de huisartsenpraktijk.

### Daling kosten per individu

Per individuele cliënt, zo benoemen geïnterviewden, liggen de zorgkosten in de huisartsenpraktijk lager dan in de GGZ. Dat wordt mede verwacht omdat zorg sneller ingezet kan worden, wat een preventieve werking heeft en verwijzingen kan voorkomen. Voor de cliënt zelf betekent zorg binnen de huisartsenpraktijk dat er geen eigen risico betaald hoeft te worden. Er wordt opgemerkt dat dit in feite een omzeiling is van het huidige beleid: tweedelijnszorg die door een andere professional dan de huisarts, wordt uitgevoerd binnen de huisartsenpraktijk en dus zonder eigen risico.

*Ik kan me voorstellen, als je het in de eerste lijn houdt, is het zorgkostentechnisch juist interessant, als je niet door gaat verwijzen en je zou daar zorg kunnen voorkomen, is dat misschien juist wel een goede richting. Als je kijkt naar de ontwikkeling in het integraal zorgakkoord, willen we toch kijken hoe we de zorg behapbaar kan houden in Nederland, betekent dat je minder doorverwijzingen moet hebben en eigenlijk zoveel mogelijk zorg moet voorkomen. Dat zit in preventie maar dat zit 'm ook in de eerste lijn. Als je naar kosten gaat kijken, goedkoper dan de eerste lijn wordt het eigenlijk niet. Op het moment dat je gaat doorverwijzen gaan de kosten omhoog. Dus eigenlijk zou je kunnen zeggen: als je de kosten daar maakt in plaats van in de GGZ-instelling als doorverwijzer of verder nog, dat zou ook nog kunnen, is dat relatief goedkoper. (G 6&7)*

*Want als iemand nog niet verwezen is, is het eigenlijk nog geen GGZ. En volgens mij staat in de uitgangspunten van die IZA afspraken dat het niet onder het eigen risico mag vallen. Dan krijg je natuurlijk ook de vraag van als het... Dat kan dan denk ik geen prestatie zijn binnen de bekostiging van de GGZ, want daarop is het eigen risico van toepassing. Maar op het moment dat je zegt, dan bekostig je het vanuit de huisartsenzorg, dan is het geen eigen risico. Maar dat is eigenlijk vreemd, want de huisarts is er niet bij. En je komt ook een beetje op het punt van, je hebt macrokaders per sector. Ga je de inzet van die mensen betalen uit het macrokader van de huisarts,*

*terwijl de huisarts vindt, dat is zijn geld en dat geld is nodig voor de versterking van de eerste lijn. (G 8)*

### **Kostenstijging door ingewikkeldere organisatie van zorg**

Naast de kosten per individuele cliënt noemen geïnterviewden ook kostenoverwegingen op het niveau van de praktijk. Benoemd wordt dat de schaalgrootte van de praktijk wordt vergroot door het inzetten van meer personeel. Een effect dat daarvan wordt verwacht is dat de praktijk zelf complexer wordt, omdat er intern naar elkaar doorverwezen gaat worden. Dat kost tijd en geld. Daarnaast wordt de VS gezien als een dure kracht wanneer die laagcomplex patiënten in een huisartsenpraktijk gaat behandelen.

*Ik denk dat het heel erg zonde zal zijn van de VS omdat die zo duur is, qua opleiding maar ook in salaris, zou het zonde zijn om zo'n laag complexe patiënt te zien (G 6&7)*

### **Stijging kosten op macroniveau**

De verwachting is dat met de komst van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk het budget van de GGZ niet omlaag zal gaan. Dat komt mede doordat het onduidelijk is waar deze patiënten op dit moment hun zorg ontvangen. Sommigen zien deze ontwikkeling als een nieuwe vorm van GGZ zorg. Per saldo betekent dat op macroniveau eerst extra kosten. Dat de baten later volgen, in de vorm van minder GGZ-zorg, wordt niet waarschijnlijk geacht. Vaker wordt de mogelijkheid genoemd dat het inzetten van een VS GGZ juist een nieuwe vraag naar zorg creëert. Tot slot noemen geïnterviewden het risico op een stijging van de kosten van huisartsenzorg. Tenminste, als er voor de VS GGZ extra huisartsenbudget vrijgemaakt moet worden en zij niet betaald worden vanuit de huidige betaaltitel 'praktijkondersteuning huisarts'.

*Wij hebben het idee dat hiermee een nieuwe vorm van GGZ gemaakt wordt en zien niet hoe dit de wachtlijsten in de 2e lijn op zou lossen omdat ze geen taken van de 2e lijn oplossen. 1,5 Lijns zorg is ingewikkeld, wat is dat? Het lijkt naast de huisartsenzorg – basis GGZ en S-GGZ een 4e vorm van GGZ te worden waarbij het onderscheid onduidelijk is. Zij werken niet samen met de S GGZ, dat betekent dat GGZ budget niet zomaar overgeheveld kan worden. Financiering betekent dan extra financiering in de regio. (Aantekeningen interview G 12)*

*Als er een functionaris is binnen een praktijk die een bepaalde expertise heeft, heeft dat ook een aanzuigende werking in de praktijk. Stel er is een groot eerstelijnscentrum, we weten allemaal, we hebben een VS GGZ, die is gespecialiseerd in alle problematiek rondom de GGZ en daar kunnen we naar doorverwijzen, kan het best zijn dat de huisartsen die dienst draaien daar of de mensen die daar praktijkhouder zijn, dat dat gewoon een heel goede ontwikkeling vinden, maar wel bij elk GGZ-problematiek de patiënt naar hun eigen VS GGZ doorverwijzen in het kader van taakherschikking. Ik weet niet perse of dat dan direct een wenselijke ontwikkeling is. Dat moet onderzocht worden, dat is natuurlijk iets waar het een beetje kip/eiverhaal. Ergens denk ik: je wil die mensen niet laten wachten op zorg en je wil je eigenlijk ook niet onnodig gaan doorverwijzen omdat bepaalde expertise niet aanwezig is, dus in die zin positief, maar nadelig op het moment dat je een nieuwe functie creëert kleven daar soms ook nadelen aan. Simpelweg omdat het aanbod er is. [...] Er moet onderzoek, er moeten cijfers zijn, maar als uiteindelijk onderaan de streep blijkt dat het inzetten van de VS GGZ niet bewezen effectief is en leidt tot toename van zorgkosten en misschien langere wachtlijsten omdat iets anders misloopt in de keten, ik noem maar iets gek, dan zou het raar zijn daar volop op in te zetten. Dus er moet wel een soort van bewijslast komen op een gegeven moment. (G 6&7)*

*Als er nieuwe zorg wordt ontwikkeld en die is ook op basis van onderzoek bewezen effectief, dan is het zo dat het Zorginstituut daar een duiding over geeft. En elke zorgsoort, elke vorm van zorg die onder de basisverzekering valt, daar moet ook een*

*passende bekostigingsvorm voor bestaan. Want zij zijn meer de inhoudelijke experts, zij geven aan of dat het effectieve zorg is of dat het bijvoorbeeld zorg is zoals huisartsen die plegen te bieden. (G 8)*

### **Speculeren over impact op wachtlijsten**

Of de inzet van de VS GGZ leidt tot een verkorting van de wachtlijsten is volgens de geïnterviewden afhankelijk van welke patiënten en taken overgenomen worden. Zo wordt door sommigen een positief effect op de wachtlijst verwacht omdat zij kansen zien voor taakherschikking van de psychiater naar de VS GGZ. Anderen zien vooral mogelijkheden voor taakherschikking vanuit de basis GGZ of huisarts naar de huisartsenpraktijk. Zij geven de noodzaak aan van een multidisciplinair team voor cliënten uit de s-GGZ: zorg die niet in de huisartsenpraktijk geboden kan worden. Hierdoor zal de inzet van een VS GGZ op die plek niet leiden tot wachtlijstverkorting voor cliënten met een complexe zorgvraag. Anderen vinden het lastig hierover een uitspraak te doen en doen een oproep om meer bewijs te verzamelen over de impact op wachtlijsten.

*We hadden het net over taakherschikking en het ontlasten van tekortberoepen. Als ik het zo zie, is het vooral het ontlasten van de psychiater van de GGZ. Niet zozeer het ontlasten van de huisarts. (G 1)*

*Misschien vermindert het wel verwijzingen wel naar de basis GGZ. Dat zou ik me wel voor kunnen stellen, omdat daar natuurlijk best ook wel wat monodisciplinaire behandeling geboden wordt die dan ook in de huisartsenpraktijk gedaan zou kunnen worden. Ik zit zelf dan meer in de specialistische GGZ en daarin zie ik eigenlijk weinig mogelijkheden, omdat je dat altijd multidisciplinair of interdisciplinair doet. Dus dat doe je niet alleen als VS, maar daar heb je ook die collega's altijd nodig. (G 9)*

*Een wachtende staat vaak op meerdere wachtlijsten, en met elkaar hebben we ook niet zo goed zicht op hoelang die wachtlijsten nu zijn. Maar ik denk dat daar wel heel veel mensen op staan die ook goed geholpen zouden kunnen worden als er meer capaciteit is van POH-GGZ en verpleegkundig specialisten in de huisartsenpraktijk. (G 8)*

*We weten het niet op dit moment. Dan zou je moeten gaan kijken wat er gebeurt met doorverwijzing: heeft een praktijk die wel een VS GGZ in dienst heeft, meer of minder doorverwijzingen ten opzichte van praktijk die het niet heeft. (G 6&7)*

*VS'en beloven zonder wachtlijst te werken, maar dit kan slechts tijdelijk zijn. Op een gegeven moment loopt zoets ook weer vol. (Aantekeningen interview G 12)*

### **Inefficiënte inzet van schaars personeel**

Een aantal geïnterviewden neemt de schaarste aan VS'en GGZ mee in hun overwegingen. Zij vindt dat de VS GGZ beter in de GGZ gepositioneerd kan worden, zodat er optimaler gebruik gemaakt kan worden gemaakt van hun capaciteit. Het onttrekken van schaars personeel aan de GGZ zou zelfs wachtlijstverhogend kunnen werken. Daarnaast vragen beleidsmakers zich af of het wel realistisch en wenselijk is om beleid te maken om deze functie binnen Nederlandse huisartsenpraktijken te implementeren als er al een tekort aan VS'en is.

*Hierdoor zouden we capaciteit onttrekken aan de GGZ zelf, namelijk iedere VS die in de huisartsenpraktijk werkt kan niet bijdragen in het oplossen van de tekorten in de GGZ zelf. (G 13)*

*Wat ideaal zou zijn, denk ik, dat er meer VS'en in de Basis GGZ werken die daar de wat complexere zorg zouden kunnen doen. Want er is natuurlijk ook schaarste aan verpleegkundigen, aan VS'en. En waar positioneer je die dan het beste, hè? [...] Ik denk of in Basis GGZ of in de Specialistische GGZ. Ze kunnen dan natuurlijk ook gewoon in*



*allerlei Specialistische GGZ-wijkteams functioneren, waarbij als de psychiater, zeg maar, denkt zo van 'nou, die patiënt is wel stabiel, die kan dan nu een tijdje onder de hoede van de VS', zeg maar, hè, in het kader van afschalen. Daar hebben ze natuurlijk ook grote waarde. (G 14)*

*Eigenlijk demp je een tekort in een andere plek, en los je het niet op. Is de GGZ niet gewoon de beste plek? Misschien een stomme redenatie, maar als je capaciteit weghaalt uit een bepaalde sector, verschuift het probleem vervolgens, terwijl de tekorten er net zo goed zijn. (G 6&7)*

## Thema 6 Past het nu wel of niet bij ontwikkelingen in de GGZ zorg?

Veel van de argumenten, afwegingen en dilemma's landen op de vraag of het inzetten van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk past bij de ontwikkelingen in de GGZ, de zorg en de samenleving. Soms wordt een ontwikkeling gebruikt als argument voor, en soms werd dezelfde ontwikkeling gebruikt als argument tegen het inzetten van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk. De ontwikkelingen die geïnterviewden noemen, zijn: het normaliseren van mentale klachten, het verplaatsen van zorg naar de eerstelijns, een toename van de zorgvraag, het afbakenen van zorg in de huisartsenpraktijk, het zoeken naar oplossingen voor sociale en maatschappelijke problematiek in het sociaal domein, het IZA, meer ketenzorg en, tot slot, de toename aan flexibele arbeid en zzp-ers in de zorg. Geïnterviewden benoemen ontwikkelingen, wikken en wegen en zijn genuanceerd én ambivalent in hun argumenten. Een uitzondering hierop zijn de geïnterviewden die het huisartsenperspectief vertegenwoordigen. Zij vinden dat het inzetten van een VS GGZ niet past in de ontwikkelingen en zijn zelfs van mening dat niet meer mogelijk zou moeten zijn om deze functie in de huisartsenpraktijk in te zetten.

### De ontwikkeling van patiënten sneller, lichter, normaler helpen

Een aantal geïnterviewden vindt dat het inzetten van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk goed in de huidige ontwikkelingen past. Zij benoemen dat je daarmee mensen sneller en met (lichtere) interventies kunt helpen. Het is een vorm van normaliseren van mensen met psychische klachten, en dan past het om hen in de huisartsenpraktijk te helpen. Maar deze geïnterviewden zijn tegelijk genuanceerd en delen ook hun overwegingen en zorgen daarbij.

*Je moet het niet bij iedereen doen. Maar goed, er zijn natuurlijk mensen die maken echt heftige dingen mee. En dan kan je heel lang wachten voordat je iemand daarvoor behandelt, dus dat gaat zeker niet over, we moeten het een beetje normaliseren. Maar dit gaat wel om mensen die echt al dingen hebben meegemaakt, maar daar gewoon heel erg lang mee rondlopen. Als ze dan toch wat eerder terecht kunnen of wat eerder hulp zoeken omdat de drempel wat lager is en je hoeft daardoor minder te doen, dat is natuurlijk wel gunstig. Maar je moet dat wel heel goed differentiëren. Je moet dat niet bij iedereen gaan doen, want dan loopt die huisartsenpraktijk natuurlijk helemaal vol. (G 9)*

*Dat is dus denk ik hoe veel dingen gaan rond de ontwikkelingen van de verpleegkundig specialist. Het is toch een beroep wat zich ontwikkeld heeft op basis van schaarste van anderen. Dat zie je dus nu ook weer. Het gevaar daarbij vind ik dus dat je zwaardere problematiek verplaatst, die misschien toch in de tweede lijn en derde lijn thuishoort. Maar het is tegelijkertijd ook wel de ontwikkeling. (G 5)*

### De ontwikkeling binnen huisartsenpraktijken: zorgvraag afbakenen

Anderen vinden het juist niet passen in de ontwikkelingen. GGZ zorg binnen huisartspraktijken wordt steeds meer afgebakend volgens hen, huisartsen bewaken hun grenzen om niet nog



meer taken en werkdruk binnen te halen. Een VS GGZ past, volgens huisartsen, niet in de lijn van de ontwikkelingen en deze initiatieven zouden zelfs gestopt moeten worden.

*Wij kennen al wel voorbeelden van VS'en die ingezet worden in huisartsenpraktijken maar niet op het vlak van de GGZ. Wij denken ook niet dat dit groeiende is omdat huisartsen, zeker op gebied van de GGZ, hun grenzen afbakenen. Huisartsenpraktijken zijn niet de plek om allerlei GGZ problematiek vast te houden of zelfs op te lossen. Een POH-GGZ is voor de laagdrempelige GGZ zorg maar alle andere GGZ zorg hoort buiten de huisartsenpraktijken plaats te vinden en behoort niet tot onze expertise. (G 13)*

*Nee, ik zie geen beweging naar binnen halen, waarom zou je? En ik zie ook geen beweging om het naar buiten te duwen dan al 40 jaar lang of zo. Als je als huisarts iemand hebt met problemen in de GGZ dan verwijst je naar de GGZ en die wachtlijsten zijn er ook al 40 jaar. (G 10)*

### **De ontwikkeling van het verplaatsen en verschuiven van zorg naar de eerstelijns**

Andere geïnterviewden zijn genuanceerder en zien meerdere verschuivingen in de zorg die met elkaar samenhangen. Als andere zorgorganisaties, die nu tweedelijns zorg bieden, ketenzorg gaan ontwikkelen en steeds meer zorg naar de eerstelijns en het sociaal domein gaan verplaatsen, dan heeft dit effect op huisartsenpraktijken. Daar zal de zorgvraag daardoor ook toenemen, is de verwachting. Geïnterviewden benoemen dat daardoor huisartsenpraktijken ook moeten reorganiseren. Een VS GGZ kan dan een welkome aanvulling zijn. Andere geïnterviewden wikken en wegen hoe om te gaan met een grotere zorgvraag en of je dan juist wel of juist geen extra capaciteit zou moeten vrijmaken. De ene geïnterviewde is van mening dat het geen oplossing is om capaciteit in de huisartsenpraktijk te vergroten door een VS GGZ in te zetten. De ander ziet voordelen van taakherschikking om daarmee taken en lasten in het team onderling te verdelen.

*Als je de hele zorg gaat verschuiven dan gaat die huisartsenpraktijk die gaat een beetje uit zijn voegen. Die zal gaan denken van goh, wat gebeurt hier? Dus die zal zich moeten ja, ook daarin moeten reorganiseren naar mijn mening. (G 3)*

*De beweging van de Nederlandse gezondheidszorg is nu gewoon wel, curatieve GGZ, dus tweedelijns, derdelijns, is wel echt voor de meest complexe en ingewikkelde en moeilijke zorgvragen. Dus je gaat sowieso een verzwaring krijgen in die eerste lijn. [...] Ik kan me wel voorstellen dat met de complexiteit die op de huisartsen afkomt, dat daar de behoefte aan VS GGZ in de buurt toch wel prettig is. [...] Het enige is wel wat je je af moet vragen, moet een verpleegkundig specialist GGZ, die in feite toch een soort van tweedelijnsachtige expertise en kunde met zich meebrengt, moet je die in de eerste lijn willen hebben? Of doen we dan iets fout? Is dit ontstaan omdat er wachtlijsten zijn, waardoor huisartsen inderdaad met steeds meer complexere problematiek geconfronteerd worden? En die vraag vind ik moeilijk te beantwoorden. (G 5)*

*De Integrale Zorgakkoorden en macrokaders worden afgesloten met een heel beperkte volumegroei van ziekenhuizen en GGZ-instellingen. Dat maakt natuurlijk bij een stijgende zorgvraag wel dat een instelling er ook baat bij heeft om iemand wel terug te verwijzen. Dus zo'n macrokader met een heel beperkte volumegroei, die verzekeraars vaak door vertalen naar een omzetplafond of een aanneemsom, met andere woorden, je hebt gewoon maar beperkte middelen, maar de zorgvraag stijgt heel hard, daar zit wel een soort prikkel om als instelling mensen ook terug te verwijzen die prima ook in behandeling kunnen komen bij een verpleegkundig specialist in een huisartsenpraktijk (G 8).*

*Dus eerst behapbaar maken van het werk van de huisarts, dan de keten en dan dring je vanzelf zorg terug uit de tweede lijn omdat de ketensamenwerking beter gaat lopen.*



*[...] Daar gaan jaren overheen. [...]. Het zit op veel vlakken, maar het organiseren van eerstelijns-ziekenhuizen? Nee. (G 6&7)*

*Daarnaast, mijn oordeel, nogmaals de samenwerking met de huisarts en de POH-GGZ die werkt al vrij goed. Dus in die zin waren we ook wel verbaasd van deze ontwikkeling (inzetten VS GGZ in de huisartsenpraktijk). Tegelijkertijd, als je kijkt naar de voordelen, we zien ook wel de tijd met wachtlijsten en verschuiving ook wel van de GGZ naar de eerstelijns... In die zin is het altijd goed om naar taakherschikking te kijken überhaupt en kijken: hoe kunnen we zo goed mogelijk regelen met elkaar tussen werknemers en de taken en lasten zo goed mogelijk te verdelen. (G 1)*

### **De ontwikkeling van meer oplossen in het sociaal domein: de kraan dichtdraaien**

Ook het sociaal domein wordt genoemd. Als steeds meer GGZ problematiek in het sociaal domein geplaatst wordt en als daar de oorzaak van veel problemen ligt, dan moet daar ook de capaciteit naartoe en niet naar de huisartsenpraktijk. Zij benoemen dat het onvoldoende helpt om een VS GGZ in de huisartsenpraktijk te positioneren, maar dat maatschappelijke problemen opgelost moeten worden.

*Weet je, het is een... Er zit een gat. En daar moeten we wel wat mee. Dus ik vind het wel op zich een mooie oplossing voor het gat wat er is. Maar dan is wel de vraag, is dit inderdaad dweilen, terwijl je eigenlijk de kraan dicht wil draaien? (G 5)*

*Ik denk dat er ook veel meer te halen valt voor de VS GGZ om de samenwerking met het sociaal domein op te zoeken en daar samen op te trekken. [...] Ik denk niet zozeer dan de huisarts voorop te zetten en die daarin dan de lead heeft. Ik denk als we kijken naar bijvoorbeeld depressies en suïcidaliteit en verslaving en dergelijke, dan kan je ook kijken naar het sociaal domein van: oké wat zit daar op het gebied van schulden, huisvesting, allemaal problematiek die dat probleem versterken. En zou daarin de VS GGZ samen met het sociaal domein niet veel meer kunnen betekenen dan de VS GGZ in de huisartsenpraktijk? (G 6&7).*

*Even los van of je die VS nou in die eerste lijn zet of ergens anders. Maar dat het heel erg met onze maatschappij op dit moment te maken heeft, met hoe we kijken naar hoe problemen moeten worden opgelost en dat we vinden dat alles maar door de hulpverlening, dat geldt trouwens niet alleen voor de GGZ. Iedereen vindt dat die overal recht op heeft, op allerlei hulpmiddelen en alles moet vergoed worden. En op het moment dat het niet vergoed wordt, dan zijn mensen heel erg boos. Dan denk ik, je moest eens weten wat dat allemaal kost. En dat betekent dat we die zorgverzekeringen met elkaar ook moeten betalen. En ik denk dat daar de komende jaren... Ik hoop dat daar wat verandering in komt dat we daar veel meer het gesprek over gaan voeren. Dat kinderen op school al leren om over dingen te praten. En dat daar op die manier wat verandering in komt. Want die VS GGZ gaat daar niet een oplossing voor geven. (G 9)*

### **De ontwikkelingen in het IZA: mentale gezondheidscentra**

Een andere ontwikkeling die is genoemd, is het Integraal Zorgakkoord (IZA). Zo wordt gesteld dat in het Integraal Zorgakkoord is opgenomen dat er onder de verantwoordelijkheid van GGZ-organisaties mentale gezondheidscentra moeten komen, waar patiënten een verkennend gesprek krijgen waar hun zorgvraag het beste past. Het zou kunnen dat de functie van VS GGZ daar geschikt voor is, en dat maakt dat de VS'en GGZ dan eerder in een mentaal gezondheidscentrum zouden gaan werken dan in een huisartsenpraktijk.

*Weet je, alle professionals die samenwerken met huisartsen, hetzij VS GGZ, hetzij psycholoog, GZ-psycholoog, hetzij een psychiater, dat is natuurlijk zeker een*

*onderwerp. Ook omdat we in het Integraal Zorgakkoord nu afspraken hebben gemaakt in het kader van mentale gezondheidscentra. Of in ieder geval het verkennend gesprek. En dan is inderdaad de vraag, wie zou dat nou het beste kunnen doen? En ik kan me voorstellen dat daar de VS GGZ haar of zijn intrede wel makkelijker maakt, omdat je ook de breedte van de blik van de verpleegkundig specialist goed kan gebruiken in een dergelijk verkennend gesprek. (G 5)*

### **De ontwikkeling van meer flexibele arbeid en zzp-ers**

Tot slot, het inzetten van VS GGZ raakt nóg een andere ontwikkeling in de maatschappij. Namelijk aan de toename van ZZP-ers en ZZP-bureaus in de zorg. De ontwikkeling is dat een aantal VS'en GGZ een eigen bureau starten. Huisartsenpraktijken en GGZ organisaties kunnen hen vervolgens inhuren. Deze ontwikkeling van meer flexibele arbeid en ZZP-ers in de zorg komt, volgens een geïnterviewde, de zorg niet zondermeer ten goede omdat het tegelijkertijd versnippering betekent.

## **Thema 7 Voorwaarden voor implementatie**

Tot slot worden door de geïnterviewden voorwaarden genoemd om een VS GGZ in de huisartsenpraktijk in te kunnen zetten. Zo zijn er voorwaarden om het werk in de huisartsenpraktijk aantrekkelijk te maken, voorwaarden waar de VS aan moet voldoen, voorwaarden om de functie van de VS GGZ goed te positioneren en voorwaarden die nodig zijn voordat er beleid ontwikkeld kan worden op het inzetten van de VS GGZ in de huisartsenpraktijk.

### **Voorwaarden binnen de huisartsenpraktijk: ruimte en geld**

Voor het inzetten van een VS GGZ heeft de huisartsenpraktijk voldoende spreekruimtes nodig. Omdat huisartsen steeds meer ondersteunend personeel krijgen is de ruimte in de praktijk steeds schaarser. Daarnaast wordt aangegeven dat de huisartsenpraktijk wat betreft salaris wellicht niet zoveel kan bieden als een GGZ instelling omdat de VS GGZ daar ook als regiebehandelaar wordt ingeschaald.

*En twee, wij zijn ook wel vaak betrokken bij overleggen over huisvesting, dat huisartsen wel willen uitbreiden om ook meer ruimte te creëren voor meer praktijkondersteuning, maar dat dat gewoon niet mogelijk is omdat de ruimte er niet is of veel te duur is. Dat is ook wel een beperkende factor misschien. (G 8)*

*Wat denk ik, wat een heikel punt is in de VS, en dat speelt in de GGZ en AGZ, is de inschaling. En dat maakt het... Er zit een soort subjectiviteit in de FWG-wegingen. Ik zie wegingen voorbijkomen waarin collega's in 65 worden gewogen en wegingen waar gezegd wordt, jij hoort in 60 thuis. [...] Als je dan in een huisartsenpraktijk terechtkomt als regiebehandelaar en gewoon recht zou hebben op een schaal 65, dat daar zoveel discrepantie is. Dus dat maakt de positionering niet makkelijker. En maakt soms ook dat collega's zeggen van dan blijf ik wel in een instelling werken, want daar is het in ieder geval wel goed geregeld. Dus die arbeidsomstandigheden, dat is een factor die wel meespeelt. (G 4)*

### **Opleiding en expertise VS GGZ moet aansluiten bij de huisartsenpraktijk**

Zoals eerder beschreven vragen geïnterviewden zich af of de kennis die de VS GGZ heeft opgedaan in de GGZ en de opleiding tot VS GGZ wel voldoende aansluit op het generalistische werk in de huisartsenpraktijk. Het gebrek aan uniformiteit tussen VS'en GGZ maakt het moeilijk om de functie goed te positioneren in de huisartsenpraktijk. Geïnterviewden pleiten voor het

opstellen van een algemeen profiel voor de huisartsenpraktijk. Hieraan kan de VS GGZ zich toetsen en zien waar er nog aanvullende opleiding nodig is. Denk bijvoorbeeld aan modules gericht op de patiëntenpopulatie of het voorschrijven van psychofarmaca.

*Ik zou wel enige uniformiteit willen bepleiten. Omdat je... Weet je, dan weten de huisartsen ook, in principe als ik dit doe, dan kan ik dit verwachten. En je kan het nooit helemaal uniform maken, want mensen verschillen nou eenmaal. Maar ik zou wel enige uniformiteit bepleiten, ook omdat je daarmee het vertrouwen van de huisartsen kan wekken. [...] Dan denk ik wel dat je een bijscholingstraject moet doen op de stukken waar je dus voor ingezet moet worden. En als dat betekent dat ook het voorschrijven, het monitoren van psychofarmaca echt tot je taken behoort, dan moet je wel zorgen dat je daar inderdaad voldoende bekwaam in bent. En ik kan me wel voorstellen dat je dan dus inderdaad modulair een pakket opbouwt, dat je wel een soort van profiel schetst met elkaar, dit is wat een VS GGZ in de eerste lijn moet kunnen. En op basis van dat profiel en iemands achtergrond, dat je dan gaat kijken, hoe kan je modulair die bekwaamheid aanvullen? Kennis en bekwaamheid. Ik denk wel dat je een soort van uniformiteit moet scheppen in wat kan je van zo'n VS GGZ in die eerste lijn verwachten of bij die huisartsenpraktijk? En dat blijft een beetje lastig. (G 5)*

*Kijk, op het moment dat die VS GGZ in die huisartsenpraktijk echt geïmplementeerd gaat worden, dan zou dat natuurlijk het mooiste zijn om dat in de opleidingsroute ook mee te nemen. Dus dat iemand dan ook in zijn opleiding daar al een jaar stage heeft gelopen of een werkplek heeft gedaan. En ik denk eigenlijk, er is dan spoed, dat je toch ook wel echt wat spoedervaring moet hebben opgedaan. Dat zou ik dan heel mooi vinden in de opleiding, omdat je in de spoeddienst eigenlijk de echte psychiatrie ziet. Daar zie je echt mensen die psychotisch zijn of manisch. En dat is wat je in een huisartsenpraktijk natuurlijk ook tegen kunt komen en goed moet kunnen duiden. (G 9)*

### **Grotere contracten mogelijk maken**

Geïnterviewden geven aan dat het werken met een VS GGZ met een klein contract risico's geeft voor de continuïteit van zorg. Om een groter contract te kunnen bieden moeten er voldoende patiënten geschikt zijn voor de zorg van de VS GGZ, zonder dat er verschraling optreedt van de functie van de POH-GGZ. Geïnterviewden geven daarom aan dat de VS GGZ wellicht andere taken op zich zou moeten nemen, denk aan het behandelen van somatische klachten, of dat zij ingezet worden binnen grotere gezondheidscentra. Een groter centrum kan een interessantere baan bieden voor de VS GGZ en is meer gewend aan ondersteunend personeel en een ingewikkeldere organisatie van zorg. Anderen opperen juist dat de VS GGZ zich misschien beter vrij kan vestigen in de buurt van de huisarts in plaats van een contract aan te gaan bij de huisartsenpraktijk.

*Kleine contracten kan, als je twee keer een halve dag aanwezig bent. Maar dan ben je dus aanwezig voor consulten op dat moment, denk ik. Je zou willen dat in een mentaal gezondheidscentrum of in een gezondheidscentrum waar ook mentale gezondheid een factor is, dat daar gewoon een bepaalde continuïteit van aanwezigheid is. Dus ik zou wel ervoor willen pleiten, kijk dan inderdaad of je een verpleegkundig specialist die een beetje en-en heeft. Die en consulten kan doen voor echt ggz-vraagstukken, maar die misschien ook nog wel andere dingen kan in zo'n praktijk. [...] Of moet je in gezondheidscentratermen gaan denken waar je meerdere huisartsen bij mekaar hebt, waarbij je dus inderdaad niet een klein contractje hebt, maar... Of, ga je je als VS GGZ, wat nu nog niet kan, maar wel het streven is, vrij vestigen in de buurt van de huisartsen en word je op die manier ingezet? Ik kan me daar van alles bij voorstellen. (G 5)*

*Ik zou zeggen, niet in elke huisartsenpraktijk, maar vooral kijken naar de wat grotere huisartsenpraktijken, zodat het ook echt van toegevoegde waarde is voor de praktijk en er ook voldoende uitdaging is voor die VS GGZ... Ik denk dan aan kleine huisartsenpraktijkjes hier en dan denk ik, voor een VS is het helemaal niet interessant.*



*En of dat nou echt van toegevoegde waarde is. Dus ik zit meer aan de grote gezondheidscentra te denken. (G 9)*

*Ik zou me kunnen voorstellen, dan denk ik dus wel aan een oplossing, als ze verbonden zijn aan bijvoorbeeld een gezondheidscentrum waar er meerdere huisartsen zijn dat ze dan ook een contract hebben van 32 uur of zo iets zodat ze er op zijn minst evenveel zijn en dat het dan niet zoveel uitmaakt of ze die ene dag voor de ene praktijk of voor de ene huisarts, dan zijn ze aan het gezondheidscentrum verbonden en dan zijn ze dus even goed bereikbaar. (G 10)*

*Ik kan me voorstellen dat een gezondheidscentrum, waar al heel veel disciplines met elkaar samenwerken, dat daar ook meer ruimte is om weer een extra variant van een functie daaraan toe te voegen in plaats van de dagpraktijk, nog een ander punt, ook vaak geen fysieke ruimte om nog andere mensen neer te zetten. (G 1)*

### **Samenwerking met de keten borgen**

Eerder werd al genoemd dat de VS GGZ een sparringpartner kan zijn voor andere functionarissen binnen de huisartsenpraktijk. Maar de VS GGZ zelf heeft ook voldoende sparringpartners nodig om haar expertise op peil te houden. Daarnaast is een nauwe samenwerking met de GGZ van belang om patiënten snel door te kunnen sturen die toch een andere expertise nodig blijken te hebben. Deze samenwerking moet goed gefaciliteerd en geborgd worden. Anderzijds geven respondenten aan dat het borgen van samenwerking altijd belangrijk is, ongeacht het inzetten van een VS GGZ. Sterker nog, investeren in samenwerking in de keten heeft volgens sommigen juist voorkeur boven het organiseren van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk.

*Ja, voor de eerste lijn, maar nu is het allemaal nog pionieren, dat is ook prima. Kijk, we bestaan net ruim 20 jaar, het kan nog alle kanten op. Dus je moet het wel goed borgen en ook je samenwerking hè. Dus de MDO's, dus afstemming met die ketenzorg. Dat is toch vrij complex. Je moet ook je praktijk zo kunnen inrichten dat je mensen kan spreken, dat je familie kan uitnodigen en soms echt nou, een zorgafstemmingsgesprek met verschillende mensen in de keten. Dat zal heel belangrijk gaan worden in de toekomst, met name daar de regie in voeren, kijken van ja. (G 3)*

*Je moet als verpleegkundig specialist net als een dokter zelf goed aangeven, waar zit je bekwaamheid en vooral, waar zit die ook niet? Dus als jij in een huisartsenpraktijk gaat werken, wat een vrij generalistisch stuk GGZ is ook, dat is basis, komt veel voor, dan moet je samen met die huisarts goed gaan kijken van waar zit mijn ervaring? Wat kan ik wel en wat kan ik niet? En waar zit mijn bekwaamheid niet, waar ga ik dan kennis halen? Ga ik overleggen met de plaatselijke crisisdienst? Is er een psychiater met wie je kan overleggen? Dat moet je inregelen. (G 4)*

*Maar ik denk sowieso dat het voor professionals belangrijk is dat je altijd collega's om je heen hebt waar je jezelf aan kan toetsen. Want daardoor word je een betere hulpverlener. Op het moment dat je alleen maar doet en niet nadenkt en reflecteert, dan ontwikkel je je ook niet. En je kan natuurlijk op jezelf reflecteren, maar het werkt voor veel mensen beter om op het moment dat je het daar met een collega over kan hebben. Maar als die collega niet in de buurt is, dan doe je dat ook niet. Dus het moet... Ik denk dat het altijd een voorwaarde is om laagdrempelig collega's om je heen te hebben. (G 9)*

*Maar ik zou wel benieuwd zijn naar de ervaringen dan met name van de VS GGZ die dan ingezet worden op dit moment, hoe die samenwerking dan is, maar niet alleen binnen de praktijk, ook met externe partijen, dus de GGZ in de regio mogelijk dan iemand die dan ook meer bekend is in dat netwerk. Daar is mogelijk ook nog winst in de keten te halen. Maar volgens mij hoor je van Nederland dat wij een mooie keten van*

*zorg hebben die sluitend is en de vraag is volgens mij: wil je al die stukjes uit die keten op 1 plek gaan organiseren of wil je de keten zo houden en wat ga je investeren in samenwerking. Dus is de oplossing niet: betere ketensamenwerking in plaats van het organiseren op 1 plek. (G 6&7)*

### **Voorwaarden voor beleid**

Geïnterviewden die het VS perspectief vertegenwoordigen vinden het belangrijk dat er een aparte betaaltitel en structurele financiering komt voor de VS GGZ. Hiermee kan de VS GGZ zich bewijzen in de praktijk. Dit staat in contrast tot geïnterviewden vanuit het huisartsenperspectief die de implementatie van de VS GGZ in de huisartsenpraktijk niet zien zitten. Zij vinden dus ook niet dat het zou moeten worden opgenomen in de contractering. Beleidsmakers reageren genuanceerd en geven aan dat investeringen altijd mogelijk zijn, maar dat daarvoor meer bewijslast nodig is. Voordat beleid gemaakt kan worden is er meer inzicht nodig in de impact op kosten, wachtlijsten, werkdruk van huisartsen en de plek in het systeem. De VS GGZ kan nu al bekostigd worden vanuit de praktijk ondersteuningsgelden.

*En wat huisartsen soms moeilijk vinden, is het financieren van zo'n VS. Als je hem zelf opleidt, dan moet je een subsidietraject in. Dat is voor een, als je een eenpitter bent bijvoorbeeld, is dat best duur. Dus dat vraagt een investering, die zich uiteindelijk echt wel terugverdient. Maar dat maakt dat huisartsen soms ook wel huiverig zijn om te starten met een verpleegkundig specialist. (G 4)*

*Wij praten hierover met de NZa van moet je nou betaaltitels maken? En de NZa wil dat eigenlijk niet. Die zegt, wij gaan niet voor elk nieuw beroep wat zich ergens in een zorgpad manifesteert betaaltitels maken. Dat moet jullie in het veld regelen. Terwijl wij ook echt zeggen, maar als je het nut, de doelmatigheid, weet ik het wat van die VS GGZ wil aantonen en ze factureren of op de POH of op de huisarts, want dat doen er ook veel, dan wordt het nooit inzichtelijk. (G 4)*

*Er zijn geen randvoorwaarden nodig, we moeten zorgen dat VS GGZ in de GGZ aan de slag gaan en de route binnen huisartsenpraktijken snel sluiten. Wat ons en onze leden betreft dus geen regelgeving en contractering van een VS GGZ binnen de huisartsenpraktijk. (G 13)*

*Om beleid te kunnen maken moeten ze de plek in het stelsel beter kunnen duiden. Hoe past dit ook in de transformatie van de GGZ die nu speelt? Je zou hier op landelijk niveau beslissingen over moeten maken en structureel moeten borgen. Daar heb je dan weer de NZa voor nodig om er ook een betaaltitel van te maken. (Aantekeningen interview G 12)*

*Ik vind dat lastig om te zeggen. Dat moet echt landelijk draagvlak zijn, ook met andere partijen, koepels van 'dit is een functie die er nu is, die werkt. Het moet helemaal bewezen zijn dat een functie, een variant van een functie ook werkt in de praktijk dat het iets oplevert. Dat is aan de koepels om dat te integreren in nieuwe CAO en daar dan een nieuwe functiewaardering voor te doen. [...] In ieder geval een goed idee om het verder te onderzoeken, dat juich ik alleen maar toe [...]. Voor mij zit het echt op het punt van: gaat dit de huisartsenzorg ontlasten? Niet alleen de GGZ ontlasten. (G 1)*

*Volgens mij is het een kwestie van... Dat is meestal met nieuwe beroepen op nieuwe plekken: laat het zich bewijzen. Over het algemeen investeren we flink in het überhaupt opleiden van deze mensen en in dit geval ook in de eerste lijn versterken daarvan; als ik daarnaar kijk, daar gaan enorme bedragen heen. Dus we ondersteunen het al volledig. Als het zich bewijst in de praktijk kun je er nog voor kiezen om dat meer te gaan stimuleren of dat bijvoorbeeld onderdeel te maken van inkoop van zorgverzekeraars etc., maar volgens mij gaat het altijd nog eerst op dat dat bewezen moet worden in de praktijk. Misschien een beetje flauw, er moet onderzoek, er moeten cijfers zijn, maar als*

*uiteindelijk onderaan de streep blijkt dat het inzetten van de VS GGZ niet bewezen effectief is en leidt tot toename van zorgkosten en misschien langere wachtlijsten omdat iets anders misloopt in de keten, ik noem maar iets gek, dan zou het raar zijn daar volop op in te zetten. Dus er moet wel een soort van bewijslast komen op een gegeven moment. [...] Dan moet je een onderzoek hebben en cijfers etc. In onderdeel van het groter geheel denk ik: dat zet misschien geen zoden aan de dijk, maar misschien in de toekomst wel. Maar als het bewezen effectief is, kun je er altijd in gaan investeren. (G 6&7)*

## Conclusies

Wat zijn de perspectieven in de eerstelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg met betrekking tot de inzet van een VS GGZ in de huisartsenpraktijk? Uit het onderzoek onder 14 veldpartijen komt naar voren dat men in de huidige context verschillend denkt over een mogelijke positionering, verwachtingen, en mogelijke effecten en risico's. De huisartsen benoemen dat zij complexe GGZ zorg in de huisartsenpraktijk tegen willen houden en daarmee geen rol zien voor de VS GGZ binnen de huisartsenpraktijk. Andere geïnterviewden zien zowel mogelijkheden als risico's van de VS in de huisartsenpraktijk, maar zijn ook ambivalent.

De interviews met veldpartijen laten verder zien dat een innovatie als deze pas goed beoordeeld kan worden als het vanuit verschillende hoeken en niveaus wordt belicht. Op microniveau als het gaat om effecten voor de VS GGZ, de patiënt en de huisartsenpraktijk. Op macroniveau voor maatschappelijke kosten van zorg, effecten op de wachtlijstproblematiek, en het verdelingsvraagstuk en bijbehorende neveneffecten voor wat betreft schaarse zorgprofessionals. Voordat beleid en gezamenlijke visievorming op een verdere inzet van de VS GGZ in de huisartsenpraktijk gemaakt kan worden, is meer inzicht nodig in de effecten op patiëntenstromen. Dit geeft zicht op de mate waarin de VS GGZ kan bijdragen aan een oplossing voor de wachtlijstproblematiek voor complexe GGZ patiënten. Ook is meer inzicht nodig in de impact op de macrokosten van de gezondheidszorg en de kwaliteit van zorg. Om deze impact inzichtelijk te krijgen is het onder andere nodig om te onderzoeken welke patiënten de VS GGZ ziet en in welke mate de VS GGZ het hele traject zelfstandig zonder door- en terug verwijzingen uitvoert. Daarnaast is inzicht nodig in hoeverre een multidisciplinair team van belang is voor de kwaliteit van zorg en voor de VS GGZ. Het genuanceerde beeld dat uit dit onderzoek naar voren komt, laat zien dat het niet eenvoudig is om oplossingen voor complexe en gelaagde problemen te vinden. De huisartsenpraktijk heeft dagelijks te maken met overbruggingszorg en er is een schaarste aan personeel in zowel de huisartsenpraktijk en in de GGZ. Schaarste geeft een noodzaak tot innovatie en het bieden van interessante loopbaanmogelijkheden. Tegelijkertijd is het juist bij schaarste van belang om tot een optimale inzet én maatschappelijke verdeling van beschikbare capaciteit te komen waarbij alle kanten van de medaille (op micro- én macroniveau) meegenomen worden.

## Literatuurlijst

- [1] A. v. Schaaijk, L. Flinterman, E. d. Geit, J. Keuper, E. Vis en R. Batenburg, „De praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) in de huisartsenpraktijk: diversiteit en capaciteit, najaar 2021,” Nivel, Utrecht, 2022.
- [2] NZa, „Informatiekaart wachttijden ggz juli 2022,” 5 7 2022. [Online]. Available: [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_716176\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_716176_22/1/).
- [3] J. Bootsma, I. van de Glind en G. van de Ven, „Op het tweede gezicht,” Stichting FWG, Utrecht, 2023.
- [4] Nivel, „Passende zorg voor mensen met complexe psychische problematiek in de huisartspraktijk, een grote uitdaging,” 23 02 2023. [Online]. Available: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/passende-zorg-voor-mensen-met-complexe-psychische-problematiek-de-huisartspraktijk-een-grote>.
- [5] J. Boumans, H. Kroon en B. v. d. Hoek, „Ggz uit de knel,” Trimbos-instituut, Utrecht, 2023.
- [6] M. Heins, J. Bes, Y. Weesie, R. Davids, M. Winckers, L. Korteweg, E. d. Leeuw, T. Urbanus, L. v. Dijk, J. Korevaar, J. Hasselaar en K. Hek, „Zorg door de huisarts; Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2021 en trendcijfers 2017-2021,” NIVEL, Utrecht, 2022.
- [7] Volksgezondheid en zorg, „Wachttijden geestelijke gezondheidszorg,” 4 7 2023. [Online]. Available: <https://www.vzinfo.nl/wachttijden/geestelijke-gezondheidszorg>.
- [8] Algemene Rekenkamer, „Geen plek voor grote problemen,” Den Haag, 2020.
- [9] L. Flinterman, E. Vis, J. Keuper, A. v. Schaaijk en R. Batenburg, „De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2022,” Nivel, Utrecht, 2023.
- [10] L. Flinterman, E. Vis, J. Noordman en R. Batenburg, „De praktijkondersteuner en praktijkverpleegkundige (POH) in beeld. Inzicht in de omvang en samenstelling van de POH-beroepsgroep,” NIVEL, Utrecht, 2023.
- [11] Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, „Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak,” WRR, Den Haag, 2021.
- [12] NIVEL, „Passende zorg voor mensen met complexe psychische problematiek in de huisartspraktijk, een grote uitdaging,” 23 2 2023. [Online]. Available: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/passende-zorg-voor-mensen-met-complexe-psychische-problematiek-de-huisartspraktijk-een-grote>.
- [13] A. Tordoir, P. Coolen, M. v. Vlerken, M. Laurant en A. v. Vught, „De VS GGZ in de huisartsenpraktijk; ervaringen in de praktijk,” *De Eerstelijns*, 17 12 2020.
- [14] K. Voors, „Verpleegkundig Specialist in de ggz. Veelbelovende nieuwkomer,” *De EersteLijns*, juni 2019.
- [15] V&VN VS, „Factsheet Verpleegkundig Specialist (AGZ en GGZ)”.
- [16] Capaciteitsorgaan, „Capaciteitsplan 2024 tot 2027 Beroepen Geestelijke Gezondheid Deelrapport 7,” Utrecht, 2022.
- [17] M. van der Biezen, E. Derckx, M. Wensing en M. Laurant, „Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study,” *BMC Family Practice*, 2017.
- [18] M. Laurant, M. v. d. Biezen, N. Wijers, K. Watananirun, E. Kontopantelis en A. v. Vught, „Nurses as substitutes for doctors in primary care,” *Cochrane*, 18 Juli 2018.
- [19] J. Nuijen, A. Kenter, W. d. Hollander en L. Ringoir, „Wat vinden patiënten van de POH-GGZ?,” Trimbos, Utrecht, 2021.

- [20] I. Bagayogo, K. Turcios-Wiswe, K. Taku, L. Peccoraro en C. Katz, „Providing mental health services in the primary care setting; the experiences and perceptions of general practitioners at a New York city clinic,” *Psychiatr Q*, 2018.
- [21] A. Cashin, R. Green en T. Buckley, „Psychiatric and mental health core capabilities and learning outcomes developed in Nurse Practitioner programmes in Australia and the United States of America,” *ournal of Neuropsychopharmacology and Mental Health*, 2015.
- [22] H.-F. Hsieh en S. E. Shannon, „Three Approaches to Qualitative Content Analysis,” *Qualitative Health Research*, november 2005.
- [23] C. Chandler en J. Reynolds, „ACT Consortium Guidance: Qualitative Methods Protocol Template with example Tools and SOPs.,” 2013. [Online]. Available: [www.actconsortium.org/qualitativemethodsguidance](http://www.actconsortium.org/qualitativemethodsguidance).

## Over de auteurs

**Mieke van der Biezen** is sinds 2021 senior onderzoeker bij Stichting FWG. Mieke is opgeleid als verpleegkundige en cum laude afgestudeerd als gezondheidswetenschapper. In 2017 promoveerde zij op het onderwerp ‘the impact of nurse practitioners in primary care’ aan het Radboudumc. Na haar promoveren is ze verbonden geweest aan de bachelor opleiding verpleegkunde en heeft zij als zorginkoper huisartsenzorg en thuiszorg bij de zorgverzekeraar gewerkt. In haar huidige functie doet zij onderzoek naar trends en ontwikkelingen in de zorg en naar werken in de gezondheidszorg in de volle breedte.

**Irene van de Glind** werkt sinds 2018 bij Stichting FWG als senior onderzoeker. Zij is een expert in kwalitatief onderzoek. Als gezondheidswetenschapper en bestuurskundige is zij het gewend om vraagstukken vanuit verschillende disciplines te bekijken. Haar onderzoek bij het Radboudumc (2009-2018) richtte zich vooral op implementatievraagstukken in de gezondheidszorg, gerelateerd aan preventie en leefstijl. Dit resulteerde in een proefschrift in 2016. Sinds 2018 doet ze bij FWG onderzoek naar trends en ontwikkelingen in de zorg en wat deze betekenen voor het werken in de (toekomst van de) zorg. Zij publiceert en presenteert regelmatig over trends en ontwikkelingen in de zorg.

**Jael Bootsma** is opgeleid als taalwetenschapper en logopedist. Zij werkte als logopedist en klinisch linguïst in kinderrevalidatie en in de gehandicaptenzorg. In haar promotieonderzoek aan McMaster University te Hamilton, Canada, richtte zij zich op de Engelse vertaling en implementatie van een Nederlandse taalbegripstest voor niet-sprekende kinderen. Na afronding van dit onderzoek kwam zij in 2022 in dienst als senior onderzoeker bij FWG. Ze doet onderzoek naar trends en ontwikkelingen in de zorg en naar werken in de gezondheidszorg in de volle breedte. Het liefst werkt ze daarbij zoveel mogelijk samen met zorgprofessionals.

**Ans Tordoir** is verpleegkundige, verpleegkundig specialist niet-praktiserend, docent en onderzoeker bij de HAN University of Applied Sciences te Nijmegen. Als docent is zij werkzaam bij de deeltijd opleiding hbo en als onderzoeker richt zij zich op de inzet van zorgmasters in de gezondheidszorg. Daarnaast is zij nog werkzaam als verpleegkundige in de praktijk.

**Noortje van Duijnhoven** werkt sinds 2023 als senior onderzoeker binnen het lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening bij de HAN University of Applied Sciences. Als gezondheids- en bewegingswetenschapper promoveerde zij in de humane vasculaire fysiologie. Daarna heeft ze ruim een decennium in de (academische) geboortezorg gewerkt aan thema's als kwaliteit en regionale, multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking, met de focus op verbinding met het werkveld. Huidig onderzoek richt zich op ontwikkelingen in onder andere de ouderenzorg.

### **Anneke van Vught**

Anneke van Vught werkt sinds 2015 als associate lector binnen het lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening bij de HAN University of Applied Sciences en sinds 2022 als verpleegkundig decaan binnen het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis. Anneke is opgeleid als verpleegkundige, bewegingswetenschapper en epidemioloog. Zij promoveerde in 2009 in de humane biologie. Haar huidige onderzoek richt zich met name op de nieuwe zorgpraktijk en daarbinnen de inzet van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en physician assistants in een interprofessioneel team. Haar onderzoek heeft een actiegericht karakter, waarbij zij in en met de praktijkprofessionals en patiënten samenwerkt om kennis te ontwikkelen over de nieuwe zorgpraktijk onder het adagium ‘Zelf als het kan, thuis als het kan en ziekenhuis als het moet’.



# Bijlage 1. Topiclijst

## Beginvraag

Wat weet je van de functie van VS GGZ, in hoeverre is deze bij je bekend?

## Ervaring

- Ken je voorbeelden van de VS GGZ in de huisartsenpraktijk? Wat weet je ervan?
- Heb je recent gemaakt keuzes in beleid of visievorming over GGZ problematiek en functiemix (arbeidsdeling) in de huisartsenpraktijk?

## Visie

- Wat kun je bedenken dat de goede dingen / voordelen zijn aan de implementatie van deze functie in de huisartsenpraktijk? (voor wie/wat)
- Wat kun je bedenken dat niet goed / nadelen zou zijn aan de implementatie van deze functie in de huisartsenpraktijk? (voor wie/wat)
- Als je dat tegen elkaar afweegt vind je het dan een goed idee en waarom?
- Wat denk je dat jouw organisatie / achterban vindt? Nu en in de toekomst
- Welke rol speelt jouw organisatie (of kan spelen) in de inbedding/implementatie van de VS GGZ?

## Positionering

- Hoe ziet de GGZ zorg in de huisartsenpraktijk er idealiter uit? Welke zorg pas binnen de huisartsenpraktijk en welke niet? Waar is de patiënt bij gebaat, kwaliteit van zorg
- Hoe wijkt de werkelijkheid af van de ideale situatie en wat betekent dit voor de huisartsenpraktijk?
- Welke plek zou de VS GGZ moeten krijgen (en effect daarvan):
  - Naast de bestaande functionarissen in de huisartsenpraktijk (POH-GGZ, huisarts)
  - In huidig zorgveld (sociaal domein / eerstelijns / anderhalvelijns / tweedelijns)
  - Voor welke patiënten
- Waar moet een VS GGZ in de huisartsenpraktijk in jouw opinie aan voldoen (skills, opleiding, ervaring)?
- Wat vind je van aansluiting nu (driehoek onderwijs, werkveld, arbeidsmarkt) (vooropleiding, variatie, bevoegdheden/bekwaamheden)

## Dilemma's

- Wat zijn randvoorwaarden voor de inzet van de VS GGZ in de huisartsenpraktijk?
- Wat zijn grenzen aan de inzet van de VS GGZ in de huisartsenpraktijk?
- Zijn er belemmeringen om de VS GGZ in de volle breedte van de functie te laten werken?

## Afsluiting

- Is er iets wat je wil bespreken waar we het nog niet over hebben gehad?
- Wie moeten we zeker ook hierover spreken?



## Bijlage 2. Uitnodigingsmail en infographic

Geachte ,

Gezien uw expertise op het gebied van [op maat invullen] , wil ik u benaderen voor een persoonlijk interview van maximaal een uur. In deze e-mail licht ik mijn verzoek en het onderzoek graag toe.

### Het onderzoek

Samen met de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN) werken wij aan een onderzoek naar het inzetten van een Verpleegkundig Specialist GGZ (VS GGZ) in de huisartsenpraktijk. De aanleiding van deze ontwikkeling en het onderzoek is te vinden in de lange wachtlijsten die momenteel bestaan in de geestelijke gezondheidszorg. Daardoor doen patiënten met complexere GGZ-problematiek in toenemende mate een beroep op de huisartsenzorg. In een aantal huisartsenpraktijken in Nederland is een Verpleegkundig Specialist GGZ aangesteld om in deze behoefte te voorzien. Deze functie is relatief nieuw binnen de huisartsenpraktijk en implementatie roept daarmee ook vragen op.

Het onderzoek bestaat uit 2 delen. In het deel waar we u voor benaderen gaan we met brancheverenigingen, beroepsverenigingen en experts in gesprek om zicht te krijgen op de perspectieven rondom het inzetten van de VS GGZ in de huisartsenpraktijk. Daarnaast brengt de HAN in kaart wat een goede invulling en inbedding van de functie VS GGZ in de huisartsenpraktijk kenmerkt en welke factoren hierop van invloed zijn. Dit doen zij door de functie van VS GGZ werkzaam in zeven huisartsenpraktijken nauwkeurig te beschrijven en analyseren.

### Praktisch

In verband met de planning zou ik u graag interviewen vóór 1 april a.s.. Het interview duurt maximaal 1 uur, op een locatie en tijdstip van uw voorkeur. Indien gewenst, kan het interview ook digitaal plaatsvinden. Het interview vraagt een kleine voorbereiding, namelijk het lezen van een folder over het werk van de Verpleegkundig Specialist GGZ in de huisartsenpraktijk. Dit is nodig om met voldoende zicht op deze functie (bevoegdheden en expertise) samen in gesprek te kunnen gaan. Verder zend ik u indien gewenst een onderwerpenlijst toe waar wij het in het interview graag over zouden willen hebben met u.

Het is goed om te benadrukken dat alle informatie anoniem wordt verwerkt. Resultaten en uitspraken kunnen nooit herleidbaar zijn naar u als persoon of naar de organisatie waar u werkzaam bent.

Ik hoor graag of u bereid bent om mee te werken, en zie eventuele datumvoorstellen graag tegemoet.

Ik kijk uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groet,



**Meer informatie?**  
Meer weten over de VS GGZ in de huisartsenpraktijk?

Lees ook:

- > In de huisartsenpraktijk
- > Ervaringen in de praktijk

**HAN UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**

**VS**  
Verpleegkundig Specialist

**DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST GGZ IN DE HUISARTSENPRAKTIJK**

**Auteurs**  
Ans Tordoir<sup>1</sup>, Peter Coolen<sup>2</sup>, Maud van Vierken<sup>3</sup>, Jaap Kappert<sup>4</sup>, Anneke van Vught<sup>1</sup>

<sup>1</sup>) HAN University of Applied Sciences, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening  
<sup>2</sup>) Groepspraktijk Huisartsen Nederweert - <sup>3</sup>) Stichting KOH - <sup>4</sup>) VBVN VS

**DE VS GGZ STELT ZICH VOOR**

Een VS GGZ is een verpleegkundige met een afgeronde masteropleiding. De VS GGZ beschikt over expertise op het gebied van ggz. De VS GGZ is werkzaam in alle velden van de ggz als regiebehandelaar. In de huisartsenpraktijk richt de VS GGZ zich voornamelijk op diagnostiek, farmacotherapie en combineert zij psychiatrische en psychologische behandelvormen. De VS GGZ heeft aandacht voor de gevolgen van psychisch lijden op het dagelijks functioneren. Preventie, herstel, psycho-educatie, ondersteuning en coaching, stellen de patiënt in staat om regie over het eigen leven te houden of terug te krijgen. In de huisartsenpraktijk werkt de VS GGZ in grote mate zelfstandig naast de huisarts.

Lees / download ook:

**FOLDER** **FACTSHEET** **BEROEPSPROFIEL**

**WAAROM EEN VS GGZ IN DE HUISARTSENPRAKTIJK?**

De VS GGZ biedt geestelijke gezondheidszorg op expertniveau en is een sparringpartner van de huisarts.

Huisarts: "Wij zien de VS GGZ als een specialist, met name op het gebied van de psychopathologie. Wij overleggen met hem en vragen advies"

Patiënten ervaren de VS GGZ in de huisartsenpraktijk als deskundig, laagdrempelig en toegankelijk. Op die manier draagt de VS GGZ bij aan het normaliseren en destigmatiseren van ggz-problematiek.

Patiënt: "Dankzij de VS GGZ in de huisartsenpraktijk hoef je niet per se bij een ggz-organisatie terecht te komen, maar kan je met hulp van de VS gewoon blijven functioneren en dat is wel zo fijn."

De VS GGZ kan de patiënt in de huisartsenpraktijk behandeling bieden, waardoor doorverwijzing niet nodig is.

VS GGZ: "Patiënten die worden doorverwezen hebben vaak te maken met een lange wachtlijst, maar hebben in de tussentijd wel behandeling nodig. Door deze behandeling te bieden, zie ik dat de noodzaak voor doorverwijzing vaak wegvalt."

De VS vervult een brugfunctie tussen de huisartsenpraktijk en ggz-organisaties. De VS GGZ biedt in de huisartsenpraktijk wachtlijstoverbruggende behandeling. Hierdoor kan een behandeling in een ggz-organisatie sneller en meer doelgericht opgestart worden.

VS GGZ: "Ik zie vaak complexe problematiek waarbij ik ga zoeken wat we het beste aan medicatie zouden kunnen inzetten, zodat iemand al goed ingesteld richting ggz-organisatie gaat voor verdere behandeling."

**DE MOGELIJKHEDEN VAN DE VS GGZ IN DE HUISARTSENPRAKTIJK?**

- ✓ Uitvoeren psychiatrisch onderzoek en stellen van een diagnose
- ✓ Verrichten en aanvragen aanvullend onderzoek
- ✓ Opstellen, bewaken en regie voeren van het behandel- en zorgbeleid
- ✓ Indiceren, voorschrijven en monitoren van psychofarmaca
- ✓ Uitvoeren gespreksbehandelingen
- ✓ Psychosociale ondersteuning bij psychische klachten en SOLK (Somaatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten)
- ✓ Uitvoeren interventies bij psychische en psychiatrische problematiek, bijvoorbeeld psychotherapeutische interventies, CGT en EMDR
- ✓ Psycho-educatie
- ✓ Preventie, bijvoorbeeld behandeling van non adaptieve copingstrategieën ten einde de kans op psychische/psychiatrische klachten in de toekomst te verkleinen
- ✓ Verwijzen naar ggz-organisaties
- ✓ Zorgcoördinatie als er meerdere disciplines zijn betrokken bij een patiënt
- ✓ Sparringpartner van de POH GGZ en huisarts
- ✓ Geven van onderwijs, advies en begeleiding aan andere samenwerkingspartners
- ✓ Contactpersoon ggz voor ketenzorgpartners (zoals WMO, AMW, CJG en ggz-organisaties)