

# **Functie- & competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020**

Versie 1.0

4 maart 2020

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b> .....	03
<b>1 Inleiding</b> .....	04
<b>2 Uitgangspunten &amp; kernwaarden</b> .....	06
2.1 Uitgangspunten.....	06
2.2 Kernwaarden.....	06
<b>3 Functieprofiel van de POH-GGZ</b> .....	08
3.1 Inleiding.....	08
3.2 Inhoud van de werkzaamheden .....	08
3.3 Taakverdeling & samenwerking .....	10
3.4 Functieniveau .....	11
3.5 Scholing & beroepspraktijkervaring .....	11
<b>4 Competenties van de POH-GGZ</b> .....	13
4.1 Inleiding.....	13
4.2 Vakbekwaamheid.....	14
4.3 Communicatie .....	18
4.4 Samenwerking.....	19
4.5 Organisatie .....	19
4.6 Maatschappelijk handelen.....	20
4.7 Kennis ontwikkelen & delen .....	21
4.8 Professionaliteit .....	22
<b>Bijlagen</b>	
Relevante documenten. ....	24
Samenstelling Expert- & Klankbordgroep .....	25
Instroomeisen opleiding POH-GGZ .....	26
Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, GBGGZ en SGGZ.....	27
Lijst van afkortingen.....	29

## Samenvatting

Mede door de toename van het aantal mensen met psychische klachten in de eerste lijn in de afgelopen jaren is de POH-GGZ inmiddels niet meer uit de huisartsenvoorziening weg te denken. In het Landelijk Overleg POH-GGZ werd daarom besloten gezamenlijk te werken aan de uniformering van de functie POH-GGZ en te streven naar een, zoveel mogelijk, uniforme opleiding POH-GGZ. Om een en ander te realiseren werd besloten tot actualisatie van het functie- en competentieprofiel POH-GGZ; 2014. Het geactualiseerde profiel zal de komende tijd de basis vormen voor de aanvullende, functiegerichte scholing tot POH-GGZ.

Na bespreking van een aantal uitgangspunten en kernwaarden wordt in het voorliggende document, het geactualiseerde functieprofiel van de POH-GGZ gepresenteerd.

Een van deze kernwaarden is dat de POH-GGZ en patiënt gezamenlijk werken aan het behouden, versterken en herstellen van psychische *gezondheid*. Om hierbij passende zorg te kunnen leveren is het voor de POH-GGZ daarom noodzakelijk om aansluiting te zoeken bij de beleving van het individu en diens verhaal en context als vertrekpunt te nemen. Dit gebeurt in een proces van gedeelde besluitvorming samen, waarbij patiënt en naaste(n) zoveel mogelijk de regie hebben over de vervolgstappen in zorg en begeleiding.

De functie POH-GGZ betreft primair een functie ter ondersteuning en onder eindverantwoordelijkheid van de huisarts. De werkzaamheden van de POH-GGZ sluiten daarom nauw aan bij de huisartsgeneeskundige zorg voor mensen met psychische, psychosomatische en psychosociale klachten. Leidend hierbij zijn de NHG-Standaarden en andere richtlijnen voor de huisartsenzorg voor genoemde patiënten, alsmede de voor de huisartsenzorg relevante kwaliteitsstandaarden en samenwerkingsafspraken van Akwa ggz.

Na bespreking van het functieprofiel worden vervolgens ingegaan op de noodzakelijke competenties van de POH-GGZ. Per competentiegebied wordt uitgewerkt wat hieronder wordt verstaan en worden deze aan de hand van benodigde kennis, vaardigheden en kenmerkende functie-activiteiten verder van elkaar onderscheiden. Hieraan voorafgaand worden de basisattitude en de handelingsgrenzen van de POH-GGZ besproken.

Bij het formuleren van de competenties van de POH-GGZ is gebruik gemaakt van het CanMeds-model. In het functioneren van de POH-GGZ worden zeven rollen c.q. competentiegebieden onderscheiden. Hierin staat de *vakbekwaamheid* als zorgverlener centraal. De andere zes competentiegebieden (communicatie, samenwerking, organisatie, maatschappelijk handelen, kennis ontwikkelen en delen en professionaliteit) zijn hieraan ondersteunend en in samenhang noodzakelijk om vakbekwaam te kunnen handelen.

Bij het formuleren van de competentie 'vakbekwaamheid' is nauw aangesloten bij de zogeheten 'kenmerkende beroepsactiviteiten' van de huisarts. Daarmee komt de terminologie zoveel mogelijk overeen met de wijze waarop deze in een huisartsenvoorziening wordt gehanteerd en kan deze tevens bijdragen aan de inrichting van de opleiding(en) voor de POH-GGZ.

# 1 Inleiding

In december 1998 presenteerde de minister van VWS haar Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999. Hierin beschreef zij de hoofdlijnen voor de langere termijn: een samenhangend pakket van maatregelen voor het vergroten van de doelmatigheid en doeltreffendheid van de ggz-sector.

Eén van de voorgestelde maatregelen om aan de groeiende vraag naar psychische hulpverlening te kunnen voldoen, betrof het versterken van de eerste lijn. Als kerndisciplines in de eerste lijn werden de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijns-psycholoog aangewezen.

In 1999 ging het consultatieproject 'Versterking eerstelijns-GGZ' van start, waarbij de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), gedetacheerd vanuit de tweede lijn, in de huisartsenvoorziening werd ingezet voor de behandeling van patiënten met psychische of psychiatrische problematiek.

Dit project werd verlengd en leidde er uiteindelijk toe dat er steeds meer SPV-en binnen de huisartsenvoorziening werkten. De functie POH-GGZ, die hieruit voortvloeide en op basis van de Zorgverzekeringswet in 2008 startte, werd aanvankelijk gezien als een functie die ingevuld kon worden door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, de WO-basispsycholoog en de algemeen maatschappelijk werker. Door de snelgroeiende vraag naar POH's-GGZ bleef de toename van functionarissen niet alleen beperkt tot professionals met bovengenoemd profiel. Vanuit verschillende beroepsgroepen werd diverse deskundigheid ingezet. Ook de scholingsmogelijkheden, die qua inhoud en tijdsduur nogal varieerden, brachten een verscheidenheid aan POH's-GGZ met uiteenlopende profielen met zich mee.

Enerzijds leidde dit tot een kleurrijke functie-invulling met zeer veel elkaar aanvullende praktijkervaring. Anderzijds nam de diversiteit in de functie-uitoefening dusdanig toe, dat er momenteel een vertroebeling met betrekking tot de inzet van deze functionaris in de huisartsenvoorziening is ontstaan.

## Uniformering

Mede door de toename van het aantal mensen met psychische klachten in de huisartsenvoorziening in de afgelopen jaren is de POH-GGZ inmiddels niet meer weg te denken uit de huisartsenvoorziening.

In het Landelijk Overleg POH-GGZ (deelnemende partijen: BPSW, InEen, LHV, LV POH-GGZ, MIND, NHG, NIP, NVvPO, PsyHAG, Rino's, Samenwerkende Hogescholen en V&VN) is daarom besloten gezamenlijk te werken aan de uniformering van de functie POH-GGZ en te streven naar een, zoveel mogelijk, uniforme opleiding POH-GGZ.

De genoemde partijen willen meer eenheid en eenduidigheid in de uitvoering van de functie POH-GGZ in de huisartsenvoorziening bereiken, afgestemd op het taakgebied van de huisartsenzorg. Er moet duidelijkheid ontstaan over de zorg die geboden wordt door de POH-GGZ voor patiënten, voor POH's-GGZ zelf, voor huisartsen, zorgverzekeraars, gemeenten en andere stakeholders binnen de echelonnering van de zorg.

Daarom is besloten tot actualisatie van het functie- en competentieprofiel van de POH-GGZ 2014 met als voornaamste doel eenduidigheid in de functie aan te brengen. Daarnaast wordt in een separaat deelproject gewerkt aan de beschrijving van de eisen, inhoud en toelatingscriteria waaraan in de toekomst een onafhankelijk kwaliteitsregister POH-GGZ moet voldoen.

## Functie of beroep

POH-GGZ is geen beroep maar een functie. Anders dan een beroep, verwijst een functie naar de uitoefening van een set bij elkaar behorende taken. Functies worden door een werkring vastgelegd en worden soms door verschillende beroepsbeoefenaren vervuld.

De partijen die aan dit functie- en competentieprofiel hebben gewerkt, hebben met elkaar gesproken over nut- en noodzaak om de functie POH-GGZ de komende jaren verder te ontwikkelen naar een beroep conform artikel 34 van de Wet big. Partijen zijn van mening dat de voor- en nadelen hiervan, alsmede de haalbaarheid en wenselijkheid eerst nader onderzocht zouden moeten worden voordat hierover nadere uitspraken gedaan kunnen worden.

### *Afbakening functie*

De functie POH-GGZ betreft primair een functie ter ondersteuning en onder eindverantwoordelijkheid van de huisarts. De werkzaamheden van de POH-GGZ sluiten daarom nauw aan bij de huisarts-geneeskundige zorg voor mensen met psychische, psychosomatische en psychosociale klachten. Leidend hierbij zijn de NHG-Standaarden en andere richtlijnen voor de huisartsenzorg voor genoemde patiënten, alsmede de voor de huisartsenzorg relevante kwaliteitsstandaarden en samenwerkingsafspraken van Akwa ggz.

### *Totstandkoming*

Het geactualiseerde functie- en competentieprofiel POH-GGZ 2020 is ontwikkeld door een expertgroep van een twaalfstal organisaties. Hierin namen deel vertegenwoordigers van de BPSW, InEen, de LHV, de LVPOH GGZ, MIND, het NHG, het NIP, de NVvPO, PsyHAG, de Samenwerkende Hoge scholen, de Rino's en de V&VN.<sup>1</sup>

Het profiel is vervolgens voorgelegd aan een klankbordgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de LVVP, het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland.

Hierna is het concept van het functie- en competentieprofiel aangeboden aan de besturen van de BPSW, InEen, de LHV, de LVPOH GGZ, MIND, het NHG, het NIP, de NVvPO en PsyHAG. Zij hebben het document begin maart 2020 geautoriseerd.

### *Leeswijzer*

Na deze inleiding wordt in hoofdstuk 2 ingegaan op de uitgangspunten en kernwaarden voor de functie POH-GGZ. In hoofdstuk 3 wordt vervolgens het functieprofiel beschreven en in hoofdstuk 4 worden de noodzakelijk geachte competenties van de POH-GGZ behandeld. In de bijlagen is tenslotte enige achtergrondinformatie toegevoegd.

In het voorliggende document worden de POH-GGZ, de patiënt en de huisarts aangeduid als 'zij' maar hiervoor kan ook 'hij' gelezen worden.

---

<sup>1</sup> Voor een overzicht van de deelnemende partijen en hun vertegenwoordigers wordt verwezen naar bijlage 2.

## 2 Uitgangspunten & kernwaarden

### 2.1 Uitgangspunten

Bij het functie- en competentieprofiel POH-GGZ zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Het betreft een functie, met een eigen professionele verantwoordelijkheid, binnen de huisartsenvoorziening op HBO werk- en denkniveau onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts;
- De functie heeft een generalistisch karakter, dat wil zeggen begeleiding en kortdurende behandeling van kinderen, (jong) volwassenen en ouderen (0 tot 100 jaar);
- De functie is gericht op patiënten met psychische, psychosomatische en psychosociale problematiek. Het gaat primair om het nader analyseren en uitdiepen van hulpvraag en klachten, begeleiding en kortdurende behandeling. Zo nodig vindt er verwijzing plaats. Bij alle activiteiten wordt het individu, haar verhaal en context als vertrekpunt genomen en is sprake van een proces van gedeelde besluitvorming;
- De functie vereist een protocol-overstijgend denken en handelen nauw aansluitend bij het huisartsgeneeskundig gedachtengoed;
- Leidend hierbij zijn de NHG-Standaarden en andere richtlijnen voor de huisartsenzorg voor genoemde patiënten, alsmede de voor de huisartsenzorg relevante kwaliteitsstandaarden en samenwerkingsafspraken van Akwa ggz;
- De functie heeft een, voor patiënten en naasten en voor andere zorgverleners, herkenbaar profiel.

### 2.2 Kernwaarden

#### *Patiënten- en naastenperspectief*

In het visiedocument '*Focus op gezondheid*' geven patiënten- en naastenorganisaties in de ggz aan wat zij verstaan onder goede zorg.<sup>2</sup> Het uitgangspunt daarbij is dat zorgprofessional en patiënt gezamenlijk werken aan het behouden, versterken en herstellen van *gezondheid*. Ook de POH-GGZ wordt geacht vanuit dit uitgangspunt te werken.

Gezondheid gaat over veerkracht en vitaliteit en niet slechts de afwezigheid van ziekten of gebreken. Herstel van gezondheid leidt tot meer zelfredzaamheid en minder afhankelijkheid. Het uiteindelijke doel is het herpakken van sociale rollen en het leiden van een waardevol bestaan.

Er bestaat soms wel een verschil in perspectief tussen het individu en de zorgprofessional; het individu beleeft een verhaal van mentale disbalans en de zorgprofessional handelt meestal vanuit klachten en symptomen behorend bij een bepaald ziektebeeld (subjectieve beleving van *illness* versus objectieve labeling van *disease*).

Om passende zorg te kunnen leveren, is het noodzakelijk om aansluiting te zoeken bij de beleving van het individu en diens verhaal en context als vertrekpunt te nemen. Dit gebeurt in het proces van gedeelde besluitvorming samen, waarbij patiënt en naaste(n) zoveel mogelijk de regie hebben over de vervolgstappen in zorg en begeleiding. Kortom, zorg op basis van de menselijke maat met als motto: *Zie de mens, niet het etiket*.

---

<sup>2</sup> Focus op gezondheid, visiedocument goede kwaliteit van zorg; MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid.

## Huisartsenzorg

De POH-GGZ is werkzaam binnen de huisartsenvoorziening onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts. Het handelen van de huisarts is gefundeerd op kernwaarden.

In 2019 zijn deze kernwaarden (persoonsgericht, generalistisch en continu) herijkt. Deze bleken nog steeds van kracht, maar wel met een duidelijke aanscherping en update naar de uitdagingen van deze tijd. Binnen de kernwaarde '*persoonsgericht*' is de hele mens binnen zijn context centraal komen te staan. De term '*generalistisch*' is aangescherpt tot '*medisch-generalistisch*'.

De huisarts is de medisch-generalistisch expert, gericht op lichamelijke en psychische klachten en passende medische zorg. Huisartsen vormen een constante factor in de medische zorg voor patiënten en naasten, waarbij verduidelijkt is dat huisartsenzorg (maar niet per definitie de huisarts zelf) *continu* beschikbaar is voor klachten die snel een medische beoordeling vereisen.

De nieuwe kernwaarde '*gezamenlijk*' is toegevoegd. Deze is fundamenteel voor de uitvoering van de andere drie kernwaarden. De huisarts is een teamspeler, zoekt de gezamenlijke aanpak, met de patiënt, met anderen binnen de huisartsenzorg, met andere zorgverleners en daarbuiten.<sup>3</sup>

De kernwaarden van de huisartsenzorg gelden naast de huisarts óók voor het ondersteunende team. Van de POH-GGZ wordt verwacht dat ook zij generalistisch werkt en dus meerdere patiëntengroepen met gedifferentieerde zorgvragen op psychisch, psychosomatisch en psychosociaal gebied kan ondersteunen en begeleiden of kortdurend kan behandelen. Door het begeleiden van patiënten en naasten bij verschillende klachten, in verschillende levensfasen en bij voortschrijdende complexer wordende problematiek wordt continuïteit en persoonsgerichte zorg geboden, waarbij (het opbouwen van) een vertrouwensrelatie een voorwaarde is. Daarbij is samenwerking met de huisarts, andere praktijkmedewerkers en hulpverleners buiten de praktijk essentieel om goede zorg te kunnen leveren.

---

<sup>3</sup> <https://toekomsthuisartsenzorg.nl/>

## 3 Functieprofiel van de POH-GGZ

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens ingegaan op de inhoud van de werkzaamheden van de POH-GGZ, op de taakverdeling en de samenwerking, op het functieniveau en op de noodzakelijk geachte scholing en beroepspraktijkervaring.

### 3.2 Inhoud van de werkzaamheden

De werkzaamheden van de POH-GGZ passen binnen de huisartsgeneeskundige zorg van de desbetreffende huisartsenvoorziening waar het de zorg voor mensen met psychische, psychosomatische en psychosociale klachten betreft.<sup>4 5</sup> Hieronder worden in ieder geval de volgende patiëntgebonden zorgactiviteiten begrepen:

- **Probleemverheldering**

Probleemverheldering betreft het nader analyseren en uitdiepen van hulpvraag en klachten. De POH-GGZ krijgt in een of meerdere gesprekken overzicht over de problematiek gezien vanuit het perspectief van de patiënt, haar context, behoefte, motivatie en mogelijkheden. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van een gestructureerde interviewmethode.<sup>6</sup>

- **Signalering**

De POH-GGZ weet binnen de context van de patiënt te beoordelen wat 'gewoon' en 'niet-gewoon' is. Zij herkent mogelijke vormen van psychopathologie, (somatische) comorbiditeit en is in staat gevaar, een onveilige thuissituatie (o.a. kindcheck) en problematische armoede in te schatten.

- **Opstellen en bespreken van vervolgstappen**

Naar aanleiding van de probleemverheldering bespreekt de POH-GGZ de mogelijkheden voor begeleiding voor deze klachten binnen of buiten de huisartsenvoorziening met de patiënt en overlegt waar nodig met de huisarts. In een proces van gedeelde besluitvorming wordt er vervolgens een individueel zorgplan (incl. persoonlijke behandeldoelen en -afspraken) opgesteld.

- **Geven van voorlichting en psycho-educatie**

Psycho-educatie bestaat uit het geven van voorlichting en het verstrekken van informatie aan de patiënt en haar naasten over haar klachten en/of aandoening, de mogelijke oorzaken daarvan (context), de prognose en de manier waarop daarmee om kan worden gegaan. Daarbij horen ook dagstructurering, activiteitenplanning, leefstijladviezen, beweegadviezen, zelfzorg.

- **Begeleide zelfhulp, ondersteuning zelfmanagement**

Begeleide zelfhulp is een combinatie van gesprekken met de POH-GGZ en daarnaast een online zelfhulp methode (e-mental health) of zelfhulpboek voor thuis met verdere uitleg en oefeningen. De POH-GGZ spreekt de zelfredzaamheid en veerkracht van de patiënt aan en laat de regie voor

---

<sup>4</sup> Het huisartsgeneeskundige aanbod staat beschreven in het Aanbod huisartsgeneeskundige zorg, LHV, Utrecht 2015.

<https://www.lhv.nl/service/aanbod-huisartsgeneeskundige-zorg> en de NHG-Standaarden.

<sup>5</sup> In bijlage 4 is een samenvatting opgenomen van de Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, GBGGZ en SGGZ. Deze bieden eveneens inzicht welke zorg binnen de huisartsenvoorziening geleverd kan worden.

<sup>6</sup> Bijvoorbeeld: Bathe, KOP, SCEGS, status mentalis en/of vragenlijsten (4DKL).



de behandeling waar mogelijk bij de patiënt zelf. Daarbij wordt aangesloten bij het in de regio beschikbare aanbod voor patiënten en naasten.

- **Interventies gericht op verbetering in functioneren van de patiënt met psychische klachten**

De POH-GGZ zet kortdurende generieke (diagnose-overstijgende) interventies in bij de patiënt met psychische klachten en/of aandoeningen. Daarbij sluit de POH-GGZ aan bij de context van de desbetreffende patiënt. Normaliseren, inventariseren, structureren en inzetten van kortdurende interventies behoren tot de functie van de POH-GGZ.

- **Geïndiceerde preventie**

Interventies van geïndiceerde preventie hebben tot doel het ontstaan van een psychische ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen.

- **Zorggerelateerde preventie**

Interventies van zorggerelateerde preventie richten zich op de patiënt met een (chronische) psychische ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen en haar naasten. Deze preventie heeft tot doel het individu te begeleiden en ondersteunen bij zelfredzaamheid en ziektelastreductie en verergering op tijd te signaleren c.q. te voorkomen. Dit kan ook betrekking hebben op somatische (co-)morbiditeit.

- **Terugvalpreventie en nazorg**

Terugvalpreventie en nazorg betreft een of enkele handelingen/gesprekken met een patiënt die samenhangt met een behandeling die zij heeft ondergaan voor een psychische ziekte bij de GBGGZ of SGGZ, gericht op het door de patiënt zelf voorkomen en/of vroeg signaleren van de terugkeer van klachten. Een en ander vindt plaats op basis van een goede overdracht en advies van de GBGGZ of SGGZ.

#### Indirect- en niet-patiëntgebonden activiteiten

Naast de genoemde direct patiëntgebonden zorgactiviteiten behoren ook indirect patiëntgebonden activiteiten en niet-patiëntgebonden activiteiten tot de inhoud van de werkzaamheden van de POH-GGZ. Bij indirect patiëntgebonden activiteiten kan men bijvoorbeeld denken aan overleg tussen huisarts en POH-GGZ, het consulteren van de POH-GGZ door de huisarts, overleg met en warme overdracht aan vervolghandelaar en/of overleg met het sociale domein.

Bij niet-patiëntgebonden activiteiten kan men denken aan activiteiten die nodig zijn voor het onderhouden van het eigen netwerk, bij- en nascholing, intervisie en activiteiten die bijdragen aan kwaliteitstrajecten in de huisartsenvoorziening.

#### Begeleiding patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening in de stabiele fase

In de huisartsenvoorziening worden in toenemende mate patiënten met ernstige(r) psychische problematiek gezien. De medische-generalistische basis-huisartsenzorg is voor hen beschikbaar. De begeleiding van de patiënt met psychische problematiek, die na een behandeling door een specialist goed is ingesteld en stabiel is, kan in de huisartsenvoorziening uitgevoerd worden. Voorwaarde is dat de huisarts en patiënt hiermee akkoord gaan, de huisartsenvoorziening zich hiertoe bekwaam acht, een overdracht met (controle)instructie van de behandelend psychiater ontvangt en de mogelijkheid heeft om zo nodig direct laagdrempelig te overleggen en terug te verwijzen. Daarnaast moet er een door de SGGZ opgesteld crisis- en signaleringsplan aanwezig zijn en moet het medicatiebeleid duidelijk zijn.<sup>7</sup> De begeleiding is in principe vraaggestuurd (reactief) en bestaat uit vragen naar algemeen welbevinden, medicatiecontrole, mate van ernst van psychiatrische symptomen, algeheel functioneren binnen de context, sociale steun, kindcheck en signaleren terugval.

---

<sup>7</sup> [https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/nhg-standpunt\\_herhalen\\_gespecialiseerde\\_ggz-medicatie.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/nhg-standpunt_herhalen_gespecialiseerde_ggz-medicatie.pdf)

### 3.3 Taakverdeling & samenwerking

De POH-GGZ maakt deel uit van de huisartsenzorg. Zij werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts. Huisarts, POH-GGZ en de andere in de praktijk werkzame professionals waarborgen de integrale zorg voor patiënten en naasten van alle leeftijden (0 tot 100 jaar).

Afhankelijk van de populatiekenmerken van de bij de huisartsenzorg ingeschreven patiënten kan een POH-GGZ over aanvullende deskundigheden beschikken, bijvoorbeeld op het gebied van ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA), jeugd- of ouderenzorg, migranten, etc. Deze worden niet apart in dit functie- en competentieprofiel benoemd. Het desbetreffende aanbod is afgestemd met de huisarts en op haar deskundigheid en dient aan te sluiten bij de patiëntenpopulatie en de regionale situatie.

De patiënt en haar naasten zien de POH-GGZ als een deel van de huisartsenzorg, dat onafhankelijk opereert van een ggz-aanbieder en niet als een verwijzing naar een andere zorgverlener. Hierbij is de POH-GGZ zich bewust van haar eigen competenties, gebruikt de kennis en vaardigheden uit de POH-GGZ-opleiding en de kennis van de sociale kaart om tijdig gericht te kunnen verwijzen naar zorg in de ggz of ondersteuning vanuit het sociale domein en (herstel)initiatieven van patiënten- en naastenorganisaties.<sup>8</sup>

De POH-GGZ gaat uit van het versterken van de kracht van de patiënt (zelfredzaamheid), betreft de context en werkt samen met de patiënt aan het behouden, versterken en herstellen van gezondheid.<sup>9</sup> Daarbij is aandacht voor naasten, eventuele mantelzorgers, gezinssituatie, de wijk waarin zij woont en het werk dat zij doet, etc. Bij het opstellen van het individueel zorgplan staat gedeelde besluitvorming voorop, zodat de geboden zorg en begeleiding past bij de doelen, wensen en voorkeuren van de patiënt en de draagkracht van de naasten.

De POH-GGZ ondersteunt de huisarts conform de landelijk afgesproken taken. Door positionering binnen de huisartsenzorg en aandacht voor problemen op meerdere gebieden is integrale, vraaggerichte zorg voor mensen met psychische problemen mogelijk. Patiënten en naasten kunnen altijd laagdrempelig bij de POH-GGZ terecht.

De huisarts is eindverantwoordelijk voor de huisartsgeneeskundige zorg die in haar praktijk gegeven wordt. Zij dient zelf de competenties te bezitten op het vlak van de zorg voor mensen met psychische problemen die behoren tot het vak van huisarts. De POH-GGZ beschikt daarnaast over een eigen professionele verantwoordelijkheid.<sup>10</sup>

De POH-GGZ in de huisartsenzorg maakt deel uit van een breder netwerk van psychosociale hulpverlening. De POH-GGZ of huisarts kan advies vragen van een kaderhuisarts GGZ of een specialist binnen de GBGGZ of de SGGZ. Het doel van dit intercollegiale overleg is het ondersteunen van de huisarts of POH-GGZ bij de zorg aan de patiënt met psychische klachten. De patiënt kan binnen de huisartsenzorg verder begeleid worden of gericht worden doorverwezen waarmee wordt voorkomen dat een patiënt op de verkeerde wachtlijst wordt geplaatst. Daarnaast kan er snel antwoord gegeven worden over een medicatievraag of worden meegedacht hoe de behandeling verder voort te zetten.

---

<sup>8</sup> Kwaliteitskader huisartsenzorg LPPGz (MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid), december 2016.

<sup>9</sup> Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022. NHG/LHV 2012.

<sup>10</sup> Zie ook § 3.4 en 4.1.

Op organisatorisch vlak zijn voor een optimale uitoefening van de functie korte lijnen tussen de POH-GGZ en de huisarts essentieel. Er vindt tussen hen daarom structureel (bij voorkeur wekelijks) overleg plaats. Deze samenwerking dient, ook ruimtelijk, geborgd en afgestemd zijn. Er is ook voldoende tijd voor structureel overleg met de overige praktijkmedewerkers en andere zorgverleners en hulpverleners buiten de huisartsenvoorziening (bijvoorbeeld GBGGZ en SGGZ, sociaal domein).

### 3.4 Functieniveau

POH-GGZ is geen beroep maar een functie. Deze vereist een dermate specifieke expertise dat deze vooralsnog niet te verenigen is met één bestaand beroepsprofiel op HBO-niveau. Daarom is een functiegerichte extra scholing noodzakelijk.

De POH-GGZ functioneert op minimaal HBO opleidings- en ervaringsniveau, dat wil zeggen:

- Zij functioneert binnen de gedelegeerde taken met grote mate van zelfstandigheid en is in staat om binnen het eigen vakgebied gecompliceerde vraagstukken en situaties op te lossen. Zij houdt hierbij rekening met de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.
- Zij is in staat om zelfstandig ontwikkelingen op het eigen werkterrein bij te houden, hierover met anderen te communiceren en deze ontwikkelingen waar zinvol en verantwoord te implementeren in de eigen werkzaamheden.
- Zij heeft als professional een eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van haar handelen en is in staat deze op basis van reflectie systematisch te verbeteren. De huisarts blijft eindverantwoordelijk.

### 3.5 Scholing & beroepspraktijkervaring

#### Scholing

Op dit moment duurt de POH-GGZ scholing één onderwijsjaar en dient deze te onderwijzen in alle competenties zoals hierna beschreven in hoofdstuk 4. De duur van de scholing bedraagt, gebaseerd op ervaring binnen HBO-onderwijsinstellingen, momenteel (minimaal) 20 lesdagen.

Hoe een aanvullend scholingsprogramma voor een POH-GGZ er de komende jaren uit moet komen zien ligt primair bij de opleidingsinstellingen. Na vaststelling van het geactualiseerde functie- en competentieprofiel zullen de betrokken organisaties en de opleidingsinstellingen echter nauw samenwerken om de inhoud van het programma vorm te geven en de noodzakelijk geachte uniformering te realiseren.

Vanwege de achtergronden van de verschillende instromers, ligt het voor de hand de opleiding modulair op te bouwen. Daarnaast is het wenselijk dat in de opleiding ook voldoende inzet van ervaringsdeskundigen plaats heeft en is bijvoorbeeld ook de inzet van kaderhuisartsen ggz van essentieel belang.

#### Beroepspraktijkervaring

Het is gewenst dat een POH-GGZ-in opleiding de nodige werkervaring opdoet. Voor een deel vindt dit plaats doordat er ook al binnen de scholing aandacht is voor het werken in de praktijk. Momenteel dient een POH-GGZ in opleiding minimaal 360 uur per jaar (gemiddeld 8 uur per week) als POH-GGZ in een huisartsenvoorziening werkzaam te zijn. Na de opleiding zal de startende POH-GGZ nog de nodige werkervaring moeten opdoen. Een huisartsenvoorziening kan via een aanstelling in deze

werkervaring voorzien, mits voldoende begeleiding en supervisie aanwezig is. Dit zal dan moeten worden aangetoond.<sup>11</sup>

Op basis van al eerder verworven competenties, bestaande uit werkervaring in de huisartsenzorg en reeds eerder gevolgde scholingen op gebied van POH-GGZ huisartsenzorg, kan een kortere opleidingstijd worden afgesproken (zgn. EVC-traject).

### Instroomeisen

In dit document wordt niet nader ingegaan op de instroomeisen voor de POH-GGZ-scholing.<sup>12</sup> Welke opleidingen toegang geven tot de functiegerichte scholing POH-GGZ zal bepaald worden door meest betrokken organisaties en opgenomen worden in de eisen die aan een onafhankelijk kwaliteitsregister gesteld worden. Hiermee kunnen de opleidingsinstituten vervolgens rekening houden.

De instroomeisen zijn in ieder geval tweeledig:

- Relevante vooropleiding op minimaal HBO-niveau;
- Relevante werkervaring binnen de (brede) ggz.

---

<sup>11</sup> De definitieve omvang van de noodzakelijke beroepspraktijkervaring zal opgenomen worden in de eisen die aan een onafhankelijk kwaliteitsregister gesteld zullen worden.

<sup>12</sup> Tot het moment dat het onafhankelijk kwaliteitsregister formeel is ingericht, worden de instroomeisen opgenomen in een bijlage bij het voorliggende functie- & competentieprofiel. Zie bijlage 3.

## 4 Competenties van de POH-GGZ

In dit hoofdstuk wordt beschreven waaraan een POH-GGZ moet voldoen om vakbekwaam te zijn. Per competentiegebied wordt uitgewerkt wat hieronder wordt verstaan en worden deze aan de hand van benodigde kennis, vaardigheden en kenmerkende functie-activiteiten verder van elkaar onderscheiden. Hieraan voorafgaand komen de basisattitude en de handelingsgrenzen van de POH-GGZ aan de orde.

### 4.1 Inleiding

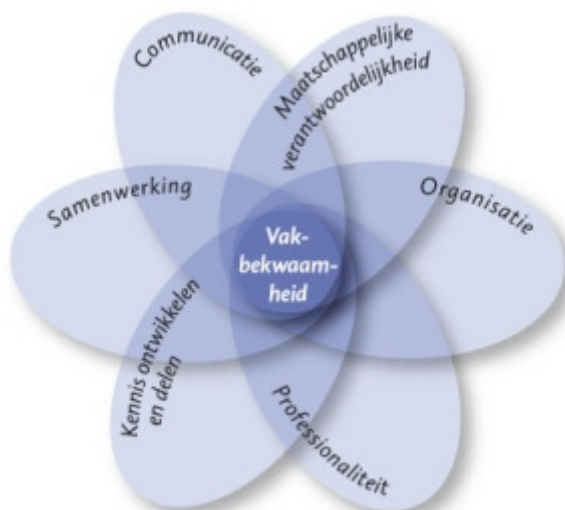
#### *Competentiegebieden*

Bij het formuleren van de competenties van de POH-GGZ is gebruik gemaakt van het CanMeds-model (zie ook figuur 1). Het CanMeds-model is een methodiek om opleiding en bij- en nascholing voor zorgverleners te kwalificeren in rollen op basis waarvan weer competenties te formuleren zijn. Met een competentie wordt bedoeld op een gedragsrepertoire waaruit blijkt dat een zorgverlener beschikt over voldoende kennis en vaardigheden om in de praktijk goed te kunnen functioneren. Met het beschrijven van deze competenties kan ook het beroeps- c.q. functie-inhoudelijk handelen inzichtelijk worden gemaakt en getoetst.

In de navolgende paragrafen wordt onderscheid gemaakt in het functioneren van de POH-GGZ volgens zeven rollen c.q. competentiegebieden. Hierin staat de *vakbekwaamheid* als zorgverlener centraal. De andere zes competentiegebieden zijn hieraan ondersteunend en in samenhang noodzakelijk om vakbekwaam te kunnen handelen. Zie ook hoofdstuk 3 'Functieprofiel van de POH-GGZ'.

Bij het formuleren van de competentie 'vakbekwaamheid' is nauw aangesloten bij de zogeheten 'kenmerkende beroepsactiviteiten' van de huisarts. Daarmee komt de terminologie zo veel mogelijk overeen met de wijze waarop deze in een huisartsenvoorziening wordt gehanteerd en kan deze tevens bijdragen aan de inrichting van de opleiding(en) voor de POH-GGZ.

*Figuur 1*



### *Basisattitude*

De houding van de POH-GGZ moet voldoen aan de basisattitude welke kenmerkend is voor elke professional, onafhankelijk van de setting waarin deze werkt. Dit betekent dat de POH-GGZ:

- met respect en toewijding optreedt tegenover de patiënt, ongeacht sociale en economische status, opleiding, cultuur, ras, sekse, levensovertuiging, aard en duur van de ziekte of handicap;
- rekening houdt met de waarden en normen, de wensen en gewoonten en de behoefte aan privacy van de patiënt;
- rekening houdt met het maatschappelijk en systemisch perspectief waarbinnen de patiënt functioneert;
- op basis van wederzijds vertrouwen een functionele samenwerkingsrelatie aangaat met patiënt en naasten, deze onderhoudt en beëindigt;
- zich bewust is dat in een zorgsituatie sprake is van ongelijkheid doordat de patiënt min of meer afhankelijk is van de zorg van de POH-GGZ;
- volledig verantwoordelijk is voor eigen handelen met in achtneming van de wetgeving.

Het is van belang dat de POH-GGZ naast de relatie met de patiënt en haar naasten ook aan de relatie met zichzelf werkt. De POH-GGZ weet sturing te geven aan en regie te voeren over het eigen, professioneel handelen en is goed in staat op zichzelf te reflecteren.

Van een professional wordt verder verwacht dat zij van de vaak afhankelijke positie van de patiënt geen misbruik maakt en professioneel omgaat met het spanningsveld tussen de eigen deskundigheid versus de deskundigheid van de patiënt.

De POH-GGZ is op dit moment een functionaris (en geen beroep) en valt als zodanig niet onder de beroepen van de Wet big maar dient zich als zorgverlener op het gebied van individuele gezondheidszorg, wel aan de wet te houden. Dit geldt ook voor de Wgbo en de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg. Daarnaast beschikt de POH-GGZ over een eigen professionele verantwoordelijkheid. Zie ook paragraaf 3.4.

### *Handelingsgrenzen*

De functie POH-GGZ is een functie binnen de huisartsenzorg c.q. huisartsgeneeskunde. De POH-GGZ is daarom in staat de huisarts te ondersteunen bij de zorgverlening aan mensen met psychische, psychosomatische en psychosociale problematiek, zoals deze worden omschreven in NHG-Standaarden, relevante kwaliteitsstandaarden Akwa ggz en samenwerkingsafspraken (zoals LESA's). Een en ander betekent dat de POH-GGZ zich ook bewust is van haar handelingsgrenzen. Mogelijk heeft zij competenties om vanuit opleiding en/of ervaring in andere functies bepaalde vormen van begeleiding of behandeling uit te voeren die niet primair tot de huisartsgeneeskunde behoren. Hoewel er hierop altijd uitzonderingen mogelijk kunnen zijn, dient de POH-GGZ de grenzen van de huisartsgeneeskunde te respecteren.

In principe is het uitgangspunt dat de patiënt na een beperkt aantal gesprekken met de POH-GGZ weer zelfredzaam is. In geval van stagnatie worden de klachten, symptomen en het individueel zorgplan heroverwogen en vindt zo nodig verwijzing plaats.<sup>13</sup> Ook de begeleiding van stabiele, chronisch-psychiatrische patiënten zal vanwege het karakter van de zorg in de huisartsenzorg in principe gelimiteerd van aard moeten zijn.

---

<sup>13</sup> Zie ook bijlage 4.

## 4.2 Vakbekwaamheid

### Beschrijving

In het onderdeel 'vakbekwaamheid' komen alle competenties van het CanMeds-model samen. Het vormt de kern van de functie van de POH-GGZ. Daarbij is het belangrijk nogmaals te benadrukken dat de POH-GGZ in principe klachtgericht en niet diagnosegericht werkt. Daarbij wordt het individu, haar verhaal en context als vertrekpunt genomen en is steeds sprake van gedeelde besluitvorming.

### Kennis

De POH-GGZ heeft kennis van:

- de voor de POH-GGZ relevante NHG-Standaarden en richtlijnen, multidisciplinaire richtlijnen, kwaliteitsstandaarden Akwa ggz, samenwerkingsafspraken op het gebied van psychische, psychosomatische en psychosociale klachten in de huisartsenvoorziening zoals te vinden op [www.nhg.org](http://www.nhg.org), [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) en het dataportaal van [akwaggz.nl](http://akwaggz.nl);
- generieke interventies voor anamnese en klachtenexploratie. Zij houdt daarbij rekening met bestaande (somatische) comorbiditeiten;
- de principes van positieve gezondheid en het bio-psychosociaal model ten behoeve van analyse en opstellen individueel zorgplan op verschillende levensdomeinen;
- de meldcode huiselijk geweld, kindcheck en de signalen van problematische armoede;
- de principes van gedeelde besluitvorming;
- de principes van zelfmanagement en coping-stijlen;
- generieke interventies voor behandel- en begeleidingsmethodes in de huisartsenvoorziening,<sup>14</sup>
- het concept-ervaringsdeskundigheid;
- het samenwerken met en ondersteunen van naasten, alsmede de veelvoorkomende vragen en aandachtspunten van mantelzorgers;
- het bestaan van patiënten- en naastenorganisaties en hun aanbod;
- stigma's bij psychische en verslavingsproblemen (publiek stigma, zelfstigma, etc.).

### Kenmerkende functie-activiteiten

De POH-GGZ heeft de vaardigheid om:

- *Algemeen*
  - de voor de POH-GGZ relevante NHG-Standaarden en richtlijnen, multidisciplinaire richtlijnen, kwaliteitsstandaarden Akwa ggz, samenwerkingsafspraken op het gebied van psychische, psychosomatische en psychosociale klachten in de huisartsenvoorziening toe te passen;
  - samen met de patiënt de benodigde zorg c.q. interventie(s) vast te stellen, die het handhaven of (opnieuw) verwerven van eigen regie en de algehele gezondheid bevorderen (incl. herstelbevordering) van de patiënt en haar naasten;
  - de meldcode huiselijk geweld en de kindcheck toe te passen en signalen van problematische armoede te herkennen, bespreekbaar te maken en de patiënt zo nodig adequaat te verwijzen;
  - in een proces van gedeelde besluitvorming rekening houdend met de context van de patiënt een individueel zorgplan (incl. persoonlijke behandeldoelen en -afspraken) op te stellen. Zij kan

---

<sup>14</sup> Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan: psycho-educatie, begeleide zelfhulp, dagstructurering, motivational interviewing, problem solving treatment, oplossingsgerichte therapie, gedragstherapeutische technieken, zoals een G-schema, ontspanningsoefeningen, mindfulness-oefeningen, ACT, piekeropdrachten, schrijfopdrachten, KOP-methode, taken-fasen-model, rouw- en verliesbegeleiding. Sommige interventies kunnen in de vorm van e-health plaats vinden.

- hierbij een keuze maken uit verschillende gespreks- en behandeltechnieken. Een en ander wordt zo nodig afgestemd of overlegd met de huisarts;
- bij de begeleiding van de patiënt ook haar naasten te betrekken;
  - de patiënt te adviseren en te begeleiden bij e-(mental) health programma's, zorg op afstand en het aanbod van patiënten- en naastenorganisaties;
  - haar handelingsgrenzen binnen de huisartsgeneeskundige zorg te bewaken, onder andere door indien noodzakelijk tijdig en gepast te verwijzen.<sup>15</sup>
- *Spanningsklachten, overspanning of burn-out*
    - spanningsklachten in een vroeg stadium (bijv. aan de hand van een klachtenexploratiemodel als SCEGS -somatisch, cognitief, emotioneel, gedragsmatig, sociaal) te herkennen en te bespreken;
    - de patiënt te informeren en te begeleiden bij het omgaan met overspanning en burn-out en de patiënt te helpen bij het actief zelf oplossen van problemen;
    - klachten te monitoren en zo nodig in overleg met de huisarts intensievere vormen van zorg in te zetten;
    - zo nodig beleid af te stemmen met de bedrijfsarts.
  - *Angst- en somberheidsklachten en stoornissen*
    - onderscheid te maken tussen angstklachten en angststoornissen;
    - onderscheid te maken tussen somberheidsklachten en een depressieve stoornis;
    - klachten van de patiënt te bespreken eventueel met behulp van een instrument als de 4 DKL;
    - een paniekaanval uit te leggen;
    - de relatie tussen klachten en gevolgen (met behulp van het registeren van klachten en volgens het G-schema/CGT te bespreken);
    - de patiënt en haar naasten te informeren over de behandelmogelijkheden, psycho-educatie, begeleidende zelfhulp, e-mental health, kortdurende behandeling en dit toe te passen;
    - specifieke psychotherapeutische technieken toe te passen;
    - de voortgang en als nodig de werking van voorgeschreven antidepressiva samen met de huisarts te monitoren.
  - *Acute psychiatrie en suicidaliteit*
    - de (vroeg) symptomen van stoornissen als acute psychose, manie, geweld/agressie, delier, psychotische depressie en gedragsproblemen bij dementie te onderkennen en vervolgens adequaat te handelen;
    - ernstige lichamelijke symptomen te herkennen zodat de huisarts kan worden ingeschakeld (bijv. ernstige benauwdheid, pijn op de borst, grauw, bleek, klam, onder invloed, ondervoeding, lichamelijke verwaarlozing, verwardheid, alcohol foetor);
    - met de huisarts over behandeling en verwijzindicatie te overleggen;
    - de patiënt en haar naasten te begeleiden;
    - suïcide gedachten en plannen bespreekbaar te maken, op basis van risicofactoren en beschermende factoren een inschatting te maken;
    - automutilatie te herkennen en zo nodig bespreekbaar te maken;
    - met de huisarts te overleggen als er gevaar is voor de patiënt zelf en/of haar omgeving;

---

<sup>15</sup> De noodzaak c.q. gepastheid van een doorverwijzing wordt hieronder bij de verschillende psychische klachten niet steeds opnieuw benoemd. Zie ook bijlage 4.



- in samenwerking met de huisarts de crisisdienst in te schakelen (op basis van verwijscriteria, wet- en regelgeving rondom dwangmaatregelen).
- *Verslaving en misbruik middelen*
  - symptomen en aanwijzingen voor verslavingsproblematiek c.q. misbruik van middelen te herkennen en dit bespreekbaar te maken (alcohol, drugs, roken, gokken, internet, game, seks);
  - de werking en de risico's van genotsmiddelen en de relatie tussen klachten en gebruik (bijv. door middel van registratie) te bespreken;
  - de patiënt te motiveren voor passende zorg (motiverende gespreksvoering);
  - zo mogelijk samen met de patiënt een (stop)plan te maken, zo nodig ondersteund met medicatie of verwijzing van de patiënt naar de juiste instantie.
- *Verwerkingsproblematiek bij belastende levensgebeurtenissen (trauma)*
  - de mogelijke signalen en gevolgen te bespreken van belastende levensgebeurtenissen (trauma), zoals mishandeling, verwaarlozing, vernedering en seksueel misbruik;
  - onderscheid te maken tussen een normale reactie op een trauma en PTSS;
  - de patiënt te begeleiden en te bespreken of verdere actie nodig is en haar daar zo nodig toe te motiveren;
  - rouwprocessen te begeleiden en een afwijkend rouwproces te herkennen.
- *Persoonlijkhedsproblematiek*
  - kenmerkende persoonlijke eigenschappen en patronen van patiënt te herkennen;
  - persoonlijkheidsproblematiek te herkennen, alsmede de taken en verantwoordelijkheden binnen het huisartsgeneeskundige domein en de mogelijkheden binnen andere echelons te onderscheiden;
  - consequenties van de persoonlijkheid voor het dagelijks functioneren en de zorgbehoefte binnen de huisartsgeneeskundige behandeling te integreren;
  - met de patiënt een passende begeleiding/behandeling (rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen) te zoeken;
  - de eigen rol in de begeleiding te herkennen (herkennen en toepassen van het mechanisme van overdracht en tegenoverdracht).
- *Kinderen en jeugdigen<sup>16</sup>*
  - de achtergrond en ernst van afwijkend gedrag bij kinderen en jeugdigen in te schatten. Daarbij wordt zo nodig overlegd met derden (bijv. de JGZ);
  - te signaleren en inventariseren in welke domeinen het kind vastloopt, psycho-educatie en opvoedadviezen te geven en aanvullende diagnostiek en behandeling te adviseren voor zover nodig;
  - veel voorkomende gedragsstoornissen (ADHD, ASS, eetstoornissen, slaapproblemen, bedplassen) te herkennen;
  - zo nodig de normale psychologische en sociale ontwikkeling en ontwikkelingsfasen met kind en ouders te bespreken;
  - bij kinderen met afwijkend gedrag passende begeleiding c.q. behandeling in te zetten;

---

<sup>16</sup> Alle huisartsgeneeskunde valt onder de Zvw, ook de zorg voor kinderen en jeugdigen (< 18). Zodra gemeenten de expertise van de huisarts en/of de POH-GGZ inzet voor trajecten die op het vlak van de 'jeugdzorg' liggen (bijv. een aanvullend aanbod onder aansturing/verantwoordelijkheid van gemeente), verloopt dit via aanvullende financiële afspraken met de gemeente.

- te verwijzen voor aanvullende diagnostiek en behandeling (op basis van de taakstelling van andere hulpverleners in de JGZ);
- *Ouderen*
  - de normale veroudering en meest voorkomende (neuro)psychiatrische pathologie (dementiële beelden en Parkinson), alsmede problematische rouw en verlies te herkennen;
  - de interactie tussen geheugen, stemming en somatiek te onderkennen, alsmede het verschil tussen een depressie en beginnende dementie;
  - ouderen bij voorkomende problemen te begeleiden.
- *Psychofarmaca- en (somatisch) controlebeleid bij chronische psychiatrische patiënten die zijn terugverwezen naar de huisartsenvoorziening*
  - de meest voorkomende psychofarmaca bij de huisarts, meest voorkomende en ernstige bijwerkingen, alsmede somatische controles die gedaan moeten worden te onderscheiden;
  - samen met de huisarts patiënten te begeleiden die chronisch benzodiazepinen of antidepressiva gebruiken. Daarbij wordt periodiek de inschatting gemaakt of afbouwen mogelijk is;
  - de stabiele chronisch psychiatrische patiënt te begeleiden in het kader van terugvalpreventie ter bevordering van kwaliteit van leven, zingeving en preventie van sociaal isolement. Hierbij wordt zo nodig gebruik gemaakt van aanpalende domeinen;
  - het door de terugverwijzer opgestelde crisisplan en terugvalpreventieplan bespreekbaar te maken;
  - (dreigende) decompensatie te signaleren en vervolgens te handelen;
  - naar medicatie-trouwheid en werking en bijwerkingen van medicatie te informeren;
  - naar ADL, zelfzorg en gezondheidsvaardigheden te vragen;
  - onder voorwaarden en samen met de huisarts de somatische controles te doen (of laat deze uitvoeren door POH-S of assistente) en zo nodig aanvullend onderzoek aan te vragen.
- *Relatieproblematiek*
  - de meest voorkomende problemen in relaties (partner, kinderen, familie en omgeving) en hoe die van invloed kunnen zijn op het psychisch welbevinden te herkennen;
  - met de patiënt en naasten de huidige relaties en verstandhoudingen bespreekbaar te maken waardoor de patiënt en naasten zicht krijgen op een meer wenselijke situatie;
  - patiënt en naasten te begeleiden bij relatieproblemen die van invloed zijn op het psychisch welbevinden.

### 4.3 Communicatie

#### Beschrijving

Binnen het taakgebied communicatie draagt de POH-GGZ zorg voor een effectieve verbale en non-verbale communicatie tussen POH-GGZ en patiënt en haar naasten.

Kern van het handelen bestaat uit het initiëren en onderhouden van een constructieve dialoog met de patiënt en haar naasten en zorgdragen voor een verantwoorde en gedeelde besluitvorming.

De competenties binnen dit taakgebied zijn essentieel voor het opbouwen van een goede verstandhouding, een vertrouwensrelatie, het verkrijgen van informatie, voor het geven van voorlichting en advies, voor het wederzijds begrijpen en het gezamenlijk opstellen en uitvoeren van een individueel zorgplan. Communicatie met andere zorgverleners valt onder competentiegebied samenwerking.

### Kennis:

De POH-GGZ heeft kennis van:

- verschillende gesprekstechnieken en niveaus van communiceren;
- laaggeletterdheid, LVB-problematiek en zwakbegaafdheid;
- basale gespreksvaardigheden, zoals de maas-globaal;
- motivational interviewing;
- overdracht - tegenoverdracht;
- conflicthantering;
- digitale communicatie.

### Kenmerkende functie-activiteiten

De POH-GGZ heeft de vaardigheid om:

- een samenwerkingsrelatie op te bouwen met de patiënt en haar naasten op basis van wederzijds respect en vertrouwen en gericht op de behandeling en begeleiding. Zij communiceert vanuit het perspectief van de patiënt en interpreteert informatie in de juiste context;
- de woordkeus af te stemmen op leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, etnische en culturele achtergrond en emotie van de patiënt;
- een gestructureerd, doelgericht en methodisch consult te voeren en dit toe te lichten;
- laaggeletterdheid, LVB-problematiek en zwakbegaafdheid te herkennen en daarmee rekening te houden in de communicatie en begeleiding;
- communicatiemiddelen (e-mail, telefoon, video consult) gericht in te zetten;
- actief te luisteren en de probleemvraag te verhelderen;
- de patiënt zo nodig te ondersteunen bij digitale ondersteuningsvormen (bijv. e-mental health);
- het zelf oplossend vermogen van de patiënt te versterken (empowerment) uitgaande van de eigen kracht van de patiënt.

## 4.4 Samenwerking

### Beschrijving

Binnen deze taak werkt de POH-GGZ onder verantwoordelijkheid van de huisarts en in nauwe samenwerking met alle disciplines binnen en buiten de eigen huisartsenvoorziening (onder andere met het sociaal domein, GBGGZ en SGGZ, etc.). Goede informatie-uitwisseling tussen huisarts en POH-GGZ is hierbij een voorwaarde.

Tussen de POH-GGZ en de behandelend huisarts bestaat een intensieve samenwerkingsrelatie. Zij hebben structureel en laagdrempelig ad-hoc overleg over de patiënten die de POH-GGZ in behandeling heeft (gehad). Er dienen heldere afspraken te bestaan over de werkwijzen, taakverdeling, verantwoordelijkheden en over de informatieverstrekking bij verwijzing (naar sociaal domein, GBGGZ en SGGZ) en terugkoppeling. De POH-GGZ bevordert de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners zowel intern als extern.

### Kennis

De POH-GGZ heeft kennis van:

- de rolverdeling en de bijbehorende afspraken binnen de eigen huisartsenvoorziening inclusief de mate van autonomie;
- de reikwijdte van haar eigen deskundigheidsgebied en verantwoordelijkheid, de deskundigheid van de huisarts en andere disciplines en organisaties;
- zorgcoördinatie;

- de ketenprocessen, financieringsstromen en de organisatie van zorg en welzijn in de eigen regio (incl. Wmo, jeugdwet, participatiewet, Wlz);
- netwerken binnen en buiten de eigen setting;
- de sociale kaart van de eigen regio (zo nodig ook bovenregionaal);
- samenwerkings- en teamprocessen;
- wet- en regelgeving inzake informatieoverdracht (bijv. de AVG).

#### Kenmerkende functie-activiteiten

De POH-GGZ heeft de vaardigheid om:

- samen te werken met de huisarts en alle andere hulpverleners die bij de zorg voor patiënten met psychische, psychosomatische en psychosociale klachten betrokken zijn;
- optimaal gebruik te maken van expertise binnen de eigen huisartsenvoorziening en een netwerk van zorgverleners in het sociale domein en de eerste en tweede lijn;
- privacywetgeving toe te passen (bijv. bij overdracht van medische gegevens);
- zich aan de grenzen van de eigen deskundigheid en die van het eigen vakgebied te houden door doelgericht en tijdig te verwijzen.

## 4.5 Organisatie

### Beschrijving

De POH-GGZ heeft ook organisatorische taken. Dit komt bij de POH-GGZ bijvoorbeeld tot uiting in het regisseren van het eigen spreekuur ten behoeve van patiënten en naasten. De POH-GGZ dient binnen de huisartsenvoorziening heldere afspraken te maken over het uitvoeren van patiëntgebonden taken en de niet-patiëntgebonden taken. POH-GGZ en huisarts hebben hiervoor een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

### Kennis

De POH-GGZ heeft kennis van:

- de organisatie van spreekuren conform het huisartsgeneeskundig model (ruimte voor vervolgspraken, nieuwe patiënten en spoed);
- het Huisarts Informatie Systeem (HIS) en Keten Informatie Systeem (KIS);
- zorgbekostiging en kosteneffectiviteit van huisartsgeneeskundige en POH-GGZ spreekuren;
- organisatievormen en –principes in de huisartsenzorg;
- de inrichting van verbetertrajecten c.q. -projecten;
- timemanagement preventie van wachtlijsten.

### Kenmerkende functie-activiteiten

De POH-GGZ heeft de vaardigheid om:

- conform huisartsenmodel, spreeku(u)r(en) te (laten) organiseren en uit te voeren dat wil zeggen (een groep) patiënten oproepen, organiseren, uitvoeren, registreren in het HIS/KIS, afronden en evalueren;
- timemanagement toe te passen;
- (werk) afspraken te hanteren, te evalueren en te actualiseren;
- eigen werkzaamheden en die van andere hulpverleners in- en extern zowel inhoudelijk als organisatorisch op elkaar af te stemmen;
- verbetertrajecten c.q. – projecten op te zetten en uit te voeren.

## 4.6 Maatschappelijk handelen

### Beschrijving

Binnen het taakgebied maatschappelijk handelen maakt de POH-GGZ op een verantwoorde wijze gebruik van eigen deskundigheid en invloed om de gezondheid en het welzijn van de individuele patiënten, groepen patiënten en hun naasten en bevolkingsgroepen te bevorderen.

De POH-GGZ helpt individuele en groepen patiënten en hun naasten hun weg te vinden in het gezondheidszorgsysteem en toegang te krijgen tot de juiste zorg op het juiste moment. De POH-GGZ kan geïndiceerde en zorggerelateerde preventie-activiteiten uitvoeren.

### Kennis

De POH-GGZ heeft kennis van:

- leefstijl, gedrag en zelfmanagement;
- cultuurgebonden opvattingen over gezondheid, ziekte en zorg;
- wijkgericht/populatie gericht werken en lage gezondheidsvaardigheden en gestapelde problematiek in zowel het medisch als sociaal-maatschappelijke domein;
- methodieken van preventie en gezondheidsvoorlichting, gezondheids- en gedragsdeterminanten;
- verschillende vormen van (terugval)preventie van psychische problemen;
- maatschappelijke trends binnen doelgroepen;
- diversiteit;
- ethiek.

### Kenmerkende functie-activiteiten

De POH-GGZ heeft de vaardigheid om:

- gezondheidsrisico's te signaleren (individueel, op organisatie- en maatschappelijk niveau);
- beleid en interventies te ontwikkelen gericht op preventie en vroeg signalering;
- doelgerichte voorlichting en educatie te geven aan groepen patiënten en naasten over aandoeningen, medicatie, behandeling, etc., waarbij ook aandacht voor patiënten en naasten met lage gezondheidsvaardigheden en gestapelde problematiek in zowel het medisch als sociaal-maatschappelijke domein;
- geïndiceerde preventieprogramma's uit te voeren;
- zorggerelateerde preventie toe te passen, waaronder begeleiding bij terugvalpreventie;
- het sociaal netwerk rondom een patiënt en haar naasten helpen te versterken;
- zorg mijdende patiënten en hun naasten te betrekken<sup>17</sup> en non-responders met risicofactoren te benaderen.

## 4.7 Kennis ontwikkelen & delen

### Beschrijving

Het competentiegebied van kennis en wetenschap omvat het verwerven, toepassen en overdragen van wetenschappelijke kennis en van gemeenschappelijke en gesystematiseerde ervaringskennis.

De POH-GGZ volgt met regelmaat geaccrediteerde bij- en nascholing op alle competentiegebieden en levert waar mogelijk hieraan ook zelf een actieve bijdrage.

---

<sup>17</sup> Dit is niet hetzelfde als bemoeizorg.

#### Kennis:

De POH-GGZ heeft kennis van:

- de principes van evidence based medicine c.q. -practice, context-based practice en andere vormen van kennisontwikkeling;
- recente wetenschappelijke ontwikkelingen binnen het eigen specialisme en deskundigheidsgebied en kan wetenschappelijke informatie kritisch beoordelen.
- methoden voor de implementatie van nieuw verworven kennis en vaardigheden binnen het eigen deskundigheidsgebied.

#### Kenmerkende functie-activiteiten:

De POH-GGZ heeft de vaardigheid om:

- eigen deskundigheid op peil te houden via reflectie op eigen handelen, feedback van collega's, lezen van vakliteratuur, volgen van (geaccrediteerde) scholing, congressen, intercollegiale toetsing en (begeleide) intervisie, video-coaching, etc.;
- wetenschappelijke uitkomsten zo nodig naar de praktijk te vertalen;
- de ontwikkeling en implementatie van kennis en kunde binnen de huisartsenzorg te bevorderen;
- kennisuitbreiding binnen de functie door het (mede) uitvoeren van (multidisciplinair) onderzoek of door participatie in toegepast wetenschappelijk onderzoek, geïntegreerd in de patiëntenzorg te stimuleren.

## 4.8 Professionaliteit

### Beschrijving

Het competentiegebied 'professionaliteit' omvat het hanteren, bevorderen en onderhouden van de vakbekwaamheid, beroepsnormen en -attitude profilering en professionalisering van de functie POH-GGZ. Kern is het ontwikkelen van een professionele identiteit. Reflectie op de eigen competenties is hierbij een essentiële vaardigheid. De POH-GGZ is in staat om proactief bij te dragen aan de kwaliteit van zorg binnen de huisartsenzorg en aan de accreditatie van de huisartsenzorg.

#### Kennis:

De POH-GGZ heeft kennis van:

- kwaliteitskaders voor de zorg;
- het kwaliteitsmanagementsysteem en het kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg;
- de houding/attitude welke kenmerkend is voor elke professional, onafhankelijk van de setting waarin deze werkt. Zie ook § 4.1.
- het feit dat in een zorgsituatie sprake is van ongelijkheid doordat de patiënt min of meer afhankelijk is van de zorg van de POH-GGZ en is zich bewust van de impact die houding en gedrag kunnen hebben op anderen en van de noodzaak om hier aandacht aan te geven;
- de juridische consequenties van beroepsregels (tuchtrecht, professionele aansprakelijkheid, etc.);
- de eigen rol binnen de huisartsenzorg c.q. huisartsgeneeskunde;
- de grenzen van het persoonlijk en professioneel handelen.

#### Kenmerkende functie-activiteiten:

De POH-GGZ heeft de vaardigheid om:

- volgens de noodzakelijke basisattitude kenmerkend voor elke zorgprofessional te werken;
- persoonlijke en professionele rollen in evenwicht te houden;

- te reflecteren op eigen waarden, normen en levenservaringen, het eigen persoonlijk en professioneel handelen te beoordelen, bespreekbaar te maken en verbeterpunten vast te stellen op basis van verkregen feedback;
- door middel van reflectie samen met de huisarts periodiek de persoonlijke leerbehoefte (bijv. via een IOP) vast te stellen en planmatig deel te nemen aan deskundigheidsbevordering en het effect daarvan te evalueren.

## RELEVANTE DOCUMENTEN

---

Bij het ontwikkelen van het nieuwe functieprofiel is gebruik gemaakt van onder andere:

- Aanbod huisartsgeneeskundige zorg, LHV, Utrecht, 2015. <https://www.lhv.nl/service/aanbod-huisartsgeneeskundige-zorg> en de NHG-Standaarden.
- Beleidsplan opleiding POH-GGZ. RINO Amsterdam, 2018.
- Focus op gezondheid, visiedocument goede kwaliteit van zorg; MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, 2018.
- Functie- en competentieprofiel Praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ). LHV, NHG, PsyHAG, InEen, Vertegenwoordigers samenwerkend hogescholen op het gebied van POH-GGZ scholing. 2014.
- Handboek POH-GGZ. Liesbeth Mok, Harold Wenning, Ietje de Vries, 2015.
- Kwaliteitskader huisartsenzorg, LPGGz, 2016.
- Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken (LGA). Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Februari 2016.
- LV POH-GGZ: De Standpunten. LV POH-GGZ. Herziening juli 2017.
- Notitie NIP – 7 puntenplan voor verbetering functie POH-GGZ. NIP. Juli 2016.
- Samenwerking Huisartsenzorg & Generalistische Basis GGz een inventarisatie en evaluatie van de kansen en de mogelijkheden, InEen, januari 2019.
- Standpunt Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg. (Uitwerking toekomstvisie huisartsenzorg 2022). NHG & LHV, 2015.
- Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. LHV en NHG, <https://toekomsthuisartsenzorg.nl/>



---

## **SAMENSTELLING EXPERT- & KLANKBORDGROEP**

---

### **Expertgroep**

Kawa al Ali	Lid namens de LV POH GGZ
Mariëlle van Avendonk	Lid namens het NHG
Sterre Buitenhuis	Plv. lid namens de LV POH GGZ
Ludeke van der Es	Plv. lid namens InEen
Nelly van der Gaarden	Lid namens PSYHAG
Willem Gotink	Plv. lid namens de V&VN
Rob de Graaf	Procesbegeleiding & redactie
Helma Groeneweg	Lid namens de NVvPO
Pieter Hageman	Lid namens de Rino's
Jelly Hogendorp	Lid namens de LHV
Gea Kusters	Lid namens BPSW
Saskia Lieffering	Plv. lid namens de Hoge Scholen
Henk Mathijssen	Lid namens MIND
Dwayne Meijnckens	Plv. lid namens MIND
Renske Neumann	Lid namens InEen
Matt Schillings	Lid namens het NIP
Cora Soffers	Lid namens de Hoge Scholen
Richard Starmans	Plv. lid namens PSYHAG
Frederik Vogelzang	Plv. lid namens InEen
Ron Weber	Lid namens de V&VN
Lidewij Wind	Plv. lid namens PSYHAG

### **Klankbordgroep**

Monique Adriaanse	VWS
Dick Nieuwpoort	LVVP
Marleen Relouw	ZN

---

## INSTROOMEISEN OPLEIDING POH-GGZ

---

Welke opleidingen toegang geven tot de functiegerichte scholing POH-GGZ wordt bepaald door meest betrokken organisaties en opgenomen in de reglementen van het nog in te richten, onafhankelijk Kwaliteitsregister POH-GGZ. De instroomeisen zijn in ieder geval tweeledig:

- Relevante vooropleiding op minimaal HBO-niveau; én
- Relevante werkervaring binnen de (brede) ggz.

### Vooropleiding

De volgende vooropleidingen worden in ieder geval als relevant beoordeeld:

#### Bestaande opleidingen

- Sociaal psychiatrische verpleegkunde (SPV);
- Bachelor verpleegkunde (HBO-V);
- Bachelor Social Work (BSW), alle uitstroomprofielen;
- Verpleegkundig specialist GGZ (VS GGZ);
- Master Psychologie;
- Bachelor Toegepaste psychologie (HBO).

#### Oude opleidingen

- Maatschappelijk Werk & Dienstverlening (MWD);
- Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH);
- Opleiding tot GGZ-agoog;
- Inservice B opgeleide verpleegkundigen met 2 jaar relevante werkervaring en aanvullende scholingen waarmee zij aantonen te beschikken over een HBO werk- en denkniveau.

### Werkervaring

Degene die de opleiding tot POH-GGZ wil volgen, beschikt bij aanmelding over minimaal 2 jaar voor de functie relevante werkervaring in de (brede) ggz. Daarbij gaat het om een gevarieerde, liefst ambulante ervaring, in de ggz met (individuele) behandel- en/of begeleidingscontacten. Te denken valt aan:

- ambulant werk in de huisartsenzorg of in de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz;
- maatschappelijk/psychosociaal werk en hulpverlening;
- sociaal psychiatrische verpleegkunde (ambulant in de ggz of in de huisartsenzorg).

De professional moet in die 2 jaar tenminste 832 uur hebben gewerkt (= 2 jaar x 52 weken x 8 uur = 832 uur).

---

## LANDELIJKE SAMENWERKINGSAFSPRAKEN TUSSEN HUISARTS, GBGGZ EN SGGZ (LGA)

---

De navolgende landelijke samenwerkingsafspraken<sup>18</sup> geven aanbevelingen voor de samenwerking tussen de huisartsenvoorziening met de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ bij de zorgverlening aan volwassenen met psychische problematiek en aandachtspunten voor regionale afstemming.

### *Achtergronden*

Psychische problematiek behelst zowel stoornissen volgens de DSM-classificatie als psychische, psychosociale en psychosomatische klachten die niet volgens DSM classificeerbaar zijn. Het streven is de patiënt zo snel mogelijk hulp te bieden door de juiste zorgverlener op de juiste plek. Drie vragen die de zorgverlener zich, (zo mogelijk) samen met de patiënt, altijd moet stellen:

- Kunnen we tijdelijk afwachten?
- Kunnen we effectief ingrijpen?
- Kunnen we zinvol overdragen?

Verstrek gerichte informatie, zodat de patiënt een weloverwogen keuze kan maken aangaande de gewenste soort zorg en ondersteuning. Voor de patiënt spelen drie vragen over de behandeling een rol:

- Wat zijn mijn (keuze)mogelijkheden?
- Wat zijn de voor- en nadelen van deze mogelijkheden?
- Wat betekent dit in mijn situatie?

### *Verwijzing*

De huisartsenvoorziening kan patiënten begeleiden met:

- psychische problematiek, al dan niet conform de DSM-classificatie, met licht tot matige lijdensdruk en disfunctioneren én een relatief korte ziekte duur;
- verlies-, aanpassings-, werk- en relatieproblemen;
- stabiele chronische niet-crisisgevoelige problematiek met een laag risico op terugval;
- een noodzaak voor geïndiceerde of zorggerelateerde preventie;
- een (chronische) somatische ziekte waarbij psychische ondersteuning nodig is;
- een eigen voorkeur voor begeleiding in de huisartsenvoorziening en bij wie motiveren tot behandeling in de GGZ vooralsnog niet slaagt, tenzij er een ernstig gevaarscriterium is.

Verwijs patiënten naar de generalistische basis GGZ bij:

- psychische problematiek (vermoedelijk) conform de DSM-classificatie met:
  - een matige tot ernstige lijdensdruk en disfunctioneren;
  - (somatische) comorbiditeit of problemen in persoonlijkheid of psychosociaal functioneren die niet met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren;
  - enig risico op gevaar maar met beschermende factoren, zoals adequate coping, werk, structurele daginvulling of een systeem van dagelijkse ondersteuning;
- uitblijven van verbetering bij behandeling in de huisartsenvoorziening (indicatie: na twee maanden);
- een stoornis in het gebruik van middelen met gering disfunctioneren en weinig lijdensdruk, of gebruik dat is gestart op jonge leeftijd;
- stabiele chronische problematiek met risico op terugval.

---

<sup>18</sup> Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, GBGGZ en SGGZ, autorisatiedatum 31-03-2016. Deze samenvatting is gepubliceerd in 'Huisarts en Wetenschap' 2016, 59, nr. 4, pag. 162.

Verwijs patiënten naar de gespecialiseerde GGZ bij:

- psychische problematiek (vermoedelijk) conform de DSM-classificatie met:
  - ernstige lijdensdruk en sterk disfunctioneren;
  - recidiverende ernstige problematiek;
  - (somatische) comorbiditeit en/of problemen in persoonlijkheid of psychosociaal functioneren die met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren;
  - complexe problematiek die behandeling in een multidisciplinair professioneel netwerk vergt; - een hoog risico op (zelf)verwaarlozing, (huiselijk) geweld, suïcide, automutilatie of (kinder)mishandeling;
- een ernstige of langdurige stoornis in het gebruik van middelen in combinatie met een psychische stoornis of inzet van medicatie voor terugvalpreventie;
- een indicatie voor bemoeizorg;
- uitblijven van verbetering bij behandeling in generalistische basis GGZ (indicatie: na drie tot vier maanden);
- uitblijven van verbetering bij behandeling in de huisartsenvoorziening (indicatie: na twee maanden), waarbij de ernst en complexiteit van de problematiek behandeling in de generalistische basis GGZ ongeschikt maken;
- instabiele chronische problematiek;
- noodzaak tot onvrijwillige behandeling.

#### *Overleg*

Neem contact op met de generalistische basis GGZ over patiënten die daar langdurig in zorg zijn bij:

- signalen van crisis, psychiatrische ontregeling of het niet opvolgen van leefstijl- en medische adviezen om ontregeling te voorkomen;
- voorschrijven of wijzigen van psychofarmaca.

Neem contact op met de gespecialiseerde GGZ over patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen die daar langdurig in zorg zijn bij:

- signalen van crisis, psychiatrische ontregeling of het niet opvolgen van leefstijl- en medische adviezen om ontregeling te voorkomen;
- belangrijke levensgebeurtenissen, bijvoorbeeld zwangerschap;
- interfererende somatische aandoeningen;
- afwijkende laboratoriumuitslagen, zoals bloedspiegels van geneesmiddelen (als is afgesproken dat de huisarts controleert).

Dit overleg kan ook periodiek plaatsvinden als dit is afgesproken met de gespecialiseerde GGZ.

#### *Consultatie*

Consultatie vindt plaats in de vorm van een schriftelijke casusbespreking, een gezamenlijk gesprek of een nabespreking met de huisarts van een consult door de GGZ-behandelaar. Overweeg consultatie van de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ bij:

- diagnostische vragen;
- adviesbehoefte over terugvalpreventie of vervolgtraject;
- adviesbehoefte over omgang met de patiënt;
- adviesbehoefte over de aanpak bij (stagnatie van) de behandeling in de huisartsenvoorziening.

Overweeg consultatie van de gespecialiseerde GGZ bij:

- vragen over indicatie voor of gebruik van psychofarmaca;
- somatische of psychiatrische comorbiditeit die van invloed is op de behandeling;
- twijfel over wilsbekwaamheid;
- vragen over een stoornis in het gebruik van middelen met een fysiek afhankelijkheidsbeeld;
- inzet van medicatie voor terugvalpreventie als verwijzing niet haalbaar is.

---

**LIJST VAN AFKORTINGEN**


---

4KDL	Vierdimensionale klachtenlijst
ACT	Assertive Community Treatment
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADL	Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen
Akwa GGZ	Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg
ASS	Autismespectrumstoornis
AVG	Algemene verordening gegevensbescherming
BDI II	Beck Depression Inventory II
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BPSW	Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk
CANMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists
CGT	Cognitieve Gedragstherapie
EPA	Ernstige psychiatrische aandoeningen
EVC	Erkenning van eerder Verworven Competenties
GBGGZ	Generalistische Basis GGZ
GDS-15	Geriatric Depression Scale 15
ggz	Geestelijke gezondheidszorg
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
HIS	Huisartsinformatiesysteem
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IOP	Individueel Ontwikkelingsplan
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KIS	Keteninformatiesysteem
KOP	K = O x P. Klachten, Omstandigheden, Persoonlijke stijl
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken
LGA	Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, GBGGZ en SGGZ
L HV	Landelijke Huisartsenvereniging
LPGGz	Landelijk Platform GGZ
LVB	Licht verstandelijke beperking
LV POH-GGZ	Landelijke Vereniging van Praktijkondersteuners GGZ
MDO	Multidisciplinair Overleg
NAW	Naam, Adres, Woonplaats
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NVvPO	Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
POH-GGZ	Praktijkondersteuner huisarts GGZ
POH-S	Praktijkondersteuner huisarts Somatiek
PsyHag	Huisartsen Advies Groep Geestelijke gezondheidszorg
PTSS	posttraumatische-stressstoornis
RINO	Regionaal Instituut Nascholing en Opleiding
SCEGS	somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige, en sociale dimensie
SGGZ	Gespecialiseerde GGZ

SPV	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
UCL	Utrechtse Coping Lijst
VIM	Veilig Incident Melding
V&VN	Vereniging van Verplegenden en Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wgbo	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WKKGZ	Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wlz	Wet langdurige zorg
ZiN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland