

Functie POH-GGZ: succesfactoren en verbeterpunten

Factsheet onderzoek

Aanleiding en doel

De praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH-GGZ) heeft een (steeds) belangrijke(re) rol in de hulpverlening voor mensen met psychische, psychosomatische en psychosociale problemen. Desondanks is er tot op heden beperkt onderzoek gedaan naar hoe de functie POH-GGZ in de dagelijkse praktijk wordt georganiseerd en uitgevoerd, wat de ervaringen ermee zijn, en wat de resultaten zijn van de hulpverlening van de POH-GGZ.

Om deze kennislacunes te helpen vullen heeft het Trimbos-instituut samen met de Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ) een meerjarig onderzoek uitgevoerd, bestaande uit verschillende deelonderzoeken. Deze factsheet geeft een samenvatting van de bevindingen en conclusies van de deelonderzoeken.

Inhoud

Deel A. Organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ

1. Deelonderzoek A1: wat is de mate van variatie in de organisatie en uitvoering?
2. Deelonderzoek A2: welke succesfactoren en verbeterpunten ervaren POH's-GGZ, huisartsen en andere betrokkenen?
3. Conclusies deelonderzoeken A1 en A2

Deel B. Patiëntenperspectief op de functie POH-GGZ

4. Deelonderzoek B1: welke succesfactoren en verbeterpunten ervaren patiënten?
5. Deelonderzoek B2: hoe tevreden zijn patiënten, en welke POH-GGZ gerelateerde kenmerken spelen hierbij een rol?
6. Conclusies deelonderzoeken B1 en B2

Deel C. Effectiviteit en doelmatigheid van de hulpverlening van de POH-GGZ

7. Deelonderzoek C1: welke POH-GGZ gerelateerde kenmerken zijn van invloed op de effectiviteit van de hulpverlening?
8. Deelonderzoek C2: welke POH-GGZ gerelateerde kenmerken zijn van invloed op de doelmatigheid van de hulpverlening?
9. Conclusies en beschouwing deelonderzoeken C1 en C2

Bijlage A. Aanpak deelonderzoeken A1 en A2

Bijlage B. Aanpak deelonderzoeken B1 en B2

Bijlage C. Aanpak deelonderzoeken C1 en C2

Onderzoek: deelnemers en aanpak

Voor het overkoepelende onderzoek zijn in een 1^e ronde (1^e helft 2017) 49 'koppels' POH-GGZ en huisarts geworven, oftewel een POH-GGZ en huisarts die met elkaar samenwerken in dezelfde praktijk. De focus lag op POH's-GGZ die hulp boden aan (hoofdzakelijk) volwassenen. Verder werd doelgericht geworven zodat POH's-GGZ varieerden qua dienstverband (in loondienst van een praktijk, zzp'er, detachering vanuit een zorggroep, GGZ-aanbieder of andersoortige organisatie). Dit gebeurde door te werven via zeven zorgorganisaties opererend in regio's verspreid over midden-Nederland¹, alsook onder leden van de LV POH-GGZ die werkzaam waren in midden-Nederland.

In een 2^e ronde (najaar 2018-voorjaar 2019) zijn 30 extra POH's-GGZ (geen extra huisartsen) geworven via twee andere organisaties opererend in respectievelijk Noord-Holland Noord en West-Brabant², en via een oproep op de sociale media van het Trimbos-instituut.

Voor de deelonderzoeken zijn ook andere deelnemers geworven (zoals patiënten) en is een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methoden gebruikt. De precieze **aanpak** van de verschillende deelonderzoeken wordt in **Bijlagen A t/m C** toegelicht.



1 Arkin Basis GGZ, Indigo Parnassia, Federatie Eerstelijnszorg Almelo (FEA), Huisartsen Cooperatie Deventer en Omstreken (HCDO), OCE Nijmegen, Haspel, Stichting POH-GGZ Twente.

2 Vicino en Het Huisartsteam.

Deel A. Organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ

1. Deelonderzoek A1: wat is de mate van variatie in de organisatie en uitvoering?

Geslacht, leeftijd en werkervaring

Het kwantitatieve deelonderzoek A1 (zie Bijlage A voor de aanpak) laat zien dat de meeste deelnemende POH's-GGZ vrouw waren (71%) en tussen de 45 en 65 jaar oud (77%). Gezien hun relatief hoge leeftijd (gemiddeld 51 jaar) is het niet verrassend dat de POH's-GGZ vaak jarenlange werkervaring hadden als hulpverlener bij psychische problemen (gemiddeld 22 jaar).³

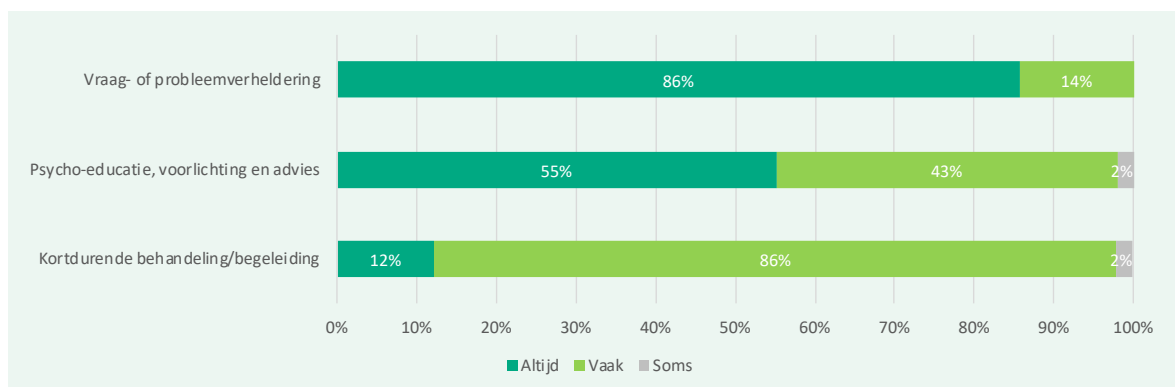
Kenmerken patiënten en hulpverlening

- De patiëntenpopulatie van de POH's-GGZ bestond voornamelijk (gemiddeld bijna 90%)

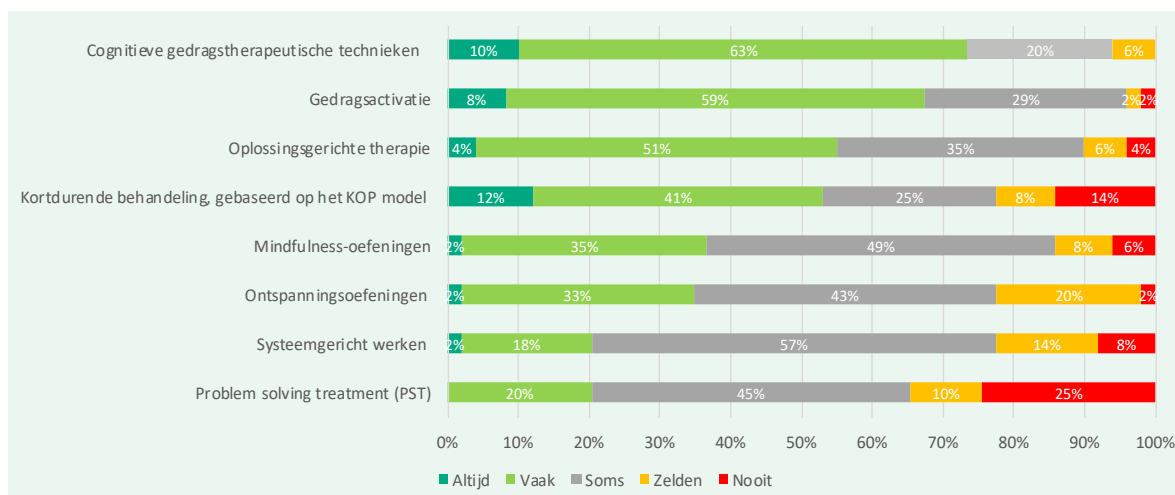
uit volwassenen van 18 jaar of ouder, van wie veruit de meesten angst-, depressie-, of overspannings-/burn-outklachten hadden.

- Conform het functie- en competentieprofiel POH-GGZ⁴ waren de POH's-GGZ primair bezig met: het verhelderen van de hulpvraag; het geven van psycho-educatie, voorlichting en advies; en het bieden van begeleiding of kortdurende behandeling (zie **Figuur 1.1**).
- Hierbij werd het vaakst cognitief gedragstherapeutische technieken en gedragsoefeningen toegepast, gevolgd door oplossingsgerichte therapie en kortdurende behandeling volgens het KOP-model (zie **Figuur 1.2**).⁵

Figuur 1.1 Welke vormen van hulp (al dan niet online) boden POH's-GGZ (N=49) aan volwassen patiënten (≥18 jaar)? *



Figuur 1.2 Welke methodieken (al dan niet online) gebruikten POH's-GGZ (N=49) tijdens de hulpverlening aan volwassen patiënten (≥18 jaar)? *



* Deze vraag is niet voorgelegd aan de 30 extra POH's-GGZ geworven in de 2^e wervingsronde.

³ Inclusief jaren werkzaam als POH-GGZ.

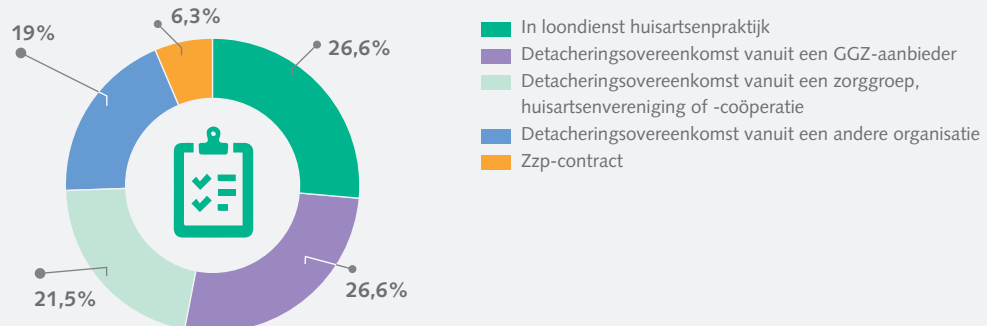
⁴ Definitief Functie- en competentieprofiel POH GGZ 2020, versie 1.0 04032020.pdf (poh-ggz.nl)

⁵ Het KOP-model (Klacht= Omstandigheden x Persoonlijke stijl) is een transdiagnostisch behandelmodel gericht op mensen met milde tot matig ernstige psychische klachten.

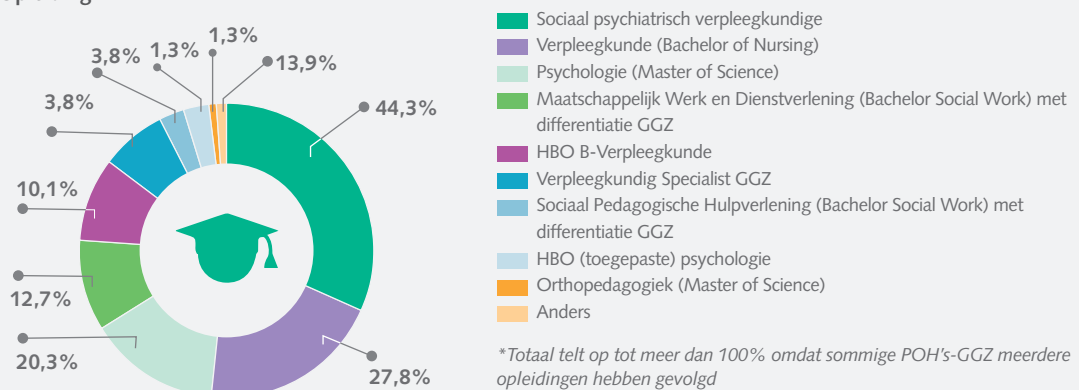
Variatie tussen POH's-GGZ

- Vanwege de doelgerichte werving op dit aspect is het niet verrassend dat deelnemende POH's-GGZ verschillende dienstverbanden hadden.
- Echter, zoals weergegeven in de figuren bestond er ook in diverse andere opzichten duidelijke variatie tussen POH's-GGZ.

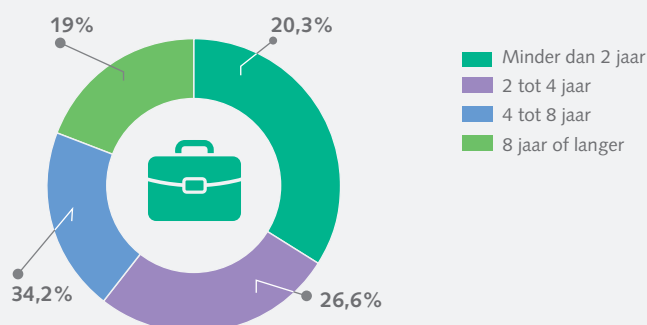
Dienstverband



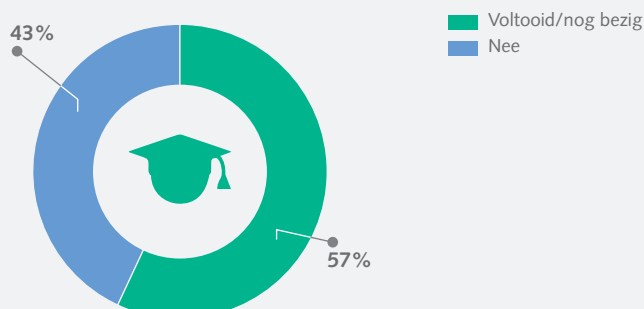
Opleiding*



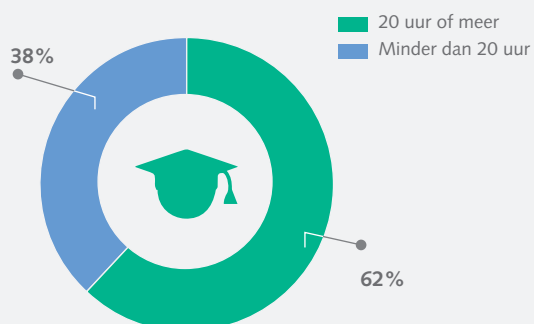
Werkervaring als POH-GGZ



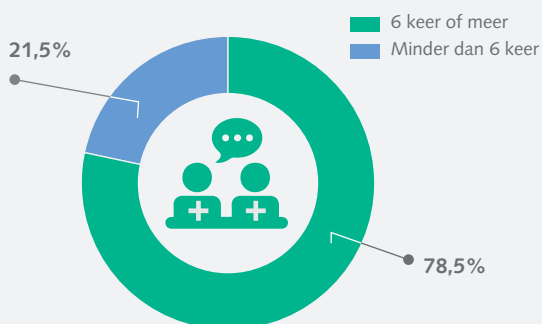
Aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ



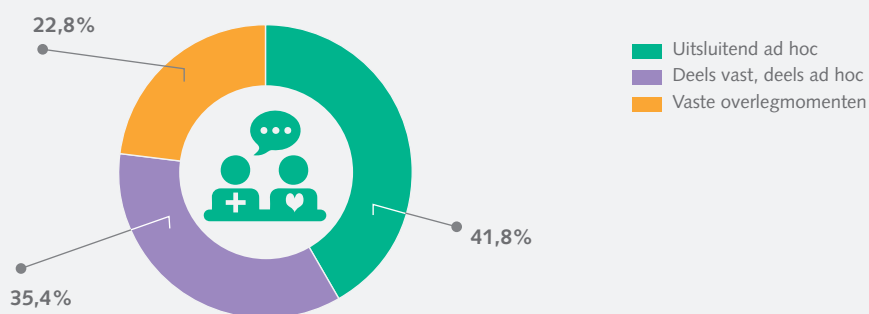
Nascholing in de afgelopen 12 maanden



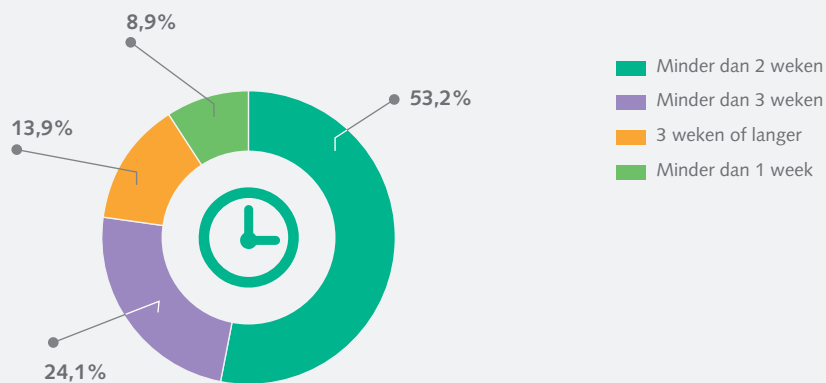
Intervisie/supervisie in de afgelopen 12 maanden



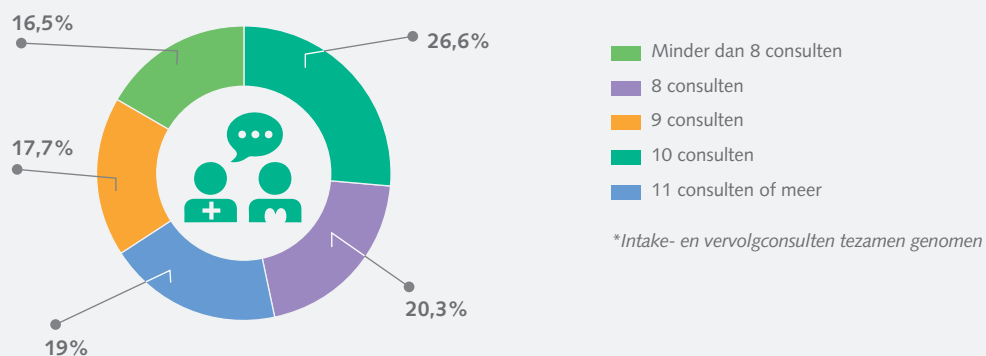
Patiëntgebonden overleg met de huisarts



Wachttijd tot het intakegesprek



Aantal face-to-face consulten op een reguliere 8-urige werkdag*



Figuren zijn gebaseerd op de antwoorden van 79 POH's-GGZ

2. Deelonderzoek A2: welke succesfactoren en verbeterpunten ervaren POH's-GGZ, huisartsen en andere betrokkenen?

Succesfactoren volgens POH's-GGZ, huisartsen en anderen

Uit het multimethodische⁶ deelonderzoek A2 (zie Bijlage A voor de aanpak) komt als algemeen beeld naar voren dat de functie POH-GGZ als een echte aanwinst voor de huisartsenpraktijk werd ervaren door POH's-GGZ zelf, huisartsen, andere zorgverleners, managers van zorgorganisaties en vertegenwoordigers van verzekeraars. Als succesfactoren werden onder andere genoemd:

- De laagdrempelige, toegankelijke en continue hulpverlening van de POH-GGZ.
Onder andere vanwege de doorgaans korte wachttijd/snelle doorgeleiding, het niet gelden van het eigen risico, en het bieden van hulp op een locatie – de huisartsenpraktijk – die vertrouwd en dichtbij is.
- De lange werkervaring en brede deskundigheid van veel POH's-GGZ.
- De veelal goede samenwerking tussen POH-GGZ en huisarts.
- Het werkplezier van de POH-GGZ. Onder meer door de afwisseling in werkzaamheden en de hoge mate van autonomie.



Verbeterpunten volgens POH's-GGZ, huisartsen en anderen

Er werden diverse verbeterpunten benoemd voor het optimaliseren van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de dagelijkse praktijk. Deze hadden betrekking op:

a. Het borgen van de kwaliteit van de functie POH-GGZ.

Genoemde manieren die hieraan bijdragen waren onder andere:

- het zorgen voor meer eenduidigheid in de functie, vanwege het gegeven dat er behoorlijke verschillen bestaan tussen POH's-GGZ qua opleidingsachtergrond en beschikbare deskundigheid;
- meer standaardisatie van de diverse aanvullende post-hbo opleidingen tot POH-GGZ;
- het bieden van goede faciliteiten, zoals nascholing, intervisie en de mogelijkheid om consultatie aan te vragen, maar ook een goede werkplek; en
- het bieden van voldoende begeleiding en supervisie aan een startende POH-GGZ in de huisartsenpraktijk.

b. Het verminderen van de werkdruk van de POH-GGZ.

Genoemde manieren die hieraan bijdragen waren onder andere:

- maximaal 8 tot 9 face-to-face gesprekken op een werkdag;
- het wegnemen van de 'productieprikkels' in de bekostiging van de functie POH-GGZ⁷; en
- een goede samenwerking met de GGZ in het bieden van 'overbruggingszorg'⁸ en het begeleiden van stabiele chronische patiënten in de huisartsenpraktijk.

c. Het verder verbeteren van de samenwerking tussen de POH-GGZ en de huisarts.

Genoemde manieren die hieraan bijdragen waren onder andere:

- het hebben van duidelijke onderlinge afspraken over de werkwijzen, taakverdeling, verantwoordelijkheden, verwijsprocedures, et cetera;
- (meer) vaste overlegmomenten met de huisarts; en
- meer toelichting door de huisarts, of meer overleg met de POH-GGZ, bij de doorgeleiding van patiënten naar de POH-GGZ.

⁶ Combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methoden.

⁷ Het loont voor de huisarts, of een andere partij die de functie POH-GGZ contracteert, om de POH-GGZ zoveel mogelijk consulten op een werkdag te laten uitvoeren.

⁸ Aan patiënten die op de wachtlijst bij GGZ-aanbieders staan.



d. Het verbeteren van de samenwerking van de POH-GGZ met de GGZ.

Genoemde manieren die hieraan bijdragen waren onder andere:

- het bekorten van de wachttijden bij de GGZ;
- een betere terugkoppeling en communicatie vanuit de GGZ over verwezen patiënten;
- gerichte en tijdige verwijzingen vanuit de huisartsenpraktijk naar de GGZ; en
- een goede samenwerking in het bieden van 'overbruggingszorg' en het begeleiden van stabiele chronische patiënten in de huisartsenpraktijk.

e. Het verbeteren van de samenwerking van de POH-GGZ met het sociaal wijkteam.

3. Conclusies deelonderzoeken A1 en A2

De beschrijvende resultaten van deelonderzoek A1 laten zien dat er **duidelijke variatie tussen POH's-GGZ** bestaat ten aanzien van opleidingsachtergrond, werkervaring, dienstverband, nascholing en intervisie/supervisie, overleg met de huisarts, wachttijd en aantal consulten per werkdag. Dit wordt bevestigd door een recente ledenpeiling van de LV POH-GGZ onder ruim 400 POH's-GGZ, en waarvoor grotendeels dezelfde vragenlijst is gebruikt.⁹

De gesignaleerde variatie wijst erop dat voor een deel van de POH's-GGZ winst is te behalen in de vormgeving van de functie in de praktijk, waaronder:

- *het hebben van vaste overlegmomenten met de huisarts;*
- *maximaal acht tot negen face-to-face gesprekken op een werkdag; en*
- *een maximale wachttijd tot het intakegesprek van één tot twee weken.*

De meer verklarende resultaten van deelonderzoek A2 bevestigen en verdiepen dit beeld. Hoewel de functie POH-GGZ als een echte aanwinst voor de huisartsenpraktijk wordt ervaren, benoemen POH's-GGZ, huisartsen en andere betrokken tegelijkertijd diverse **aandachtspunten voor het optimaliseren van de organisatie en uitvoering van de functie in de praktijk**, waaronder:

- het borgen van de kwaliteit van de functie POH-GGZ;
- het verminderen van de werkdruk van de POH-GGZ;
- het verder verbeteren van de samenwerking tussen de POH-GGZ en de huisarts; en
- het verbeteren van de samenwerking van de POH-GGZ met de GGZ en het sociaal domein.

⁹ Magnée T, Sinnema H, Van Weelderen G, Nuijen J, Kenter A. Hoe denken POH's-GGZ over hun werk? Huisarts & Wetenschap 2020; 5: 34-41.

Deel B. Patiëntenperspectief op de functie POH-GGZ

4. Deelonderzoek B1: welke succesfactoren en verbeterpunten ervaren patiënten?

Succesfactoren volgens patiënten

Het kwalitatieve deelonderzoek B1 (zie Bijlage B voor de aanpak) laat zien dat de patiënten over het algemeen positief tot zeer positief waren over de functie POH-GGZ. Zij noemden daarbij diverse succesfactoren en die betrekking hadden op:

a. De toegankelijkheid en laagdrempeligheid van de POH-GGZ.

Door patiënten genoemde factoren die hieraan bijdragen waren onder andere:

- de korte wachttijd tot het intakegesprek;
- het niet gelden van het eigen risico;
- dat de hulpverlening van de POH-GGZ met minder stigma is omgeven dan de hulpverlening vanuit de GGZ; en
- dat de hulp van de POH-GGZ in de eigen huisartsenpraktijk wordt geboden, een bekende plek en dichtbij.

b. De interactie en het contact met de POH-GGZ.

Patiënten benoemden diverse aspecten die zij hierbij belangrijk vonden en waardeerden, waaronder:

- het voelen van een 'klik' met de POH-GGZ;
- dat de POH-GGZ als een objectieve buitenstaander het gesprek aangaat; en
- goede gespreksvaardigheden en bejegening.

c. De aanpak van de POH-GGZ.

Patiënten waardeerden hierbij verschillende aspecten, zoals:

- de praktische, nuchtere en oplossingsgerichte aanpak;
- de gedeelde besluitvorming; en
- het leveren van maatwerk.

d. De deskundigheid en ervaring van de POH-GGZ.

Patiënten benoemden hierbij onder andere:

- het hebben van kennis over psychische stoornissen en passende (vervolg)behandeling;
- het bieden van effectieve hulpverlening; en
- het hebben van voldoende werk- en levenservaring.

e. Het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ.

Patiënten waren over het algemeen tevreden met wat de hulpverlening van de POH-GGZ hen opleverde. Specifieke gunstige resultaten die werden genoemd waren onder meer:

- een betere stemming, een verbeterde gemoedsrust, of een opgelucht gevoel; en

- verschillende zelfmanagementvaardigheden en -tools om zelf mee verder te kunnen.

Verbeterpunten volgens patiënten

Naast de overwegend positieve ervaringen met de functie POH-GGZ brachten de patiënten ook een aantal verbeterpunten naar voren. Deze hadden betrekking op:

a. Betere informatievoorziening over de functie POH-GGZ vóór doorgeleiding.

Er lijkt behoefte aan begrijpelijke informatie over de functie POH-GGZ, en de verschillen tussen POH-GGZ, generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ, in de vorm van een brochure, al dan niet aangereikt door de huisarts.

b. Betere toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ tijdens het zorgtraject.

Patiënten deden verschillende suggesties om deze behoefte te vervullen: de POH-GGZ deelt e-mail- en telefoongegevens zodat de patiënt de mogelijkheid heeft om tussen consulten door vragen te stellen, het uitbreiden van de werkuren van de POH-GGZ en/of het aanwezig zijn van de POH-GGZ op de praktijk in de avonden.

c. Betere informatieverstrekking en inspraak tijdens het zorgtraject.

Het informeren en betrekken van patiënten tijdens de hulpverlening lijkt niet altijd optimaal te verlopen, bijvoorbeeld ten aanzien van het behandelplan, behandelvormen, en de doorverwijzing naar de GGZ.



5. Deelonderzoek B2: hoe tevreden zijn patiënten, en welke POH-GGZ gerelateerde kenmerken spelen hierbij een rol?

Patiënttevredenheid

Uit het kwantitatieve deelonderzoek B2 (zie Bijlage B voor de aanpak) blijkt dat veruit de meeste patiënten tevreden tot zeer tevreden waren over de hulpverlening van de POH-GGZ: 44% gaf een 8 als rapportcijfer, en 25% een 9 of 10 (zie **Figuur 5.1**). Ongeveer 5% gaf een 5 of lager.

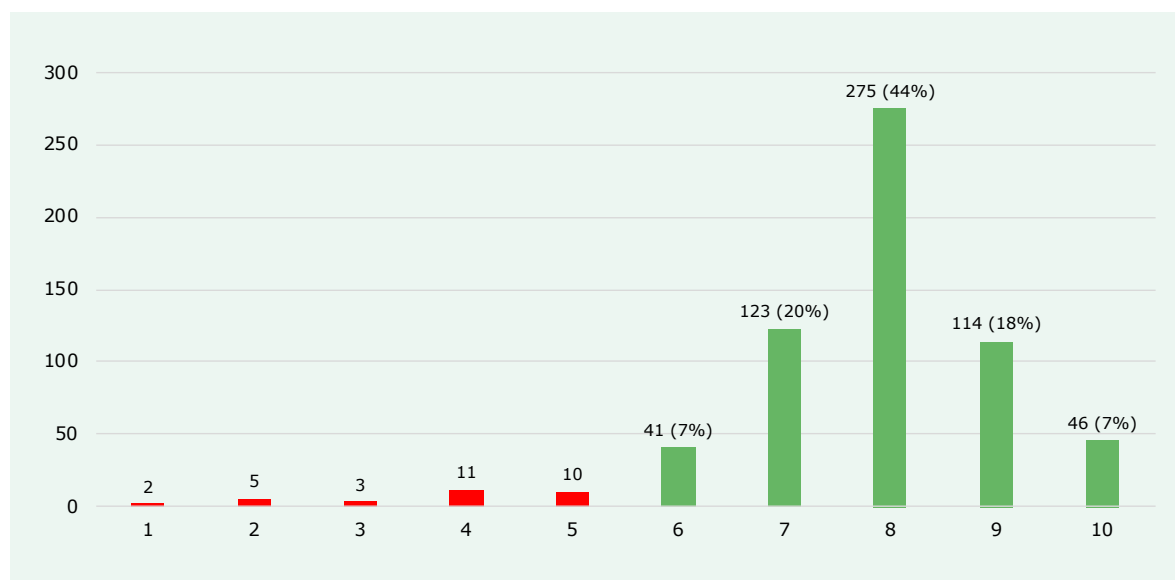
Ondanks dit algemeen positieve beeld, bestaat er ruimte voor verdere verbetering van

patiënttevredenheid, en dan vooral op het gebied van (zie **Figuur 5.2**):

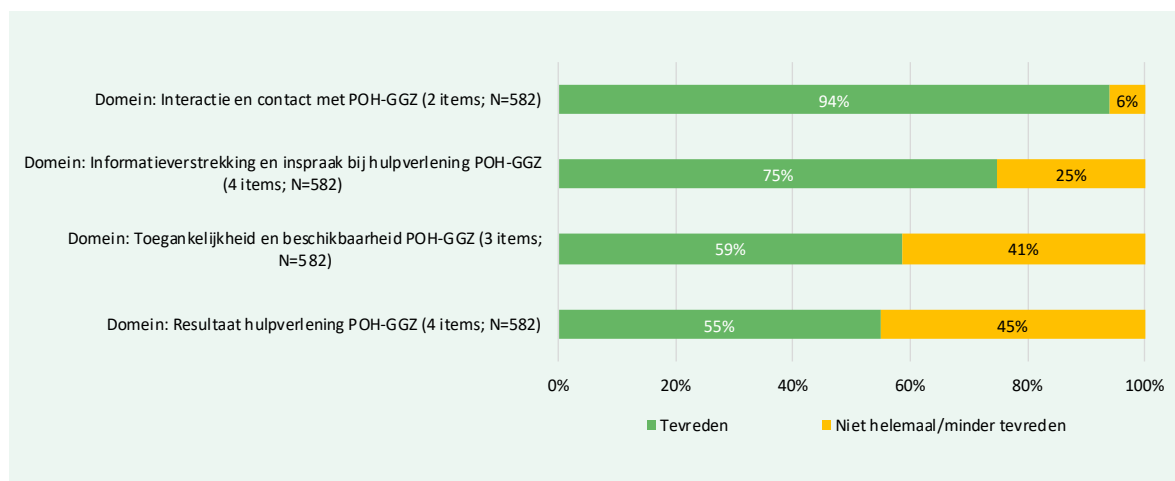
- de informatieverstrekking en inspraak bij de hulpverlening van de POH-GGZ;
- de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ; en
- het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ.

Over de interactie en het contact met de POH-GGZ was maar 6,0% van de patiënten niet helemaal of minder tevreden. Daarom is voor dit domein niet gekeken naar mogelijke POH-GGZ gerelateerde voorspellers.

Figuur 5.1 Rapportcijfer dat patiënten (N=630) gaven aan de hulpverlening van de POH-GGZ



Figuur 5.2 Patiënttevredenheid over domeinen van de hulpverlening van de POH-GGZ



POH-GGZ gerelateerde voorspellers van patiënttevredenheid

Tabel 5.1 geeft een overzicht van de gevonden significante verbanden.¹⁰

Invloed van post-hbo opleiding tot POH-GGZ

- Patiënten van POH's-GGZ die een aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ hadden voltooid of daarmee bezig waren, waardeerden de hulpverlening van de POH-GGZ met een significant hoger rapportcijfer dan patiënten van POH's-GGZ die geen aanvullende post-hbo opleiding volgden of hadden gevolgd.
- Wanneer gekeken werd naar de domeinen was het positieve effect van de post-hbo opleiding alleen terug te zien op de patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening.

Dit suggereert dat de kennis en vaardigheden die tijdens de aanvullende post-hbo opleiding worden opgedaan vooral bijdragen aan een effectievere hulpverlening van de POH-GGZ.

Invloed van dienstverband

- Er was een significant negatief verband tussen het gedetacheerd zijn als POH-GGZ en het rapportcijfer van patiënten. Nadere analyse verduidelijkt dat patiënten van POH's-GGZ die gedetacheerd waren vanuit een zorggroep of GGZ-aanbieder een significant lager rapportcijfer rapporteerden dan patiënten van POH's-GGZ die in loondienst waren van een praktijk.

- Als gekeken werd naar de domeinen werden significante negatieve effecten van deze twee vormen van detachering alleen gevonden op de patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ.

Het is lastig om deze bevindingen te verklaren; dit vraagt om nader onderzoek.

Invloed van werkervaring als POH-GGZ

Langere werkervaring als POH-GGZ hing samen met een significant grotere kans op patiënttevredenheid over zowel de informatieverstrekking en inspraak bij de POH-GGZ als het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ. De vergelijkingsgroep in de analyses waren POH's-GGZ met minder dan twee jaar werkervaring, oftewel relatief onervaren POH's-GGZ.

Deze bevindingen ondersteunen de aanbeveling uit het functie- en competentieprofiel POH-GGZ¹¹ dat er voor startende POH's-GGZ in de huisartsenpraktijk dient te worden zorggedragen voor voldoende begeleiding en supervisie.

Invloed van andere kenmerken

Zoals te zien in **Tabel 5.1** hadden diverse andere POH-GGZ gerelateerde kenmerken een significante invloed op de patiënttevredenheid over één of meer domeinen van hulpverlening.

Deze verbanden zijn minder eenduidig te verklaren, en vragen om nader onderzoek.



¹⁰ Significante effecten van patiëntkenmerken, die werden meegenomen als confounders, worden niet besproken in deze factsheet.

¹¹ [Definitief Functie- en competentieprofiel POH GGZ 2020, versie 1.0 04032020.pdf \(poh-ggz.nl\)](#)

Tabel 5.1 Overzicht van gevonden significante verbanden tussen POH-GGZ gerelateerde kenmerken en patiënttevredenheid over de hulpverlening van de POHGGZ. Een positief verband (+) betekent meer tevredenheid; een negatief verband (-) betekent minder tevredenheid.

		Tevredenheid domeinen hulpverlening POH-GGZ		
	Rapportcijfer hulp- verlening POH-GGZ	Informatie- verstrekking en inspraak	Toegankelijk- heid en beschik- baarheid	Resultaat hulp- verlening
Kenmerken professional of functie POH-GGZ				
Gevolgd/bezig zijn met post-hbo opleiding POH-GGZ (vs. geen opleiding)	+			+
Detacheringsovereenkomst (vs. in loondienst of zzp-contract)	—*			—*
4-8 jaar werkervaring als POH-GGZ (vs. <2 jaar)		+		+
≥8 jaar werkervaring als POH-GGZ (vs. <2 jaar)				+
16-28 uur per week werkzaam als POH-GGZ (vs. <16 uur)		+		
Hogere leeftijd		+		
Vaste overlegmomenten met de huisarts (vs. uitsluitend ad hoc overleg)			+	
≥20 uur nascholing in de afgelopen 12 maanden (vs. <20 uur)			—	
≥6 keer intervisie/supervisie in de afgelopen 12 maanden (vs. <6 keer)				—
Altijd/vaak gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering/triage (vs. nooit/zelden/soms)			—	—

* Een post hoc analyse liet een significant negatief effect zien van het gedetacheerd zijn vanuit een zorggroep of een GGZ-aanbieder (t.o.v. het in loondienst zijn van een huisartsenpraktijk). Het effect van het werkzaam zijn als zzp'er verschilde niet van dat van het in loondienst zijn van een praktijk. Dit gold ook voor het gedetacheerd zijn vanuit een samenwerkingsverband tussen een huisartsenorganisatie en een GGZ-aanbieder.

6. Conclusies deelonderzoeken B1 en B2

Beide deelonderzoeken geven aan:

- dat patiënten over het algemeen tevreden tot zeer tevreden zijn over de functie POH-GGZ en de hulpverlening van de POH-GGZ;
- dat patiënten over het algemeen tevreden zijn over de interactie en het contact met de POH-GGZ;
- dat er verbeterruimte bestaat op het gebied van gezamenlijke, geïnformeerde besluitvorming over de hulpverlening tussen patiënt en POH-GGZ;
- dat er verbeterruimte bestaat op het gebied van de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ tijdens het hulpverleningstraject; en
- dat langere werkervaring als POH-GGZ bijdraagt aan hogere patiënttevredenheid. Dit wijst op de relevantie om startende en onervaren POH's-GGZ in de huisartsenpraktijk voldoende begeleiding en supervisie te bieden.

Aanvullend wijst deelonderzoek B2 erop:

- dat het volgen van de aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ bijdraagt aan hogere patiënttevredenheid. Dit ondersteunt de keuze om het voltooien van de post-hbo opleiding één van de criteria te laten worden voor registratie als POH-GGZ in het Kwaliteitsregister voor POH-GGZ.
- dat er verbeterruimte bestaat op het gebied van patiënttevredenheid over de resultaten van de hulpverlening van de POH-GGZ. Dit kwam niet naar voren uit de groepsinterviews van deelonderzoek B1. Een mogelijke verklaring is dat de meeste patiënten die hieraan deelnamen al langere tijd hulp ontvingen van een POH-GGZ, of een hulpverleningstraject hadden afgerond. Het is daarom aannemelijk dat deze patiënten tevreden waren over de resultaten van de hulpverlening; anders zouden zij hier voortijdig mee gestopt zijn.

Deel C. Effectiviteit en doelmatigheid van de hulpverlening van de POH-GGZ

7. Deelonderzoek C1: welke POH-GGZ gerelateerde kenmerken zijn van invloed op de effectiviteit van de hulpverlening?

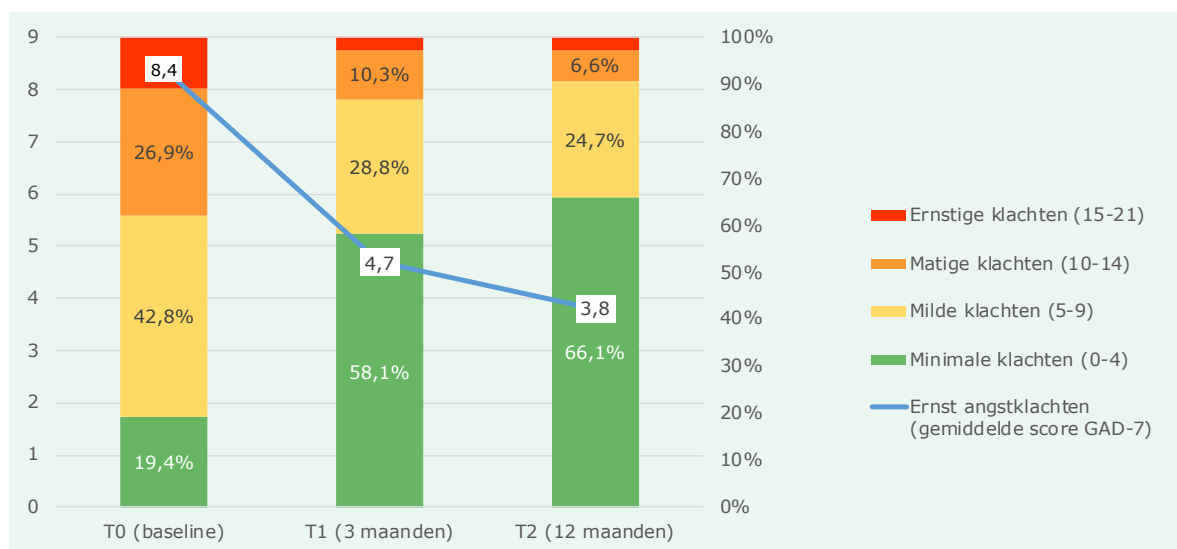
Klachten bij intake

Uit het kwantitatieve deelonderzoek C1 (zie Bijlage C voor de aanpak) blijkt:

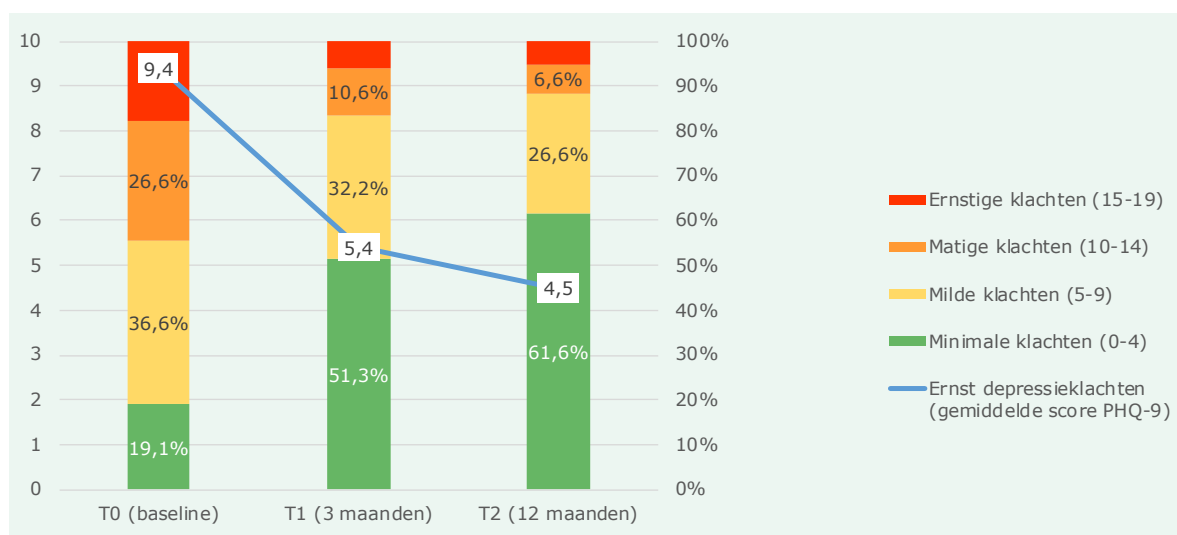
- De meeste patiënten hadden bij intake (T0) milde tot matige angstklachten (70% volgens de GAD-7; zie **Figuur 7.1**) of depressieklachten (63% volgens de PHQ-9; zie **Figuur 7.2**).

- Een minderheid had ernstige angst- of depressieklachten (respectievelijk 8% en 9%).
- Bijna de helft van de patiënten hadden op T0 sterk verhoogde spanningsklachten (46% volgens de 4DKL; zie **Figuur 7.3**). Het aandeel patiënten met sterk verhoogde angstklachten (10%) of depressieklachten (17%) lag volgens de 4DKL beduidend lager (niet gepresenteerd in figuren).

Figuur 7.1 Ernst angstklachten van patiënten (N=320) bij intake (T0), na 3 maanden (T1) en na 12 maanden (T2)*, zoals gemeten met de Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7)

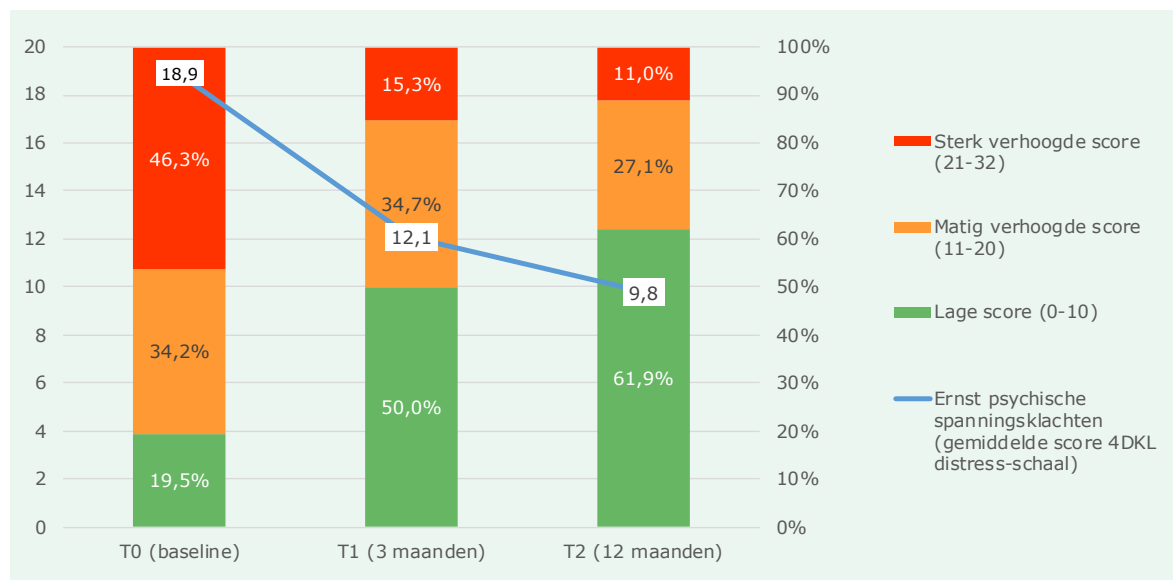


Figuur 7.2 Ernst depressieklachten van patiënten (N=320) bij intake (T0), na 3 maanden (T1) en na 12 maanden (T2)*, zoals gemeten met de Patient Health Questionnaire (PHQ-9)



*T2: 49 missende waarden

Figuur 7.3 Ernst spanningsklachten van patiënten (N=320) bij intake (T0)*, na 3 maanden (T1) en na 12 maanden (T2), zoals gemeten met de distress-schaal van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)**



*T0: 13 missende waarden; **T2: 49 missende waarden

Klachtenafname na follow-up

Gemiddeld genomen verminderde de ernst van de psychische klachten van patiënten relatief sterk tussen intake en 3 maanden follow-up (T1):

- Voor angst- en depressieklachten ging het om een daling van 42% tot 46%, afhankelijk van de vragenlijst waarnaar wordt gekeken.
- Voor spanningsklachten was de gemiddelde ernstscores met 36% afgenomen.

Na 12 maanden follow-up (T2) was de gemiddelde klachtenernst van patiënten verder verminderd. Wel was de mate van verbetering in de 9 maanden tussen 1e en 2e follow-up minder groot dan in de 3 maanden na intake bij de POH-GGZ: de gemiddelde ernstscores op T2 waren met 17% tot 29% gedaald (afhankelijk van de vragenlijst waarnaar wordt gekeken) ten opzichte van de scores op T1.

Opgemerkt dient te worden dat er vanwege het onderzoeksdesign (een cohortstudie zonder controlegroep) geen oorzakelijke relatie kan worden gelegd tussen de hulpverlening van de POH-GGZ en de klachtenafname na 3 en 12 maanden.

POH-GGZ gerelateerde voorspellers van ernst psychische klachten na follow-up

Tabel 7.1 geeft een overzicht van de gevonden ('borderline'-)significante verbanden.¹²

Invloed van werkervaring als POH-GGZ

Een consistente bevinding over de verschillende vragenlijsten heen (GAD-7; PHQ-9; en 4DKL) was dat patiënten van POH's-GGZ die acht jaar of langer werkzaam waren als POH-GGZ na 3 maanden (T1) significant ($p < 0,05$) of 'borderline'-significant ($p < 0,10$) ernstigere angst- of depressieklachten hadden dan patiënten van POH's-GGZ met minder dan twee jaar werkervaring als POH-GGZ.

Deze bevinding geeft aan dat ervaren POH's-GGZ gemiddeld genomen hulp bieden aan complexere patiënten die minder snel opknappen binnen 3 maanden, in vergelijking met POH's-GGZ met weinig werkervaring. Verklaringen hiervoor kunnen zijn:

- *Ervaren POH's-GGZ hebben voldoende competenties, vaardigheden, vertrouwen et cetera om (ook) hulp te bieden aan meer complexe patiënten.*
- *Voor ervaren POH's -GGZ zou het uitdagend en motiverend kunnen zijn om (ook) hulp te bieden aan complexere patiënten.*

¹² Vanwege het exploratieve karakter van het deelonderzoek en de relatief kleine studiepopulatie, is ook gekeken naar 'borderline'-significante verbanden ($p < 0,10$). Significante effecten van patiëntkenmerken, die werden meegenomen als confounders, worden niet besproken in deze factsheet.

- *Huisartsen zouden mogelijk meer geneigd zijn om complexere patiënten door te geleiden naar ervaren POH's-GGZ in plaats van deze patiënten bijvoorbeeld door te verwijzen naar de GGZ.*

Het effect van lange werkervaring als POH-GGZ was niet meer te zien na 12 maanden (T2).

Dit wijst erop dat de gemiddeld meer complexe patiënten van ervaren POH's-GGZ op de langere termijn uiteindelijk in dezelfde mate herstellen dan de gemiddeld minder complexe patiënten van weinig ervaren POH's-GGZ.

Invloed van terugvalpreventie

Een andere consistente bevinding over de verschillende vragenlijsten heen was dat patiënten met wie de POH-GGZ terugvalpreventie had besproken, na 3 maanden (T1) significant minder ernstige angst-, depressie- en spanningsklachten hadden dan patiënten met wie dit niet was gedaan. *Dit is geen verrassende bevinding omdat een POH-GGZ het pas zal gaan hebben over terugvalpreventie op het moment dat een patiënt voldoende is hersteld.*

Invloed van post-hbo opleiding tot POH-GGZ

Het hebben gevolgd als POH-GGZ van de aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ, of

het hiermee bezig zijn, hing significant samen met minder ernstige spanningsklachten na 3 maanden (T1) en 'borderline'-significant samen met minder ernstige depressieklachten na 12 maanden (T2). *Deze resultaten suggereren dat de kennis en vaardigheden die tijdens de aanvullende post-hbo opleiding worden opgedaan bijdragen aan een effectievere hulpverlening van de POH-GGZ.*

Invloed van nascholing en intervisie/supervisie

- Het hebben gevolgd van meer nascholing als POH-GGZ had een ('borderline')-significant positief effect op de ernst van depressieklachten ($p < 0,10$) en angstklachten ($p < 0,05$) na 3 maanden.
- Ook hing het hebben gehad van meer intervisie of supervisie samen met 'borderline'-significant minder ernstige depressieklachten na 12 maanden.

Deze resultaten lijken erop te wijzen dat deze deskundigheidsbevorderende activiteiten bijdragen aan effectievere hulpverlening van de POH-GGZ.

Invloed van andere kenmerken

Zoals weergegeven in **Tabel 7.1** werden er diverse andere ('borderline')-significante relaties gevonden. *Deze bevindingen zijn minder eenduidig te verklaren en vragen om nader onderzoek.*



Tabel 7.1 Overzicht van gevonden ('borderline')-significante verbanden tussen POH-GGZ gerelateerde kenmerken en ernst van psychische klachten na 3 of 12 maanden follow-up. Een positief verband (+) betekent minder ernstige klachten na 3 of 12 maanden; een negatief verband (-) betekent ernstigere klachten na 3 of 12 maanden. Een trend betekent 'borderline'-significant ($p < 0,10$).

Klachten na 3 maanden					
	Angst- klachten (GAD-7)	Depressie- klachten (PHQ-9)	Angst- klachten (4DKL)	Depressie- klachten (4DKL)	Spannings- klachten (4DKL)
Kenmerken professional of functie POH-GGZ					
≥8 jaar werkervaring als POH-GGZ (vs. <2 jaar)	- (trend)	-	- (trend)	- (trend)	
Gevolgd/bezig zijn met post-hbo opleiding POH-GGZ (vs. geen opleiding)					+
≥20 uur nascholing in de afgelopen 12 maanden (vs. <20 uur)		+ (trend)	+		
≥6 keer intervisie/supervisie in de afgelopen 12 maanden (vs. <6 keer)					
Hogere leeftijd				- (trend)	
≥28 uur per week werkzaam als POH-GGZ (vs. 16 uur)	+			+	
≥10 face-to-face consulten op een werkdag (vs. <10 consulten)					
Kenmerken hulpverlening POH-GGZ aan patiënt					
Terugvalpreventie (vs. geen terugvalpreventie)	+	+			+
Meer huiswerkopdrachten					
Cognitief-gedragstherapeutische technieken (vs. geen CGT-technieken)					-

Klachten na 12 maanden					
	Angst- klachten (GAD-7)	Depressie- klachten (PHQ-9)	Angst- klachten (4DKL)	Depressie- klachten (4DKL)	Spannings- klachten (4DKL)
Kenmerken professional of functie POH-GGZ					
≥8 jaar werkervaring als POH-GGZ (vs. <2 jaar)					
Gevolgd/bezig zijn met post-hbo opleiding POH-GGZ (vs. geen opleiding)		+ (trend)			
≥20 uur nascholing in de afgelopen 12 maanden (vs. <20 uur)					
≥6 keer intervisie/supervisie in de afgelopen 12 maanden (vs. <6 keer)		+ (trend)			
Hogere leeftijd					
≥28 uur per week werkzaam als POH-GGZ (vs. 16 uur)					
≥10 face-to-face consulten op een werkdag (vs. <10 consulten)			+ (trend)		
Kenmerken hulpverlening POH-GGZ aan patiënt					
Terugvalpreventie (vs. geen terugvalpreventie)					
Meer huiswerkopdrachten				+ (trend)	
Cognitief-gedragstherapeutische technieken (vs. geen CGT-technieken)					

GAD-7: Generalized Anxiety Disorder 7-item scale; PHQ-9: Patient Health Questionnaire; en 4DKL: Vierdimensionale Klachtenlijst

8. Deelonderzoek C2: welke POH-GGZ gerelateerde kenmerken zijn van invloed op de doelmatigheid van de hulpverlening?

Verbetering van kwaliteit van leven en vermindering van kosten na follow-up

Het kwantitatieve Deelonderzoek C2 (zie Bijlage C voor de aanpak) laat zien dat de gemiddelde kwaliteit van leven van patiënten verbeterde, zowel in de 3 maanden na intake bij de POH-GGZ (verandering in QALYs: 0,022) als in de periode van 3 tot 12 maanden na intake (verandering in QALYs: 0,021).¹³

Verder namen de gemiddelde totale kosten per patiënt af in de 3 maanden na intake bij de POH-GGZ (€3.864), in vergelijking met het gemiddelde in de 3 maanden voorafgaand aan het intakegesprek (€5.220). Deze daling was vooral toe te schrijven aan (zie **Tabel 8.1**):

- dalende kosten van werkverzuim (€ -481);
- dalende kosten van verminderd functioneren op het werk (€ -537); en
- dalende kosten van niet kunnen uitvoeren van onbetaald werk (€ -285).

De gemiddelde totale kosten per patiënt daalden verder in de periode van 6 tot 12 maanden na intake (€3.654), vooral omdat kosten door werkverzuim verder afnamen.

De dalende kosten geven aan dat het functioneren van patiënten verbeterde na 3 en 12 maanden follow-up.

Opgemerkt dient te worden dat er vanwege het onderzoeksdesign (een cohortstudie zonder controlegroep) geen oorzakelijke relaties kunnen worden aangetoond tussen enerzijds de hulpverlening van de POH-GGZ en anderzijds de verhoging van kwaliteit van leven en de vermindering van kosten.

Tabel 8.1 Gemiddelde kosten per patiënt in de 3 maanden voorafgaand aan intake bij de POH-GGZ, in de 3 maanden na intake, en in de 6 tot 12 maanden na intake (€, 2018)

	Gemiddelde kosten in de 3 maanden vóór intake	Gemiddelde kosten in de 3 maanden na intake	Gemiddelde kosten in de 6-12 maanden na intake
I Zorgkosten totaal	€ 411	€ 443 ^a	€ 692 ^b
Kosten consulten POH-GGZ	N.v.t.	€ 39 ^a	€ 7 ^b
Kosten consulten andere zorgverleners (o.a. huisarts)	€ 344	€ 334	€ 476
Andere zorgkosten (o.a. medicatie)	€ 67	€ 72	€ 204
II Productiviteitskosten totaal	€ 4.164	€ 3.146	€ 2.481
Absenteïsme (werkverzuim)	€ 3.277	€ 2.796	€ 1.873
Presenteïsme *	€ 887	€ 350	€ 608
III Andere kosten totaal	€ 645	€ 359	€ 544
Niet uitgevoerd onbetaald werk	€ 622	€ 337	€ 512
Vervoerskosten	€ 22	€ 22	€ 32
Totale kosten per patiënt	€ 5.220	€ 3.864^a	€ 3.654^b

* Verminderd functioneren op het werk; a 27 missende waarden; b 49 missende waarden.

Net Monetary Benefit (NMB) na follow-up

De gemiddelde NMB – de gebruikte maat voor doelmatigheid (zie Bijlage C) – was zowel na 3 maanden (-3.421) als na 12 maanden (-2.792) follow-up negatief. Oftewel: gemiddeld genomen waren de behaalde baten (de behaalde gezondheidswinst uitgedrukt in geld) kleiner dan de kosten.

Mogelijk zijn de behaalde baten van de hulpverlening van de POH-GGZ onderschat omdat de gebruikte vragenlijst (EQ-5D-5L) beperkt sensitief is voor het meten van gezondheidswinst bij mensen met psychische problematiek. Bovendien is een conservatieve 'willingness-to-pay threshold' van €20.000 gehanteerd.¹⁴

POH-GGZ gerelateerde voorspellers van NMB na follow-up

Tabel 8.2 geeft een overzicht van de gevonden ('borderline'-)significante verbanden.^{15, 16}

Invloed van werkervaring als POH-GGZ

- De hulpverlening van POH's-GGZ die twee jaar of langer werkzaam waren als POH-GGZ was na 3 maanden (T1) significant minder doelmatig dan die van POH's-GGZ met minder dan twee jaar werkervaring als POH-GGZ.
- In het verlengde hiervan werd gevonden dat het hebben als POH-GGZ van 10 tot 20 jaar werkervaring als hulpverlener bij psychische problemen (ten opzichte van <10 jaar werkervaring) samenhang met een negatieve NMB.

Deze resultaten wijzen erop dat – ten opzichte van POH's-GGZ met weinig werkervaring – ervaren POH's-GGZ gemiddeld genomen hulp bieden aan complexere patiënten die minder snel opknappen en hogere kosten genereren 3 maanden na intake.

Na 12 maanden follow-up (T2) hadden een langere werkervaring als POH-GGZ en als hulpverlener bij psychische problemen geen significante effecten meer op doelmatigheid van de hulpverlening. *Dit suggereert dat op de langere termijn patiënten van ervaren POH's-GGZ gemiddeld genomen in dezelfde mate herstellen als patiënten van minder ervaren POH's-GGZ, waardoor er op de langere termijn ook geen sprake meer is van minder doelmatige hulpverlening van ervaren POH's-GGZ.*



Invloed van dienstverband

- Het gedetacheerd zijn als POH-GGZ hing significant samen met NMB na 3 maanden. Nadere analyse verduidelijkte dat de hulpverlening van POH's-GGZ die werkzaam waren als zzp'er ($p < 0,05$), die gedetacheerd waren vanuit een samenwerkingsverband tussen een huisartsenorganisatie en een GGZ-aanbieder ($p < 0,01$), en die gedetacheerd waren vanuit een GGZ-aanbieder ($p < 0,10$) na 3 maanden ('borderline'-)significant doelmatiger was dan die van POH's-GGZ in loondienst van een huisartsenpraktijk.
- Het verband tussen type dienstverband en NMB verdween na 12 maanden follow-up (T2). *Het is lastig om deze bevindingen te verklaren; dit vraagt om nader onderzoek.*

Invloed van andere kenmerken

Tussentijdse verwijzing van patiënten naar de GGZ hing significant samen met minder doelmatige hulpverlening na 12 maanden. *Dit kan verklaard worden door de (extra) kosten van de zorg die deze patiënten ontvingen in de GGZ. Bovendien is het aannemelijk dat het hier patiënten betrof die minder goed herstelden (en dus weinig gezondheidswinst behaalden) tijdens het hulpverleningstraject van de POH-GGZ.*

¹⁴ Dit is de gebruikelijke 'willingness-to-pay (WTP) threshold' voor preventieve interventies. Dit kan echter een conservatieve WTP zijn voor patiënten van POH's-GGZ met milde tot matige psychische klachten.

¹⁵ Vanwege het exploratieve karakter van het deelonderzoek en de relatief kleine studiepopulatie, is ook gekeken naar 'borderline'-significante verbanden ($p < 0,10$). Significante effecten van patiëntkenmerken, die werden meegenomen als confounders, worden niet besproken in deze factsheet.

¹⁶ Zie voor bevindingen na 3 maanden follow-up: Venneman T, Wijnen BFM, Ringoir L, Kenter A, Van Bon-Martens MJH, Alessie RJM, Nuyen J (2020). Factors influencing short-term effectiveness and efficiency of the care provided by Dutch general practice mental health professionals. Glob Reg Health Technol Assess; 7: 139-147. <https://journals.aboutscience.eu/index.php/grhta/article/view/2028/2212>

Zoals te zien in **Tabel 8.2** waren er ('borderline')-significante effecten van het aantal consulten en huiswerkopdrachten.

Deze bevindingen zijn minder eenduidig te verklaren en vragen om nader onderzoek.

Tabel 8.2 Overzicht van gevonden ('borderline')-significante verbanden tussen POH-GGZ gerelateerde kenmerken en Net Monetary Benefit (NMB) na 3 of 12 maanden follow-up. Een positief verband (+) betekent meer doelmatige hulpverlening; een negatief verband (-) betekent minder doelmatige hulpverlening. Een trend betekent 'borderline'-significant ($p < 0,10$).

	NMB na 3 maanden follow-up	NMB na 12 maanden follow-up
Kenmerken professional of functie POH-GGZ		
2-4 jaar werkervaring als POH-GGZ (vs. <2 jaar)	-	
4-8 jaar werkervaring als POH-GGZ (vs. <2 jaar)	-	
≥8 jaar werkervaring als POH-GGZ (vs. <2 jaar)	-	
10-20 jaar werkervaring als hulpverlener bij psychische problemen (vs. <10 jaar)	-	
Detacheringsovereenkomst (vs. in loondienst of zzp-contract)	+*	
≥10 face-to-face consulten op een werkdag (vs. <10 consulten)		+
Kenmerken hulpverlening POH-GGZ aan patiënt		
Verwijzing naar GGZ (vs. geen verwijzing)	N.v.t.	-
Meer huiswerkopdrachten	- (trend)	

* Een post hoc analyse liet zien dat de hulpverlening van POH's-GGZ die werkzaam waren als zzp'er ($p < 0,05$), die gedetacheerd waren vanuit een samenwerkingsverband tussen een huisartsenorganisatie en een GGZ-aanbieder ($p < 0,01$), en die gedetacheerd waren vanuit een GGZ-aanbieder ($p < 0,10$) na 3 maanden ('borderline')-significant doelmatiger was dan die van POH's-GGZ in loondienst van een huisartsenpraktijk.



9. Conclusies en beschouwing deelonderzoeken C1 en C2

Klachtvermindering en verbetering van kwaliteit van leven en functioneren na follow-up

Tezamen genomen geven de deelonderzoeken aan:

- dat de ernst van angst-, depressie- of spanningsklachten van volwassen patiënten van POH's-GGZ substantieel vermindert (daling van 36% tot 46%) 3 maanden na intake;
- dat klachternst verder afneemt na 12 maanden follow-up, hoewel minder sterk; en
- dat daarnaast de kwaliteit van leven en het functioneren van volwassen patiënten verbeteren na 3 en 12 maanden follow-up.

Hoewel deze bevindingen suggereren dat de hulpverlening van de POH-GGZ effectief is, kan vanwege het onderzoeksdesign (een cohortstudie zonder controlegroep) geen oorzakelijke relatie worden gelegd tussen enerzijds de hulpverlening van de POH-GGZ en anderzijds de vermindering van psychische klachten, de verhoging van kwaliteit van leven en de verbetering van functioneren.

Invloed van werkervaring als POH-GGZ op effectiviteit en doelmatigheid, maar alleen op korte termijn follow-up

De deelonderzoeken wijzen erop:

- dat de hulpverlening van ervaren POH's-GGZ 3 maanden na intake zowel minder effectief als minder doelmatig is dan de hulpverlening van POH's-GGZ met weinig werkervaring; maar
- dat deze effecten van werkervaring als POH-GGZ niet meer bestaan na 12 maanden follow-up.

Deze bevindingen wijzen erop dat ervaren POH's-GGZ – in vergelijking met POH's-GGZ met weinig werkervaring – gemiddeld genomen hulp bieden aan patiënten met complexere psychische problemen, die minder snel opknappen en meer kosten genereren in de 3 maanden na intake.

Dit is relevant gezien de verwachting dat de komende jaren relatief veel jongere professionals met weinig werkervaring zullen instromen als POH-GGZ. Onze bevindingen impliceren dat deze verandering naar gemiddeld minder ervaren POH's-GGZ gepaard kan gaan met een toenemend aantal verwijzingen van patiënten vanuit de huisartsenpraktijk naar de GGZ (patiënten die voorheen hulp zouden hebben ontvangen van ervaren POH's-GGZ). Dit lijkt onwenselijk, vanwege de lange wachttijden bij GGZ-aanbieders. Bovendien suggereren de deelonderzoeken dat op de langere termijn (na 12 maanden) de complexere patiënten van ervaren POH's-GGZ gemiddeld genomen in dezelfde mate herstellen als de minder complexe patiënten van minder ervaren POH's-GGZ, en dat ook de doelmatigheid van de hulpverlening niet meer verschilt tussen ervaren en minder ervaren POH's-GGZ. Het lijkt daarom relevant om startende en onervaren POH's-GGZ in de huisartsenpraktijk voldoende begeleiding en supervisie te bieden om zoveel mogelijk onnodige verwijzing van patiënten naar de GGZ te voorkómen.

Positieve invloed van post-hbo opleiding tot POH-GGZ en deskundigheidsbevorderende activiteiten op effectiviteit

Deelonderzoek C1 geeft aan dat het volgen van de aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ, nascholing en intervisie/supervisie bijdragen aan een effectievere hulpverlening van de POH-GGZ.

Dit ondersteunt de keuze om het voltooien van de post-hbo opleiding tot POH-GGZ één van de criteria te laten worden voor registratie als POH-GGZ in het Kwaliteitsregister voor POH-GGZ. Daarnaast wijst het op de relevantie van het onderhouden of uitbreiden van de eigen deskundigheid als POH-GGZ voor de effectiviteit van de hulpverlening.

Bijlage A. Aanpak deelonderzoeken A1 en A2

Voor deelonderzoeken A1 en A2 hebben deelnemende POH's-GGZ en huisartsen vragenlijsten ingevuld. Voor deelonderzoek A2 zijn daarnaast focusgroepen en duidingssessies gehouden met POH's-GGZ, huisartsen en andere betrokkenen (andere zorgverleners, managers van zorgorganisaties en vertegenwoordigers van verzekeraars). Werving van laatstgenoemden gebeurde via deelnemende POH's-GGZ en huisartsen, en bij het onderzoek betrokken zorgorganisaties en verzekeraars.

De vragenlijsten gingen over hoe de functie POH-GGZ in de dagelijkse praktijk wordt georganiseerd en uitgevoerd (hoofdzakelijk via vragen met vaste antwoordcategorieën), en welke factoren hierbij een adequate uitvoering van de functie bevorderen of belemmeren (vooral via open vragen). De vragenlijsten zijn in twee rondes ingevuld door respectievelijk 49 POH's-GGZ en 41 huisartsen (najaar 2017) en 63 POH's-GGZ en 34 huisartsen (begin/voorjaar 2019). Antwoorden zijn verwerkt met beschrijvende statistiek, waarbij antwoorden op open vragen eerst zijn gecategoriseerd.

Er zijn vier focusgroepen gehouden met in totaal 31 POH's-GGZ en huisartsen, twee focusgroepen met in totaal negen andere zorgverleners, en een focusgroep met vijf managers van betrokken zorgorganisaties en vertegenwoordigers van verzekeraars. Aanvullend is een individueel interview afgenomen met een zorgmanager. De focusgroepen vonden in twee rondes plaats (najaar 2017; en najaar 2018) in verschillende deelnemende regio's. Uitgewerkte interviewverslagen zijn thematisch geanalyseerd. De bevindingen uit acht regionale duidingssessies (voorjaar 2018) zijn meegenomen ter aanvulling van de focusgroepen. Aan deze sessies namen in totaal 62 deelnemende POH's-GGZ en huisartsen, alsook twee managers van betrokken zorgorganisaties.



Bijlage B. Aanpak deelonderzoeken B1 en B2

Deelonderzoek B1

Er zijn vier focusgroepen met in totaal 20 volwassen patiënten gehouden, aangevuld met telefonische interviews met twee patiënten die de focusgroepen niet konden bijwonen. Werving van patiënten gebeurde via deelnemende POH's-GGZ. De focusgroepen en interviews vonden in twee rondes plaats (najaar 2017; en najaar 2018) in verschillende deelnemende regio's. Uitgewerkte interviewverslagen zijn thematisch geanalyseerd.

De 22 patiënten waren gemiddeld 49 jaar oud (range: 27-76 jaar), en 68% was vrouw. De meeste patiënten hadden stress, burn-out-, angst- en/of depressieklachten (73%) en/of problemen op belangrijke levensgebieden, zoals relationele problemen, werkproblemen of financiële problemen (41%). Het mediane aantal consulten dat patiënten hebben gehad met de POH-GGZ was zeven.¹⁷ Bij 27% van de patiënten was de hulpverlening van de POH-GGZ nog gaande. Van de patiënten bij wie dit was afgelopen was 25% verwezen naar een psycholoog, psychotherapeut of psychiater.

Deelonderzoek B2

Patiënten (≥16 jaar) vulden een tevredenheidsvragenlijst in, 3 maanden na intake bij de POH-GGZ. In de vragenlijst werd gevraagd een rapportcijfer te geven aan de hulpverlening van POH-GGZ. Daarnaast werd zicht verkregen op de tevredenheid over vier domeinen:

- de informatieverstrekking en inspraak bij de hulpverlening van de POH-GGZ (4 items);
- de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ (3 items);
- de interactie en het contact met de POH-GGZ (2 items); en
- het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ (4 items).

Het rapportcijfer en de tevredenheid over de vier domeinen zijn als uitkomstvariabelen onderzocht. Via de vragenlijst zijn ook patiëntkenmerken uitgevraagd (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, aantal afspraken met de POH-GGZ, en het al dan niet afgerond zijn van de hulpverlening) die als mogelijke confounders werden meegenomen in de analyses.

Als mogelijke voorspellers van patiënttevredenheid is gekeken naar in totaal 15 kenmerken van deelnemende POH's-GGZ. Het ging hierbij om hun achtergrondkenmerken als professional en kenmerken van hoe hun functie in de dagelijkse praktijk werd georganiseerd en uitgevoerd. Deze POH-GGZ gerelateerde voorspellers zijn uitgevraagd via een vragenlijst.

Werving van patiënten verliep via de POH's-GGZ. Tussen juni 2017 en maart 2019 hebben in totaal 637 patiënten de tevredenheidsvragenlijst ingevuld (42% van de 1.514 geïnteresseerde patiënten). Analyses zijn uitgevoerd in een studiepopulatie van 630 patiënten van 44 POH's-GGZ (gemiddeld aantal patiënten per POH-GGZ: 14,3). De 630 patiënten waren gemiddeld 45,0 jaar oud (range: 16-84 jaar), 72% was vrouw, en 43% had een hbo- of wo-opleiding gevolgd. Gemiddeld hadden patiënten 4,7 contacten met de POH-GGZ gehad, waarbij voor de helft van de patiënten de hulpverlening van de POH-GGZ nog gaande was.

Voor de uitkomstvariabelen werden mogelijke POH-GGZ gerelateerde voorspellers en patiënt-gerelateerde confounders geselecteerd om mee te nemen in de analyses. Dit gebeurde via een combinatie van a priori selectie (op basis van expert opinie)¹⁸ en statistische selectie. Vervolgens werden statistische analyses uitgevoerd om na te gaan welke geselecteerde POH-GGZ gerelateerde voorspellers samenhangen met een uitkomstvariabele. Hierbij werd rekening gehouden met de invloed van geselecteerde patiënt-gerelateerde confounders en het gegeven dat clusters van patiënten bij eenzelfde POH-GGZ hoorden.

¹⁷ Inclusief eventuele eerdere hulpverleningstrajecten.

¹⁸ Vijf kenmerken: verpleegkundige achtergrond (j/n); aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ voltooid/mee bezig zijn (j/n); werkervaring als POH-GGZ; aantal face-to-face consulten op een werkdag; en detacheringsovereenkomst (j/n).

Bijlage C. Aanpak deelonderzoeken C1 en C2

Deelnemende patiënten

Werving van patiënten verliep via deelnemende POH's-GGZ. Tussen januari 2018 en maart 2019 nodigden zij patiënten (≥ 18 jaar) uit om deel te nemen, bij voorkeur aan het einde van het intakegesprek. Verdere inclusiescriteria voor patiënten waren: het hebben van depressie-, angst- en/of spanningsklachten, geen psychische hulp hebben ontvangen in de afgelopen 12 maanden, en de verwachting van de POH-GGZ dat er minimaal twee vervolcontacten zullen plaatsvinden na intake. In totaal werden 713 patiënten (van 75 POH's-GGZ) uitgenodigd, waarvan 483 patiënten (68%) zelfrapportagevragenlijsten na intake bij de POH-GGZ (T0) hebben ingevuld.

Analyses zijn uitgevoerd in de groep van 320 patiënten (van 64 POH's-GGZ) die de vragenlijsten ook na 3 maanden hebben ingevuld (T1), hulp ontvingen van de POH-GGZ tijdens minimaal twee consulten tussen T0 en T1, en niet zijn verwezen naar de GGZ tussen T0 en T1. Van deze patiënten hebben 271 patiënten (85%) de vragenlijsten ook na 12 maanden (T2) ingevuld.

De 320 patiënten waren gemiddeld 41,9 jaar oud (range: 18-72 jaar) en ruim twee derde (96,4%) was vrouw. De meerderheid had middelbaar onderwijs gevolgd (52,2%), was getrouwd of samenwonend (66,9%), had een betaalde baan (66,9%), en had geen migratieachtergrond (86,6%).

Uitkomstvariabelen deelonderzoek C1: ernst psychische klachten na follow-up

De mate van angst-, depressie-, en spanningsklachten van patiënten na intake (T0), na 3 maanden (T1) en na 12 maanden (T2) follow-up werden gemeten met de volgende zelfrapportagevragenlijsten: de GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7-item scale), de PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en de 4DKL (Vierdimensionale Klachtenlijst). Klachternst na 3 en 12 maanden follow-up zijn als uitkomstvariabelen onderzocht.

Uitkomstvariabele deelonderzoek C2: Net Monetary Benefit (NMB) na follow-up

Doelmatigheid werd gemeten in termen van Net Monetary Benefit (NMB), waarbij gebruik werd gemaakt van de volgende zelfrapportagevragenlijsten op T0, T1 en T2:

- EQ-5D-5L (EuroQOL-5D-5L), voor het meten van kwaliteit van leven in QALYs (quality-adjusted life years).
- TIC-P (Treatment Inventory of Costs in Patients with psychiatric disorders), voor het meten van kosten, waarbij een onderscheid werd gemaakt tussen zorgkosten, productiviteitskosten, en andere kosten.

NMB na 3 maanden follow-up werd berekend door de kosten per patiënt in de periode tussen T0 en T1 af te trekken van de (gemonetariseerde) behaalde baten tussen T0 en T1. De behaalde baten werden berekend door de gezondheidswinst uitgedrukt in verandering in QALYs te vermenigvuldigen met een 'willingness-to-pay threshold' van €20.000 per QALY. NMB na 12 maanden follow-up werd op vergelijkbare wijze berekend, uitgaande van de kosten en behaalde baten in de periode tussen T0 en T2.

Mogelijke voorspellers: POH-GGZ gerelateerde kenmerken

Als mogelijke voorspellers is gekeken naar in totaal 23 POH-GGZ gerelateerde kenmerken. Het ging hierbij om achtergrondkenmerken als professional, kenmerken van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de dagelijkse praktijk, en kenmerken van de hulpverlening. Deze mogelijke voorspellers zijn uitgevraagd bij deelnemende POH's-GGZ via vragenlijsten.

Mogelijke confounders: patiënt-gerelateerde kenmerken

Geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, werksituatie en migratie-achtergrond werden uitgevraagd bij patiënten en als mogelijke confounders meegenomen in de analyses. Dit gold ook voor ernst van psychische klachten bij intake.

Analyse

Voor de uitkomstvariabelen werden mogelijke POH-GGZ gerelateerde voorspellers en patiënt-gerelateerde confounders geselecteerd om mee te nemen in de analyses. Dit gebeurde via een combinatie van a priori selectie (op basis van expert opinie)¹⁹ en statistische selectie. Vervolgens werden statistische analyses uitgevoerd om te bepalen welke geselecteerde POH-GGZ gerelateerde voorspellers samenhangen met de ernst van psychische klachten na follow-up en met NMB na follow-up. Hierbij werd rekening gehouden met de invloed van geselecteerde patiënt-gerelateerde confounders en het gegeven dat clusters van patiënten bij eenzelfde POH-GGZ hoorden.

Missende waarden voor de uitkomstvariabelen werden geïmputeerd. Vanwege het exploratieve karakter van het onderzoek en de relatief kleine studiepopulatie, werden ook 'borderline'-significante verbanden ($p < 0,10$) gerapporteerd.

¹⁹ Vijf kenmerken: verpleegkundige achtergrond (j/n); aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ voltooid/mee bezig zijn (j/n); werkervaring als POH-GGZ; aantal face-to-face consulten op een werkdag; en detacheringsovereenkomst (j/n).



Colofon

Trimbos-instituut
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030 – 297 11 00

Financiering
ZonMw (projectnummer 531001207)

Auteurs
Jasper Nuijen (Trimbos-instituut),
Audry Kenter (LV POH-GGZ),
Ben Wijnen (Trimbos-instituut) en
Lianne Ringoir (Nippur; voorheen:
LV POH-GGZ)

Met dank aan
Marja van Bon, Harry van Haastrecht en
Wouter den Hollander (allen Trimbos-
instituut), Ingrid Korenromp (voorheen:
LV POH-GGZ) en Peter van Splunteren
(zelfstandig adviseur). De POH's-GGZ,
huisartsen, patiënten en anderen die
hebben deelgenomen aan het onderzoek,
of op een andere wijze hieraan hebben
bijgedragen.

Vormgeving & productie
Canon Nederland N.V.

Foto's
Gettyimages.nl

Bestelinformatie
Deze factsheet is gratis te downloaden
via www.trimbos.nl.

Artikelnummer: AF1926

Meer informatie
Neem contact op met Jasper Nuijen:
jnuijen@trimbos.nl

© Trimbos-instituut, 2021
Alle rechten voorbehouden. Niets uit
deze uitgave mag worden veeleelvoudigd
en/of openbaar gemaakt, in enige vorm
of op enige wijze, zonder voorafgaande
toestemming van het Trimbos-instituut.

Bronnen

Functie- & competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020
[Definitief Functie- en competentieprofiel POH GGZ 2020, versie 1.0 04032020.pdf \(poh-ggz.nl\)](#)

Magnée T, Sinnema H, Van Weelderen G, Nuijen J, Kenter A. Hoe denken POH's-GGZ over hun
werk? Huisarts & Wetenschap 2020; 5: 34-41.

Trimbos-instituut. Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk: terugblik, stand van zaken
en vooruitblik. Utrecht: Trimbos-instituut, 2014.
[af1313 versterking van de ggz in de huisartsenpraktijk.pdf \(trimbos.nl\)](#)

Venneman T, Wijnen BFM, Ringoir L, Kenter A, Van Bon-Martens MJH, Alessie RJM, Nuyen
J (2020). Factors influencing short-term effectiveness and efficiency of the care provided by
Dutch general practice mental health professionals. Glob Reg Health Technol Assess; 7: 139-147.
<https://journals.aboutscience.eu/index.php/grhta/article/view/2028/2212>