

Organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de praktijk

- Wat is de variatie tussen POH's-GGZ?
- Wat zijn ervaren succesfactoren en verbeterpunten?



Organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de praktijk

- Wat is de variatie tussen POH's-GGZ?
- Wat zijn ervaren succesfactoren en verbeterpunten?

Colofon

Financier

ZonMw Projectnummer 531001207

Auteurs

Jasper Nuijen (Trimbos-instituut)

Audry Kenter (Landelijke Vereniging POH-GGZ, LV POH-GGZ)

Lianne Ringoir (Nippur; voorheen: LV POH-GGZ)

Met dank aan

Marja van Bon-Martens, Seyguerney Breidel (stagiair), Harry van Haastrecht, Christa van Roon (stagiair), Auke Rothoff (stagiair), Elke Stam (stagiair) (allen Trimbos-instituut), Ingrid Korenromp (voorheen: LV POH-GGZ) en Peter van Splunteren (zelfstandig adviseur).

De POH's-GGZ, huisartsen, patiënten en anderen, alsook de zorgorganisaties, die hebben deelgenomen aan het onderzoek, of op een andere wijze hieraan hebben bijgedragen.

Projectleiding

Jasper Nuijen

Vormgeving

Canon Nederland N.V.

Beeld

Gettyimages.nl

Bestelinformatie

Dit rapport is gratis te downloaden via www.trimbos.nl

Artikelnummer **AF1936**

@ Trimbos-instituut, 2021

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

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	11
1.1 Functie POH-GGZ	11
1.2 Aanleiding en doelstelling onderzoek	11
1.3 Focus rapport	12
1.4 Leeswijzer	13
2 Aanpak	15
2.1 Onderzoeksdeelnemers	15
2.2 Vragenlijsten, focusgroepen en duidingssessies	16
DEELONDERZOEK A:	
Wat is de mate van variatie in de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de praktijk?	19
3 Variatie in de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de praktijk: resultaten	21
3.1 Geslacht en leeftijd	21
3.2 Opleiding en werkervaring	21
3.3 Dienstverband en omvang werkweek	23
3.4 Nascholing en intervisie/supervisie	23
3.5 Samenwerking tussen POH-GGZ en huisarts	24
3.6 Wachtijd	25
3.7 Patiëntcontacten	26
3.8 Patiëntkenmerken	27
3.9 Hulpverlening	28
3.10 Consultatie	29
3.11 Ondersteunend instrumentarium	30
4 Variatie in de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de praktijk: beschouwing en conclusie	33
4.1 Resultaten beschouwd	33
4.2 Representativiteit	35
4.3 Vergelijking ledenpeiling LV POH-GGZ	36
4.4 Conclusie	37

DEELONDERZOEK B:

Welke succesfactoren en verbeterpunten voor de functie POH-GGZ ervaren POH'S-GGZ, huisartsen en andere betrokkenen?

39

5 Ervaren succesfactoren en verbeterpunten voor de functie POH-GGZ: resultaten

41

5.1 Functie POH-GGZ algemeen

41

5.2 Samenwerking POH-GGZ en huisarts

49

5.3 Samenwerking binnen het team van de huisartsenpraktijk

54

5.4 E-mental health

55

5.5 Consultatie psychiater

57

5.6 Samenwerking met wijkteam

59

5.7 Samenwerking met de GGZ

61

6 Ervaren succesfactoren en verbeterpunten voor de functie POH-GGZ: beschouwing en conclusie

71

6.1 Resultaten samengevat

71

6.2 Beschouwing

76

6.3 Sterktes en beperkingen

81

6.4 Conclusie

81

TOT SLOT

83

7 Tot slot

85

Referenties

87

Bijlage 1: Overzicht onderwerpen vragenlijsten

89

Bijlage 2: Deelnemende zorgorganisaties en leden van de begeleidingscommissie

91

Samenvatting

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 bij te dragen aan het opvullen van deze kennislacunes heeft het Trimbos-instituut samen met de Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ) een meerjarige onderzoek uitgevoerd, bestaande uit verschillende deelonderzoeken.

Dit rapport beschrijft twee deelonderzoeken die gericht zijn op het beantwoorden van de volgende twee onderzoeksvragen:

- a. Welke variatie bestaat er tussen POH's-GGZ in de organisatie en uitvoering van de functie in de dagelijkse praktijk? (deelonderzoek A); en
- b. Wat zijn de ervaringen van POH's-GGZ, huisartsen, andere zorgverleners, managers van zorgorganisaties en vertegenwoordigers van verzekeraars met de functie POH-GGZ, en welke succesfactoren en verbeterpunten dragen volgens hen bij aan een optimale organisatie en uitvoering van de functie in de dagelijkse praktijk? (deelonderzoek B)

Aanpak

Deelnemende POH's-GGZ en huisartsen

In een eerste ronde (eerste helft van 2017) zijn voor het onderzoek 49 'koppels' POH-GGZ en huisartsen geworven, oftewel een POH-GGZ en huisarts die met elkaar samenwerken in dezelfde huisartsenpraktijk. Werving vond doelgericht plaats zodat de POH's-GGZ varieerden qua type dienstverband (d.w.z. in loondienst, zzp'er, detachering vanuit een zorggroep, een GGZ-aanbieder of een andersoortige organisatie). Dit werd gerealiseerd door te werven via zeven verschillende zorgorganisaties opererend in regio's verspreid over geheel midden-Nederland, alsmede onder leden van de LV POH-GGZ die werkzaam waren in midden-Nederland. Verder richtte het onderzoek zich op POH's-GGZ die hulp boden aan (hoofdzakelijk) volwassenen. In een tweede ronde (van najaar 2018 tot voorjaar 2019) zijn 30 extra POH's-GGZ (geen extra huisartsen) geworven via twee andere organisaties opererend in respectievelijk Noord-Holland Noord en West-Brabant, en via een oproep op de sociale media van het Trimbos-instituut.

Vragenlijsten, focusgroepen en duidingssessies

Om de twee onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden hebben deelnemende POH's-GGZ en huisartsen vragenlijsten ingevuld. Voor de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag zijn daarnaast focusgroepen en duidingssessies gehouden met POH's-GGZ en huisartsen en de andere doelgroepen (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 (hoofdzakelijk 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). De antwoorden op de vragenlijsten zijn verwerkt met behulp van 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 één focusgroep met vijf managers van betrokken zorgorganisaties en vertegenwoordigers van verzekeraars. Laatstgenoemde focusgroep is aangevuld met één individueel interview met een zorgmanager. De focusgroepen vonden in twee rondes (najaar 2017; en najaar 2018) plaats in verschillende deelnemende regio's. Uitgewerkte interviewverslagen zijn thematisch geanalyseerd met behulp van software voor kwalitatieve analyse (MAXQDA). De bevindingen uit acht regionale duidingssessies zijn meegenomen ter aanvulling en verdere verdieping van de focusgroepen. Deze sessies zijn voorjaar 2018 (tussen de twee rondes focusgroepen) gehouden met in totaal 62 deelnemende POH's-GGZ en huisartsen. Aan twee sessies nam ook een manager van een betrokken regionale zorgorganisatie deel.

Bevindingen deelonderzoek A: variatie in de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ

De beschrijvende resultaten van deelonderzoek A laten zien dat de meeste deelnemende POH's-GGZ vrouw zijn (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 hebben als hulpverlener bij psychische of sociale problematiek (gemiddeld 22 jaar; inclusief jaren werkzaam als POH-GGZ). Hun patiëntenpopulatie bestaat voornamelijk (gemiddeld bijna 90%) uit volwassenen van 18 jaar of ouder, van wie de meesten te maken hebben met angst-, depressie-, of overspannings-/burn-outklachten. Conform het functie- en competentieprofiel POH-GGZ zijn de POH's-GGZ bij volwassen patiënten primair bezig met het verhelderen van de hulpvraag, het geven van

psycho-educatie, voorlichting en advies, en het bieden van begeleiding en kortdurende behandeling. Hierbij wordt het vaakst cognitief gedragstherapeutische technieken en gedragsactivatie toegepast, gevolgd door oplossingsgerichte therapie en kortdurende behandeling volgens het KOP-model.

Vanwege de doelgerichte werving op dit aspect is het niet verrassend dat deelnemende POH's-GGZ verschillende dienstverbanden hebben. Twee derde (67%) van de POH's-GGZ hebben een detacheringsovereenkomst vanuit een GGZ-aanbieder, zorggroep of andere organisatie, 27% is in loondienst van een huisartsenpraktijk, en 6% is werkzaam als zzp'er. Afgezien van dienstverband, blijkt er ook in andere opzichten duidelijke variatie te bestaan tussen deelnemende POH's-GGZ, waaronder ten aanzien van:

- opleidingsachtergrond (waarbij het grootste deel van de POH's-GGZ (44%) is opgeleid tot sociaal psychiatrisch verpleegkundige);
- aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ (43% van de POH's-GGZ geeft aan deze post-hbo opleiding niet te hebben gevolgd, of hier niet mee bezig te zijn);
- werkervaring als POH-GGZ (53% van de POH's-GGZ is vier jaar of langer werkzaam als POH's-GGZ, terwijl 20% minder dan twee jaar werkervaring heeft);
- mate van nascholing (38% van de POH's-GGZ rapporteert in de afgelopen 12 maanden minder dan 20 uur nascholing te hebben gevolgd);
- mate van intervisie/supervisie (22% van de POH's-GGZ rapporteert in de afgelopen maanden minder dan zes keer intervisie/supervisie);
- patiëntgebonden overleg met de huisarts (42% van de POH's-GGZ geeft aan uitsluitend ad hoc te overleggen met de huisarts);
- wachttijd tot het intakegesprek (24% van de POH's-GGZ rapporteert een wachttijd van twee tot drie weken, en 14% een wachttijd van drie weken of langer); en
- aantal face-to-face consulten op een reguliere 8-urige werkdag (46% van de POH's-GGZ rapporteert 10 of meer face-to-face consulten).

De gesignaleerde variatie wijst erop dat voor een deel van de POH's-GGZ winst lijkt 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.

Bevindingen deelonderzoek B: ervaren succesfactoren en verbeterpunten voor de functie POH-GGZ

Uit de vragenlijsten en focusgroepen (aangevuld met duidingssessies) komt als algemeen beeld naar voren dat de functie POH-GGZ als een echte aanwinst voor de huisartsenpraktijk wordt ervaren door POH's-GGZ zelf, huisartsen, andere zorgverleners, managers van zorgorganisaties en vertegenwoordigers van verzekeraars. Als succesfactoren worden onder andere genoemd:

- de laagdrempelige, toegankelijke en continue hulpverlening van de POH-GGZ;
- de lange werkervaring en brede deskundigheid van veel POH's-GGZ;
- de veelal goede samenwerking tussen POH-GGZ en huisarts; en
- het werkplezier van de POH-GGZ, onder meer samenhangend met de afwisseling in werkzaamheden en de hoge mate van autonomie.

Tegelijkertijd worden diverse verbeterpunten benoemd voor het optimaliseren van de organisatie en uitvoering van de functie in de dagelijkse praktijk. Deze verbeterpunten kunnen worden samengevat in de volgende aandachtsgebieden:

- a. Het borgen van de kwaliteit van de functie POH-GGZ. Genoemde manieren die hieraan bij dragen zijn 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 bij dragen zijn onder andere:
 - maximaal 8 tot 9 face-to-face gesprekken op een werkdag;
 - het wegnemen van de 'productieprikkel' in de bekostiging van de functie POH-GGZ; en
 - het realiseren van een goede samenwerking met de GGZ in het bieden van 'overbruggingszorg' 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 zijn onder andere:
 - het hebben van duidelijke onderlinge afspraken over de werkwijzen, taakverdeling, verantwoordelijkheden, verwijspcedures, 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.

- d. Het verbeteren van de samenwerking van de POH-GGZ met de GGZ.
Genoemde manieren die hieraan bijdragen zijn 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.

Conclusie

De beschrijvende resultaten van deelonderzoek A laten zien dat er duidelijke variatie bestaat 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. De gesignaleerde variatie wijst erop dat voor een deel van de POH's-GGZ winst lijkt 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 B bevestigen en verdiepen dit beeld. Hoewel de functie POH-GGZ als een echte aanwinst voor de huisartsenpraktijk wordt ervaren, benoemen POH's-GGZ, huisartsen, andere zorgverleners, managers van zorgorganisaties en vertegenwoordigers van verzekeraars tegelijkertijd diverse aandachtspunten voor het optimaliseren van de organisatie en uitvoering van de functie in de dagelijkse 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 met het sociaal domein.

1 Inleiding

1.1 Functie POH-GGZ

De functie praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH-GGZ) werd in 2008 geïntroduceerd in de Nederlandse huisartsenzorg. De POH-GGZ richt zich op patiënten met psychische, psychosomatische en psychosociale problematiek. Daarbij gaat het primair om het nader analyseren en uitdiepen van hulpvraag en klachten, begeleiding en kortdurende behandeling. Zo nodig vindt er verwijzing plaats. De POH-GGZ werkt onder eindverantwoordelijkheid van de huisarts.¹ Sinds haar introductie heeft de functie POH-GGZ een grote vlucht genomen: inmiddels is in vrijwel alle huisartsenpraktijken in Nederland ten minste één POH-GGZ werkzaam², en ontvangen op jaarbasis ruim 500.000 personen hulp van een POH-GGZ.³ De relatief nieuwe functie POH-GGZ is sinds haar introductie volop in ontwikkeling. Recent is een geactualiseerd functie- en competentieprofiel POH-GGZ opgeleverd met als voornaamste doel meer eenduidigheid in de functie aan te brengen.¹

1.2 Aanleiding en doelstelling onderzoek

Ondanks de (steeds) belangrijke(re) rol van POH's-GGZ in de hulpverlening voor mensen met psychische, psychosomatische en psychosociale problemen 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.⁴ Om bij te dragen aan het opvullen van deze kennislacunes heeft het Trimbos-instituut samen met de Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ) het meerjarige onderzoek 'Succesfactoren in de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de huisartsenpraktijk' uitgevoerd in het kader van het ZonMw Preventieprogramma 5.

Het onderzoek beoogt inzicht te geven in:

- a. de mate van variatie in de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de dagelijkse praktijk;
- b. welke factoren een optimale organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ bevorderen of belemmeren;

1 Functie- & competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020

2 Peiling van Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) over GGZ (2017). Utrecht: LHV.

3 Zie: <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ambulantisering-in-de-ggz>

4 Trimbos-instituut. Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk: terugblik, stand van zaken en vooruitblik. Utrecht: Trimbos-instituut, 2014.

- c. de patiënttevredenheid over de hulpverlening van de POH-GGZ, en welke kenmerken van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ hiermee samenhangen; en
- d. welke kenmerken van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ samenhangen met de effectiviteit en doelmatigheid van de hulpverlening van de POH-GGZ op korte en langere termijn (oftewel na 3 en 12 maanden).

Op basis van de bevindingen worden aanbevelingen geformuleerd die kunnen bijdragen aan het optimaliseren van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ, en aan kwalitatief betere, effectievere en doelmatigere hulpverlening door de POH-GGZ.

1.3 Focus rapport

Dit rapport richt zich op de doelen a en b, oftewel op het beantwoorden van de volgende onderzoeksvragen:

1. Welke variatie bestaat er tussen POH's-GGZ in de organisatie en uitvoering van de functie in de dagelijkse praktijk? (deelonderzoek A); en
2. Wat zijn de ervaringen van POH's-GGZ, huisartsen, andere zorgverleners, managers van zorgorganisaties en vertegenwoordigers van verzekeraars met de functie POH-GGZ, en welke succesfactoren en verbeterpunten dragen volgens hen bij aan een optimale organisatie en uitvoering van de functie in de dagelijkse praktijk? (deelonderzoek B)

Verder is het vermeldenswaardig dat de bevindingen van het onderzoek gericht op het bereiken van de doelen b (vanuit het patiëntperspectief), c en d worden beschreven in twee andere rapporten.⁵

5 Respectievelijk getiteld 'Wat vinden patiënten van de POH-GGZ?' en 'Effectiviteit en doelmatigheid van de hulpverlening van de POH-GGZ: welke kenmerken van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ hebben invloed?'.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de aanpak waarmee gegevens zijn verzameld en geanalyseerd om de twee onderzoeksvragen te beantwoorden.

In Hoofdstuk 3 worden de resultaten van deelonderzoek A gepresenteerd over de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de dagelijkse praktijk, en de variatie die hierin bestaat. De resultaten worden vervolgens in Hoofdstuk 4 samengevat en beschouwd.

Hoofdstuk 5 beschrijft de resultaten van deelonderzoek B over welke succesfactoren en verbeterpunten ervaren worden ten aanzien van de functie POH-GGZ; deze resultaten worden vervolgens in Hoofdstuk 6 samengevat en beschouwd.

Het rapport sluit af met een korte slotbeschouwing (Hoofdstuk 7).

2 Aanpak

2.1 Onderzoeksdeelnemers

POH's-GGZ en huisartsen

In de eerste helft van 2017 (de eerste wervingsronde) zijn voor het onderzoek 49 'koppels' POH-GGZ en huisarts geworven, oftewel een POH-GGZ en huisarts die met elkaar samenwerken in dezelfde huisartsenpraktijk. Werving vond doelgericht plaats om ervoor te zorgen dat deelnemende POH's-GGZ varieerden qua type dienstverband (d.w.z. in loondienst, zzp'er, detachering vanuit een zorggroep, een GGZ-aanbieder of een andersoortige organisatie). Dit werd gerealiseerd door te werven via zeven verschillende zorgorganisaties opererend in regio's verspreid over geheel midden-Nederland, alsmede onder leden van de LV POH-GGZ die werkzaam waren in midden-Nederland. De organisaties waren: Arkin Basis GGZ, Indigo Parnassia, Federatie Eerstelijnszorg Almelo (FEA), Huisartsen Coöperatie Deventer en Omstreken (HCDO), OCE Nijmegen, Haspel, Stichting POH-GGZ Twente.⁶ Verder richtte het onderzoek zich op POH's-GGZ die hulp boden aan (hoofdzakelijk) volwassenen; POH's-GGZ die zich (voornamelijk) richtten op jongeren tot 18 jaar konden niet deelnemen.

Van najaar 2018 tot voorjaar 2019 (de tweede wervingsronde) zijn 30 extra POH's-GGZ (geen huisartsen) geworven via twee extra organisaties opererend in respectievelijk Noord-Holland Noord (Vicino) en West-Brabant (Het Huisartsteam), en via een oproep op de sociale media van het Trimbos-instituut. Deze extra werving van POH's-GGZ is gedaan omdat het werven van patiënten voor het onderdeel van het onderzoek dat zich richtte op de effectiviteit en doelmatigheid van de hulpverlening door de POH-GGZ (doel d, zie Inleiding) moeizamer verliep dan verwacht.

Andere deelnemers

Voor twee focusgroepen zijn andere zorgverleners (n=9) geworven, en voor één focusgroep managers van betrokken zorgorganisaties en vertegenwoordigers van verzekeraars (n=6). Werving gebeurde via de aan het onderzoek deelnemende POH's-GGZ en huisartsen, en bij het onderzoek betrokken zorgorganisaties en verzekeraars.

6 Een samenwerkingsverband tussen Thoon (Twentse Huisartsen Onderneming Oost Nederland) en Mediant.

2.2 Vragenlijsten, focusgroepen en duidingssessies

Voor het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag (*Welke variatie bestaat er tussen POH's-GGZ in de organisatie en uitvoering van de functie in de dagelijkse praktijk?*) is gebruikgemaakt van vragenlijsten zoals ingevuld door deelnemende POH's-GGZ en huisartsen. Om de tweede onderzoeksvraag (*Welke succesfactoren en verbeterpunten dragen bij aan een optimale organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ?*) te kunnen beantwoorden is ook gebruikgemaakt van de door POH's-GGZ en huisartsen ingevulde vragenlijsten, alsmede van kwalitatief onderzoek in de vorm van focusgroepen en duidingssessies.

Gegevensverzameling via vragenlijsten

Het projectteam heeft (online) vragenlijsten ontwikkeld voor de deelnemende POH's-GGZ en huisartsen. De POH's-GGZ en huisartsen uit de eerste wervingsronde werden najaar 2017 uitgenodigd om een eerste vragenlijst in te vullen, en begin/voorjaar 2019 om een tweede vragenlijst in te vullen. Algemeen gesteld gingen de vragenlijsten 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 (hoofdzakelijk via open vragen). Bijlage 1 geeft een overzicht van de onderwerpen van de twee vragenlijsten voor POH's-GGZ en huisartsen. De POH's-GGZ uit de tweede wervingsronde ontvingen voorjaar 2019 eenmalig een vragenlijst, die was samengesteld uit een selectie van de onderwerpen genoemd in de bijlage. Tabel 2.1 geeft een overzicht van de respons op de vragenlijsten.

De antwoorden op de vragenlijsten zijn verwerkt met behulp van beschrijvende statistiek. Daarbij zijn antwoorden op open vragen eerst gecategoriseerd.⁷ Weinig voorkomende antwoordcategorieën – minder dan 5% van alle antwoorden op een open vraag – worden niet gepresenteerd.

⁷ Categorisering van antwoorden gebeurde in twee stappen: 1) categoriseren door minimaal twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar; en 2) bereiken van consensus tussen de onderzoekers over een definitieve categorisering.

Tabel 2.1 Overzicht gegevensverzameling via vragenlijsten

	Respons 1 ^e vragenlijst	Respons 2 ^e vragenlijst	Respons alternatieve vragenlijst ^a
	Najaar 2017	Begin/voorjaar 2019	Voorjaar 2019
POH's-GGZ (1 ^e wervingsronde)	49/49 (100%)	33/39 (85%) ^b	
Extra POH's-GGZ (2 ^e wervingsronde)			30/30 (100%)
Huisartsen (1 ^e wervingsronde)	41/49 (84%)	32/37 (86%) ^{c,d}	2/8 (25%) ^e

a Samengesteld uit onderwerpen van de 1e en 2e vragenlijst.

b 10 POH's-GGZ zijn niet uitgenodigd vanwege stoppen met het onderzoek/andere reden.

c 4 huisartsen zijn niet uitgenodigd vanwege stoppen met het onderzoek/andere reden.

d 2 huisartsen hebben de vragenlijst deels ingevuld.

e Het gaat om de 8 huisartsen die de 1e vragenlijst niet hadden ingevuld.

Gegevensverzameling via focusgroepen en duidingssessies

Zoals weergegeven in Tabel 2.2 zijn er in totaal zeven focusgroepen gehouden met respectievelijk POH's-GGZ en huisartsen (4 focusgroepen; in verschillende deelnemende regio's), andere zorgverleners (2 focusgroepen; in verschillende deelnemende regio's), en managers van betrokken zorgorganisaties en vertegenwoordigers van verzekeraars (1 focusgroep, aangevuld met 1 individueel interview). De eerste ronde met vier focusgroepen vond najaar 2017 plaats; en de tweede ronde met drie focusgroepen najaar 2018.

Ter voorbereiding op de focusgroepen ontwikkelde het projectteam topiclijsten die toegespitst waren op de desbetreffende groep deelnemers. In de tweede ronde focusgroepen (respectievelijk met POH's-GGZ en huisartsen, en met andere zorgverleners) werden onderwerpen besproken die aanvullend en/of verdiepend waren op de eerste ronde focusgroepen. In de focusgroepen met POH's en huisartsen kwamen de volgende onderwerpen aan de orde: ervaren succesfactoren en verbeterpunten inzake de functie POH-GGZ in zijn algemeenheid, de onderlinge samenwerking, werkdruk en werkplezier van de POH-GGZ, de samenwerking met de ggz, en de samenwerking met het sociaal wijk- of buurtteam. De focusgroepen met andere zorgverleners richtten zich op: ervaren succesfactoren en verbeterpunten inzake de samenwerking met de POH-GGZ, de samenwerking tussen de POH-GGZ en de ggz, en de functie POH-GGZ in zijn algemeenheid. In de focusgroep met managers en vertegenwoordigers van verzekeraars ging het over ervaren succesfactoren en verbeterpunten inzake de inhoud, organisatie en financiering van de functie POH GGZ.

Elke focusgroep werd begeleid door een ervaren gespreksleider ('moderator'), daarbij ondersteund door een één of twee assistenten die ook aantekeningen maakten. Van alle focusgroepen werden geluidsopnamen gemaakt die woordelijk werden uitgewerkt. De interviewverslagen zijn thematisch geanalyseerd met behulp van software voor kwalitatieve analyse (MAXQDA).

Tabel 2.2 Overzicht gegevensverzameling via focusgroepen

	1 ^e ronde (najaar 2017): aantal deelnemers	2 ^e ronde (najaar 2018): aantal deelnemers	Totaal aantal deelnemers
POH's-GGZ; huisartsen	Focusgroep a: n=5; n=4 Focusgroep b: n=7; n=2	Focusgroep a: n=6; n=0 Focusgroep b: n=6; n=1	31
Andere zorgverleners ^b	Focusgroep: n=5	Focusgroep: n=4	9
Managers/ verzekeraars	Focusgroep: n=5 Individueel interview: n=1		6
			46

b Waaronder: vier (GZ-)psychologen (waarvan één ook psychotherapeut), een psychotherapeut, een praktijkondersteuner somatiek (POH-S), een praktijkverpleegkundige, een psychosomatisch oefentherapeut, en een verpleegkundig specialist.

In het voorjaar van 2018, tussen de twee rondes focusgroepen, zijn in totaal acht regionale duidingssessies gehouden met deelnemende POH's-GGZ en huisartsen (zie Tabel 2.3). Aan twee sessies nam ook een manager van een betrokken regionale zorgorganisatie deel. Tijdens de sessies werden eerst door het projectteam tussentijdse onderzoeksresultaten gepresenteerd over praktijkvariatie in de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in het algemeen, en in de samenwerking tussen huisarts en POH-GGZ in het bijzonder. Vervolgens hebben de deelnemers deze resultaten gezamenlijk geïnterpreteerd en geduid. De bevindingen uit de duidingssessies zijn meegenomen ter aanvulling en verdere verdieping op de uitkomsten van de focusgroepen.

Tabel 2.3 Overzicht van regionale duidingssessies (voorjaar 2018)

Regio	Aantal deelnemers	Totaal aantal deelnemers
Almelo	POH's-GGZ: n=4; huisartsen: n=3; manager: n=1	8
Amsterdam	POH's-GGZ: n=3; huisartsen: n=3	6
Den Bosch	POH's-GGZ: n=5; huisartsen: n=1	6
Deventer	POH's-GGZ: n=5; huisartsen: n=2	7
Hengelo	POH's-GGZ: n=5; huisartsen: n=1	6
Nijmegen	POH's-GGZ: n=5; huisartsen: n=5	10
Rotterdam en Den Haag	POH's-GGZ: n=4; huisartsen: n=2; manager: n=1	7
Utrecht	POH's-GGZ: n=7; huisartsen: n=7	14
		64

DEELONDERZOEK A:

Wat is de mate van variatie in de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de praktijk?

3 Variatie in de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de praktijk: resultaten

In dit resultatenhoofdstuk wordt ingegaan op hoe de functie POH-GGZ bij de deelnemende POH's-GGZ is georganiseerd en wordt uitgevoerd in de praktijk, en welke variatie daarin bestaat. De resultaten zijn gebaseerd op de vragenlijsten zoals ingevuld door deelnemende POH's-GGZ en huisartsen.

3.1 Geslacht en leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de deelnemende POH's-GGZ is 51 jaar, en zeven op de tien is vrouw.

Tabel 3.1 Geslacht en leeftijd van POH's-GGZ (n=79)

	%/M	SD	Mediaan	Range
Geslacht				
Vrouw	70,9%			
Man	29,1%			
Leeftijd (jaren)	50,5	8,7	53,0	31,0-63,0
Jonger dan 45 jaar	22,8%			
45 tot 55 jaar	41,8%			
55 jaar of ouder	35,4%			

3.2 Opleiding en werkervaring

De meeste deelnemende POH's-GGZ – ruim vier op de tien – zijn opgeleid tot sociaal psychiatisch verpleegkundige (SPV). Als alle verschillende opleidingen voor verpleegkundige tezamen worden genomen, had 70% van de POH's-GGZ een verpleegkundige opleidingsachtergrond. Ruim de helft (57%) van de POH's-GGZ heeft een aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ gevolgd, of is hier nog mee bezig.

Tabel 3.2 Opleiding van POH's-GGZ (n=79)

Opleiding ^a	
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	44,3%
Verpleegkunde (Bachelor of Nursing)	27,8%
Psychologie (Master of Science)	20,3%
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (Bachelor Social Work) met differentiatie GGZ	12,7%
HBO B-Verpleegkunde	10,1%
Verpleegkundig Specialist GGZ	3,8%
Sociaal Pedagogische Hulpverlening (Bachelor Social Work) met differentiatie GGZ	3,8%
HBO (toegepaste) psychologie	1,3%
Orthopedagogiek (Master of Science)	1,3%
Anders	13,9%
Aanvullende POH-GGZ opleiding	
Voltooid/nog bezig	57,0%
Nee	43,0%

a Totaal telt op tot meer dan 100% omdat sommige POH's-GGZ meerdere opleidingen hebben gevolgd.

Acht op de tien deelnemende POH's-GGZ zijn twee jaar of langer werkzaam als POH-GGZ; en ruim de helft (53%) vier jaar of langer. Eén op de vijf POH's-GGZ is relatief onervaren, oftewel heeft minder dan twee jaar werkervaring als POH-GGZ.

Tabel 3.3 Werkervaring van POH's-GGZ (n=79)

	%/M	SD	Mediaan	Range
Werkervaring als POH-GGZ (jaren)	5,0	3,4	4,0	0,3-14,4 ^a
Minder dan 2 jaar	20,3%			
2 tot 4 jaar	26,6%			
4 tot 8 jaar	34,2%			
8 jaar of langer	19,0%			
Werkervaring als professional die hulp biedt aan mensen met psychische of sociale problemen (jaren) ^b	21,5	9,5	23,0	1,0-40,8
Minder dan 10 jaar	12,7%			
10 tot 20 jaar	34,2%			
20 tot 30 jaar	26,6%			
30 jaar of langer	26,6%			

a Vijf POH's-GGZ geven aan meer dan 10 jaar werkervaring te hebben als POH-GGZ omdat zij vóór 2008 (het jaar waarin de functie werd geïntroduceerd) reeds werkzaam waren in een huisartsenpraktijk via de zogeheten consultatieregeling.

b Inclusief jaren werkzaam als POH-GGZ.

3.3 Dienstverband en omvang werkweek

Zoals toegelicht in het methode-hoofdstuk zijn de POH's-GGZ doelgericht geworven om zorg te dragen voor voldoende variatie in termen van type dienstverband. De meeste POH's-GGZ zijn in loondienst van een huisartsenpraktijk (27%) of gedetacheerd vanuit een GGZ-aanbieder (27%). Als alle vormen van detachering tezamen worden genomen, heeft ongeveer twee derde (67%) van de POH's-GGZ een detacheringsovereenkomst. Circa 6% van de POH's-GGZ is werkzaam als zelfstandige zonder personeel (zzp'er).

Tabel 3.4 Dienstverband van POH's-GGZ (n=79)

In loondienst huisartsenpraktijk	26,6%
Detacheringsovereenkomst vanuit een GGZ-aanbieder	26,6%
Detacheringsovereenkomst vanuit een zorggroep, huisartsenvereniging of -coöperatie	21,5%
Detacheringsovereenkomst vanuit een andere organisatie	19,0%
Zzp-contract	6,3%

Twee derde van de POH's-GGZ (66%) is werkzaam in twee of meer huisartsenpraktijken. De gemiddelde werkweek van de POH's-GGZ is ruim 24 uur. Er bestaat behoorlijke variatie tussen POH's-GGZ: terwijl ruim één op de tien minder dan 16 uur per week als POH-GGZ werkt, gaat het bij bijna vier op de tien om 28 uur of meer.

Tabel 3.5 Aantal uren werkzaam als POH-GGZ per week (n=79)

	%/M	SD	Mediaan	Range
Aantal uur per week	24,6	8,3	24,0	6,0-44,0
28 uur of meer	38,0%			
16 tot 28 uur	48,1%			
Minder dan 16 uur	13,9%			

3.4 Nascholing en intervisie/supervisie

Tabel 3.6 laat zien dat de mate waarin in de afgelopen 12 maanden is deelgenomen aan nascholingsactiviteiten (zoals masterclasses, workshops, cursussen en congressen) en intervisie-/supervisiebijeenkomsten verschilde tussen deelnemende POH's-GGZ. Als wordt uitgegaan van het op jaarbasis volgen van minimaal 20 uur nascholing (een 'grens' zoals bepaald door het projectteam zelf), blijkt dit voor ongeveer zes op de tien POH's-GGZ te gelden. Uitgaande van ten minste zes keer intervisie of supervisie per jaar (tweemaandelijks; ook een 'grens' zoals bepaald door het projectteam zelf), geldt dit voor bijna acht op de tien POH's-GGZ.

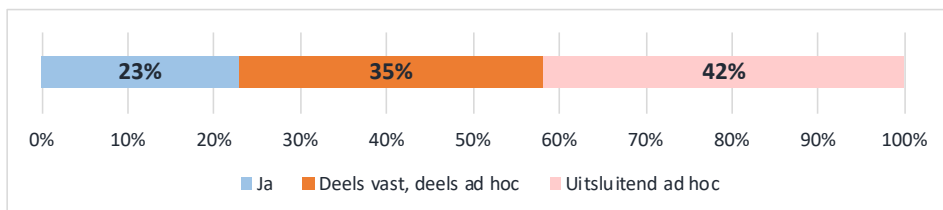
Tabel 3.6 Nascholing en intervisie/supervisie van POH's-GGZ (n=79)

	%/M	SD	Mediaan	Range
Aantal uur nascholing (afgelopen 12 maanden)	26,3	34,8	20,0	0-300
20 uur of meer	62,0%			
Minder dan 20 uur	38,0%			
Aantal keer intervisie/supervisie (afgelopen 12 maanden)	8,5	6,2	8,0	0-38
6 keer of meer	78,5%			
Minder dan 6 keer	21,5%			

3.5 Samenwerking tussen POH-GGZ en huisarts

Bijna zes op de tien POH's-GGZ (58%) gaven aan op vaste momenten met de huisarts(en) te overleggen over patiënten, al dan niet in combinatie met overleg op ad hoc basis. De resterende POH's-GGZ hadden uitsluitend ad hoc overleg.

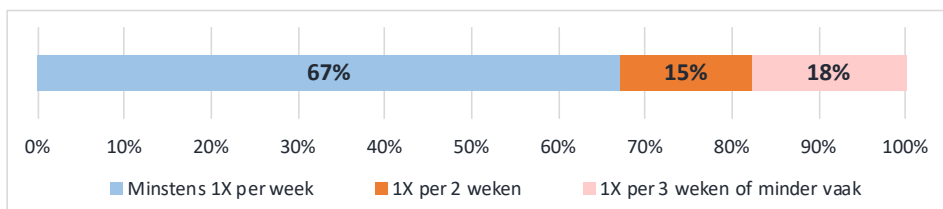
Figuur 3.1 Hebben POH's-GGZ (n=79) op vaste momenten patiëntgebonden overleg met de huisarts(en)?^a



^a Uitgaande van de praktijk waarmee aan het onderzoek werd deelgenomen.

Ongeveer twee derde van de POH's-GGZ gaf aan minimaal wekelijks een patiëntgebonden overleg te hebben met de huisarts(en). De resterende POH's-GGZ rapporteerden tweewekelijks overleg, of een lagere overlegfrequentie.

Figuur 3.2 Hoe vaak hebben POH's-GGZ (n=79) patiëntgebonden overleg met de huisarts(en)?^a



^a Uitgaande van de praktijk waarmee aan het onderzoek werd deelgenomen.

Volgens zowel POH's-GGZ als huisartsen wordt het meest overlegd over het te volgen beleid bij een patiënt en over een eventuele verwijzing of doorgeleiding van een patiënt naar een andere discipline of voorziening.

Tabel 3.7 Welke onderwerpen worden tijdens het patiëntgebonden overleg besproken? ^a

	POH's-GGZ (n=49) ^b	Huisartsen (n=41)
Het te volgen beleid bij een patiënt	76%	73%
De huisarts of POH-GGZ overweegt een patiënt te verwijzen/ door te sturen naar een andere discipline/voorziening	67%	68%
Vraag- of probleemverheldering bij een patiënt	43%	37%
De problemen van een patiënt verslechteren, of verbeteren niet	35%	39%
De huisarts of POH-GGZ overweegt consultatie aan te vragen bij een psychiater, psycholoog, kaderhuisarts GGZ of andere professional	22%	44%
De huisarts of POH-GGZ signaleert problemen bij kinderen of naastbetrokkenen van een patiënt	10%	12%
Anders (divers)	6%	2%

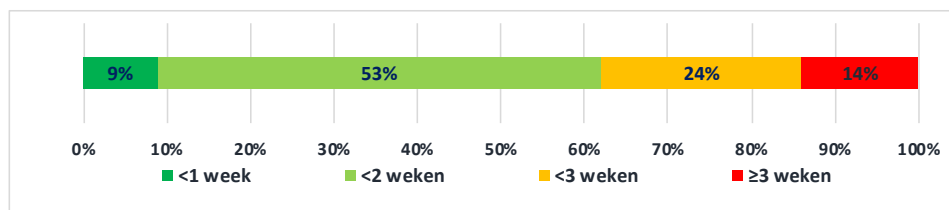
a Uitgaande van de praktijk waarmee aan het onderzoek werd deelgenomen. POH's-GGZ en huisartsen is gevraagd om 1 tot maximaal 3 onderwerpen aan te vinken.

b Deze vraag is niet voorgelegd aan de 30 extra POH's-GGZ geworven in de tweede wervingsronde.

3.6 Wachtijd

De meeste POH's-GGZ (62%) geven aan dat patiënten binnen één tot twee weken bij hen terecht konden. De overige POH's-GGZ rapporteren een wachttijd van twee tot drie weken (24%), of zelfs van drie weken of langer (14%).

Figuur 3.3 Wat is volgens POH's-GGZ (n=79) normaal gesproken de wachttijd tot het intakeconsult voor nieuwe patiënten? ^a



a Uitgaande van de praktijk waarmee aan het onderzoek werd deelgenomen.

3.7 Patiëntcontacten

Op een werkdag is er volgens deelnemende POH's-GGZ gemiddeld een verhouding van 83% en 17% tussen direct⁸ en indirect⁹ patiëntgebonden werkzaamheden. Tabel 3.8 laat de variatie zien die er in dit opzicht bestaat tussen de POH's-GGZ.

Tabel 3.8 Welke deel van alle patiëntgebonden activiteiten op een gemiddelde 8-urige werkdag betreft volgens POH's-GGZ (n=79) direct patiëntgebonden activiteiten?^a

60% (van totaal patiëntgebonden activiteiten)	4%
70-75% (van totaal patiëntgebonden activiteiten)	19%
80-85% (van totaal patiëntgebonden activiteiten)	30%
90% (van totaal patiëntgebonden activiteiten)	39%
95-96% (van totaal patiëntgebonden activiteiten)	8%

a Uitgaande van de praktijk waarmee aan het onderzoek werd deelgenomen.

De POH's-GGZ geven aan gemiddeld ruim negen face-to-face consulten per dag te hebben. Er bestaat duidelijke variatie tussen de POH's-GGZ, waarbij bijna de helft van de POH's-GGZ (46%) 10 of meer face-to-face consulten per dag rapporteren.

Tabel 3.9 Aantal face-to-face consulten van POH's-GGZ (n=79) op een gemiddelde 8-urige werkdag ^a

	%/M	SD	Mediaan	Range
Intakeconsulten	2,0	0,8	2,0	1-4
Vervolgconsulten	7,2	1,9	7	3-12
Totaal intake- en vervolgconsulten	9,2	1,9	9,0	4-15
Minder dan 8 consulten	16,5%			
8 consulten	20,3%			
9 consulten	17,7%			
10 consulten	26,6%			
11 consulten of meer	19,0%			

a Uitgaande van de praktijk waarmee aan het onderzoek werd deelgenomen.

De meeste POH's-GGZ geven aan dat een intakeconsult doorgaans 45 minuten (35%) of 60 minuten (37%) duurt. Een vervolgconsult neemt gewoonlijk 30 minuten in beslag volgens de meeste POH's-GGZ (51%), gevolgd door 45 minuten (20% van de POH's-GGZ) en 40 minuten (15% van de POH's-GGZ).

⁸ Face-to-face consulten, telefonische consulten, e-mailconsulten, etc.

⁹ Overleg met de huisarts, overleg met ggz, casemanagement, etc.

Tabel 3.10 Duur face-to-face consulten van POH's-GGZ (n=79) in minuten ^a

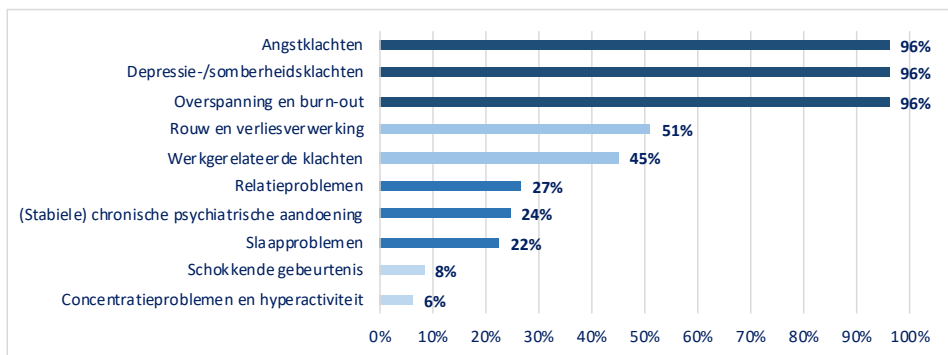
	M	SD	Mediaan	Range
Intakeconsulten	49,9	11,3	45,0	20-75
Vervolgconsulten	36,6	8,4	30,0	20-60

a Uitgaande van de praktijk waarmee aan het onderzoek werd deelgenomen.

3.8 Patiëntkenmerken

Zoals toegelicht in het Hoofdstuk 2 richt dit onderzoek zich op POH's-GGZ die hulp bieden aan (hoofzakelijk) volwassenen. Gemiddeld genomen geven deelnemende POH's-GGZ aan dat 89% van hun patiëntenpopulatie personen van 18 jaar of ouder betreft. Volgens de POH's-GGZ hebben veruit de meeste volwassen patiënten te maken met angst-, depressie- of overspannings-/burn-outklachten.

Figuur 3.4 Wat zijn volgens POH's-GGZ (n=49) de meest voorkomende klachten of problemen bij hun volwassen patiënten (≥ 18 jaar)? ^{a,b}



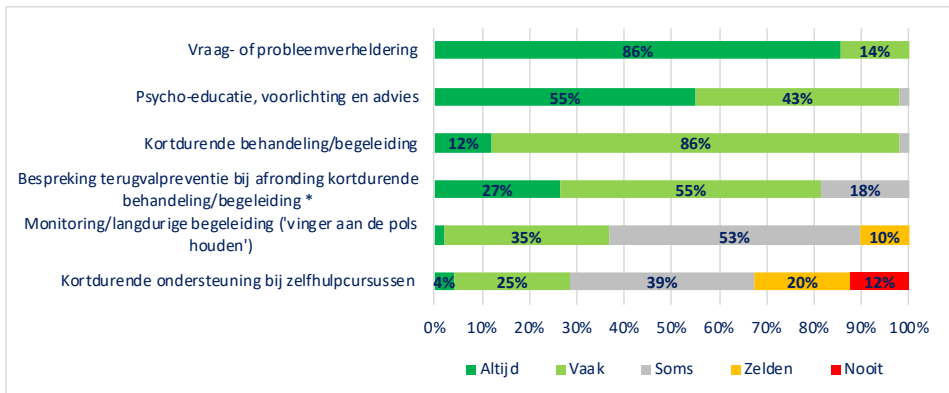
a POH's-GGZ is gevraagd om 1 tot maximaal 5 klacht- of probleemcategorieën aan te vinken.

b Deze vraag is niet voorgelegd aan de 30 extra POH's-GGZ geworven in de tweede wervingsronde.

3.9 Hulpverlening

Deelnemende POH's-GGZ geven aan met volwassen patiënten bijna altijd bezig te zijn met het verhelderen van de hulpvraag, en altijd of vaak psycho-educatie, voorlichting en advies te geven (zie Figuur 3.5). Ruim één op de tien POH's-GGZ meldt altijd kortdurende behandeling of begeleiding te bieden; bijna negen op de tien POH's-GGZ rapporteert dit vaak te doen.

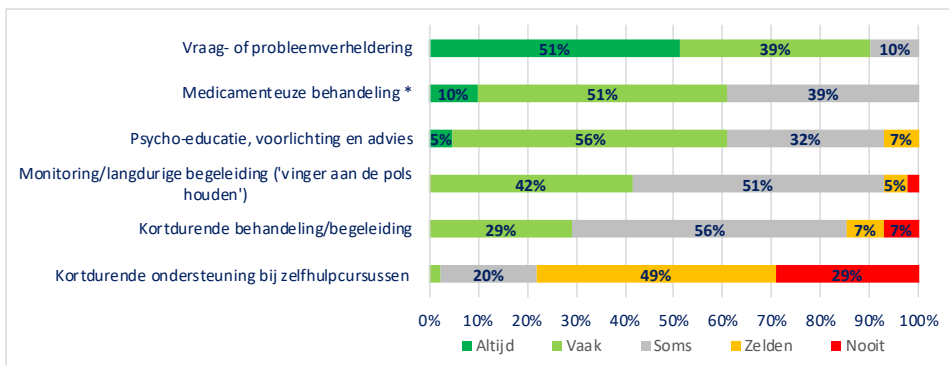
Figuur 3.5 Welke vormen van hulp (al dan niet online) bieden POH's-GGZ (n=49) aan volwassen patiënten (≥18 jaar)? ^a



^a Deze vraag is niet voorgelegd aan de 30 extra POH's-GGZ geworven in de tweede wervingsronde.
* Alleen gevraagd aan POH's-GGZ, niet aan huisartsen.

Figuur 3.6 laat zien dat, in vergelijking met de POH's-GGZ, een aanzienlijk kleiner deel van de huisartsen aangeeft altijd of vaak psycho-educatie, voorlichting en advies te geven. Hetzelfde geldt voor het bieden van kortdurende behandeling of begeleiding.

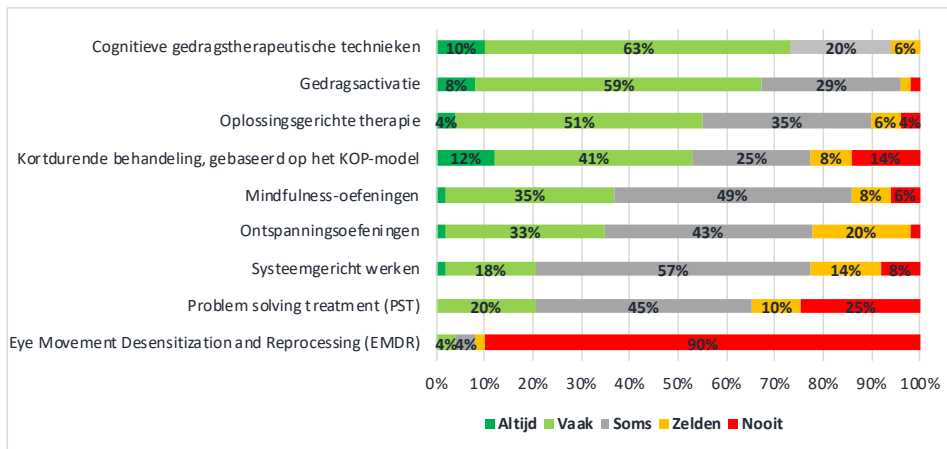
Figuur 3.6 Welke vormen van hulp (al dan niet online) bieden huisartsen (n=41) aan hun volwassen patiënten (≥18 jaar) met psychische of psychosociale problemen?



* Alleen gevraagd aan huisartsen, niet aan POH's-GGZ.

De meeste POH's-GGZ geven aan tijdens de hulpverlening aan volwassen patiënten altijd of vaak cognitief gedragstherapeutische technieken (73%) of gedragsactivatie (67%) toe te passen. Ruim de helft van de POH's-GGZ rapporteert altijd of vaak oplossingsgerichte therapie of kortdurende behandeling volgens het KOP-model in te zetten¹⁰; en ruim een derde maakt altijd of vaak gebruik van mindfulness- of ontspanningsoefeningen.

Figuur 3.7 Welke methodieken (al dan niet online) gebruiken POH's-GGZ (n=49) tijdens de hulpverlening aan hun volwassen patiënten (≥18 jaar)?^a



^a Deze vraag is niet voorgelegd aan de 30 extra POH's-GGZ geworven in de tweede wervingsronde.

3.10 Consultatie

Circa acht op de tien POH's-GGZ (82%) geven aan in de afgelopen 12 maanden voor ten minste één volwassen patiënt consultatie te hebben aangevraagd bij een ggz-professional (doorgaans een psychiater).¹¹ Dit gebeurt al dan niet in samenspraak met de huisarts. Onder de huisartsen ligt dit consultatiepercentage nog hoger (93%). Tabel 3.9 laat zien dat POH's-GGZ en huisartsen dezelfde top drie van meest voorkomende consultatievragen rapporteren.

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

11 Het kan gaan om willekeurig welke vorm van consultatie, zoals een schriftelijke casusbespreking, een face-to-face consult met of zonder de patiënt en naastbetrokkene(n), of de consultant kan de patiënt en naastbetrokkene(n) zien en het consult nabespreken met de POH-GGZ.

Tabel 3.11 Voor welke onderwerpen werd consultatie aangevraagd voor volwassen patiënten? ^a

	POH's-GGZ (n=40) ^b	Huisartsen (n=38) ^c
Nadere diagnostiek/de noodzaak van een verwijzing	90%	82%
Het te volgen medicamenteuze beleid	75%	74%
Het vervoltraject qua behandeling/begeleiding	48%	55%
Anders (divers)	8%	13%

a POH's-GGZ en huisartsen is gevraagd om 1 tot maximaal 3 onderwerpen aan te vinken.

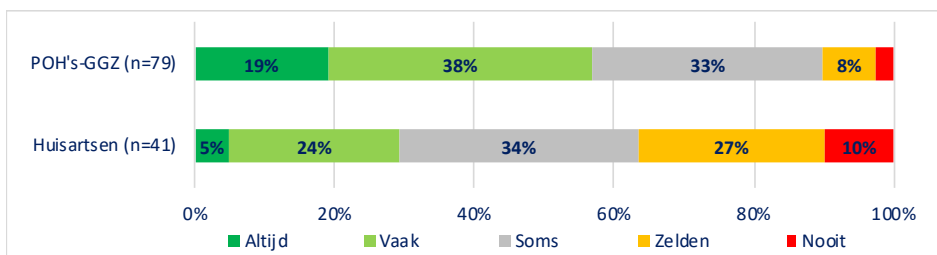
b Niet gevraagd aan de 9 POH's-GGZ die aangeven geen consultatie te hebben aangevraagd in de afgelopen 12 maanden; en ook niet aan de 30 extra POH's-GGZ geworven in de tweede wervingsronde.

c Niet gevraagd aan de 3 huisartsen die aangeven geen consultatie te hebben aangevraagd in de afgelopen 12 maanden.

3.11 Ondersteunend instrumentarium

Bijna zes op de tien POH's-GGZ (57%) geeft aan altijd of vaak een meetinstrument te gebruiken ter ondersteuning van probleemverheldering of triage bij volwassen patiënten. Hierbij gaat het veruit het vaakst om de Vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) (zie Tabel 3.12).¹² Ter vergelijking: bijna drie op de tien deelnemende huisartsen (29%) melden altijd of vaak vragenlijsten te gebruiken als hulpmiddel bij probleemverheldering/triage.

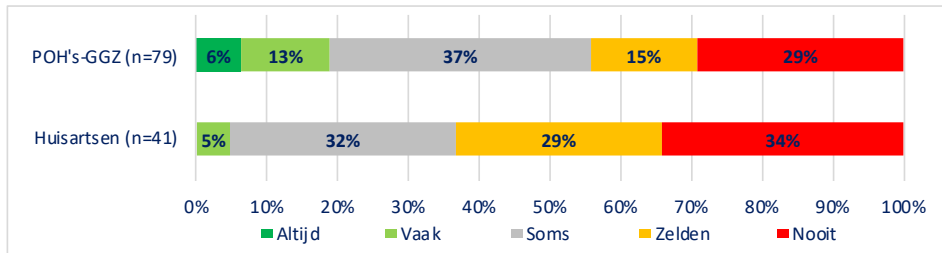
Figuur 3.8 Hoe vaak gebruiken POH's-GGZ en huisartsen bij volwassen patiënten (≥18 jaar) vragenlijsten ter ondersteuning van probleemverheldering/triage?



Vragenlijsten worden beduidend minder vaak door de POH's-GGZ en huisartsen ingezet als hulpmiddel bij het monitoren van (de resultaten van) de hulpverlening. Zo geven ruim vier op de tien POH's-GGZ (44%) aan dit zelden of nooit te doen. Ook voor dit doel blijkt de 4DKL veruit het meest populaire instrument onder POH's-GGZ (zie Tabel 3.12).

12 Dit geldt ook voor deelnemende huisartsen.

Figuur 3.9 Hoe vaak gebruiken POH's-GGZ en huisartsen bij volwassen patiënten (≥18 jaar) vragenlijsten ter ondersteuning van monitoring van (de uitkomsten van) de hulpverlening?



Tabel 3.12 Welke vragenlijsten gebruiken POH's-GGZ bij volwassen patiënten ter ondersteuning van probleemverheldering/triage en monitoring van (de uitkomsten van) de hulpverlening?

	Probleemverheldering/ triage (77 POH's-GGZ) ^a	Monitoring (56 POH's-GGZ) ^a
Vierdimensionale klachtenlijst (4DKL)	90%	88%
Beck Depression Inventory (BDI-II)	57%	45%
Mini-Mental State Examination (MMSE)	44%	18%
Anders (divers)	38%	20%
Geriatric Depression Scale (GDS)	13%	5%
Beslisondersteuner mentale zorg	10%	2%
Outcome Questionnaire (OQ-45)	8%	4%
Outcome Rating Scale (ORS)	6%	7%
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	6%	0%
Utrechtse Burnout Schaal (UBOS)	5%	2%
Session Rating Scale (SRS)	5%	2%

a Niet gevraagd aan de POH's-GGZ die aangeven nooit een vragenlijst te gebruiken voor dit doel.

4 Variatie in de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de praktijk: beschouwing en conclusie

4.1 Resultaten beschouwd

Dit onderzoek geeft een beeld van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de dagelijkse praktijk, en de variatie die hierbij bestaat. De meeste deelnemende POH's-GGZ zijn vrouw (71%) en tussen de 45 en 65 jaar oud (77%). Het grootste deel (44%) is vanuit haar of zijn opleiding sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV). Gegeven hun relatief hoge leeftijd (gemiddeld 51 jaar), is het niet verrassend dat de POH's-GGZ vaak jarenlange werkervaring hebben als hulpverlener bij psychische of sociale problematiek (gemiddeld 22 jaar).¹³ Hun patiëntenpopulatie bestaat voornamelijk (gemiddeld bijna 90%) uit volwassenen van 18 jaar of ouder, van wie de meesten te maken hebben met angst-, depressie-, of overspannings-/burn-outklachten. Conform het functie- en competentieprofiel POH-GGZ¹⁴ zijn de POH's-GGZ bij volwassen patiënten primair bezig met het verhelderen van de hulpvraag, het geven van psycho-educatie, voorlichting en advies, en het bieden van begeleiding en kortdurende behandeling. Hierbij wordt het vaakst gebruik gemaakt van cognitief gedragstherapeutische technieken en gedragsactivatie, gevolgd door oplossingsgerichte therapie en kortdurende behandeling volgens het KOP-model.¹⁵

Omdat de werving van POH's-GGZ hier bewust op was gericht, is het niet verrassend dat deelnemende POH's-GGZ verschillende dienstverbanden hebben. Twee derde (67%) van de POH's-GGZ hebben een detacheringsovereenkomst vanuit een GGZ-aanbieder, zorggroep of andere organisatie, 27% is in loondienst van een huisartsenpraktijk, en 6% is werkzaam als zzp'er.

13 Inclusief jaren werkzaam als POH-GGZ.

14 Functie- & competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020: <https://www.POH-GGZ.nl/wp-content/uploads/2020/03/Definitief-Functie-en-competentieprofiel-POH-GGZ-2020-versie-1.0-04032020.pdf>

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

Afgezien van dienstverband, blijkt uit dit onderzoek ook duidelijke variatie tussen POH's-GGZ ten aanzien van andere aspecten van de functie POH-GGZ:

- **Opleidingsachtergrond en post-hbo opleiding POH-GGZ**

De opleidingsachtergrond van de POH's-GGZ is divers. De opleiding tot SPV komt het meest voor (44%), gevolgd door bachelor verpleegkunde (28%), master psychologie (20%), maatschappelijk werk en dienstverlening (13%) en HBO-B-Verpleegkunde (10%). De aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ heeft mede tot doel bij te dragen aan de uniformering van de functie POH-GGZ. Ruim 40% van de POH's-GGZ geeft echter aan deze opleiding niet te hebben gevolgd, en hier ook niet mee bezig te zijn.

- **Werkervaring als POH-GGZ**

De meeste POH's-GGZ zijn al langere tijd werkzaam in de functie; ruim de helft (53%) zelfs al vier jaar of langer. Circa 20% heeft minder dan twee jaar werkervaring als POH-GGZ. Startende POH's-GGZ zijn een relevante groep om te onderscheiden, omdat een deel van hen, afhankelijk van de mate van ervaring en kennis die elders is opgedaan, begeleiding en supervisie nodig zal hebben om de benodigde competenties voor psychische hulpverlening in de huisartsenpraktijk verder te ontwikkelen.

- **Nascholing en intervisie/supervisie**

Uit het onderzoek blijkt behoorlijke variatie tussen POH's-GGZ in het aantal nascholingsuren en het aantal intervisie-/supervisiebijeenkomsten in de afgelopen 12 maanden. Het functie- en competentieprofiel POH-GGZ geeft aan dat een POH-GGZ haar of zijn deskundigheid op peil behoort te houden via onder meer regelmatige bij- en nascholing, intercollegiale toetsing en intervisie. Hoewel een deel van de POH's-GGZ relatief weinig nascholingsactiviteiten en intervisie/supervisiebijeenkomsten rapporteren in de afgelopen 12 maanden, kan uit de onderzoeksgegevens niet worden afgeleid of dit een structurele situatie is over een langere periode. Mocht dit het geval zijn, dan zou dit erop kunnen wijzen dat sommige POH's-GGZ onvoldoende mogelijkheden ervaren voor deskundigheidsbevordering.

- **Patiëntgebonden overleg met huisarts**

De meeste POH's-GGZ (67%) overleggen op wekelijkse basis met de huisarts over patiënten; en ruim de helft (58%) heeft vaste overlegmomenten met de huisarts, al dan niet gecombineerd met overleg op ad hoc basis. Een derde van de POH's-GGZ (33%) overlegt echter tweewekelijks of minder vaak met de huisarts; en ruim 40% heeft uitsluitend ad hoc overleg. Dit sluit minder goed aan bij het functie- en competentieprofiel POH-GGZ waarin wordt aangegeven dat het wenselijk is dat tussen POH-GGZ en huisarts structureel, en bij voorkeur wekelijks, overleg plaatsvindt.

- **Wachttijd**

Bij de meeste POH's-GGZ (62%) is de wachttijd tot het intakegesprek één tot twee weken. Echter, bij de resterende POH's-GGZ is de wachttijd twee tot drie weken (24%), of zelfs drie weken of langer (14%). Dit past niet bij het laagdrempelige karakter van de huisartsenzorg en de functie POH-GGZ daarbinnen.

- **Aantal en duur face-to-face consulten**

De POH's-GGZ hebben gemiddeld negen face-to-face consulten op een 8-urige werkdag. Bij bijna de helft (46%) gaat het om 10 of meer gesprekken per werkdag. Dit is meer dan de acht tot negen consulten die de LV POH-GGZ als maximum hanteert.^{16, 17} Een hoog aantal consulten op een werkdag kan bijdragen aan ervaren werkdruk. Ook wat betreft de duur van consulten bestaat er variatie tussen de POH's-GGZ, waarbij een intakegesprek doorgaans 45 minuten (35%) of 60 minuten (37%) duurt, en een vervolgesprek 30 minuten (51%) of 40-45 minuten (35%).

4.2 Representativiteit

Een beperking van het onderzoek is dat het onduidelijk is of de onderzochte groep van 79 POH's-GGZ representatief is voor de gehele groep POH's-GGZ in Nederland (naar schatting enkele duizenden¹⁸). Vooral nog ontbreekt landelijk representatieve informatie over achtergrondkenmerken van POH's-GGZ, waardoor de representativiteit van de deelnemende POH's-GGZ lastig te bepalen is, en dus ook de generaliseerbaarheid van de resultaten. Om een indruk te krijgen van representativiteit kan een vergelijking worden gemaakt met drie andere, grootschaliger studies (zie Tabel 4.1). Eén van deze onderzoeken betreft een peiling die in 2018 is uitgevoerd onder leden van de LV POH-GGZ en waarbij (grotendeels) gebruik is gemaakt van de digitale vragenlijst zoals ontwikkeld in het huidige onderzoek.^{19,20} Zoals te zien in Tabel 4.1 zijn de 79 deelnemende POH's-GGZ in termen van geslacht, leeftijd en werkervaring redelijk tot goed vergelijkbaar met de ruim 400 POH's-GGZ die hebben deelgenomen aan de ledenpeiling van de LV POH-GGZ. Verder zijn de opleidingsachtergrond en het dienstverband van de 79 POH's-GGZ in zekere mate vergelijkbaar met de uitkomsten van de enquêtes van de LHV onder circa 1.300 huisartsen (2017)²¹ en van het Nivel bij 272 huisartspraktijken (2014).²² De deelnemers aan de peiling van de LV POH-GGZ lijken minder representatief wat betreft deze twee kenmerken, met een mogelijke ondervertegenwoordiging van SPV-en een mogelijke oververtegenwoordiging van POH's-GGZ in loondienst van een praktijk. Een verklaring hiervoor kan zijn dat POH's-GGZ ook lid kunnen zijn van andere beroepsverenigingen, waaronder de V&VN, het NIP of de NVvPO.¹⁸

16 Van Es M, Nicolai E. Hoe gaat het met de praktijkondersteuner-GGZ? Tijdschrift voor Praktijkondersteuning 2015;2:42-48.

17 LV POH-GGZ: de standpunten (herziening juli 2017) https://www.POH-GGZ.nl/wp-content/uploads/2018/05/LV_POH-GGZ-De_standpunten_vernieuwd_versie_13-7-2017.pdf

18 <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/huisartsenzorg/huisartsenzorg/hoeveel-huisartsenpraktijken-hebben-praktijkondersteuning/>

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

20 Voor deze ledenpeiling zijn enkele aanpassingen doorgevoerd in de vragenlijst.

21 Peiling van Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) over GGZ (2017). Utrecht: LHV.

22 Magnée T, Verhaak P, Koppes L, De Bakker D. Inzet en achtergrond van de POH. De Eerstelijns 2014; 7: 40-41.

Tabel 4.1 Kenmerken van deelnemende POH's-GGZ in het huidige onderzoek (2^e kolom) en drie andere, grootschaligere studies (3e t/m 5e kolom)

	Trimbos/ LV POH-GGZ	LV POH-GGZ	LHV	NIVEL
Peiljaar	2017-2019	2018	2017	2014
Respondenten	79 POH's-GGZ	407 POH's-GGZ	1.303 huisartsen	272 praktijken ^a
Vrouw	71%	86%	...	...
Gemiddelde leeftijd (jaren)	50,5	49,9	...	...
<i>Opleiding</i>				
Sociaal Psychiatrisch Verpleeg- kundige	44%	27%	51%	61%
Psycholoog	20%	18%	38%	18%
Gemiddelde werkervaring (jaren)	5,0	4,6	...	...
<i>Dienstverband</i>				
In loondienst praktijk	27%	56%	36%	25%
Gedetacheerd vanuit GGZ- aanbieder	27%	14%	27%	37%
Gedetacheerd vanuit zorggroep	22%	15%	24%	17%
Gedetacheerd vanuit andere organisatie	19%	5%	...	14%
Zzp-contract	6%	9%	7%	...
Anders	...	...	6%	7%

LHV: Landelijke Huisartsenvereniging; LV POH-GGZ: Landelijke Vereniging POH-GGZ

^a De enquête is verstuurd naar huisartspraktijken aangesloten bij Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

4.3 Vergelijking ledenpeiling LV POH-GGZ

Zoals aangegeven is voor de ledenpeiling van de LV POH-GGZ (grotendeels) gebruikgemaakt van de vragenlijst die in het kader van het huidige onderzoek is ontwikkeld. De resultaten van de ledenpeiling bevestigen dat er duidelijke variatie tussen POH's-GGZ bestaat ten aanzien van opleidingsachtergrond, werkervaring, dienstverband, nascholingen en intervisie/supervisie, overleg met de huisarts, wachttijd en aantal consulten per werkdag. Wel verschilt de variatieverdeling van de meeste kenmerken in meer of mindere mate tussen de ledenpeiling en het huidige onderzoek. Zo heeft volgens de ledenpeiling 27% van de POH's-GGZ een opleidingsachtergrond als SPV (tegenover 44% in het huidige onderzoek), heeft 26% geen post-hbo opleiding tot POH-GGZ afgerond (tegenover 43% in het huidige onderzoek), en is 56% in loondienst van een praktijk (tegenover 27% in het huidige onderzoek). In vergelijking met de POH's-GGZ in het huidige onderzoek, rapporteren de deelnemers aan de ledenpeiling gemiddeld genomen wat minder jaren werkervaring (4,6 vs. 5,0 jaar), enigszins meer nascholingsuren in de afgelopen 12 maanden (30,5 uur vs. 26,3 uur), en beduidend meer face-to-face gesprekken op een werkdag (11,6 vs. 9,2 consulten). De uitkomsten van de ledenpeiling en het huidige onderzoek zijn redelijk tot goed vergelijkbaar wat betreft het

percentage POH's-GGZ dat uitsluitend op ad hoc basis overlegt met de huisarts (36% vs. 42%) en het percentage POH's-GGZ dat een wachttijd tot het intakegesprek heeft van twee weken of langer (45% vs. 48%).

4.4 Conclusie

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. 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.

Dit onderzoek maakt niet duidelijk of de gesignaleerde variatie in de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ van invloed is op patiënttevredenheid, en op de effectiviteit en doelmatigheid van de hulpverlening van de POH-GGZ. Dit wordt nagegaan in andere 'deelstudies' van het brede onderzoek.²³

23 Dit onderzoek staat beschreven in twee andere rapporten, respectievelijk getiteld 'Wat vinden patiënten van de POH-GGZ?' en 'Effectiviteit en doelmatigheid van de hulpverlening van de POH-GGZ: hebben kenmerken van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ invloed?'.

DEELONDERZOEK B:

Welke succesfactoren en verbeterpunten voor de functie POH-GGZ ervaren POH'S-GGZ, huisartsen en andere betrokkenen?

5 Ervaren succesfactoren en verbeterpunten voor de functie POH-GGZ: resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft wat POH's-GGZ, huisartsen en andere betrokkenen als succesfactoren en verbeterpunten ervaren voor een optimale organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ. Hierbij wordt allereerst stilgestaan bij de functie POH-GGZ in zijn algemeenheid, en vervolgens bij diverse aspecten van de functie: de samenwerking tussen de POH-GGZ en de huisarts, de samenwerking binnen het team in de huisartsenpraktijk, e-mental health, consultatie, de samenwerking met het sociaal wijk- of buurtteam, en de samenwerking met de GGZ. De resultaten zijn gebaseerd op de vragenlijsten zoals ingevuld door deelnemende POH's-GGZ en huisartsen én – voor zover aan de orde gekomen²⁴ – op de focusgroepen die zijn gehouden met respectievelijk POH's-GGZ en huisartsen, andere zorgverleners, en managers van betrokken zorgaanbieders en vertegenwoordigers van verzekeraars (zie Hoofdstuk 2). Wat betreft de antwoorden op open vragen in de vragenlijsten ligt de focus op de drie meest genoemde succesfactoren en verbeterpunten, en worden weinig genoemde succesfactoren en verbeterpunten (<5% van alle antwoorden) niet gepresenteerd. Voor de onderwerpen functie POH-GGZ in zijn algemeenheid en samenwerking POH-GGZ en huisarts zijn de bevindingen van de focusgroepen verrijkt met wat POH's-GGZ en huisartsen als bevorderende en belemmerende factoren naar voren brachten tijdens duidingssessies van tussentijdse onderzoeksresultaten.

5.1 Functie POH-GGZ algemeen

5.1.1 Functie POH-GGZ algemeen: resultaten vragenlijsten

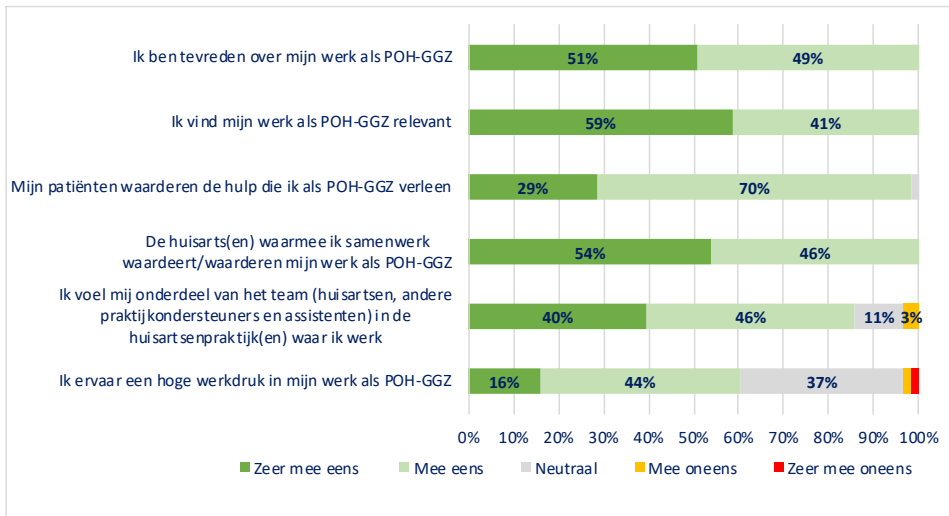
Functiebeleving

Figuur 4.1a laat zien dat deelnemende POH's-GGZ over het algemeen positief of zeer positief oordelen over hun functie. Werkdruk is het enige aspect wat als minder positief wordt ervaren door een meerderheid van de POH's-GGZ. Zes op de tien POH's-GGZ zijn het eens of zeer eens met de stelling dat het werk van een POH-GGZ samengaat met een hoge werkdruk.

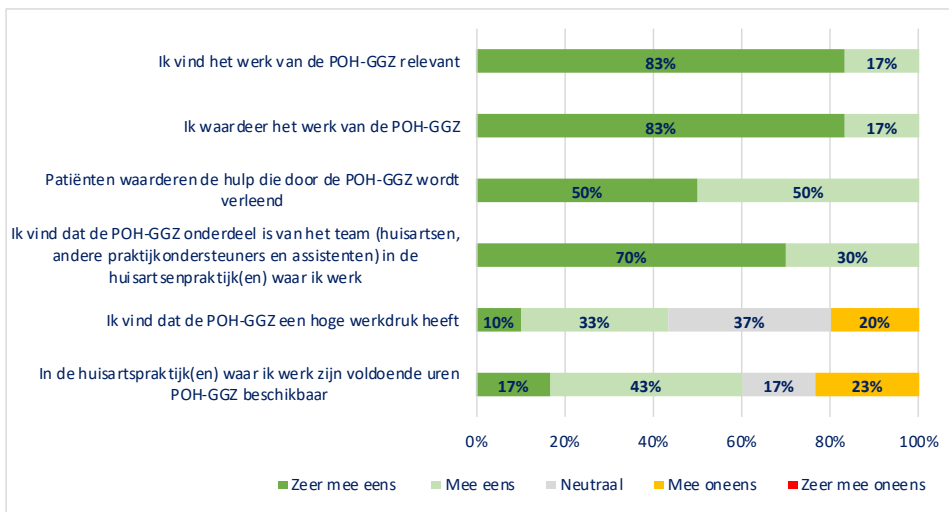
24 De onderwerpen 'samenwerking binnen het team in de huisartsenpraktijk' en 'e-mental health' zijn niet besproken in de focusgroepen.

Ook deelnemende huisartsen oordelen positief of zeer positief over de functie POH-GGZ, waarbij opvalt dat hun oordeel over diverse aspecten nog positiever is dan het oordeel van de POH's-GGZ zelf (zie Figuur 4.1b). Hoewel het een lager percentage betreft dan bij POH's-GGZ zelf, is ook een aanzienlijk deel (43%) van de huisartsen het eens of zeer eens met de stelling dat de POH-GGZ een hoge werkdruk heeft.

Figuur 4.1a Hoe ervaren POH's-GGZ (n=63) hun functie?



Figuur 4.1b Hoe ervaren huisartsen (n=30) de functie POH-GGZ?



Succesfactoren en verbeterpunten

Tabel 4.1a laat zien dat de deelnemende POH's-GGZ en huisartsen grotendeels overeenstemmen wat betreft meest genoemde succesfactoren voor de functie POH-GGZ. De POH's-GGZ benoemen een breder palet aan succesfactoren, waaronder hulpverleningsfactoren en patiënt-gerelateerde factoren.

Tabel 4.1a Wat zijn volgens POH's-GGZ en huisartsen succesfactoren voor een optimale organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ?

	POH's-GGZ	Huisartsen
Toegankelijke/laagdrempelige/continue hulpverlening	16%	33%
Toepassen algemeen of specifieke aanpak/methodiek tijdens hulpverlening	14%	
Ervaring/kennis/deskundigheid op gebied psychische hulpverlening	11%	17%
Goed aansluiten bij hulpvraag/verwachting patiënt	8%	
Goede samenwerking tussen POH-GGZ en huisarts	8%	14%
Goede samenwerking algemeen (ongespecificeerd)	8%	
Goede behandelrelatie tussen POH-GGZ en patiënt	5%	
Voldoende mogelijkheden tot intervisie/supervisie/deskundigheidsbevordering	5%	
<i>Totaal aantal genoemde succesfactoren:</i>	146 (door 49 POH's-GGZ)	114 (door 41 huisartsen)

Kijkend naar verbeterpunten zijn er meer verschillen tussen POH's-GGZ en huisartsen (zie Tabel 4.1b). De POH's-GGZ benoemen het vaakst een lagere caseload c.q. meer consulttijd per patiënt en meer mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering als verbeterpunten. Door de huisartsen worden de samenwerking met de GGZ en de samenwerking met de POH-GGZ het meest genoemd. Dit zijn ook voor de POH's-GGZ verbeterpunten, maar die zij verhoudingsgewijs minder vaak naar voren brengen. De samenwerking tussen de POH-GGZ en de huisarts wordt tegelijkertijd door zowel POH's-GGZ als huisartsen ook relatief vaak als succesfactor voor de functie POH-GGZ gerapporteerd (zie Tabel 4.1a). Dit wijst erop dat een deel van de POH's-GGZ en huisartsen tevreden is over de onderlinge samenwerking, terwijl een ander deel de behoefte heeft om de samenwerking te verbeteren.

Tabel 4.1b Wat zijn volgens POH's-GGZ en huisartsen verbeterpunten voor een optimale organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ?

	POH's-GGZ	Huisartsen
Vermindering caseload; meer consulttijd per patiënt	17%	
Betere mogelijkheden tot intervisie/supervisie/deskundigheidsbevordering	13%	
Betere samenwerking met generalistische basis-GGZ en/of specialistische GGZ	9%	20%
Betere samenwerking tussen POH-GGZ en huisarts	8%	12%
Betere samenwerking algemeen (ongespecificeerd)	8%	
Meer inzet/capaciteit POH-GGZ		8%
Meer beschikbaarheid POH's-GGZ met verschillende expertises (bijv. jeugd, verslaving)		7%
Verduidelijking of aanpassing takenpakket POH-GGZ		7%
Betere samenwerking met sociaal wijkteam		6%
<i>Totaal aantal genoemde verbeterpunten:</i>	104 (door 49 POH's-GGZ)	83 (door 41 huisartsen)

5.1.2 Functie POH-GGZ algemeen: resultaten focusgroepen en duidings-sessies

Algemene tevredenheid en succesfactoren

In het algemeen zijn deelnemers in alle focusgroepen positief of zeer positief over de functie POH-GGZ: het wordt gezien als een echte aanwinst voor de huisartsenzorg. Daarbij worden diverse succesfactoren benoemd. Allereerst hebben een groot deel van de huidige POH's-GGZ jarenlange werkervaring en brede deskundigheid. Daarnaast wordt het gewaardeerd dat de POH-GGZ in meerdere opzichten toegankelijk en laagdrempelig is voor patiënten, waaronder de doorgaans korte wachttijd voor het eerste consult, het geen aanspraak hoeven te maken op het eigen risico, en het ontvangen van psychische hulp in de huisartsenpraktijk, een omgeving die vertrouwd en dichtbij is. Verder wordt aangegeven dat de functie POH-GGZ bijdraagt aan continuïteit van zorg (een patiënt kan veelal snel verder na doorgeleiding door de huisarts), ervoor zorgt dat aanzienlijk meer patiënten met psychische problemen in de huisartsenpraktijk geholpen kunnen worden (in plaats van de GGZ), en bijdraagt aan gerichte verwijzing naar voorzieningen in de wijk, de generalistische basis-GGZ en de specialistische GGZ. Door deelnemende huisartsen wordt verder opgemerkt dat de POH-GGZ hun kennis vergroot en hun spreekuur ontlast. In de focusgroep met andere zorgverleners wordt aangegeven dat de POH-GGZ in vergelijking met de GGZ minder met bureaucratie te maken heeft, en in de hulpverlening meer gericht is op 'normaliseren' dan op 'ziekte' (d.w.z. een psychische aandoening volgens DMS-criteria). Tot slot wijzen deelnemende managers en vertegenwoordigers van verzekeraars nog op twee belangrijke rollen van

de POH-GGZ: het vervullen van een schakelfunctie tussen de huisartsenzorg, GGZ en het sociaal domein, en van een waakvlamfunctie voor patiënten met chronische, stabiele psychiatrische problematiek.

Variatie tussen POH's-GGZ en kwaliteitsborging

Hoewel veel POH's-GGZ (zeer) ervaren en deskundig worden gevonden, wordt in de diverse focusgroepen wel aangegeven dat er veel verschillen tussen POH's-GGZ bestaan wat betreft opleidingsachtergrond en de mate en soorten van beschikbare expertise. Opgemerkt wordt dat deze variatie voordelig kan zijn omdat het voor individuele huisartsenpraktijken de mogelijkheid biedt een POH-GGZ te kiezen die het beste aansluit bij hun behoeften en wensen, of om te gaan werken met meerdere POH's-GGZ wiens kwaliteiten elkaar aanvullen, en die verschillende patiëntgroepen kunnen bedienen.

Een huisarts: "Wij hebben wel.. twee hele verschillende POH's-GGZ denk ik.. dus dat is ook.. een soort klik factor.. die je bij het plaatsen in de agenda meeneemt.. en ze hebben een hele andere achtergrond... dus in gedachten houd je daar ook rekening mee.. de ene komt van een FACT-team, en de andere van een polikliniek depressie van ... [een GGZ-instelling].. dus zoals ze alle twee kwamen... hebben ze hele verschillende deskundigheid."

Tegelijkertijd wordt erop gewezen dat veel variatie tussen POH's-GGZ qua opleiding en expertise het risico van te grote kwaliteitsverschillen tussen POH's-GGZ met zich meebrengt. In het algemeen vinden deelnemers aan de focusgroepen dat de kwaliteit van de functie goed moet worden bewaakt, bijvoorbeeld via aanpassing van het functie- en competentieprofiel POH-GGZ (2014)²⁵, opleidingseisen, vereiste mate van werkervaring en toelatingseisen voor de aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ. Sommige POH's-GGZ geven aan dat de functie POH-GGZ primair gericht is op patiënten met psychische problematiek, en daarom niet door professionals zonder specifieke opleiding op het gebied van de GGZ zou moeten kunnen worden vervuld. Vanuit diverse focusgroepen wordt opgemerkt dat er verschillen bestaan tussen de post-hbo opleidingen tot POH-GGZ die worden aangeboden door opleidingsinstituten. Gepleit wordt voor meer standaardisering, wat zou kunnen bijdragen aan het verminderen van kwaliteitsverschillen tussen POH's-GGZ.

Vanzelfsprekend wordt ook het bieden van goede faciliteiten voor de POH-GGZ belangrijk gevonden voor kwaliteitsborging, waaronder nascholing, intervisie en de mogelijkheid om consultatie aan te vragen, maar ook een goede werkplek. Wat dit laatste betreft, wordt aangegeven dat sommige huisartsen ervan afzien om gebruik te maken van meer uren POH-GGZ, omdat er onvoldoende fysieke ruimte beschikbaar is in de praktijk. In de focusgroep met managers en vertegenwoordigers van verzekeraars bestaat de indruk

25 Ten tijde van het onderzoek was het geactualiseerde functie- en competentieprofiel POH-GGZ (maart 2020) nog niet gepubliceerd.

dat grotere organisaties die de functie POH-GGZ contracteren (zoals een zorggroep van samenwerkende huisartsen of een GGZ-organisatie) over het algemeen makkelijker goede faciliteiten voor 'hun' POH's-GGZ kunnen organiseren, zoals opleiding in eigen beheer, intervisie, multidisciplinair overleg, consultatiemogelijkheden, en een werkplek als die op een huisartsenpraktijk niet voorhanden is. Aangegeven wordt dat POH's-GGZ die in loondienst zijn bij één of meer individuele huisartsenpraktijken, of werkzaam zijn als zelfstandige, zaken als intervisie en overleg soms regionaal regelen, maar dat dit niet standaard het geval is.

Uit de focusgroepen komt het beeld naar voren dat de functie POH-GGZ breed en veeleisend is. Dit vraagt om professionals met brede deskundigheid en jarenlange werkervaring, die generalistisch kunnen werken met een grote mate van zelfstandigheid. Echter, de verwachting wordt uitgesproken dat de komende jaren verhoudingsgewijs veel jongere professionals met weinig werkervaring zullen instromen als POH-GGZ. Tussen enerzijds hun relatieve onervarenheid en anderzijds het brede en veeleisende takenpakket van de POH-GGZ kan een spanningsveld ontstaan. Daarbij zijn huisartsen gewend aan ervaren en zelfstandige POH's-GGZ.

Tot slot speelt er nog een discussie of langer durende behandeling van patiënten wel of niet door POH's-GGZ kan worden gedaan. Zo geven deelnemende GGZ-zorgverleners aan dat meer ervaren POH's-GGZ soms geneigd zijn patiënten langer bij zich houden. Zij vinden dat deze POH's-GGZ in sommige gevallen behandelingen doen die minder goed passen bij hun functie, en waardoor de 'scheidslijn' tussen POH-GGZ en GB-GGZ vervaagt.

Financiële knelpunten

In de focusgroepen worden een aantal knelpunten rondom de bekostiging van de functie POH-GGZ naar voren gebracht. Door deelnemende managers en vertegenwoordigers van verzekeraars wordt aangegeven dat de financiering een verkeerde prikkel geeft, namelijk dat 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. Dit draagt volgens hen bij aan de werkdruk van de POH-GGZ, kan de kwaliteit van de hulpverlening van de POH-GGZ in sommige gevallen verminderen, en laat voor de POH-GGZ weinig tijd over voor overleg en niet-patiëntgebonden activiteiten. Bepleit wordt om deze financiële prikkel daarom weg te halen. Daarnaast bestaat bij vertegenwoordigers van verzekeraars de indruk dat de financiering van de functie POH-GGZ voor sommige individuele huisartsen ontoegankelijk en ingewikkeld is. Men vermoedt dat dit een reden is dat er bijvoorbeeld nog relatief weinig gebruik wordt gemaakt van het beschikbare budget voor ondersteuning in de vorm van consultatie, e-mental health en screeningsinstrumenten.²⁶ Verder geeft een manager van een contracterende organisatie aan dat de reguliere bekostiging beperkte financiële

26 Via de module CET (Consultatie, E-health en Triage).

ruimte biedt om innovaties te implementeren. Uit de focusgroepen met huisartsen en POH's-GGZ komt een vergelijkbaar beeld naar voren. Diverse huisartsen vinden dat de financiering van de functie POH-GGZ onvoldoende is om alle kosten te kunnen dekken. Dit wordt ook als een reden genoemd dat er door sommige huisartsen of andere contracterende partijen op wordt gestuurd om de POH-GGZ zoveel mogelijk consulten op een werkdag te laten draaien. Ook deelnemende POH's-GGZ willen een ruimere financiering, om daarmee meer tijd te hebben voor overleg met de huisarts of andere zorgverleners en voor niet-patiëntgebonden activiteiten, zoals nascholing, intervisie en een bijdrage leveren aan innovatietrajecten.

Werkplezier en werkdruk van de POH-GGZ

Deelnemende POH's-GGZ geven aan betrokken en begaan te zijn met hun patiënten. Zij menen dat een POH-GGZ creatief en allround moet zijn, met brede ervaring. Ook zelfstandigheid wordt een belangrijke competentie gevonden. Een POH-GGZ moet zelf duidelijk weten hoe zij/hij invulling wil geven aan de functie en moet goed haar/zijn grenzen kunnen bewaken. Aangegeven wordt dat goede communicatie met de huisarts daarom belangrijk is.

Een POH-GGZ: "Maar als je echt veel feedback nodig hebt of vaak wilt overleggen en bevestiging zoekt of wat dan ook, dan wordt het heel lastig. Dan ga je dit werk niet leuk vinden."

Deelnemende POH's-GGZ vinden hun werk onder meer leuk door de afwisseling in werkzaamheden en de hoge mate van autonomie. Zij noemen daarnaast een aantal factoren die het werkplezier kunnen vergroten, waaronder:

- één of meer collega-POH's-GGZ in de praktijk hebben, waarmee tussen de consulten door kan worden 'gespard';
- regelmatige intervisie, supervisie en/of nascholing; en
- écht het gevoel hebben onderdeel te zijn van het team binnen de huisartsenpraktijk (bijvoorbeeld via het meedoen aan teamuitjes, teamvergaderingen en gezamenlijke lunches).

Werkplezier kan negatief worden beïnvloed worden door ervaren werkdruk. De meeste deelnemende POH's-GGZ geven aan een hoge werkdruk te hebben. Hun agenda is (te) strak gepland, waardoor er weinig ruimte is voor indirect patiëntgebonden tijd, een adempauze, overleg met de huisarts of met zorgverleners buiten de praktijk, et cetera.

Een POH-GGZ: "Nou wel beperkte tijd (...) dat is wel zo'n knelpunt van mij, ook in het aanmelden of in het registreren van mensen, dat ik gewoon echt zo strak in die agenda zit. Dat ik echt heel hard moet werken om dat daarin te krijgen en na acht uur de deur achter me dicht te kunnen doen. Dus extra taken, dat is gewoon echt heel lastig en extra taken is dus ook, een stukje extra verdieping in problematiek die je tegenkomt, dus dat is vrije tijd, of mijn mail"

lezen, daar heb ik soms ook niet eens de tijd voor."

Bijna altijd zijn (te) veel face-to-face consulten de oorzaak van de (te) volle agenda. Er bestaan verschillen tussen deelnemende POH's-GGZ wat betreft het aantal face-to-face gesprekken dat met patiënten wordt gevoerd op een reguliere werkdag, variërend van acht tot 12 gesprekken. Voor de meeste POH's-GGZ zijn negen face-to-face consulten eigenlijk het maximum. Door POH's-GGZ wordt aangegeven dat een (te) hoog aantal face-to-face consulten sterk bijdraagt aan ervaren werkdruk. Dit hangt samen met de intensiteit van de gesprekken met patiënten, en de energie die dit de POH-GGZ kost.

Een POH-GGZ: "Daar (toelichting: negen consulten op een werkdag is het maximum) ben ik het wel mee eens, want als ik er twaalf zie ben ik bij de laatste drie echt een ander dan bij de rest."

Een andere POH-GGZ: "Die hebben pech."

Weer een andere POH-GGZ: "Gewoon omdat je uitgeput bent."

Weer een andere POH-GGZ: "Misschien is de term overbelast wat te sterk, maar het gaat erom wat ik merk is dat het aantal consulten soms te veel is, waardoor de werkdruk te hoog wordt, het werkplezier naar beneden gaat, het hoofd vol raakt en dat is, lijkt me, als je dat elke dag hebt, niet goed."

Uit de focusgroepen komt verder naar voren dat POH's-GGZ regelmatig 'overbruggingszorg' bieden aan patiënten die op de wachtlijsten staan van GGZ-aanbieders. Dit is een andere factor die de werkdruk verhoogt. Tot slot lijken POH's-GGZ die voor meerdere huisartsenpraktijken werkzaam zijn extra werkdruk te ervaren, vooral als er sprake is van één of meer 'kleine' contracten met praktijken. Als een POH-GGZ bijvoorbeeld voor één dag werkzaam is in een praktijk, wordt het lastig om de huisarts te treffen voor overleg en is er geen ruimte om extra werk later in de week te doen.

Een POH-GGZ: "Op de praktijk waar ik maar één dag werk, ja die wordt echt volgebouwd en daar is echt weinig adempauze."

Een andere POH-GGZ: "Dat maakt een verschil, ik werkte eerst één dag in de praktijk en nu heb ik meer uren, dus nu verspreid ik het over drie dagen. Dan kan je net even die tien minuten ergens wel tussen plannen om toch nog diezelfde week iets te doen zeg maar, dat vind ik wel uitmaken qua verdeling om toch nog dingen even te doen, of toch nog even iemand aan zijn jasje te trekken of zo."

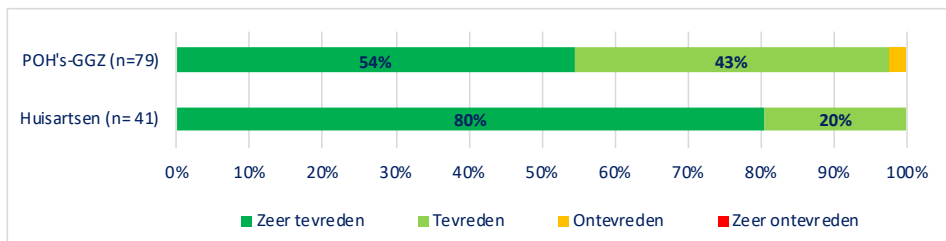
5.2 Samenwerking POH-GGZ en huisarts

5.2.1 Samenwerking POH-GGZ en huisarts: resultaten vragenlijst

Tevredenheid

Deelnemende POH's-GGZ en huisartsen zijn tevreden of zeer tevreden over de onderlinge samenwerking, waarbij een groter deel van de huisartsen zeer tevreden is.

Figuur 4.2 Hoe tevreden zijn POH's-GGZ en huisartsen over de onderlinge samenwerking? ^a



a Uitgaande van de praktijk waarmee aan het onderzoek werd deelgenomen.

Succesfactoren en verbeterpunten

De door deelnemende POH's-GGZ en huisartsen drie meest genoemde succesfactoren voor samenwerking tussen POH-GGZ en huisarts sluiten goed op elkaar aan (zie Tabellen 4.2a en b). Kijkend naar verbeterpunten, benoemen zowel de POH's-GGZ als de huisartsen meer overlegmomenten het vaakst, waarbij het bij de POH's-GGZ specifiek gaat om vaste overlegmomenten. Vermindering van hoge werkdruk is het door de POH's-GGZ op één na meest genoemde verbeterpunt. Blijkbaar staat een hoge werkdruk bij een deel van de POH's-GGZ de samenwerking met de huisarts in de weg. Verder geven de POH's-GGZ relatief vaak aan dat de huisarts bij de doorgeleiding van patiënten meer toelichting kan geven, of vaker kan overleggen.

Tabel 4.2a Wat zijn volgens POH's-GGZ succesfactoren en verbeterpunten ten aanzien van de samenwerking met de huisarts?

SUCCESSFACTOREN ^a		VERBETERPUNTEN ^b	
Goede beschikbaarheid/toegankelijkheid huisarts	31%	(Meer) structurele overlegmomenten	20%
Huisarts heeft vertrouwen in/waardering voor deskundigheid POH-GGZ	14%	Minder hoge werkdruk	14%
Goede/prettige/open communicatie en samenwerking	13%	Huisarts geeft meer toelichting bij/overlegt vaker over doorgeleiden patiënten naar POH-GGZ	13%
Huisarts is betrokken/denkt mee	10%	Meer gezamenlijk/in onderlinge afstemming hulp of ondersteuning bieden aan patiënten	10%
Goede/duidelijke organisatie en randvoorwaarden	6%	Betere organisatie en randvoorwaarden (divers)	8%
Kennis/deskundigheid huisarts omtrent (hulpverlening bij) psychische problemen	5%	Meer tijd voor overleg	7%
		Huisarts en POH-GGZ zijn in hetzelfde gebouw werkzaam; en op dezelfde dag(en)	7%
		Huisarts geeft (vaker) feedback op functioneren als POH-GGZ	5%
		(Meer) tijd voor bespreken visie/doelstellingen/etc. voor langere termijn	5%

^a Er zijn 184 succesfactoren genoemd door 63 POH's-GGZ

^b Er zijn 77 verbeterpunten genoemd door 44 POH's-GGZ

Tabel 4.2b Wat zijn volgens huisartsen succesfactoren en verbeterpunten ten aanzien van de samenwerking met de POH-GGZ?

SUCCESSFACTOREN ^a		VERBETERPUNTEN ^b	
POH-GGZ is deskundig en ervaren	25%	Structurele/meer overlegmomenten	22%
POH-GGZ is beschikbaar/toegankelijk voor overleg	21%	Deskundigheid en/of vaardigheden POH-GGZ kunnen worden uitgebreid	11%
Houding/persoonlijkheid POH-GGZ (o.a. betrokken, zelfstandig, flexibel, proactief, prettig in de omgang)	14%	POH-GGZ heeft beschikking over/maakt meer gebruik van specifiek hulpaanbod	11%
POH-GGZ biedt laagdrempelige en snel toegankelijke hulp	11%	POH-GGZ is meer uren/dagen beschikbaar	9%
POH-GGZ is een waardevolle aanvulling voor de huisartsenpraktijk	10%	POH-GGZ biedt ook hulp aan kinderen en jongeren; er is een POH-jeugd werkzaam	7%

^a Er zijn 105 succesfactoren genoemd door 33 huisartsen

^b Er zijn 45 verbeterpunten genoemd door 25 huisartsen

5.2.2 Samenwerking POH-GGZ en huisarts: resultaten focusgroepen en duidingssessies

Algemene tevredenheid

Aansluitend bij de resultaten van de vragenlijsten, zijn zowel de POH's-GGZ als de huisartsen die deelnemen aan de focusgroepen over het algemeen tevreden over de samenwerking tussen POH-GGZ en huisarts. Zij noemen diverse, meer algemene factoren die de onderlinge samenwerking en communicatie faciliteren, waaronder:

- in hetzelfde gebouw werkzaam zijn;
- op dezelfde dag(en) werkzaam zijn;
- het hebben van een goede verbinding of 'klik' met elkaar; en
- langere tijd met elkaar samenwerken.

Variatie in samenwerking en taak- en verantwoordelijkheidsverdeling

Deelnemende POH's-GGZ geven aan dat de samenwerking en de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling behoorlijk kan verschillen per huisarts en per huisartsenpraktijk. Hierbij gaat onder meer om:

- **Variatie in overlegfrequentie en -vorm**

De frequentie en vorm van de overleggen verschillen tussen de deelnemers in de focusgroepen. Sommige huisartsen en POH's-GGZ hebben structureel overleg om patiënten en andere werkgerelateerde zaken te bespreken, waarbij er zonnodig tussendoor ook ruimte is voor aanvullend overleg op ad hoc basis. De meeste POH's-GGZ en huisartsen geven echter aan vooral op een ad hoc en meer informele manier te overleggen. Dit betekent dat de POH-GGZ de spreekkamer van de huisarts binnen kan lopen voor overleg (of vice versa), of dat een overleg kan worden ingepland wanneer de POH-GGZ of huisarts dat nodig vindt. De voorkeuren voor overlegfrequentie- en vorm verschillen tussen huisartsen. De POH-GGZ lijkt zich per huisarts waarvoor zij/hij werkzaam is, aan te passen aan diens voorkeur.

Een POH-GGZ: "Nee, dat is per huisarts. Dus dat zijn twee praktijken, maar bij beide zijn er drie huisartsen. En bij de ene praktijk willen ze dit, en bij die ene praktijk is het dat, en een huisarts die er al heel erg lang zit, die vindt het wat fijner als het ad hoc gaat, dus bij de koffie..."

Hoewel de POH's-GGZ de overlegmogelijkheid met de huisarts waarderen, geven ze aan dat overleggen niet altijd mogelijk is vanwege de werkdruk die zij ervaren. Dit geldt in het bijzonder voor de POH's-GGZ die alleen (zonder een collega POH-GGZ) in een huisartsenpraktijk werken. Sommige POH's-GGZ ervaren ad hoc overleg als te weinig, en willen structurele overlegmomenten met 'hun' huisartsen.

Enkele POH's-GGZ en huisartsen maken gebruik van bepaalde functionaliteiten binnen huisartsinformatiesystemen om elkaar iets te vragen, of elkaar op de hoogte te houden van de geboden hulp aan patiënten:

Een POH-GGZ: *“Wij werken met Promedico-ASP (toelichting: een huisarts-informatiesysteem) en daar zit een overlegfunctie in. Daar kan je in het kort iets vragen en meteen reageren, verwijfsbrieven maken, patiënten terugbellen. Dat scheelt in overlegtijd.”*

- **Variatie in patiëntgroepen en taken van de POH-GGZ**

De meningen variëren tussen de huisartsen over welke patiënten (in termen van aard en complexiteit van psychische problemen) zorg van ‘hun’ POH-GGZ moeten krijgen. Sommige huisartsen waarderen het dat de POH-GGZ allerlei patiëntgroepen kan bedienen. Andere huisartsen geven aan liever zelf triage te doen, en sturen alleen patiënten met milde psychische problemen door naar de POH-GGZ. Daarnaast variëren de meningen van huisartsen over of bepaalde taken wel of niet bij de POH-GGZ horen, waaronder het afleggen van huisbezoeken en het geven van medicatieadvies. Huisartsen en POH's-GGZ geven aan dat de huisarts medicatie voorschrijft en verantwoordelijk is voor de medicamenteuze behandeling. Het komt wel voor dat de POH-GGZ de medicamenteuze behandeling begeleidt, nadat deze door de huisarts is gestart. In crisissituaties (suïciderisico, psychotische toestand, etc.) zegt een klein deel van de POH's-GGZ zelfstandig – op basis van hun eigen beoordeling – contact op te nemen met de crisisdienst. De meeste POH's-GGZ geven aan dat dit de taak van de huisarts is, of dat het in samenspraak en in overleg met de huisarts verloopt.

- **Variatie in aantal consulten per werkdag en consultuur**

Er zijn verschillen tussen de deelnemende POH's-GGZ in het aantal face-to-face consulten dat op een reguliere werkdag wordt gedaan, variërend van acht tot 12 consulten. De meeste POH's-GGZ geven aan dat het zien van negen patiënten voor hen eigenlijk het maximum is op een werkdag. Een (te) hoog aantal face-to-face consulten draagt sterk bij aan ervaren werkdruk en vermindert de mogelijkheid om te overleggen met de huisarts.

Tussen de deelnemende POH's-GGZ bestaan ook grote verschillen wat betreft hoe lang een regulier face-to-face vervolgconsult mag duren, variërend van 20 tot 45 minuten. Terwijl enkele POH's-GGZ aangeven dat 20 minuten voor een gesprek met een patiënt met ‘gewone’ problematiek goed te doen is, vinden andere POH's-GGZ dat veel te kort.

- **Variatie in mate van autonomie van de POH-GGZ bij verwijzing naar de GGZ**

Uit de focusgroepen blijkt dat er variatie is in de manier waarop het verwijzen naar de GB-GGZ en S-GGZ in de dagelijkse praktijk plaatsvindt. Sommige POH's-GGZ geven aan behoorlijk autonoom patiënten te kunnen verwijzen naar de GGZ. Zonder hierover eerst met de huisarts te overleggen, kunnen zij zelf de beslissing nemen over een verwijzing en deze regelen. Deze POH's-GGZ geven aan dat zelfstandig werken iets is dat de huisarts van hen verwacht, en ook iets is dat zij zelf verkiezen.

Daarbij speelt mee dat zij aangeven lange werkervaring te hebben en veel kennis en deskundigheid te hebben opgebouwd, wat hen zeker maakt over zelfstandig werken.

De meeste deelnemende POH's-GGZ bereiden een verwijzing naar de GGZ voor, waarbij zij soms ook de verwijsbrief opstellen of klaarzetten in het huisartseninformatiesysteem. In deze gevallen wordt de verwijzing dus formeel afgehandeld door de huisarts, en is hierover meestal een vorm van overleg tussen POH-GGZ en huisarts geweest (al dan niet via het huisartseninformatiesysteem).

Een POH-GGZ: "Wij hebben die discussie ook gehad, en toen zijn we samen tot een conclusie gekomen dat ik adviseer en zij verwijzen. Ik wil de verwijsbrief klaarzetten en dat is prima. Dat vonden ze zelf ook terecht, ze hadden zoiets van je gaat weer naar een medicus verwijzen, en de huisartsen vonden ook dat zij eindverantwoordelijke van die behandeling zijn..."

- **Variatie in samenwerking wordt bepaald door diverse factoren**

Uit de focusgroepen blijkt dat verschillende factoren bepalend zijn voor de invulling van de samenwerking en de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen POH-GGZ en huisarts. Ten eerste zijn de voorkeuren van de huisarts belangrijk. Deze lijken leidend te zijn voor de POH-GGZ. Ten tweede is de mate van kennis en affiniteit van de huisarts inzake psychische problemen en psychische hulpverlening van invloed. Huisartsen die op dit gebied minder deskundig zijn, of hier minder affiniteit mee hebben, zijn volgens sommige POH's-GGZ minder betrokken bij de psychische hulpverlening aan patiënten en kunnen psychische problematiek ook minder goed detecteren bij patiënten. In het algemeen wordt het belangrijk gevonden dat de huisarts een goede afweging maakt bij het wel of niet doorsturen van een patiënt naar de POH-GGZ. En dat de huisarts bij het doorgeleiden van een patiënt een duidelijke hulpvraag of doelstelling aangeeft bij de POH-GGZ.

Een POH-GGZ: "Ja, nou, de manier waarop je dan zeg maar mensen over de schutting gooit bij de POH-GGZ zonder fatsoenlijk overleg of duidelijkheid over het doel..."

Een derde genoemde factor die bepalend is voor de invulling van de samenwerking tussen POH-GGZ en huisarts betreft de mate van deskundigheid en ervaring van de POH-GGZ. Deelnemende huisartsen merken op dat er een behoorlijke verscheidenheid bestaat tussen POH's GGZ in termen van onder meer opleidingsniveau, ervaring en expertise. Het beschikken over voldoende kennis en vaardigheden is vereist om als POH-GGZ in de praktijk goed te kunnen functioneren, termeer omdat de meeste POH's-GGZ aangeven dat huisartsen er over het algemeen op vertrouwen dat de POH-GGZ haar of zijn toebedeelde taken met veel zelfstandigheid kan uitoefenen. Diverse POH's-GGZ hebben ervaren dat ze bij de start in de huisartsenpraktijk gewoon aan de gang moesten gaan, zonder inwerkbegeleiding.

Een POH-GGZ: “Ze gaan ervan uit dat je het wel weet.”

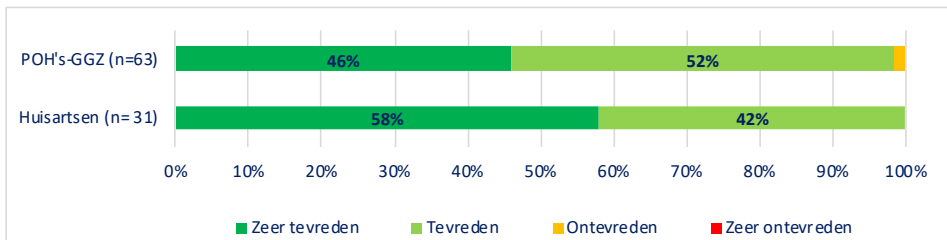
Het initiatief om vragen te stellen of overleg te regelen ligt vooral bij de POH-GGZ. Deze vrijheid wordt over het algemeen als positief ervaren door POH's-GGZ, mede omdat zij niet te protocollair willen werken. Het is daarbij wel belangrijk dat er sprake is van duidelijke samenwerkingsafspraken en bovenal een goede communicatie tussen huisarts en POH-GGZ.

5.3 Samenwerking binnen het team van de huisartsenpraktijk

5.3.1 Tevredenheid: resultaten vragenlijst

Nagenoeg alle POH's-GGZ en alle huisartsen zijn tevreden of zeer tevreden over de samenwerking binnen het team in de huisartsenpraktijk (d.w.z. huisartsen, praktijkondersteuners en praktijkassistenten) bij de hulpverlening aan patiënten met psychische of psychosociale problemen.

Figuur 4.3 Hoe tevreden zijn POH's-GGZ en huisartsen over de samenwerking binnen het team in de huisartsenpraktijk? ^a



^a Uitgaande van de praktijk waarmee aan het onderzoek werd deelgenomen.

5.3.2 Succesfactoren en verbeterpunten: resultaten vragenlijsten

Een goede werksfeer en laagdrempelige overlegmogelijkheden worden door deelnemende POH's-GGZ het vaakst genoemd als succesfactoren voor de samenwerking binnen het team in de praktijk. De door POH's-GGZ meest genoemde verbeterpunten zijn meer overlegtijd/-momenten en een meer efficiënte agendaplanning zoals uitgevoerd door de praktijkassistente.

Tabel 4.3 Wat zijn volgens POH's-GGZ succesfactoren en verbeterpunten ten aanzien van de samenwerking binnen het team in de huisartsenpraktijk?

SUCCESSFACTOREN ^a		VERBETERPUNTEN ^b	
Prettige en collegiale werksfeer	31%	Meer tijd en gelegenheid voor overleg en afstemming	29%
Mogelijkheid om laagdrempelig af te stemmen en te overleggen	19%	Meer nauwkeurig en/of minder vol plannen agenda POH-GGZ	20%
Bereidheid om elkaar te helpen/ te ondersteunen	10%	Betere onderlinge communicatie en feedback	14%
Cultuur van open en eerlijke communicatie	10%	Meer persoonlijk en informeel contact	12%
Onderling is er sprake van gelijkwaardigheid, vertrouwen en respect	10%	Verbetering werkprocessen en/of taakverdeling	12%
Betrokkenheid en zorgvuldigheid richting patiënten	9%	Betere faciliteiten voor POH-GGZ (divers)	5%
Praktische ondersteuning (zoals inplannen afspraken, gegevensregistratie)	6%	Samenwerking met POH-S (praktijkondersteuner somatiek)	5%

a Er zijn 142 succesfactoren genoemd door 63 POH's-GGZ

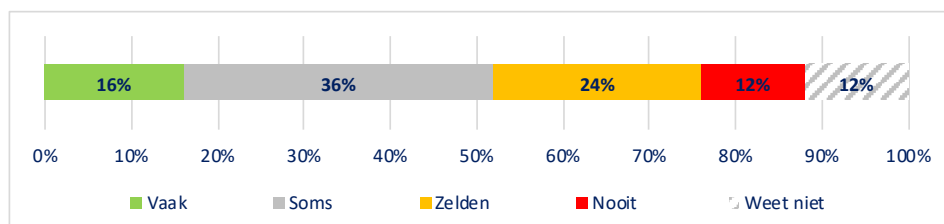
b Er zijn 59 verbeterpunten genoemd door 45 POH's-GGZ

5.4 E-mental health

5.4.1 Tijdsbesparing: resultaten vragenlijsten

Circa driekwart van de POH's-GGZ heeft – uitgaande van de praktijk waarmee aan het onderzoek wordt deelgenomen – de beschikking over een ingekocht aanbod van e-mental health programma's.²⁷ Figuur 4.4 laat zien dat de meningen van POH's-GGZ verdeeld zijn over of de inzet van het e-health aanbod tijd bespaart.

Figuur 4.4 Levert gebruik van ingekocht e-mental health aanbod POH's-GGZ (n=25) tijdsbesparing op? ^a



a Uitgaande van de praktijk waarmee aan het onderzoek werd deelgenomen.

27 E-mental health programma's die al dan niet onder begeleiding van de POH-GGZ of huisarts worden gevolgd door patiënten. Het gaat niet om e-mental health programma's die direct toegankelijk zijn voor patiënten/burgers.

5.4.2 Succesfactoren en verbeterpunten: resultaten vragenlijst

Tabel 4.4 toont de door POH's-GGZ meest genoemde redenen om wel, of juist niet, gebruik te maken van het beschikbare e-health aanbod. De veelgenoemde redenen voor niet-gebruik kunnen aanknopingspunten bieden om het e-health aanbod aantrekkelijker, toegankelijker, passender, et cetera te maken voor meer patiënten.

Tabel 4.4 Wat zijn volgens POH's-GGZ redenen om wel of geen gebruik te maken van het e-mental health aanbod? ^a

REDENEN WEL GEBRUIK ^a		REDENEN GEEN GEBRUIK ^b	
E-mental health aanbod kan face-to-face contact aanvullen, ondersteunen en/of vervangen	30%	Patiënt is niet gemotiveerd voor/heeft geen interesse in e-health aanbod	20%
Biedt betrouwbare en toegankelijke psycho-educatie	28%	Patiënt heeft onvoldoende digitale vaardigheden	18%
Patiënten kunnen in eigen tijd en tempo aan de slag in thuissituatie	17%	(Te) belastend voor patiënt	13%
Eigen regie en verantwoordelijkheid patiënt wordt meer aangesproken	14%	E- health aanbod sluit niet goed aan bij bepaalde problematiek of doelgroepen	12%
E- health aanbod sluit goed aan bij patiënt (o.a. voldoende motivatie, voldoende verbaal vermogen, jongere leeftijd)	6%	Patiënt haakt snel/voortijdig af	12%
		Patiënt heeft onvoldoende verbaal en/of verstandelijk vermogen	8%
		Patiënt heeft voorkeur voor face-to-face contact	7%
		POH-GGZ gerelateerde redenen (divers)	5%
		Tijdelijk geen e-health aanbod (overgang naar andere aanbieder, ict problemen)	5%

^a Er zijn 71 redenen genoemd door 25 POH's-GGZ

^b Er zijn 60 redenen genoemd door 25 POH's-GGZ

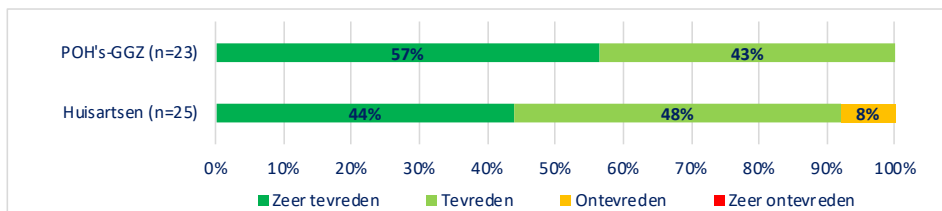
5.5 Consultatie psychiater

5.5.1 Consultatie psychiater: resultaten vragenlijst

Tevredenheid

Deelnemende POH's-GGZ zijn tevreden of zeer tevreden over de consultatie bij een psychiater. Dit geldt ook voor de overgrote meerderheid van de huisartsen; slechts een klein deel is ontevreden.

Figuur 4.5 Hoe tevreden zijn POH's-GGZ en huisartsen over consultatie bij een psychiater? ^a



a Uitgaande van de praktijk waarmee aan het onderzoek werd deelgenomen.

Succesfactoren en verbeterpunten

Tabellen 4.5a en b laten zien dat de door POH's-GGZ en huisartsen twee meest genoemde succesfactoren voor psychiatrische consultatie overeenkomen: de deskundigheid van de psychiater en diens goede bereikbaarheid en snelle advies. Tegelijkertijd wordt de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de psychiater voor consultatie door zowel POH's-GGZ als huisartsen ook het vaakst als verbeterpunt genoemd. Blijkbaar is dit aspect voor een deel van de POH's-GGZ en huisartsen op orde, maar voor een ander deel niet. Daarnaast rapporteren relatief veel POH's-GGZ verbeterpunten die gaan over het uitbreiden of aanpassen van de consultatieprocedure, zoals een telefonisch spreekuur met de psychiater voor korte vragen, consultatie die plaatsvindt in de huisartsenpraktijk zelf, en eerst overleg met de psychiater voordat de uitkomst van de consultatie wordt besproken met de patiënt. Naast bereikbaarheid en toegankelijkheid, benoemen huisartsen het vaakst de terugkoppeling en rapportage door de psychiater als verbeterpunt.

Tabel 4.5a Wat zijn volgens POH's-GGZ succesfactoren en verbeterpunten ten aanzien van consultatie bij een psychiater?

SUCCEFACTOREN ^a		VERBETERPUNTEN ^b	
Deskundigheid van de psychiater/ deskundig advies	33%	Betere bereikbaarheid/toegankelijkheid	30%
Goede bereikbaarheid en snel advies	29%	Uitbreiding/aanpassing consultatie- procedure (divers)	30%
Meedenken/bieden van andere invalshoeken	14%	Versimpelen aanvraagprocedure consultatie	15%
Goede terugkoppeling	7%	Betere bekendheid consultatie- mogelijkheid in praktijk	10%
Patiëntgerichtheid	7%	Kortere wachttijd bij doorverwijzing na consultatie	10%
Prettige en betrouwbare samenwerking	6%	Meer redeneren vanuit psychologie (i.p.v. psychiatrie)	5%

*a Er zijn 52 succesfactoren genoemd door
22 POH's-GGZ*

*b Er zijn 20 verbeterpunten genoemd door
15 POH's-GGZ*

Tabel 4.5b Wat zijn volgens huisartsen succesfactoren en verbeterpunten ten aanzien van consultatie bij een psychiater?

SUCCEFACTOREN ^a		VERBETERPUNTEN ^b	
Deskundigheid van de psychiater/ deskundig advies	30%	Betere bereikbaarheid/toegankelijkheid	24%
Goede bereikbaarheid en snel advies	28%	Betere terugkoppeling/rapportage	24%
Goede en duidelijke terugkoppeling/ rapportage	14%	Minder wisselingen van psychiaters/ meer continuïteit	12%
Laagdrempelig voor patiënten/gebeurt in praktijk	12%	Meer gebruik maken van consultatie- mogelijkheid	8%
Meedenken/bieden van andere invalshoeken	12%		

*a Er zijn 50 succesfactoren genoemd door
22 huisartsen*

*b Er zijn 25 verbeterpunten genoemd door
17 huisartsen*

5.5.2 Consultatie psychiater: resultaten focusgroepen

Alle POH's-GGZ en huisartsen die deelnemen aan de focusgroepen geven aan de mogelijkheid te hebben om een psychiater te consulteren, al is dat wel verschillend georganiseerd. Zo zijn sommige consultatiediensten georganiseerd vanuit een grote GGZ-instelling, en anderen vanuit een samenwerkingsverband van huisartsenpraktijken. Soms wordt ook een klinisch psycholoog of een GZ-psycholoog geconsulteerd. Hierover zegt een behandelend psycholoog binnen de GB-GGZ zelf dat zij niet écht een meerwaarde heeft voor POH's-GGZ om te consulteren, omdat zij vaak zelf genoeg ervaring en deskundigheid hebben.

Over het algemeen ervaren POH's-GGZ het consulteren van een psychiater als nuttig, prettig en leerzaam, waarbij medicatie-advies van een psychiater in het bijzonder als waardevol wordt beschouwd.

Een POH-GGZ: "...bij toch wat complexere patiënten dat je denkt van 'wat moet ik hier nou mee, doe eens een behandeladvies of een begeleidingsadvies' bij de psychiater Ik heb ook weleens patiënten die ik daarnaar toestuur voor een face-to-face consultatie, ook met zo'n brief mee en dan krijg je keurig een brief terug. Ik vind het echt heel erg prettig."

Aangegeven wordt dat het voor psychiaters wel eens lastig is te onderscheiden of het gaat om een intercollegiaal overleg of een consultatie (zoals bij een telefoontje van de POH-GGZ van een half uur). Dit onderscheid is relevant in verband met registratie en declaratie.

5.6 Samenwerking met wijkteam

5.6.1 Samenwerking met wijkteam: resultaten vragenlijsten

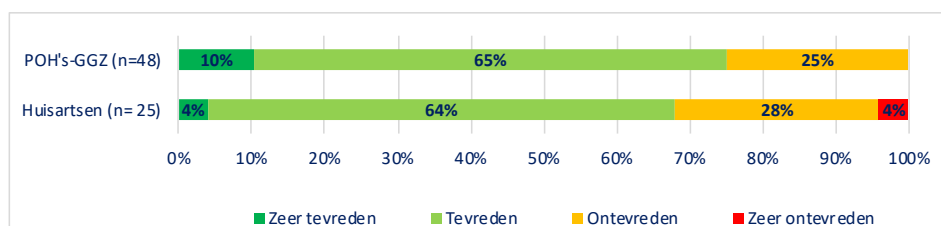
Redenen geen samenwerking

Bijna een kwart (24%) van de POH's-GGZ²⁸ geeft aan niet samen te werken met een sociaal wijk- of buurtteam (kortweg: wijkteam) in de hulpverlening aan patiënten. Genoemde redenen zijn dat samenwerking (nog) niet tot stand is gekomen (54%) of dat er (nog) geen wijkteam bestaat (46%).

Tevredenheid

De meeste POH's-GGZ en huisartsen zijn tevreden over de samenwerking met het wijkteam. Echter, een kwart van de POH's-GGZ en circa een derde van de huisartsen is niet tevreden.

Figuur 4.6 Hoe tevreden zijn POH's-GGZ en huisartsen over de samenwerking met het wijkteam? ^a



^a Uitgaande van de praktijk waarmee aan het onderzoek werd deelgenomen.

28 15 van 63 POH's-GGZ.

Succesfactoren en verbeterpunten

De door POH's-GGZ meest genoemde succesfactoren en verbeterpunten wijzen erop dat de samenwerking met wijkteams verschillend wordt ervaren (zie Tabel 4.6a). Kort gezegd geeft een deel van de POH's-GGZ aan korte lijnen en warme contacten te hebben met het wijkteam, terwijl voor een ander deel van de POH's-GGZ sprake is van het tegenovergestelde. Een vergelijkbaar gedifferentieerd beeld is ook terug te zien bij de huisartsen (zie Tabel 4.6b).

Tabel 4.6a Wat zijn volgens POH's-GGZ succesfactoren en verbeterpunten ten aanzien van samenwerking met het wijkteam?

SUCCESFACTOREN ^a		VERBETERPUNTEN ^b	
Goede bereikbaarheid en korte lijnen	34%	Betere terugkoppeling	16%
Bereidheid tot overleg en afstemming	21%	Betere bereikbaarheid	13%
Elkaar kennen; persoonlijk contact	14%	Vaker contact om elkaar beter te leren kennen/gebruik te maken van elkaars expertises	12%
Kwalitatief goede zorg/deskundige professionals	13%	Vermindering wachttijden	11%
Laagdrempelig en toegankelijk voor patiënten	13%	Vergroten toegankelijkheid voor patiënten	9%
Snelheid van reageren en handelen	6%	Structureel overleg	8%
		Verduidelijken aanbod en doelgroepen wijkteam	8%
		Betere coördinatie en regievoering	7%
		Meer deskundigheid	5%
		Minder bureaucratisch/flexibelere houding en werkwijze	5%

a Er zijn 80 succesfactoren genoemd door 44 POH's-GGZ

b Er zijn 76 verbeterpunten genoemd door 41 POH's-GGZ

Tabel 4.6b Wat zijn volgens huisartsen succesfactoren en verbeterpunten ten aanzien van samenwerking met het wijkteam?

SUCCESFACTOREN ^a		VERBETERPUNTEN ^b	
Goede bereikbaarheid en korte lijnen	47%	Betere terugkoppeling/communicatie; meer overleg	38%
Kundig en breed inzetbaar	29%	Betere toegankelijkheid en bereikbaarheid	17%
Goede communicatie/overlegstructuur	24%	Vaker inschakelen wijkteam (divers)	13%
		Meer duidelijkheid aanbod en expertise wijkteam	13%
		Minder personele wisselingen in wijkteams	10%
		Verbeteren functioneren wijkteam	10%

a Er zijn 45 succesfactoren genoemd door 24 huisartsen

b Er zijn 48 verbeterpunten genoemd door 25 huisartsen

5.6.2 Samenwerking met wijkteam: resultaten focusgroepen

De deelnemers aan de focusgroepen vinden dat de POH-GGZ een belangrijke rol speelt in het fungeren als schakel tussen de huisartsenzorg, het sociaal domein en de GGZ. Over het algemeen hebben deelnemende POH's-GGZ betere ervaringen met de samenwerking met het wijkteam dan met de samenwerking met de GGZ. Hier kan meespelen dat twee POH's-GGZ voor drie uur per week zijn toegevoegd aan het wijkteam in een consultatieve rol. Hoewel deze rol nog moet worden geoptimaliseerd, bevordert het de contacten en samenwerking met de collega's van het wijkteam.

In elkaars nabijheid werken (zoals in hetzelfde gebouw zitten) wordt genoemd als een algemene faciliterende factor voor de samenwerking met het wijkteam. Als een algemene belemmerende factor geven sommige POH's-GGZ aan dat zij onvoldoende tijd hebben om goede samenwerking met partijen buiten de praktijk op te bouwen. Verder noemt een enkeling dat er geen goed contact is met het wijkteam vanwege de vele personele wisselingen, of omdat het aanbod van het wijkteam is gewijzigd (bijvoorbeeld alleen toeleiden naar voorzieningen, en niet meer het zelf begeleiden van cliënten). Ten slotte wordt de informatiewisseling soms als zwak ervaren. Hierdoor weten de huisarts/POH GGZ en het wijkteam vaak niet van elkaar dat ze bij dezelfde patiënten betrokken zijn, en is er sprake van een 'kloof' tussen huisartsenzorg en het sociale domein.

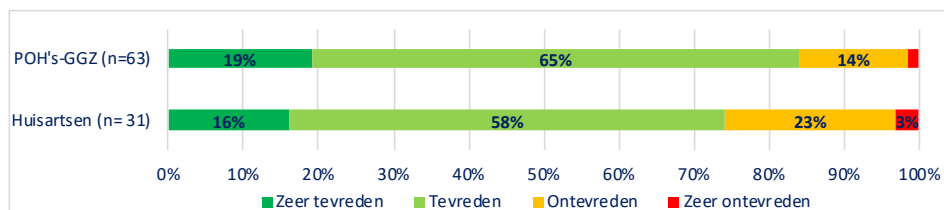
5.7 Samenwerking met de GGZ

5.7.1 Samenwerking met de GGZ: resultaten vragenlijsten

Samenwerking GB-GGZ: tevredenheid

De meeste deelnemende POH's-GGZ en huisartsen zijn tevreden of zeer tevreden over de samenwerking met de generalistische basis-GGZ (kortweg: GB-GGZ). Echter, een substantieel deel van de POH's-GGZ (16%) en een nog groter deel van de huisartsen (26%) is niet tevreden.

Figuur 4.7 Hoe tevreden zijn POH's-GGZ en huisartsen over de samenwerking met de generalistische basis-GGZ? ^a



^a Uitgaande van de praktijk waarmee aan het onderzoek werd deelgenomen.

Samenwerking GB-GGZ: succesfactoren en verbeterpunten

Uitgaande van de meest genoemde succesfactoren en verbeterpunten hebben deelnemende POH's-GGZ verschillende ervaringen met de samenwerking met aanbieders van GB-GGZ (zie Tabel 4.7a). Samengevat wordt de samenwerking met sommige aanbieders positief beoordeeld, met name vanwege de korte lijnen en de bereidheid tot overleg en afstemming, terwijl de samenwerking met andere aanbieders juist negatief wordt ervaren, vooral omdat er sprake is van lange wachttijden en een slechte terugkoppeling aan de POH-GGZ na intake, tijdens of na afsluiting van de behandeling van verwezen patiënten.

Ook de huisartsen hebben positieve en negatieve ervaringen met de samenwerking met aanbieders van GB-GGZ (zie Tabel 4.7b). Het valt op dat bijna de helft van alle door hen genoemde verbeterpunten betrekking heeft op het verminderen van de wachttijden.

Tabel 4.7a Wat zijn volgens POH's-GGZ succesfactoren en verbeterpunten ten aanzien van samenwerking met de generalistische basis-GGZ?

SUCCESFACTOREN ^a		VERBETERPUNTEN ^b	
Goede bereikbaarheid en korte lijnen	34%	Vermindering wachttijden	37%
Bereidheid tot overleg en afstemming	24%	Betere communicatie of terugkoppeling (na intake, en tijdens en/of na afsluiting behandeling)	24%
Kwalitatief goede zorg/deskundige professionals	12%	Meer en beter overleg met POH-GGZ	12%
Laagdrempelig en breed aanbod voor patiënten	9%	Betere bereikbaarheid van behandelaars	9%
Terugkoppeling (na intake en/of afsluiting behandeling)	7%	Meer of passender aanbod (divers)	7%
Korte tot redelijke wachttijden	6%	Minder bureaucratisch/flexibelere houding en werkwijze	6%
Soepele verwijzing en overdracht	6%		

^a Er zijn 116 succesfactoren genoemd door 58 POH's-GGZ

^b Er zijn 76 verbeterpunten genoemd door 41 POH's-GGZ

Tabel 4.7b Wat zijn volgens huisartsen succesfactoren en verbeterpunten ten aanzien van samenwerking met de generalistische basis-GGZ?

SUCCESFACTOREN ^a		VERBETERPUNTEN ^b	
Goede bereikbaarheid en korte lijnen	38%	Vermindering wachttijden	46%
Kwalitatief goede zorg/deskundige professionals	19%	Elkaar beter leren kennen/meer en beter overleg	12%
Breed aanbod	17%	Minder versnipperd aanbod/meer duidelijkheid over beschikbare aanbod	8%
Terugkoppeling (na intake, tijdens en/of na afsluiting behandeling)	17%	Mindere personele wisselingen	8%
		Aanbod voor specifieke doelgroepen (mensen met LVB, ADHD of ASS)	6%
		Betere bereikbaarheid behandelaars	6%
		Flexibeler houding in aannemen of terugnemen patiënten	6%

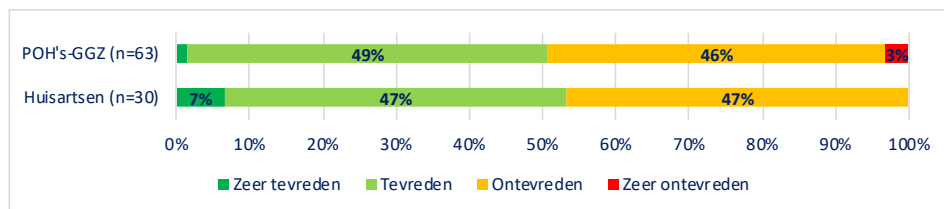
a Er zijn 42 succesfactoren genoemd door 28 huisartsen

b Er zijn 52 verbeterpunten genoemd door 31 huisartsen

Samenwerking S-GGZ: tevredenheid

Bijna de helft van zowel de POH's-GGZ als de huisartsen is ontevreden over de samenwerking met de specialistische ggz (kortweg: S-GGZ). Dit is aanzienlijk hoger dan de percentages POH's-GGZ en huisartsen die niet tevreden zijn over de samenwerking met de GB-GGZ (resp. 16% en 26%).

Figuur 4.8 Hoe tevreden zijn POH's-GGZ en huisartsen over de samenwerking met de specialistische GGZ? ^a



a Uitgaande van de praktijk waarmee aan het onderzoek werd deelgenomen.

Samenwerking S-GGZ: succesfactoren en verbeterpunten

Tabellen 4.8a en b laten zien dat, net als bij de GB-GGZ, de POH's-GGZ en huisartsen verschillende ervaringen hebben met de samenwerking met aanbieders van S-GGZ. Waarbij opgemerkt dient te worden dat in vergelijking met de GB-GGZ beduidend minder succesfactoren voor de samenwerking met de S-GGZ zijn benoemd door de POH's-GGZ en huisartsen, en juist aanmerkelijk meer verbeterpunten. Vermindering van wachttijden wordt zowel door de POH's-GGZ als de huisartsen veruit het vaakst

genoemd als verbeterpunt, gevolgd door een betere terugkoppeling na intake, tijdens of na afsluiting van de behandeling van verwezen patiënten.

Tabel 4.8a Wat zijn volgens POH's-GGZ succesfactoren en verbeterpunten ten aanzien van samenwerking met de specialistische GGZ?

SUCCEFACTOREN ^a		VERBETERPUNTEN ^b	
Bereidheid tot overleg en meedenken over oplossingen	33%	Vermindering wachttijden	30%
Bereikbaarheid en toegankelijkheid bij vragen en aanmelding	19%	Betere communicatie of terugkoppeling (na intake, en tijdens en/of na afsluiting behandeling)	17%
Deskundigheid en expertise hulpverleners	12%	Betere bereikbaarheid behandelaars	12%
Kwalitatief goede zorg	12%	Meer en beter overleg met POH-GGZ	12%
Breed en passend behandelaanbod	11%	Flexibeler houding in aannemen patiënten	8%
Terugkoppeling bij aanmelding, start en/of afsluiting van behandeling	11%	Minder bureaucratisch ingesteld; meer gericht op leveren kwalitatief goede zorg	8%
		Bijdrage leveren aan realiseren verantwoorde overbrugging wachttijden	5%

a Er zijn 75 succesfactoren genoemd door 53 POH's-GGZ

b Er zijn 132 verbeterpunten genoemd door 59 POH's-GGZ

Tabel 4.8b Wat zijn volgens huisartsen succesfactoren en verbeterpunten ten aanzien van samenwerking met de specialistische GGZ?

SUCCEFACTOREN ^a		VERBETERPUNTEN ^b	
Deskundigheid	26%	Vermindering wachttijden	35%
Goede terugkoppeling/rapportage tijdens en/of na afsluiting van de behandeling	20%	Betere communicatie of terugkoppeling (na intake, en tijdens en/of na afsluiting behandeling)	16%
Kwalitatief goede zorg	9%	Betere bereikbaarheid behandelaars	7%
Voldoende/duidelijk aanbod	9%	Meer duidelijkheid over/beter overzicht beschikbare aanbod voor welke doelgroepen	7%
Functioneren FACT-team	6%	Meer en beter overleg/persoonlijk contact	7%
Goed en prettig overleg	6%	Flexibeler houding in aannemen of terugnemen patiënten	6%
Mogelijkheden om te overleggen	6%	Meer integraal werken en minder geprotocolleerd	6%
Redelijke wachttijden	6%		
Samenwerking in eigen wijk/regio	6%		

a Er zijn 35 succesfactoren genoemd door 27 huisartsen

b Er zijn 69 verbeterpunten genoemd door 31 huisartsen

5.7.2 Samenwerking met de GGZ: resultaten focusgroepen

Lange wachttijden bij de GGZ leiden tot overbruggingszorg bij de POH-GGZ

De focusgroepen met POH's-GGZ en huisartsen bevestigen dat lange wachttijden het grootste knelpunt zijn in de samenwerking met de GGZ, in het bijzonder de S-GGZ. De meeste POH's-GGZ geven aan zich verantwoordelijk te voelen voor de patiënt als een verwijzing naar een GGZ-aanbieder (te) lang duurt. Ter overbrugging van de wachttijd hebben zij 'vinger-aan-de-pols-contacten' met een patiënt, of wordt gewerkt met kleine, haalbare doelen.

Een POH-GGZ: "Nou dat over wachtlijsten.. je kan natuurlijk van alles willen.. we zetten het wel in gang.. maar ik overbrug met van alles.. dan staan we niet stil, je moet natuurlijk van alles inzetten.. als er dan antidepressiva nodig is.. dan gaan we in overleg."

Sommigen voelen zich minder prettig bij het leveren van overbruggingszorg omdat de hulpverlening van de POH-GGZ niet is bedoeld voor patiënten met zwaardere problematiek. Daarbij drukken de overbruggingscontacten op de al volle agenda van de POH-GGZ. Ook wordt aangegeven dat de overbruggingszorg veel creativiteit van handelen vraagt van de POH-GGZ en huisarts.

Een POH-GGZ: "Iemand moet dan eigenlijk naar de GGZ-instelling. Maar daar gaan we natuurlijk niet op wachten, want er is een intakeprocedure van zes tot negen weken. De huisarts doet dan medicatie, en ik doe de cognitief gedrags-therapeutische aspecten. Dan ga je creatief om met die hele lompe organisatie."

In de focusgroepen met GGZ-professionals en andere zorgverleners wordt goed begrepen dat er door POH's-GGZ en huisartsen wordt geklaagd over de lange wachttijden bij de GGZ. Ook onder hen heerst hierover onvrede. Als belangrijke oorzaken van de wachtlijsten wijzen GGZ-zorgverleners op de bureaucratische wijze waarop sommige grote GGZ-aanbieders zijn georganiseerd en de behandelplafonds die door verzekeraars aan aanbieders worden opgelegd.

Een GZ-psycholoog "Als ik wil verwijzen naar de S-GGZ omdat het geen GB-GGZ-problematiek is, dan mag ik niet doorbehandelen totdat de patiënt bij de S-GGZ terecht kan, want op het moment dat er een verwijzing komt naar de S-GGZ moet het bij mij afgesloten zijn, alleen dan zijn de wachttijden naar de S-GGZ tien, twaalf weken. Dus dan dobbert zo iemand en dan moet ik terugverwijzen naar de POH-GGZ, want dat is de structuur en dat is heel naar want die meneer of mevrouw is aan mij gewend en ik kan best nog wel wat doen, alleen ik kan niet de hulp bieden die tot grote verbetering gaat leiden, want daarvoor is het te complex. Maar om terug te sturen naar de POH-GGZ, dat is weer een extra schakel waardoor je de POH-GGZ extra belast, maar het mag niet anders, het is het protocol."

Een GZ-psycholoog: *“Voor m'n gevoel; als ik met iets zit, zoals paniekaanvallen, dan ben ik blij dat ik bij de huisarts snel geholpen wordt en dat het niet heel ingewikkeld is met wachttijden, intakes, verschillende vragenlijsten en behandelaars: dat alles duurt soms wel drie maanden. Puur vanuit de cliënt: ik kan het mij voorstellen; dat het fijn is dat er meer in de huisartsenpraktijk is, los van organisatie. Ik werk in de GB-GGZ. Ik kan me goed voorstellen dat cliënten liever in de huisartsenpraktijk geholpen worden. Na het eerste contact kan meteen met de POH-GGZ verder, zonder ergens anders heen te gaan met allerlei formaliteiten.”*

Ook deelnemende managers van zorgorganisaties en vertegenwoordigers van verzekeraars zien het probleem van de 'verstopping' in de GGZ. Zij merken op dat de POH-GGZ die als overbruggingspartij de wachtlijstproblematiek van de GGZ op zich neemt, oneigenlijk gebruik van de POH-GGZ is.

Een vertegenwoordiger zorgverzekeraar: *“De zwaardere gevallen (die wachten op behandeling in de S-GGZ) blijven dan bij de POH-GGZ, al zouden ze ook in het intensieve traject van de GB-GGZ kunnen, maar die zijn niet geïndiceerd voor de GB-GGZ. De POH-GGZ houdt de zware gevallen dus, het is niet echt behandelen, maar meer begeleiden en stutten eigenlijk.”*

Uit de focusgroepen komt naar voren dat het aanbod en de organisatie van de GB-GGZ en S-GGZ ' per regio verschilt en dat daarmee per regio eigen obstakels bestaan qua toegankelijkheid van de GGZ.

Een huisarts: *“Wij hebben te maken met één GGZ-instelling in onze regio. Dat is min of meer een monopolist. In het verleden werd elke verwijzing geaccepteerd, maar we zien nu de laatste tijd dat meer en meer patiënten gewoon geweigerd worden. En ze hebben geen zorgplicht. Dan krijg je een patiënt terug en die kan niet verwezen worden.”*

Onvoldoende terugkoppeling en communicatie

Een andere bevinding van de focusgroepen met POH's-GGZ en huisartsen die aansluit bij de resultaten van de vragenlijsten is dat er onvrede heerst over de terugkoppeling en communicatie vanuit sommige GGZ-aanbieders over verwezen patiënten. Het wordt onder meer van belang geacht om te weten of een verwezen patiënt wel of niet gestart is met de behandeling in de GGZ. Tevens is er behoefte aan goede instructies voor verdere begeleiding bij terugverwijzing van patiënten.

Een POH-GGZ: *“Dus er gaat niet een soort afsluitbrief van de S-GGZ naar de huisartsen toe.. met: dit is er gebeurt met de patiënt.. en ook met aanwijzingen voor eventuele vervolg begeleiding...”*

Een huisarts: *“Precies ja.. of de brief komt wel.. maar vertraagd.. of de brief is incompleet.. of de brief komt wel.. alleen heeft de huisarts nog heel veel vragen.. en kan vervolgens de psychiater niet bereiken...”*

Weinig overlegmogelijkheden

Volgens deelnemende POH's-GGZ ontbreekt het dikwijls aan voldoende mogelijkheden om met GGZ-zorgverleners te overleggen over een verwijzing, of om casuïstiek te bespreken. In de focusgroepen met GGZ-zorgverleners wordt door sommigen aangegeven dat zij te maken hebben met veel verschillende verwijzende POH's-GGZ waardoor het praktisch niet mogelijk is om regelmatig overleg te hebben met iedere POH-GGZ.

Een GZ-psycholoog: *“Ja, bij ons is er wel structureel elke week overleg, met je ‘patiëntbespreking-groepje’, dat is een klein groepje. Maar de verwijzingen komen soms ook van andere POH's-GGZ, dus je kan niet met elke POH-GGZ dat overleg hebben. Daarvoor zijn er te veel verwijzingen. Het is überhaupt een puzzel met die overleggen.”*

Verder komt uit de focusgroepen naar voren dat vooral de GGZ-zorgverleners die werkzaam zijn in de GB-GGZ wel korte lijnen hebben met één of enkele POH's-GGZ. Met hen is regelmatig telefonisch overleg of app contact, vaak op ad hoc basis. Ook POH's-GGZ geven aan vaker kortere lijnen te hebben met GGZ-zorgverleners in de GB-GGZ, in het bijzonder met degenen die vrijgevestigd zijn.

Een GZ-psycholoog: *“Wat fijn is, is elkaar vinden als het nodig is. Geen vaste tijden overleg, niets wat niet nodig is.”*

Een POH-GGZ: *“Alleen als het nodig is.”*

In elkaars nabijheid werken (bijvoorbeeld in hetzelfde gezondheidscentrum), persoonlijk contact en/of vaste overlevormen hebben worden genoemd als faciliterende factoren voor de samenwerking. Verder lijken de (gedetacheerde) POH's-GGZ en GGZ-zorgverleners die werkzaam zijn voor dezelfde 'moeder'-organisatie elkaar makkelijker en sneller te vinden. Enkele POH's-GGZ hebben regelmatig (bijvoorbeeld zeswekelijks) een multidisciplinair overleg (MDO) met andere zorgverleners (bijvoorbeeld een psychiater, GZ-psycholoog, maatschappelijk werker) waar verwijzingen of casuïstiek kunnen worden besproken. Dit wordt zowel door de POH's-GGZ als andere zorgverleners als positief ervaren.

Samenwerking rondom chronisch stabiele patiënten kan beter

Deelnemende POH's-GGZ geven aan dat het begeleiden van patiënten met stabiele chronische psychiatrische problematiek bij hun functie hoort. De meningen van de GGZ-zorgverleners in de focusgroepen zijn hierover verdeeld. Hier lijkt mee te spelen dat sommige GGZ-zorgverleners, vooral degenen die weinig contact hebben met POH's-GGZ, niet goed weten wat de taken van de POH-GGZ zijn.

Een psychotherapeut: "Ik heb het idee dat de POH's-GGZ.. vooral steunend en structurerend werken.. dat ze ook wel online wat dingen inzetten... en dat is deels voor wat diagnostisch, met wat vragenlijsten.. maar ook wel wat hulp-programma's."

De POH's-GGZ ervaren een toename in het aantal stabiele chronische patiënten, wat druk geeft op de agenda en de toegankelijkheid van de POH-GGZ voor nieuwe patiënten kan verminderen. Daarbij geven sommige POH's-GGZ aan het jammer te vinden als een groot deel van hun werkzaamheden zou gaan bestaan uit 'vinger-aan-de-pols-contacten' en steuncontacten.

Deelnemende GGZ-zorgverleners hebben wisselende ervaringen met het terugverwijzen van stabiele chronische patiënten naar de huisartsenpraktijk. Het is soms lastig omdat de POH-GGZ vol zit of omdat de huisarts geen verantwoordelijkheid wil dragen voor de medicamenteuze behandeling. Ook komt het soms voor dat een patiënt wordt terugverwezen naar de huisartsenpraktijk terwijl deze nog niet stabiel is.

Verwijzing door POH-GGZ en huisarts is niet altijd passend of tijdig

Deelnemende GGZ-zorgverleners vinden adequate triage een belangrijke taak van de POH-GGZ. Dit vraagt volgens hen niet alleen om voldoende deskundigheid en werkervaring, maar ook om voldoende consulttijd. Sommige GGZ-zorgverleners vinden verwijzingen vanuit de huisartsenzorg niet altijd passend. Zo komt het voor dat patiënten naar de GB-GGZ worden verwezen, terwijl die eigenlijk thuishoren in de S-GGZ.

Een GZ-psycholoog: "En de verwijzingen zijn wel wisselend: of ze goed zijn of niet."

Moderator: "Kun je dat iets toelichten?"

Een GZ-psycholoog: "Nou het komt ook wel eens voor dat het eigenlijk naar de S-GGZ had moeten.. en dat is heel vervelend.. want dan heeft iemand al een tijdje moeten wachten.. en weet je.. iemand moet dan eerst wachten op de POH-GGZ.. en dan op de GB-GGZ.. en als het allemaal kort gaat.. dan is het misschien minder erg.. maar soms zijn de wachttijden wat langer.. en als je dan bij de intake erachter komt dat het eigenlijk S-GGZ moet zijn.. en die wachttijden zijn nog langer daardoor.. dan is dat heel vervelend.. dus ja.. dan kijk je of je toch iets kan dan.. maar nu is het echt wel het beleid om toch naar de S-GGZ te verwijzen.. ik bedoel.. als de patiënt daar moet zijn..."

Ook wordt gezegd dat de POH GGZ niet altijd tijdig verwijst. Hierbij kan meespelen dat een patiënt zelf niet wil worden verwezen vanwege het eigen risico dat geldt in de GGZ. Daarnaast geven enkele GGZ-zorgverleners aan dat de meer ervaren POH's-GGZ vaker patiënten langer bij zich houden. Zij zijn van mening dat deze POH's-GGZ in sommige

gevallen behandelingen doen die minder passend zijn voor de POH-GGZ, en waardoor de 'grens' tussen POH-GGZ en GB-GGZ vervaagt.

Soms worden POH's-GGZ door GGZ-zorgverleners bij een verwijzing als te sturend ervaren wat betreft de invulling van het vervolgtraject in de GGZ. Patiënten komen in deze gevallen bij de GB-GGZ of S-GGZ met bepaalde verwachtingen en dit maakt het voor de zorgverleners lastig om een andere aanpak te kiezen.

Een GZ-psycholoog: "En wat ik ook wel vaak merk is, als je het vermoeden hebt van trauma-problematiek, dat het natuurlijk goed is om dat te noemen in je verwijsbrief, maar niet om ook al direct zeg maar aan te geven van: "Goh, volgens mij moet het EMDR worden."

Een GZ-psycholoog: "Ja. Ik denk dat het handiger zou zijn misschien om te zeggen van 'goh, traumaproblematiek, PTSS' en 'suggestie, misschien is cognitieve therapie iets' en dan met een vraagtekentje 'EMDR', op die manier."

Tot slot komt uit de focusgroepen naar voren dat het gebruikmaken van een POH-GGZ die gedetacheerd is vanuit een GGZ-instelling het verwijsgedrag in bepaalde mate stuurt: er wordt door de POH-GGZ meer verwezen naar de eigen 'moeder'-organisatie. Het is onduidelijk of dit invloed heeft op de mate van tijdigheid of passendheid van verwijzingen.

6 Ervaren succesfactoren en verbeterpunten voor de functie POH-GGZ: beschouwing en conclusie

6.1 Resultaten samengevat

6.1.1 Functie POH-GGZ algemeen

Volgens de door hen ingevulde vragenlijsten oordelen zowel de POH's-GGZ zelf als de huisartsen over het algemeen positief of zeer positief over het werk van de POH-GGZ. Wel is een meerderheid (60%) van de POH's-GGZ het eens of zeer eens met de stelling dat werken als POH-GGZ gepaard gaat met een hoge werkdruk. Ook ruim 40% van de huisartsen is het hier (zeer) mee eens.

In de vragenlijsten benoemen zowel de POH's-GGZ als de huisartsen het vaakst de laagdrempelige, toegankelijke en continue hulpverlening van de POH-GGZ als succesfactor voor de functie POH-GGZ. Door de huisartsen worden daarna de ervaring en deskundigheid van de POH-GGZ en de goede samenwerking tussen POH-GGZ en huisarts het vaakst genoemd. Ook de POH's-GGZ brengen deze twee aspecten relatief vaak naar voren als succesfactoren, naast de aanpak en methodiek van de hulpverlening, en het aansluiten bij de patiënt. Als verbeterpunten benoemen de POH's-GGZ het vaakst een lagere caseload c.q. meer consulttijd per patiënt en betere mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering. De huisartsen geven het vaakst aan dat de samenwerking met de GGZ en de samenwerking tussen POH-GGZ en huisarts kan worden verbeterd. Ook de POH's-GGZ benoemen deze twee aspecten als verbeterpunten voor de functie POH-GGZ, maar verhoudingsgewijs minder vaak. De bevinding dat de samenwerking tussen POH-GGZ en huisarts veel genoemd wordt als succesfactor én als verbeterpunt, wijst erop dat een deel van de POH's-GGZ en huisartsen hier tevreden over is, terwijl een ander deel verbetermogelijkheden ervaart.

De focusgroepen met POH's-GGZ en huisartsen, met andere zorgverleners, en met managers van zorgaanbieders en vertegenwoordigers van verzekeraars bevestigen dat er in het algemeen een positief tot zeer positief beeld bestaat van de functie POH-GGZ: het wordt gezien als een echte aanwinst voor de huisartsenzorg. Naast dat POH's-GGZ vaak jarenlange werkervaring en brede deskundigheid hebben, worden diverse andere succesfactoren van de functie POH-GGZ genoemd, waaronder: de toegankelijkheid en laagdrempeligheid (in termen van de doorgaans korte wachttijd, het niet gelden van het eigen risico, en het bieden van hulp op een locatie – de huisartsenpraktijk – die vertrouwd

en dichtbij is), het bijdragen aan continuïteit van zorg (een patiënt kan veelal snel verder na doorgeleiding door de huisarts), het kunnen begeleiden of kortdurend behandelen van aanzienlijk meer patiënten met psychische problematiek in de huisartsenpraktijk, en het bevorderen van gerichte verwijzingen naar de GGZ en voorzieningen in de wijk.

Hoewel veel POH's-GGZ (zeer) ervaren en deskundig worden gevonden, wordt er in de focusgroepen wel op gewezen dat er veel verschillen tussen POH's-GGZ bestaan wat betreft opleidingsachtergrond en beschikbare expertises. Deze variatie biedt enerzijds de mogelijkheid voor individuele huisartsenpraktijken om één of meer POH's-GGZ te kiezen die goed bij hen passen, maar anderzijds brengt het ook het risico van te grote kwaliteitsverschillen tussen POH's-GGZ met zich mee. Over het algemeen wordt het belangrijk gevonden om de kwaliteit van de functie goed te bewaken, temeer omdat verwacht wordt dat de komende jaren relatief veel jongere professionals met weinig werkervaring zullen instromen als POH-GGZ. Er worden diverse instrumenten voor kwaliteitsborging genoemd, waaronder aanpassing van het functie- en competentieprofiel POH-GGZ (2014)²⁹, standaardisering van de diverse aanvullende post-hbo opleidingen tot POH-GGZ, en het bieden van goede faciliteiten voor POH's-GGZ (zoals nascholing, intervisie, de mogelijkheid tot consultatie, en een goede werkplek). In sommige focusgroepen bestaat de indruk dat grotere organisaties die de functie POH-GGZ contracteren (zoals een zorggroep of een GGZ-organisatie) over het algemeen makkelijker goede faciliteiten voor 'hun' POH's-GGZ kunnen organiseren, vergeleken met POH's-GGZ die in loondienst zijn bij één of meer huisartsenpraktijken, of werkzaam zijn als zelfstandige.

In de focusgroepen wordt verder aangegeven dat de financiering van de functie POH-GGZ een verkeerde prikkel geeft, namelijk dat het loont voor de huisarts, of een andere partij die de functie contracteert, om de POH-GGZ zoveel mogelijk consulten op een werkdag te laten uitvoeren. Bepleit wordt om deze financiële prikkel weg te halen, om te voorkómen dat POH's-GGZ een te hoge werkdruk hebben en de kwaliteit van hun hulpverlening in het gedrang komt. Er worden diverse andere knelpunten rondom de bekostiging van de functie POH-GGZ genoemd, waaronder het bieden van weinig financiële ruimte voor het implementeren van innovaties, het niet kostendekkend zijn voor huisartsen, en de ontoegankelijkheid en ingewikkeldheid voor sommige individuele huisartsen (zoals het aanvragen van budget voor consultatie en e-mental health).

POH's-GGZ in de focusgroepen vinden hun werk onder meer leuk door de afwisseling in werkzaamheden en de hoge mate van autonomie. Zij noemen diverse factoren die hun werkplezier kunnen vergroten, zoals het hebben van een collega-POH-GGZ in de praktijk, het hebben van regelmatige intervisie, en écht het gevoel hebben onderdeel te zijn van het team in de praktijk. Aansluitend bij de resultaten van de vragenlijsten

²⁹ Ten tijde van het onderzoek was het geactualiseerde functie- en competentieprofiel POH-GGZ (maart 2020) nog niet gepubliceerd.

ervaren de meeste POH's-GGZ in de focusgroepen een hoge werkdruk, vooral omdat er (te) veel face-to-face consulten op een werkdag zijn. Negen gesprekken per dag is eigenlijk het maximum voor de meeste POH's-GGZ. Door de (te) strak geplande agenda is er voor POH's-GGZ doorgaans weinig ruimte voor overleg met de huisarts of andere zorgverleners en voor niet-patiëntgebonden activiteiten, zoals intervisie en nascholing. Andere genoemde factoren die bijdragen aan een hoge werkdruk van POH's-GGZ zijn de 'overbruggingszorg' die wordt geboden aan patiënten die op de wachtlijst bij GGZ-aanbieders staan, zorg voor stabiele chronische patiënten en het werkzaam zijn voor meerdere huisartsenpraktijken.

6.1.2 Samenwerking binnen huisartsenpraktijk

Volgens de door hen ingevulde vragenlijsten zijn de POH's-GGZ en huisartsen tevreden of zeer tevreden over de onderlinge samenwerking. Daarbij benoemen de POH's-GGZ de korte onderlinge lijnen, het vertrouwen en de waardering van de huisarts, en de prettige onderlinge communicatie het vaakst als succesfactoren. De huisartsen waarderen in de samenwerking het meest de deskundigheid en ervaring van de POH-GGZ, de korte onderlinge lijnen, en de houding en persoonlijkheid van de POH-GGZ. Meer overleg wordt door zowel de POH's-GGZ als de huisartsen het vaakst genoemd om de onderlinge samenwerking verder te verbeteren, waarbij het bij de POH's-GGZ specifiek gaat om vaste overlegmomenten. Vermindering van de werkdruk en meer toelichting of vaker overleg bij de doorgeleiding van patiënten naar de POH-GGZ zijn andere verbeterpunten die de POH's-GGZ relatief vaak noemen.

De focusgroepen bevestigen de algemene tevredenheid van de POH's-GGZ en huisartsen over de onderlinge samenwerking. Er worden diverse, meer algemene factoren genoemd die het samenwerken en de communicatie bevorderen, waaronder in hetzelfde gebouw werken, op dezelfde dag(en) werken, een 'klik' met elkaar hebben, en een langere tijd samenwerken. Wel geven de POH's-GGZ aan dat de samenwerking en de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling (sterk) kunnen verschillen per huisarts en per huisartsenpraktijk. Het gaat dan om variatie in termen van onder meer de frequentie en vorm (ad hoc of structureel) van overleg met de huisarts, de taken van de POH-GGZ en de patiëntgroepen die zij/hij bedient, het aantal face-to-face consulten van de POH-GGZ op een reguliere werkdag en de duur van een regulier consult, en de mate van autonomie van de POH-GGZ bij het verwijzen naar de GGZ. De invulling van de samenwerking en de verdeling van taken en verantwoordelijkheden wordt bepaald door een samenspel van factoren, waaronder de voorkeuren van de huisarts, de mate van kennis en affiniteit van de huisarts inzake psychische problemen en psychische hulpverlening, en de mate van deskundigheid en ervaring van de POH-GGZ. De meeste POH's-GGZ geven aan dat de huisarts erop vertrouwd dat de POH-GGZ haar of zijn werkzaamheden met veel zelfstandigheid kan uitoefenen. Deze vrijheid wordt over het algemeen als positief ervaren door POH's-GGZ, zolang er maar sprake is van duidelijke samenwerkingsafspraken en bovenal een goede communicatie tussen huisarts en POH-GGZ. In de focusgroepen worden door POH's-GGZ diverse verbeterpunten voor

samenwerking genoemd die aansluiten bij de resultaten van de vragenlijsten: meer overleg met de huisarts, of een betere toelichting door de huisarts, bij de doorgeleiding van patiënten naar de POH-GGZ; vermindering van werkdruk zodat er meer ruimte is voor overleg met de huisarts; en meer structureel overleg met de huisarts.

Volgens de door hen ingevulde vragenlijsten zijn de POH's-GGZ tevreden of zeer tevreden over de samenwerking binnen het team in de huisartsenpraktijk, vooral vanwege een goede werksfeer en laagdrempelige overlegmogelijkheden. Desondanks ervaren de POH's-GGZ ook verbeterpunten, waarbij meer overlegtijd of -momenten en een meer efficiënte agendaplanning door de praktijkassistente het vaakst worden genoemd.

6.1.3 E-mental health en consultatie

Volgens de door hen ingevulde vragenlijsten passen de POH's-GGZ ingekocht e-mental health aanbod vooral toe ter ondersteuning, aanvulling of vervanging van face-to-face gesprekken en omdat het aanbod betrouwbare en toegankelijke psycho-educatie biedt. De POH's-GGZ zijn verdeeld over de mate van tijdsbesparing die de inzet van e-health oplevert. Volgens circa de helft (52%) wordt hiermee vaak of soms tijd bespaard, terwijl ruim een derde (36%) aangeeft dat dit zelden of nooit het geval is.³⁰ POH's-GGZ noemen ongemotiveerdheid of desinteresse van patiënten en lage digitale vaardigheden van patiënten het vaakst als redenen om het aanbod niet in te zetten. Dit wijst erop dat het bereik en de toegankelijkheid van e-health kan worden verbeterd.

Volgens de door hen ingevulde vragenlijsten zijn de POH's-GGZ tevreden of zeer tevreden over het consulteren van een psychiater, vooral vanwege diens deskundigheid, goede bereikbaarheid en snelle advies. Tegelijkertijd benoemen de POH's-GGZ de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de psychiater het vaakst als verbeterpunt: blijktbaar is dit aspect bij een deel van de POH's-GGZ minder goed op orde. Mogelijk speelt hier een rol dat psychiatrische consultatie op verschillende manieren wordt georganiseerd, zoals wordt aangegeven in de focusgroepen. Aansluitend bij de resultaten van de vragenlijsten, geven POH's-GGZ in de focusgroepen aan consultatie van een psychiater als waardevol, prettig en leerzaam te ervaren.

6.1.4 Samenwerking met wijkteam

Volgens de door hen ingevulde vragenlijsten werkt bijna een kwart (24%) van de POH's-GGZ niet samen met een sociaal wijkteam omdat dit nog niet tot stand is gekomen of omdat er nog geen wijkteam bestaat. De ervaringen van de POH's-GGZ die wel samenwerken met een wijkteam verschillen. Driekwart van de POH's-GGZ is tevreden over de samenwerking, vooral vanwege de korte lijnen en de warme contacten. Een kwart van de POH's-GGZ is echter ontevreden, waarbij juist een betere terugkoppeling, een betere bereikbaarheid en vaker contact het vaakst worden genoemd als verbeterpunten.

30 Het resterende deel van de POH's-GGZ geeft aan dit niet goed te kunnen inschatten.

In de focusgroepen wordt het over het algemeen belangrijk gevonden dat de POH-GGZ als 'schakel' fungeert tussen de huisartsenzorg, het sociaal domein en de GGZ. Er wordt aangegeven dat de samenwerking met het wijkteam kan worden bevorderd door de POH-GGZ toe te voegen aan het wijkteam in een consultatieve rol. In elkaars nabijheid werken (zoals in hetzelfde gebouw zitten) wordt genoemd als een meer algemene faciliterende factor. Als een algemene belemmerende factor geven sommige POH's-GGZ aan dat zij onvoldoende tijd hebben om goede samenwerking met partijen buiten de praktijk, waaronder het wijkteam, op te bouwen.

6.1.5 Samenwerking met de GGZ

Volgens de door hen ingevulde vragenlijsten hebben POH's-GGZ verschillende ervaringen met de samenwerking met GGZ-aanbieders. De meeste POH's-GGZ (84%) zijn tevreden of zeer tevreden over de samenwerking met aanbieders van generalistische basis-GGZ (GB-GGZ), vooral vanwege de korte lijnen en de bereidheid tot overleg en afstemming. Echter, het resterende deel (16%) van de POH's-GGZ is ontevreden, waarbij het verminderen van wachttijden veruit het vaakst als verbeterpunt wordt genoemd, gevolgd door een betere terugkoppeling na intake, tijdens of na afsluiting van behandeling van verwezen patiënten. Ten aanzien van de samenwerking met aanbieders van specialistische GGZ (S-GGZ) is een vergelijkbaar beeld te zien. Wel is in vergelijking met de GB-GGZ een aanzienlijk groter deel van de POH's-GGZ (49%) ontevreden over de samenwerking met de S-GGZ.

De focusgroepen bevestigen dat lange wachttijden het grootste knelpunt zijn in de samenwerking met de GGZ, in het bijzonder de S-GGZ. Een gevolg hiervan is dat POH's-GGZ overbruggingszorg moeten leveren aan patiënten die op de wachtlister staan, wat op zijn beurt weer de werkdruk van de POH-GGZ verhoogt. In de focusgroepen worden enkele oorzaken van de lange wachttijden in de GGZ benoemd, waaronder de bureaucratische wijze waarop sommige grote GGZ-aanbieders zijn georganiseerd en de behandelplafonds zoals opgelegd door verzekeraars. Verder blijkt uit de focusgroepen dat het aanbod en de organisatie van de GB-GGZ en S-GGZ per regio verschilt en dat daarmee per regio eigen obstakels bestaan qua toegankelijkheid van de GGZ.

Een andere bevinding van de focusgroepen die aansluit bij de resultaten van de vragenlijsten is dat POH's-GGZ ontevreden zijn over de terugkoppeling en communicatie vanuit sommige GGZ-aanbieders over verwezen patiënten. Het wordt onder meer belangrijk gevonden om te weten of een patiënt wel of niet gestart is met de behandeling in de GGZ, en hoe de behandeling is verlopen. Tevens is er behoefte aan goede instructies voor verdere begeleiding bij terugverwijzing van patiënten naar de huisartsenpraktijk. Verder ervaren POH's-GGZ dikwijls onvoldoende mogelijkheden om met GGZ-zorgverleners te overleggen over een verwijzing of om casuïstiek te bespreken. Door sommige GGZ-zorgverleners wordt aangegeven dat hierbij een praktische obstakel is dat zij te maken hebben met veel verschillende verwijzende POH's-GGZ. Er worden diverse faciliterende factoren voor onderlinge samenwerking genoemd, waaronder in

elkaars nabijheid werken (bijvoorbeeld in hetzelfde gezondheidscentrum), persoonlijk contact, vaste overlegmomenten hebben en voor dezelfde 'moeder'-organisatie werken (van waaruit een POH-GGZ is gedetacheerd).

Conform het functie- en competentieprofiel POH-GGZ wordt in de focusgroepen door POH's-GGZ aangegeven dat het begeleiden van patiënten met stabiele chronische psychiatrische problematiek bij hun functie hoort. De meningen van GGZ-zorgverleners in de focusgroepen zijn hierover verdeeld. De POH's-GGZ ervaren een toename in het aantal stabiele chronische patiënten, wat druk geeft op de agenda en de toegankelijkheid van de POH-GGZ voor nieuwe patiënten kan verminderen. GGZ-zorgverleners geven aan dat terugverwijzen van stabiele chronische patiënten soms lastig is omdat een POH-GGZ geen plek heeft of omdat de huisarts geen verantwoordelijkheid wil dragen voor de medicamenteuze behandeling. Ook komt het soms voor dat een patiënt wordt terugverwezen naar de huisartsenpraktijk terwijl deze nog niet stabiel is.

GGZ-zorgverleners in de focusgroepen geven aan dat zij adequate triage een belangrijke taak vinden van de POH-GGZ, wat volgens hen niet alleen vraagt om voldoende deskundigheid en werkervaring, maar ook voldoende consulttijd. Sommigen vinden verwijzingen vanuit de huisartsenzorg niet altijd passend (bijvoorbeeld een verwijzing naar GB-GGZ, terwijl S-GGZ nodig is) of tijdig. Wat dit laatste betreft kan meespelen dat een patiënt zelf niet wil worden verwezen vanwege het eigen risico dat geldt in de GGZ. Daarnaast geven enkele GGZ-zorgverleners aan dat meer ervaren POH's-GGZ geneigd zijn patiënten langer bij zich gehouden, en in sommige gevallen langer durende behandelingen doen die de GGZ-zorgverleners minder passend vinden voor de POH-GGZ. Ten slotte worden POH's-GGZ bij een verwijzing soms als te sturend ervaren wat betreft de invulling van het vervolgtraject in de GGZ.

6.2 Beschouwing

Uit dit onderzoek komen een aantal aandachtspunten naar voren voor het optimaliseren van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de dagelijkse praktijk, namelijk:

- kwaliteitsborging van de functie POH-GGZ;
- vermindering van de werkdruk van de POH-GGZ;
- verdere verbetering van de samenwerking tussen POH-GGZ en huisarts; en
- betere samenwerking met de GGZ en het sociaal domein.

6.2.1 Kwaliteitsborging van de functie POH-GGZ

Het onderzoek wijst op het belang de kwaliteit van de functie POH-GGZ goed te bewaken. Allereerst omdat er tussen POH's-GGZ behoorlijke verschillen bestaan qua opleidingsachtergrond en beschikbare deskundigheid. Daarnaast is de verwachting dat de komende jaren vooral jongere en minder ervaren professionals zullen instromen

als POH-GGZ. In de focusgroepen wordt het herzien van het functie- en competentieprofiel POH-GGZ 2014 genoemd als een manier om de kwaliteit van de functie te borgen. Ten tijde van het onderzoek was het geactualiseerde profiel (maart 2020) nog niet gepubliceerd.³¹ Het voornaamste doel van deze actualisatie is eenduidigheid in de functie aan te brengen, vanwege de constatering dat de verscheidenheid aan POH's-GGZ met uiteenlopende profielen aan het toenemen is. Daartoe wordt in het geactualiseerde profiel achtereenvolgens ingegaan op de uitgangspunten en kernwaarden voor de functie POH-GGZ, het functieprofiel (werkzaamheden, taakverdeling en samenwerking, functieniveau, en benodigde scholing en beroepspraktijkervaring) en de noodzakelijke competenties van de POH-GGZ. Naast de actualisatie van het profiel, wordt momenteel gewerkt aan de beschrijving van de eisen, inhoud en toelatingscriteria waaraan een onafhankelijk kwaliteitsregister POH-GGZ moet gaan voldoen. Ten aanzien van een startende POH-GGZ geeft het geactualiseerde profiel aan dat zij of hij na het volgen van de aanvullende post-hbo-opleiding tot POH-GGZ de nodige werkervaring moet opdoen. Dit kan in een huisartsenvoorziening, mits aantoonbaar voor voldoende begeleiding en supervisie wordt gezorgd.

In het kader van kwaliteitsborging wordt in de focusgroepen verder gepleit voor meer standaardisatie van de diverse aanvullende opleidingen tot POH-GGZ die worden aangeboden door opleidingsinstituten. Dit is ook een doel van de actualisatie van het functie- en competentieprofiel POH-GGZ. Het geactualiseerde profiel, waarin ook instroomeisen voor de post-hbo opleiding tot POH-GGZ zijn opgenomen, dient komende tijd als basis voor de invulling van de aanvullende scholing tot POH-GGZ. Het is de bedoeling dat de instroomeisen gaan worden opgenomen in het toekomstige onafhankelijk kwaliteitsregister POH-GGZ.

Ten slotte wordt het bieden van goede faciliteiten in de focusgroepen belangrijk gevonden voor het borgen van de kwaliteit van de functie POH-GGZ, waaronder nascholing, intervisie en de mogelijkheid om consultatie aan te vragen, maar ook een goede werkplek. Hier lijkt in verschillende opzichten winst te behalen. Ten eerste geeft een deel van de POH's-GGZ aan weinig ruimte te hebben voor nascholing en intervisie, mede door het ervaren van een hoge werkdruk. Dit sluit aan bij een recente ledenpeiling van de LV POH-GGZ (407 respondenten) waaruit blijkt dat ongeveer de helft van de POH's-GGZ nascholing en intervisiebijeenkomsten niet onder werktijd kan plannen, maar in de eigen tijd doet.³² Ten tweede geeft ons onderzoek aan dat een deel van de POH's-GGZ behoefte heeft aan een betere bereikbaarheid en toegankelijkheid van psychiaters voor consultatieve raadpleging. Ten derde is er in sommige huisartsenpraktijken een tekort aan fysieke ruimte, waardoor er soms van wordt afgezien om gebruik te maken van meer uren POH-GGZ.

31 Functie- & competentieprofiel 'Parktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020.

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

6.2.2 Vermindering van de werkdruk van de POH-GGZ

Het onderzoek wijst erop dat een meerderheid van de POH's-GGZ een (te) hoge werkdruk ervaart. Ook de ledenpeiling van de LV POH-GGZ laat zien dat meer dan de helft (59%) van de respondenten een hoge tot zeer hoge werkdruk ervaart.³¹ Onze bevindingen geven verder aan dat een vermindering van de werkdruk de kwaliteit van de hulpverlening van de POH-GGZ ten goede kan komen, en de POH-GGZ meer ruimte kan bieden voor overleg met de huisarts, het sociale domein en de GGZ en voor niet-patiëntgebonden activiteiten, zoals intervisie, nascholingsactiviteiten, en het opbouwen en onderhouden van het eigen netwerk. De ervaren werkdruk blijkt voor een belangrijk deel terug te voeren op een (te) hoog aantal face-to-face consulten op een (8-urige) werkdag. De meeste POH's-GGZ in de focusgroepen noemen negen face-to-face gesprekken als het maximaal haalbare aantal. Dit sluit aan bij eerdere uitvragen onder POH's-GGZ waaruit naar voren komt dat gemiddeld acht tot negen face-to-face consulten op een werkdag als realistisch worden beschouwd.^{33,34} In de focusgroepen wordt het wegnemen van de 'productieprikkels' in de bekostiging van de functie POH-GGZ genoemd als een manier om een te sterke focus op het uitvoeren van zoveel mogelijk consulten op een werkdag tegen te gaan. Daarnaast laat een enquête van de LHV (1.303 respondenten) zien dat slechts een kwart van de huisartsen het aantal en de duur van consulten met de POH-GGZ bespreekt.³⁵ Het gesprek tussen huisarts en POH-GGZ over het aantal face-to-face consulten op een werkdag lijkt dus gestimuleerd te kunnen worden, om tot duidelijke en werkbare afspraken te komen.³⁶

Volgens ons onderzoek dragen het bieden van 'overbruggingszorg' aan patiënten die op de wachtlijst van de GGZ staan en het begeleiden van een toenemend aantal patiënten met chronische, stabiele psychiatrische problematiek bij aan de werkdruk van de POH-GGZ. Deze toename in de complexiteit van patiënten wordt ook aangegeven door de POH's-GGZ in de peiling van de LV POH-GGZ35 en door de huisartsen in de peiling van de LHV. Dit vraagt niet alleen om een effectieve aanpak van de wachttijden in de GGZ, maar ook om een goede samenwerking met de GGZ in het bieden van overbruggingszorg en het begeleiden van stabiele chronische patiënten in de huisartsenpraktijk.

33 Van Es M, Nicolai E. Hoe gaat het met de praktijkondersteuner-GGZ? Tijdschrift voor Praktijkondersteuning 2015;2:42-48.

34 LV POH-GGZ: de standpunten (herziening juli 2017) https://www.POH-GGZ.nl/wp-content/uploads/2018/05/LV_POH-GGZ-De_standpunten_vernieuwd_versie_13-7-2017.pdf

35 Peiling van Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) over GGZ (2017). Utrecht: LHV.

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

6.2.3 Verdere verbetering van de samenwerking tussen POH-GGZ en huisarts

Het onderzoek laat zien dat zowel POH's-GGZ als huisartsen over het algemeen tevreden tot zeer tevreden zijn over de onderlinge samenwerking. Tegelijkertijd wijzen de resultaten op een aantal verbeterpunten om de samenwerking tussen de POH-GGZ en de huisarts te optimaliseren. Ten eerste blijkt dat de samenwerking en taak- en verantwoordelijkheidsverdeling behoorlijk kunnen variëren, afhankelijk van onder meer de kennis en affiniteit van de huisarts met psychische hulpverlening, en de deskundigheid en werkervaring van de POH-GGZ. Deze variatie hoeft op zich geen probleem te zijn, mits de POH-GGZ en de huisarts maar heldere afspraken met elkaar hebben gemaakt over de werkwijzen, taakverdeling, verantwoordelijkheden, verwijsprocedures, et cetera.³⁷ Uitgaande van ons onderzoek kan geen uitspraak worden gedaan in hoeverre er op landelijke schaal sprake is van duidelijke afspraken. Echter, de eerder genoemde peiling van de LHV suggereert dat er in dit opzicht verbeterruimte bestaat. Zo geven ongeveer drie op de tien huisartsen aan de volgende onderwerpen niet met de POH-GGZ te bespreken: de aard van de zorg die de POH-GGZ biedt, de grenzen van de huisartsenzorg die de huisarts samen met de POH-GGZ biedt aan patiënten met psychische problematiek, en het wel of niet bieden van overbruggingszorg als de patiënt op een wachtlijst staat. Verder rapporteert, zoals eerder aangegeven, circa drie kwart van de huisartsen het aantal en de duur van consulten niet te bespreken met de POH-GGZ.

Een tweede verbeterpunt dat volgt uit ons onderzoek is dat een deel van de POH's-GGZ behoefte heeft aan (meer) vaste overlegmomenten met de huisarts. Overeenkomstig blijkt uit de eerder genoemde ledenpeiling van de LV POH-GGZ dat het al dan niet hebben van een vast overlegmoment voor POH's-GGZ een belangrijke factor is voor de mate van tevredenheid over de samenwerking met de huisarts. Ook het geactualiseerde functie- en competentieprofiel POH-GGZ wijst op het belang van structureel overleg tussen de POH-GGZ en de huisarts, bij voorkeur op wekelijkse basis.³⁷

Meer toelichting door de huisarts, of meer overleg met de POH-GGZ, bij de doorgeleiding van patiënten naar de POH-GGZ komt als een derde verbeterpunt naar voren uit het onderzoek. Voor een deel van de POH's-GGZ is namelijk de reden voor het doorsturen van een patiënt soms onduidelijk, iets wat vaker lijkt voor te komen bij huisartsen met minder kennis en/of affiniteit met psychische problemen.

Ten slotte blijkt uit het onderzoek dat de deskundigheid en ervaring van de POH-GGZ voor huisartsen in belangrijke mate bepalend is voor hun tevredenheid over de samenwerking. Bovendien vertrouwen huisartsen er over het algemeen op dat de POH-GGZ haar of zijn toebedeelde taken met veel zelfstandigheid kan uitvoeren. Dit kan een spanningsveld in de samenwerking tussen de POH-GGZ en de huisarts gaan

37 Functie- & competentieprofiel 'Partijkondersteuner huisarts GGZ' 2020.

opleveren, omdat verwacht wordt dat komende jaren vooral jongere en minder ervaren professionals zullen gaan instromen als POH-GGZ. Het lijkt daarom essentieel dat een huisartsenpraktijk de mogelijkheden heeft om een startende POH-GGZ voldoende begeleiding en supervisie te bieden.

6.2.4 Betere samenwerking met de GGZ en het sociaal domein

Het onderzoek laat zien dat lange wachttijden in de GGZ een belangrijk knelpunt vormen in de samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en de GGZ, in het bijzonder de S-GGZ. Dit sluit aan bij de LHV-peiling waarin huisartsen aangeven dat minder dan 18% van de patiënten binnen vier weken terecht kan in de GB-GGZ, en dat dit percentage voor de S-GGZ zelfs minder dan 3% is.³⁸ Sinds medio 2019 wordt een landelijk actieplan uitgevoerd om wachttijden in de GGZ terug te dringen.³⁹ Als het lukt om de wachttijden te bekorten, zal dit voor de POH-GGZ minder 'overbruggingszorg' betekenen, wat weer zal bijdragen aan vermindering van de werkdrukke van de POH-GGZ. Naast het terugdringen van de wachttijden, blijkt uit het onderzoek dat er over het algemeen bij POH's-GGZ en huisartsen behoefte is aan een betere terugkoppeling en communicatie vanuit de GGZ. Daarnaast geven GGZ-zorgverleners aan dat de verwijzing vanuit de huisartsenpraktijk soms gericht en tijdiger kan. In 2016 zijn Landelijke samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenzorg, GB-GGZ en S-GGZ opgesteld, waarin aanbevelingen worden gegeven omtrent verwijzing, overleg, terugrapportage, gedeelde begeleiding, et cetera.⁴⁰ De samenwerking en communicatie tussen enerzijds de huisartsenzorg inclusief de POH-GGZ en de GB-GGZ en S-GGZ anderzijds zou gestimuleerd kunnen worden door deze landelijke afspraken regionaal of lokaal concreet vorm te geven. Met speciale aandacht voor het bieden van 'overbruggingszorg' aan patiënten die op de wachtlijst van de GGZ staan, en het begeleiden van stabiele chronische patiënten in de huisartsenpraktijk.

Ten slotte wijst het onderzoek erop dat er veel verbeterruimte bestaat in de samenwerking tussen POH-GGZ en het sociaal domein. Ten tijde van het onderzoek werkt namelijk bijna een kwart van de POH's-GGZ nog niet samen met een sociaal wijkteam, en van degenen die dat wel doen, is een kwart niet tevreden over de samenwerking.

38 Peiling van Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) over GGZ (2017). Utrecht: LHV.

39 <https://wegvandewachtlijst.nl/>

40 <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/landelijke-samenwerkingsafspraken-tussen-huisarts-generalistische-basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz-lga/>

6.3 Sterktes en beperkingen

De combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve gegevensverzamelingen is een sterke kant van het onderzoek: resultaten van de vragenlijsten zoals ingevuld door POH's-GGZ en huisartsen zijn vergeleken, verrijkt en verdiept met bevindingen uit zeven focusgroepen. Daarbij zijn in de focusgroepen niet alleen de gezichtspunten van POH's-GGZ en huisartsen in kaart gebracht, maar ook de perspectieven van andere zorgverleners, managers van zorgorganisaties en vertegenwoordigers van verzekeraars. Verder zijn relevante bevindingen uit acht duidingssessies met POH's-GGZ, huisartsen en managers meegenomen. Tijdens de sessies hebben zij tussentijdse onderzoeksresultaten over praktijkvariatie in de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ geïnterpreteerd en geduid. Door de multimethodische aanpak kan worden verondersteld dat er een vrij compleet beeld is verkregen van ervaren succesfactoren en verbeterpunten voor de functie POH-GGZ in het algemeen, voor de samenwerking tussen POH-GGZ en huisarts, en voor de samenwerking met de GGZ. Een beperking is dat andere onderwerpen niet, of minder uitgebreid, aan de orde zijn gekomen in de focusgroepen en duidingssessies, waaronder e-mental health, consultatie, de samenwerking binnen het team in de huisartsenpraktijk en de samenwerking met het wijkteam. Hierdoor is er een minder compleet en gedetailleerd beeld verkregen van deze onderwerpen.

6.4 Conclusie

De functie POH-GGZ wordt ervaren als een echte aanwinst voor de huisartsenpraktijk. Desalniettemin zijn er diverse aandachtspunten voor het optimaliseren van de organisatie en uitvoering van de functie in de dagelijkse 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 met het sociaal domein.

TOT SLOT

Tot slot

Met het in dit rapport gepresenteerde onderzoek is zicht verkregen op:

- a. de mate van variatie in de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de dagelijkse praktijk (deelonderzoek A); en
- b. de factoren die een optimale organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ bevorderen of belemmeren (deelonderzoek B).

De beschrijvende resultaten van deelonderzoek A 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. De gesignaleerde variatie wijst erop dat voor een deel van de POH's-GGZ winst lijkt 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 B bevestigen en verdiepen dit beeld. Hoewel de functie POH-GGZ als een echte aanwinst voor de huisartsenpraktijk wordt ervaren, benoemen POH's-GGZ, huisartsen, andere zorgverleners, managers van zorgorganisaties en vertegenwoordigers van verzekeraars tegelijkertijd diverse aandachtspunten voor het optimaliseren van de organisatie en uitvoering van de functie in de dagelijkse praktijk. Deze aandachtspunten kunnen worden samengevat onder de volgende thema's:

- 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.

Tot slot is het vermeldenswaardig dat beide deelonderzoeken geen aandacht hebben voor het perspectief van patiënten. Dat is het onderwerp van twee andere deelonderzoeken waarvan de resultaten zijn beschreven in ander rapport.⁴¹ Een derde rapport beschrijft de bevindingen van deelonderzoeken naar de invloed van de variatie in de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ op de effectiviteit en doelmatigheid van de hulpverlening van de POH-GGZ.⁴²

41 Titel rapport: 'Wat vinden patiënten van de POH-GGZ?'

42 Titel rapport: 'Effectiviteit en doelmatigheid van de hulpverlening van de POH-GGZ: welke kenmerken van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ hebben invloed?'

Referenties

Functie- & competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020. <https://www.POH-GGZ.nl/wp-content/uploads/2020/03/Definitief-Functie-en-competentieprofiel-POH-GGZ-2020-versie-1.0-04032020.pdf>

Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ). LV-POH-GGZ: de standpunten (herziening juli 2017) https://www.POH-GGZ.nl/wp-content/uploads/2018/05/LV_POH-GGZ-De_standpunten_vernieuwd_versie_13-7-2017.pdf

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Peiling over GGZ (2017). Utrecht: LHV.

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.

Magnée T, Verhaak P, Koppes L, De Bakker D. Inzet en achtergrond van de POH. De Eerstelijns 2014; 7: 40-41.

Trimbos-instituut. Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk: terugblik, stand van zaken en vooruitblik. Utrecht: Trimbos-instituut, 2014.

Van Es M, Nicolai E. Hoe gaat het met de praktijkondersteuner-GGZ? Tijdschrift voor Praktijkondersteuning 2015; 2: 42-48.

Bijlage 1: Overzicht onderwerpen vragenlijsten

Overzicht onderwerpen vragenlijsten voor POH's-GGZ

1 ^e vragenlijst (najaar 2017)	2 ^e vragenlijst (begin/voorjaar 2019)	Alternatieve vragenlijst ^a (voorjaar 2019)
<ul style="list-style-type: none"> • Opleiding en werkervaring • Dienstverband en werksituatie • Nascholing, intervisie en supervisie • Samenwerking met de huisarts • Patiëntcontacten en -kenmerken • Kenmerken hulpverlening • Gebruik van vragenlijsten (meetinstrumenten) • Succesfactoren en verbeterpunten van de functie POH-GGZ 	<ul style="list-style-type: none"> • Dienstverband en werksituatie • Nascholing, intervisie en supervisie • Patiëntcontacten en -kenmerken • E-mental health • Samenwerking met de huisarts; • Samenwerking binnen het team in de huisartsenpraktijk • Samenwerking met het sociaal wijk- of buurtteam • Samenwerking met de GGZ • Functiebeleving 	<ul style="list-style-type: none"> • Dienstverband en werksituatie • Nascholing, intervisie en supervisie • Patiëntcontacten • Samenwerking met de huisarts; • Samenwerking binnen het team in de huisartsenpraktijk • Samenwerking met het sociaal wijk- of buurtteam • Samenwerking met de GGZ • Functiebeleving

^a Samengesteld uit onderwerpen van de 1^e en 2^e vragenlijst.

Overzicht onderwerpen vragenlijsten voor huisartsen

1 ^e vragenlijst (najaar 2017)	2 ^e vragenlijst (begin/voorjaar 2019)	Alternatieve vragenlijst ^a (voorjaar 2019)
<ul style="list-style-type: none"> • Werksituatie • Nascholing op het gebied van GGZ • Dienstverband van de POH-GGZ • Samenwerking met de POH-GGZ • Hulp bij psychische of psychosociale problemen • Gebruik van vragenlijsten (meetinstrumenten) • Succesfactoren en verbeterpunten van de functie POH-GGZ 	<ul style="list-style-type: none"> • Werksituatie • Dienstverband van de POH-GGZ • Nascholing op het gebied van GGZ • Patiëntkenmerken • E-mental health • Samenwerking met de POH-GGZ • Samenwerking binnen het team in de huisartsenpraktijk • Samenwerking met het sociaal wijk- of buurtteam • Samenwerking met de GGZ • Beleving functie POH-GGZ 	<ul style="list-style-type: none"> • Werksituatie • Nascholing op het gebied van GGZ • Dienstverband van de POH-GGZ • Patiëntkenmerken • E-mental health • Samenwerking met de POH-GGZ • Samenwerking binnen het team in de huisartsenpraktijk • Samenwerking met het sociaal wijk- of buurtteam • Samenwerking met de GGZ • Beleving functie POH-GGZ

^a Samengesteld uit onderwerpen van de 1^e en 2^e vragenlijst. Voorgelegd aan de 8 huisartsen die de 1^e vragenlijst niet hadden ingevuld.

Bijlage 2: Deelnemende zorgorganisaties en leden van de begeleidingscommissie

Deelnemende zorgorganisaties:

- Arkin Basis GGZ.
- Federatie Eerstelijnszorg Almelo (FEA).
- Haspel.
- Het Huisartsenteam.
- Huisartsen Cooperatie Deventer en Omstreken (HCDO).
- Indigo Parnassia.
- OCE Nijmegen.
- Stichting POH-GGZ Twente, een samenwerkingsverband tussen Thoon (Twentse Huisartsen Onderneming Oost Nederland) en Mediant.
- Vicino.

Leden begeleidingscommissie:

- Hilde Boei (Zorgbelang Gelderland/Utrecht)
- Christien van der Hoeven (MIND), Lotte Kits (voorheen: MIND)
- Peter van Splunteren (zelfstandig adviseur)
- Richard Starmans (huisarts/voorzitter NHG-expertgroep PsyHAG)
- Annemieke van Straten (Hoogleraar klinische psychologie, Vrije Universiteit Amsterdam)
- Henk-Jan de Winter (Caransscoop/Coördinator ROS GGZ-netwerk)

