

Wat vinden patiënten van de POH-GGZ?

Patiëntervaringen, patiënttevredenheid,
en beïnvloedende factoren



Wat vinden patiënten van de POH-GGZ?

Patiëntervaringen, patiënttevredenheid,
en beïnvloedende factoren

Colofon

Financier

ZonMw Projectnummer 531001207

Auteurs

Jasper Nuijen (Trimbos-instituut), Audry Kenter (Landelijke Vereniging POH-GGZ, LV POH-GGZ), Wouter den Hollander (Trimbos-instituut), Lianne Ringoir (Nippur; voorheen: LV POH-GGZ)

Met dank aan

Marja van Bon-Martens, Seyguerney Breidel (stagiair), Harry van Haastrecht, Wouter den Hollander, Auke Rothoff (stagiair), Marissa Shanmugalingam (stagiair), Elke Stam (stagiair), Ben Wijnen (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 **AF1937**

@ 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	13
1.1 Functie POH-GGZ	13
1.2 Aanleiding en doelstelling onderzoek	13
1.3 Focus rapport	14
1.4 Leeswijzer	15
DEELONDERZOEK A:	
Welke succesfactoren en verbeterpunten ervaren patiënten?	17
2 Aanpak	19
2.1 Werving deelnemers	19
2.2 Focusgroepen	19
3 Resultaten	23
3.1 Ervaren succesfactoren	23
3.2 Ervaren knelpunten en verbeterpunten	33
4 Beschouwing en conclusie	39
4.1 Wat zijn volgens patiënten succesfactoren van de functie POH-GGZ?	39
4.2 Wat zijn volgens patiënten verbeterpunten voor de functie POH-GGZ?	43
4.3 Sterktes en beperkingen	46
4.4 Conclusie	47
DEELONDERZOEK B:	
Hoe tevreden zijn patiënten, en welke POH-GGZ gerelateerde kenmerken spelen hierbij een rol?	49
5 Aanpak	51
5.1 Onderzoeksdeelnemers	51
5.2 Gegevensverzameling	53
5.3 Analyse	55

6 Resultaten	57
6.1 Kenmerken van deelnemende POH's-GGZ en patiënten	57
6.2 Rapportcijfer	59
6.3 Tevredenheid over domeinen van hulpverlening	64
7 Beschouwing en conclusie	75
7.1 Resultaten beschouwd	75
7.2 Sterktes en beperkingen	79
7.3 Implicaties	80
7.4 Conclusie	81
TOT SLOT	83
8 Tot slot	85
Bijlage 1 Tevredenheidsvragenlijst	89
Bijlage 2 Selectie van predictoren en confounders	91
Bijlage 3 Post hoc analyses	95
Bijlage 4 Deelnemende zorgorganisaties en leden van de begeleidingscommissie	99

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) Wat zijn de ervaringen van patiënten 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 A); en
- b) Hoe tevreden zijn patiënten over de hulpverlening van de POH-GGZ, en welke kenmerken van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ hangen hiermee samen? (deelonderzoek B)

Aanpak

Deelnemende POH's-GGZ

In een eerste ronde (eerste helft van 2017) zijn voor het overkoepelende 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 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.

Aanpak deelonderzoek A: kwalitatief onderzoek met focusgroepen en interviews

Voor de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag zijn vier focusgroepen met in totaal 20 volwassen patiënten van POH's-GGZ gehouden, aangevuld met twee telefonische interviews met patiënten die de focusgroepen niet konden bijwonen. Werving van patiënten gebeurde via aan het onderzoek deelnemende POH's-GGZ. De focusgroepen en interviews vonden in twee rondes plaats (najaar 2017; en najaar 2018) in verschillende deelnemende regio's. Uitgewerkte interviewverslagen zijn thematisch geanalyseerd met behulp van software voor kwalitatieve analyse (MAXQDA).

Aanpak deelonderzoek B: kwantitatief onderzoek met een online tevredenheidsvragenlijst

Voor de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag hebben patiënten (≥ 16 jaar) van POH's-GGZ een online tevredenheidsvragenlijst ingevuld, drie maanden na het intakegesprek met de POH-GGZ. In de vragenlijst werd gevraagd een rapportcijfer te geven aan de hulpverlening van POH-GGZ. Daarnaast werd zicht verkregen op de patiënttevredenheid over vier domeinen:

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

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

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

Werving van patiënten verliep via de POH's-GGZ. Tussen juni 2017 en maart 2019 hebben in totaal 637 patiënten de tevredenheidsvragenlijst ingevuld (42,1% van de 1.514 geïnteresseerde patiënten). Analyses zijn uitgevoerd in een studiepopulatie van 630 patiënten van 44 POH's-GGZ (gemiddeld aantal patiënten per POH-GGZ: 14,3).

Voor de uitkomstvariabelen werden mogelijke POH-GGZ gerelateerde voorspellers en patiënt-gerelateerde confounders geselecteerd om mee te nemen in de analyses. Dit gebeurde via een combinatie van a priori selectie (op basis van expert opinie) en statistische selectie (via de zogeheten LASSO methode, Least Absolute Shrinkage and

Selection Operator). Er werden generalized linear mixed models uitgevoerd om na te gaan welke geselecteerde POH-GGZ gerelateerde voorspellers samenhangen met een uitkomstvariabele, en waarbij rekening werd gehouden met de invloed van geselecteerde patiënt-gerelateerde confounders.

Bevindingen deelonderzoek A: welke succesfactoren en verbeterpunten ervaren patiënten?

Patiëntkenmerken

De 22 patiënten waren gemiddeld 49 jaar oud (range: 27-76 jaar), en 68% was vrouw. De meeste patiënten hadden stress, burn-out-, angst- en/of depressieklachten (73%) en/of problemen op belangrijke levensgebieden, zoals relationele problemen, werkproblemen of financiële problemen (41%). Het mediane aantal consulten dat patiënten hebben gehad met de POH-GGZ was 7 (inclusief eventuele eerdere hulpverleningstrajecten). Bij 27% van de patiënten was de hulpverlening van de POH-GGZ nog gaande. Van de patiënten bij wie dit was afgelopen was 25% verwezen naar een psycholoog, psychotherapeut of psychiater.

Succesfactoren volgens patiënten

De patiënten in de focusgroepen waren over het algemeen positief tot zeer positief over de functie POH-GGZ. Zij noemden daarbij diverse succesfactoren die betrekking hadden op:

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

Door patiënten genoemde factoren die hieraan bijdragen waren onder andere:

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

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

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

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

c) *De aanpak van de POH-GGZ.*

Patiënten waardeerden verschillende aspecten, waaronder:

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

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

Patiënten benoemden hierbij:

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

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

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

- een betere stemming, een verbeterde gemoedsrust, een opgelucht gevoel; en
- verschillende zelfmanagementvaardigheden en -tools om zelf mee verder te kunnen.

Verbeterpunten volgens patiënten

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

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

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

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

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

c) *Betere informatieverstrekking en inspraak tijdens het zorgtraject.*

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

Bevindingen deelonderzoek B: hoe tevreden zijn patiënten, en welke POH-GGZ gerelateerde kenmerken spelen hierbij een rol?

Patiëntkenmerken

De 630 patiënten waren gemiddeld 45,0 jaar oud (range: 16-84 jaar), 72% was vrouw, en 43% had een hbo- of wo-opleiding gevolgd. Gemiddeld hadden patiënten 4,7 contacten met de POH-GGZ gehad, waarbij voor de helft van de patiënten de hulpverlening van de POH-GGZ nog gaande was.

Beschrijvende resultaten

Veruit de meeste patiënten waren tevreden tot zeer tevreden over de hulpverlening van de POH-GGZ: 43,7% gaf een 8 als rapportcijfer, en 25,4% een 9 of 10. Slechts 4,9% gaf een 5 of lager. Ondanks dit algemeen positieve beeld, lijkt er ruimte te bestaan voor verdere verbetering van patiënttevredenheid, in het bijzonder op het gebied van:

- de informatieverstrekking en inspraak bij de hulpverlening van de POH-GGZ: 25,1% van de patiënten was hier niet helemaal of minder tevreden over;
- de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ: 41,4% was niet helemaal of minder tevreden; en
- het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ: 45,2% was niet helemaal of minder tevreden.

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

Voorspellers van patiënttevredenheid

Twee POH-GGZ gerelateerde kenmerken bleken significant samen te hangen met het rapportcijfer. Ten eerste werd gevonden dat patiënten van POH's-GGZ die een aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ hadden voltooid of daarmee bezig waren, de hulpverlening van de POH-GGZ met een significant hoger rapportcijfer waardeerden dan patiënten van POH's-GGZ die geen aanvullende post-hbo opleiding volgden of hadden gevolgd. Wanneer gekeken werd naar de domeinen was het positieve effect van de aanvullende post-hbo opleiding alleen terug te zien op de patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ. Dit suggereert dat de kennis en vaardigheden die tijdens de aanvullende post-hbo opleiding worden opgedaan vooral bijdragen aan een effectievere hulpverlening van de POH-GGZ. Het positieve effect van een aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ ondersteunt de keuze om het voltooien van deze opleiding één van de criteria te laten worden voor een POH-GGZ om zich in het Kwaliteitsregister van de LV POH-GGZ te kunnen registreren.

Ten tweede werd er een significant negatief verband gevonden tussen het hebben van een detacheringsovereenkomst als POH-GGZ en het rapportcijfer van patiënten. Een post hoc analyse verduidelijkte dat patiënten van POH's-GGZ die gedetacheerd waren vanuit een zorggroep of een GGZ-aanbieder een significant lager rapportcijfer rapporteerden dan patiënten van POH's-GGZ die in loondienst waren van een huisartsenpraktijk. Als gekeken werd naar de domeinen werden significante negatieve effecten van deze twee vormen van detachering alleen gevonden op de patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ. Het is lastig om deze bevindingen te verklaren; dit vraagt om nader onderzoek.

Diverse andere POH-GGZ gerelateerde kenmerken bleken een significante invloed te hebben op de patiënttevredenheid over één of meer domeinen van hulpverlening.

Zo hing een langere werkervaring als POH-GGZ (minimaal vier jaar) samen met een significant grotere kans op patiënttevredenheid over zowel de informatieverstrekking en inspraak bij de POH-GGZ als het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ. De vergelijkingsgroep (referentiegroep) in de analyses waren POH's-GGZ met minder dan twee jaar werkervaring, oftewel relatief onervaren POH's-GGZ. De bevindingen lijken daarmee een ondersteuning van de aanbeveling uit het recent herziene functie- en competentieprofiel POH-GGZ dat er voor startende POH's-GGZ in de huisartsenpraktijk zorggedragen dient te worden voor voldoende begeleiding en supervisie.

De andere gevonden significante verbanden tussen POH-GGZ gerelateerde kenmerken en patiënttevredenheid over domeinen van hulpverlening zijn minder eenduidig te verklaren, en vragen om nader onderzoek. Het gaat hierbij om:

- een hogere leeftijd van de POH-GGZ en meer uren per week werkzaam zijn als POH-GGZ: beiden gerelateerd aan een hogere kans op patiënttevredenheid over de informatieverstrekking en inspraak bij de POH-GGZ;
- vaste overlegmomenten met de huisarts: gerelateerd aan een hogere kans op patiënttevredenheid over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ;
- het altijd of vaak gebruiken van een vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering of triage: gerelateerd aan een lagere kans op patiënttevredenheid over zowel de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ als het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ;
- het hebben gevolgd van meer nascholing als POH-GGZ: gerelateerd aan een verlaagde kans op patiënttevredenheid over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de POH-GGZ; en
- het vaker hebben gevolgd van intervisie of supervisie door de POH-GGZ: gerelateerd aan een lagere kans op patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ.

Er werden geen aanwijzingen gevonden dat opleidingsachtergrond van de POH-GGZ of het aantal face-to-face gesprekken op een werkdag samenhang met patiënttevredenheid.

Ten slotte bleken twee patiëntkenmerken significant positief gerelateerd aan het rapportcijfer: leeftijd en het aantal consulten met de POH-GGZ. Als gekeken werd naar de domeinen was het positieve effect van leeftijd terug te zien op patiënttevredenheid over zowel de informatieverstrekking en inspraak bij de POH-GGZ als de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ. Het significante positieve effect van het aantal consulten dat een patiënt met de POH-GGZ heeft gehad was alleen terug te zien op de patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ. Dit kan erop wijzen dat wanneer een POH-GGZ meer contacten heeft met een patiënt, er meer gelegenheid is om een hulpverleningsrelatie op te bouwen, en om de hulpverlening zo goed mogelijk vorm te geven. Anderzijds is het ook mogelijk dat patiënten die minder tevreden zijn, geneigd zijn om in een vroeg stadium te stoppen met het zien van een POH-GGZ.

Conclusie

Zowel het kwalitatieve deelonderzoek A als het kwantitatieve deelonderzoek B geven aan:

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

Aanvullend wijst het kwantitatieve deelonderzoek B erop dat het volgen van de aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ bijdraagt aan hogere patiënttevredenheid. Dit ondersteunt de keuze om het voltooien van de post-hbo opleiding één van de criteria te laten worden voor registratie in het Kwaliteitsregister voor POH-GGZ.

Ten slotte geeft deelonderzoek B aan dat er verbeterruimte bestaat op het gebied van patiënttevredenheid over de resultaten van de hulpverlening van de POH-GGZ. Dit kwam niet naar voren uit de groepsinterviews van deelonderzoek A. Een mogelijke verklaring is dat de meeste patiënten die hieraan deelnamen al langere tijd hulp ontvingen van een POH-GGZ, of een hulpverleningstraject hadden afgerond. Het is daarom aannemelijk dat deze patiënten tevreden waren over de resultaten van de hulpverlening; anders zouden zij hier voortijdig mee gestopt zijn.

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

1 Functie- & competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020

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

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.

5 Andere zorgverleners, managers van zorgorganisaties en vertegenwoordigers van verzekeraars

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;
- 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 b en c, oftewel op het beantwoorden van de volgende onderzoeksvragen:

- 1) Wat zijn de ervaringen van patiënten 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 A); en
- 2) Hoe tevreden zijn patiënten over de hulpverlening van de POH-GGZ, en welke kenmerken van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ hangen hiermee samen? (deelonderzoek B)

Verder is vermeldenswaardig dat de bevindingen van het onderzoek gericht op het bereiken van de doelen a, b (vanuit het perspectief van POH's-GGZ, huisartsen en andere betrokkenen) en d worden beschreven in twee andere rapporten.⁶

⁶ Respectievelijk getiteld 'Organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de praktijk' 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

Hoofdstukken 2 tot en met 3 richten zich op deelonderzoek A. In Hoofdstuk 2 wordt de gegevensverzameling via focusgroepen en individuele interviews met patiënten toegelicht. De resultaten worden in Hoofdstuk 3 beschreven, die vervolgens in Hoofdstuk 4 worden samengevat en beschouwd.

De volgende drie hoofdstukken richten zich op deelonderzoek B, met een vergelijkbare indeling: Hoofdstuk 5 beschrijft de gegevensverzameling via het uitzetten van vragenlijsten onder patiënten en POH's-GGZ, Hoofdstuk 6 beschrijft de resultaten, waarna een samenvatting en beschouwing volgt in Hoofdstuk 7.

Het rapport sluit af met een korte slotbeschouwing (Hoofdstuk 8).

DEELONDERZOEK A:

Welke succesfactoren en verbeterpunten ervaren patiënten?

Dit deel van het rapport richt zich op het beantwoorden van de volgende onderzoeksvraag:

Wat zijn de ervaringen van patiënten 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?

Hiertoe zijn vier focusgroepen en twee individuele interviews met patiënten uitgevoerd. In Hoofdstuk 2 wordt eerst de onderzoeksaanpak nader toegelicht, waarna in Hoofdstuk 3 de resultaten worden beschreven. Dit deel van het rapport sluit af met Hoofdstuk 4 waarin de resultaten worden samengevat en beschouwd.

2 Aanpak

2.1 Werving deelnemers

(Ex-)patiënten van POH's-GGZ werden via aan het onderzoek deelnemende POH's-GGZ (N=49) benaderd om deel te nemen aan de focusgroepen.⁷ De werving van de POH's-GGZ (in de eerste helft van 2017) vond doelgericht plaats om ervoor te zorgen dat er variatie was 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.⁸ Verder lag de focus 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.

Zoals aangegeven gebeurde de werving van (ex-)patiënten via de deelnemende POH's-GGZ, waarbij het ging om volwassen (ex-)patiënten met wie de POH-GGZ minimaal twee consulten heeft gehad, en die hun ervaringen en meningen in een groep met andere patiënten konden en wilden delen. Wanneer een (ex-)patiënt geïnteresseerd was om deel te nemen ontving zij/hij per e-mail meer informatie over het onderzoek, alsook een toestemmingverklaring om te ondertekenen bij studiedeelname.

2.2 Focusgroepen

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de vier focusgroepen gehouden met patiënten van POH's-GGZ in de verschillende deelnemende regio's.

De eerste ronde met twee focusgroepen vond in het najaar van 2017 plaats in respectievelijk Utrecht en Lent. De tweede ronde vond in het najaar van 2018 plaats met opnieuw twee focusgroepen georganiseerd in Almelo en Den Haag. Daarnaast zijn er twee telefonische interviews afgenomen met patiënten die de focusgroepen niet konden bijwonen (één in november 2017 en één in november 2018).

7 Van najaar 2018 tot voorjaar 2019 (de tweede wervingsronde) zijn 30 extra POH's-GGZ geworven. Echter, via deze POH's-GGZ zijn geen (ex-) patiënten benaderd voor deelname aan focusgroepen.

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

Tabel 2.1 Overzicht gegevensverzameling via vier focusgroepen en twee individuele interviews

Regio	Aantal deelnemers
1^e ronde (najaar 2017)	
Amsterdam/Utrecht	Focusgroep a: n=5
Nijmegen/Den Bosch	Focusgroep b: n=7
Amsterdam	Individueel interview n=1
2^e ronde (najaar 2018)	
Deventer/oosten van Twente	Focusgroep c: n=4
Den Haag/Rotterdam	Focusgroep d: n=4
Den Haag	Individueel interview n=1
<i>Totaal aantal deelnemers</i>	<i>22 patiënten</i>

Ter voorbereiding op de focusgroepen ontwikkelde het projectteam topiclijsten. In de focusgroepen met patiënten kwamen de volgende onderwerpen aan de orde: de route naar de POH GGZ (verwachtingen van de patiënt, doorverwijzing naar de POH-GGZ), de keuze van de behandeling (inclusief voorlichting door de POH-GGZ en betrokken zijn bij besluitvorming), de behandeling zelf (bijv. waarbij naaste familieleden betrokken zijn, uitkomsten van de behandeling), verwachtingen over de behandeling van de POH-GGZ (of de behandeling past bij de patiënt, uitkomst van de behandeling), relatie van de patiënt met hun POH-GGZ (bijv. vertrouwen, tijd voor consulten), en eventuele beëindiging van de behandeling (bijvoorbeeld verwijzing, afspraken over het beëindigen van de behandeling). Patiënten werd verder gevraagd naar mogelijke verbeteringen en succesfactoren met betrekking tot de zorg voor de POH GGZ in het algemeen, maar ook met betrekking tot bovengenoemde onderwerpen. In de tweede ronde focusgroepen (najaar 2018) werden onderwerpen besproken die aanvullend en/of verdiepend waren op de eerste ronde focusgroepen (najaar 2017).

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).

Kenmerken van deelnemers

Via een korte vragenlijst zijn een aantal kenmerken van deelnemende (ex-)patiënten uitgevraagd.

Ongeveer twee derde (68%) van de 22 patiënten was vrouw. Hun gemiddelde leeftijd was 49 jaar, variërend van 27 tot 76 jaar.

Patiënten zochten hulp bij de POH-GGZ vanwege de volgende klachten of problemen (waarbij meerdere categorieën konden worden aangevinkt in de vragenlijst):

- Veel voorkomende psychische problemen, zoals stress, burn-out, angst- en/of depressieve klachten: 73%.
- Problemen op belangrijke levensgebieden, zoals relationele problemen, problemen met betrekking tot werk of financiële status: 41%.
- Langdurige psychische problemen met een minimale duur van twee jaar: 18%.
- Medisch onverklaarde symptomen: 14%.

De mediaan van het aantal consulten dat patiënten hebben gehad met de POH-GGZ was 7, met een minimum van 3 consulten en een maximum van 50 consulten. In dit aantal kunnen ook consulten zijn meegeteld die patiënten hebben gehad tijdens eerdere hulpverleningstrajecten bij de POH-GGZ.

Bij ruim een kwart (27%) van de patiënten was de hulpverlening van de POH GGZ nog gaande op het moment van deelname. Van de patiënten voor wie de zorg van de POH-GGZ was afgelopen (N=16), was 25% verwezen naar een psycholoog, psychotherapeut of psychiater. Ruim een kwart (27%) van de patiënten had voor hun bezoek aan de POH-GGZ al zorg ontvangen van een psycholoog, psychotherapeut of psychiater.

3 Resultaten

3.1 Ervaren succesfactoren

De patiënten in de focusgroepen zijn over het algemeen positief tot zeer positief over de functie POH-GGZ. Zij noemen diverse succesfactoren die bijdragen aan hun waardering voor de functie POH-GGZ, en die betrekking hebben op de volgende vijf overkoepelende thema's:

- de toegankelijkheid en laagdrempeligheid van de POH-GGZ;
- de interactie en het contact met de POH-GGZ;
- de aanpak van de POH-GGZ;
- de deskundigheid en ervaring van de POH-GGZ; en
- het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ.

In de paragrafen hieronder wordt ingegaan op de bevindingen per thema.

3.1.1 Toegankelijkheid en laagdrempeligheid van de POH-GGZ

Patiënten in de focusgroepen ervaren de POH-GGZ in verschillende opzichten als toegankelijk en laagdrempelig.

Korte wachttijd tot het intake-consult

Over het algemeen melden patiënten een korte wachttijd tot het intake-consult. Patiënten die ook de afweging hebben gemaakt om zich te laten doorverwijzen naar de generalistische basis-GGZ (GB-GGZ) geven aan dat de wachttijd voor de POH-GGZ veel korter is dan voor de GB-GGZ. In één focusgroep zijn de patiënten het erover eens dat de maximale wachttijd voor een intakegesprek bij de POH-GGZ twee weken zou moeten zijn.

Een patiënt: "Op een gegeven moment heb je het gevoel dat als ik weer een maand moet wachten, ik denk 'laat maar zitten'. Dat is onaangenaam. (...) Dat vond ik heel belangrijk, dat ik direct hulp van haar kon krijgen."

Het niet gelden van eigen risico

Een ander aspect dat volgens patiënten bijdraagt aan de toegankelijkheid van de POH-GGZ is het feit dat de zorg van de POH-GGZ volledig onder de basisverzekering valt. Dit in tegenstelling tot de behandeling in de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ (S-GGZ) waarvoor een eigen risico geldt en, afhankelijk van de eigen polis en contract van de zorgaanbieder met de zorgverzekeraar, een gedeeltelijke eigen bijdrage.

Minder ervaren stigma

Patiënten zijn bovendien van mening dat de hulpverlening van de POH-GGZ als minder stigmatiserend wordt ervaren dan hulpverlening in de GB-GGZ en S-GGZ. Zij ervaren een lagere drempel om naar de POH-GGZ te gaan dan hulp te ontvangen in de GGZ: het klinkt voor hen minder ernstig om een POH-GGZ te zien dan een psycholoog werkzaam in een GGZ-instelling.

Een patiënt: "Nee, ik ben blij dat dit er is, ik heb er nooit eerder ervaring mee gehad. Ik denk dat psycholoog zo'n groot woord is om (...)."

Een andere patiënt: "Weet je, ik kom uit een dorpse omgeving, en dan heb je al gauw iets van als je naar een psycholoog gaat dan ben je toch wel even knotsgek."

Ook vinden een aantal patiënten die in het verleden hulp hebben ontvangen in de GGZ dat de GZ-psycholoog (gezondheidszorgpsycholoog) of psychotherapeut het vaak te 'zwaar' maakt en meer therapeutisch te werk gaat. Een patiënt die ten tijde van de focusgroep is doorverwezen naar de GZ-psycholoog legt dit uit als: *"de GZ-psycholoog biedt vooral geestelijke hulp, terwijl de POH-GGZ daarnaast ook hulp biedt bij praktische zaken"*. De meeste patiënten beschrijven de hulpverlening van de POH-GGZ als meer praktisch en 'down to earth'.

Van de patiënten die zijn doorverwezen naar de GB-GGZ, is een deel tevreden dat ze eerst een POH-GGZ hebben gezien en niet direct door de huisarts zijn verwezen naar de GB-GGZ (zonder tussenkomst van de POH-GGZ):

Een patiënt: "Op dat moment vond ik het misschien best een grote stap om hier [bij een aanbieder van GB-GGZ] direct via de huisarts te komen (...), dat was misschien nodig geweest maar ik weet het niet, ik vind deze overgang best prettig."

POH-GGZ is werkzaam in eigen huisartsenpraktijk

Een ander aspect wat bijdraagt aan de laagdrempeligheid van de POH-GGZ, is dat men het als prettig ervaart dat de POH-GGZ werkzaam is in de eigen huisartsenpraktijk.

Een patiënt: "Maar ik denk dat deze [aanbieder van GB-GGZ] een hogere drempel heeft dan naar de huisartsenpraktijk gaan, en daar de rechter deur nemen in plaats van de linker deur."

Daarnaast zeggen patiënten het erg te waarderen dat ze na de beëindiging van het hulpverleningstraject weer makkelijk kunnen aankloppen bij de POH-GGZ mocht dat nodig zijn:

Een patiënt: *“Ja, op een gegeven moment dan ben je weer op een punt van ‘oké, op dit moment ben ik klaar’. Maar wij hebben eigenlijk zo’n beetje de afspraak van als het weer nodig is dan neem ik weer contact op, dat is de afspraak.”*

Een andere patiënt: *“Dat je het zelf ook weer kan en dat je terug kan vallen. Want ik ben voor een jaar of drie geleden of zo ook weleens een keer geweest, nou dat was twee keer, en dan dacht ik: ‘O nu ben ik er weer, heb ik alles weer op een rijtje’, en dan hoefde ik alleen maar een half uurtje te kletsen en dan dacht ik, ‘ik zit zelf al mijn antwoorden al te geven’.”*

3.1.2 De interactie en het contact met de POH-GGZ

Patiënten benoemen diverse aspecten die zij belangrijk vinden en waarderen in het contact met de POH-GGZ.

Een ‘klik’ voelen

Een patiënt: *“Er moet een verbinding zijn, als er geen verbinding is, werkt het niet.”*

Dit citaat illustreert dat het voor het merendeel van de patiënten belangrijk is om een zekere connectie te voelen met de POH-GGZ. De patiënten noemen verschillende aspecten die voor hen hebben bijgedragen aan dit gevoel van verbondenheid met hun POH-GGZ: betrokkenheid en empathie van de POH-GGZ ten aanzien van hun klachten, zich op hun gemak voelen bij de POH-GGZ, het gevoel serieus genomen te worden, en het gevoel gehoord te worden:

Een patiënt: *“Ik weet niet hoe ze dat doet, maar ze doet het. Ik voelde me heel erg serieus genomen en dat ze heel empathisch was, maar niet te lief. En wat ik ook merkte, ze luisterde echt heel goed, omdat ze dan in een gesprek, zeg maar drie gesprekken later kon terugpakken op iets wat ik dan in het eerste gesprek had gezegd en dat ik echt dacht van ‘wauw, je luistert echt’.”*

De meerderheid van de patiënten zegt bovendien dat ze het gevoel hebben op hetzelfde ‘niveau’ te zitten met de POH-GGZ, bijvoorbeeld omdat ze dezelfde leeftijd hebben, of omdat ze zich gelijkwaardig aan de ander voelen:

Een patiënt: *“In het algemeen, onze interactie en hoe ze me op mijn gemak stelt en ook hoe ze me behandelt en de sfeer die ze geeft en ik denk dat dit wordt veroorzaakt door het feit dat we als personen contact kunnen maken, (...) dus ik weet niet zeker in hoeverre dat te maken heeft met haar vaardigheden of gewoon met hoe ze is als persoon.”*

Patiënten geven verder aan een vertrouwensband en betrokkenheid te voelen, wat ook leidt tot het gevoel dat ze alles en eerlijk kunnen vertellen tegen de POH-GGZ:

Een patiënt: "Dat je het gevoel hebt dat je alles kunt zeggen wat je wilt zeggen. Je hoeft het niet, maar je kunt het wel. En het wordt vertrouwelijk behandeld."

Een andere patiënt: "Ik realiseer me wel, als iemand mij nu het allerbeste kent, hoe ik in het leven sta, is dat mijn POH-GGZ. Ik ben tegen niemand zo open geweest als tegen haar."

Objectieve buitenstaander

Naast het belang van een band met POH-GGZ, waarderen patiënten dat de POH-GGZ een 'objectieve buitenstaander' is. Iemand die een ander perspectief kan aannemen dan de eigen familie of vrienden:

Een patiënt: "Naast mijn vrienden, ouders en broer met wie ik een hele goede band heb, wilde ik een soort klankbord aan wie je gewoon je verhaal zou kunnen vertellen, iemand die niet oordeelt, die je helpt, die luistert, betrouwbaar is, en expertise heeft."

Een andere patiënt: "Het is heel fijn dat er iemand naar je luistert, dat je gewoon je verhaal kunt vertellen. Wat ik erg waardeer aan deze setting, ze komen niet met hun verhaal. (...) In zo'n professionele setting staan ze echt voor je klaar, jij vertelt je verhaal."

Gespreksvaardigheden en bejegening

Een competentie die patiënten noemen, is het goed kunnen toepassen van gesprekstechnieken en -vaardigheden, zoals het stellen van de juiste vragen en het goed kunnen luisteren:

Een patiënt: "Ik vond dat ze hele zinnige dingen zei en dat ze ook op de situatie inspeelde en regelmatig teruggreep naar dingen die dan gezegd of geschreven waren. Ja, en ze was er voor de volle 100% bij."

In de bejegening waarderen patiënten het informele karakter, en de niet te belerende of te sturende houding van de POH GGZ:

Een patiënt: "...dan zegt ze van: 'Waar loop je tegenaan, welke technieken heb je al ingezet?' Dat is veel fijner dan dat hele belerende, 'je zit hier nu als cliënt en ik moet je nu gaan helpen en ik heb dit stappenplan'."

3.1.3 Aanpak van de POH-GGZ

Over het algemeen zijn de patiënten tevreden over de aanpak die de POH's-GGZ tijdens de consulten hanteren. Zij benoemen daarbij diverse specifieke aspecten die zij waarderen.

'Hands on' benadering

Patiënten betitelen de zorg die ze van de POH GGZ ontvangen in termen als 'hands on', praktisch, nuchter en pragmatisch. Zij geven aan dit als prettig te ervaren.

Een patiënt: "De POH-GGZ is praktischer [dan de psychiater], over wat ik doe, bespreken hoe dat kan worden verbeterd, huiswerk en dat soort dingen. En de psychiater onderzocht ook een deel van mijn verleden en meer de emotionele en gemoedstoestand en dat soort dingen. Het is duidelijk zwaarder bij een psychiater."

Een andere patiënt: "Wat ik al eerder zei, gewoon de praktische dingen, echtscheidingsconvenant opmaken, 'kom maar, neem maar mee de volgende keer. Gaan we het over hebben, waarom liep je er tegenop, waarom kom je er niet uit?' (...) want dat zijn de dingen waar je tegenaan loopt 's nachts, waar je niet door kunt slapen."

Kunnen meebeslissen

In verschillende fasen van het zorgtraject zeggen patiënten in de focusgroepen te hebben ervaren dat ze inspraak hebben gehad, en betrokken te zijn geweest bij besluiten.

Ten eerste tijdens de overgang van de huisarts naar de POH-GGZ; men kan zelf beslissen of en wanneer men bij de POH-GGZ wilt starten:

Een patiënt: "Ik kreeg de nodige informatie en als je er klaar voor bent, dan bel je op en dan maak je een afspraak. En zo is het eigenlijk gekomen."

Ten tweede kan de patiënt tijdens het eerste of tweede consult met de POH-GGZ ervoor kiezen om door te gaan of niet:

Een patiënt: "De huisarts zei: 'Lees het maar, laat jezelf toe dat je het eerste gesprek doet, en beslis daarna of je het wel door wil laten gaan'."

Ten derde geven de meeste patiënten aan inspraak te hebben (gehad) tijdens het hulpverleningstraject bij de POH-GGZ. Zoals over de aanpak van de POH-GGZ (wel of niet gebruik van e-mental health, huiswerkopdrachten etc.). Een ander voorbeeld is dat patiënten aangeven mee te kunnen beslissen over de tijdspanne tussen de consulten, of het totaal aantal benodigde consulten.

Een patiënt: "Wat ik wel geruststellend vind is dat ik per moment kan bepalen wat ik nodig heb. In eerste instantie deed ik het dus eens in de vier weken, maar op het moment dat ik het iets structureler of juist andersom wil, dan is die keuze ook zo gemaakt. Ik ben wel assertief genoeg om dat aan te geven en dan weet ik gewoon dat er altijd wel gehoor aan gegeven wordt."

Ten slotte noemen patiënten dat zij tegen het einde van het zorgtraject mee beslissen wanneer te stoppen met de consulten. In sommige gevallen beslist de patiënt mee over doorverwijzing naar een andere zorgverlener.

Maatwerk

Veel patiënten geven aan het gevoel te hebben dat de zorg die zij krijgen van de POH-GGZ is afgestemd op hun wensen en behoeften. Zo wordt benoemd dat de POH-GGZ reageert op de persoonlijke situatie van de patiënt, onder meer door de patiënt praktijkvoorbeelden te laten vertellen; de patiënt beschrijft wat hij/zij deed, dacht en voelde in een specifieke gebeurtenis.

Ook wordt aangegeven dat de POH-GGZ oefeningen of opdrachten afstemt op de interesses en mogelijkheden van een patiënt. Sommige patiënten geven aan dat de POH-GGZ hen heeft gevraagd of ze het prettig vinden om iets te lezen over de problematiek, tussen de consulten door, waarna hen boeken of leesmateriaal is geadviseerd en meegegeven. Verder zeggen een aantal patiënten dat ze het prettig vonden om opdrachten of oefeningen mee te krijgen (zoals ademhalings- en ontspanningsoefeningen of schrijfoopdrachten).

Een patiënt: "Ik vind de opdrachten erg prettig en ook dat ze aansluiten bij mijn ervaringen en interesses, dat maakt het voor mij natuurlijk makkelijker."

Een andere patiënt: "..., als ze mij wat aan het vertellen was, handvatten gaf, tekende ze die sowieso ook uit en ik moest dan overal een foto van maken en dan 'ga daar maar thuis even naar kijken'. (...) Alles wat zij ook opschreef, dat kon ik allemaal thuis rustig naar kijken en daar had ik gewoon een paar dagen voor nodig..."

Patiënten geven daarnaast aan dat de POH-GGZ methoden inzet die bij hen passen:

Een patiënt: "Ze zegt: 'Als dit niet werkt, gaan we verder met iets anders.' Het is dus niet alsof ze haar stokpaardjes heeft of dingen die moeten gebeuren, maar ze is in dat opzicht heel pragmatisch."

Patiënten beschrijven de consulten met de POH-GGZ als gesprekken die natuurlijk verlopen, en waarbij het als prettig wordt ervaren dat elk onderwerp op elk moment kan worden besproken:

Een patiënt: "Bij mij was het ook, je kon met dingen waar je dus mee zat, ook materiële dingen of zakelijke dingen, kon je gewoon mee komen. 'Gooi maar in de groep, gaan we het over hebben'."

Gebruik van gespreks- en therapeutische technieken

Patiënten noemen verschillende technieken die de POH-GGZ tijdens de consulten gebruiken en die zij als positief ervaren.

Zo geven patiënten aan dat het bespreken van de voortgang van hun herstel een algemeen element is in de aanpak van de POH-GGZ. De POH-GGZ komt terug op eerdere consulten, wat voor patiënten een indicatie is dat de POH-GGZ echt naar hen luistert.

Een techniek die vrij vaak wordt genoemd is de gespreksopbouw om de patiënt eerst te vragen hoe het met hem/haar is gegaan sinds het vorige consult, en de patiënt vervolgens het eigen verhaal te laten vertellen, terwijl hem/haar tussendoor vragen worden gesteld. Op deze manier fungeert de POH-GGZ als klankbord voor de patiënt, en houdt de POH-GGZ de patiënt een spiegel voor:

Een patiënt: "Ja, het is gewoon heel fijn als iemand met je mee spiegelt, dat je een klankbord hebt. Dan komen we weer op waar het begin in het verhaal over was, dat je gewoon alles wat je wil zeggen het gevoel hebt dat je het kunt zeggen. Je hoeft het niet, het mag wel."

Een andere door de POH-GGZ gehanteerde techniek die patiënten noemen, en die voor hen helpend is, is om de problemen waarmee men geconfronteerd wordt te beschrijven in praktijkvoorbeelden en de patiënt te leren anders met die specifieke situatie om te gaan:

Een patiënt: "Ik kwam altijd met een voorbeeld van een probleem waar ik tegenaan liep of iets waar ik bang voor was, dat legde ik haar voor en door de juiste vragen te stellen, liet ze me zelf het antwoord geven."

Ook waarden patiënten de technieken die hen helpen tot de kern te komen, een link te leggen die ze zelf nog niet hadden gezien, te structureren en dingen op een rijtje te krijgen:

Een patiënt: "Wat mij wel opvalt, waar ik eigenlijk misschien toch het meeste aan heb, is het feit dat zij mij helpt, heel erg, om mijn gedachten onder woorden te brengen. En dan ook echt de kern. Om tot een kern te komen."

Samenwerking met de huisarts en verwijzing naar de GGZ

Over het algemeen merken patiënten op dat er korte lijnen bestaan tussen POH-GGZ en huisarts, iets wat zij (zeer) waarderen. Zo geeft een patiënt aan dat haar huisarts haar vergezelde naar het intakegesprek met de POH-GGZ om haar klachten uit te leggen en haar te ondersteunen, omdat ze het zelf moeilijk vond. Een ander voorbeeld is dat enkele patiënten aangeven dat hun POH-GGZ en huisarts het voorschrijven van medicatie met elkaar bespraken.

Een patiënt: "Weet je wat ze ook zegt: 'Ik zal het doornemen met de huisarts. We gaan even afstemmen'."

Een andere patiënt: "...dat zij ook onderling contact hebben. Dat geeft zo'n gevoel van vertrouwen, dat niet alles langs elkaar heen werkt, maar dat ze onderling ook communiceren met elkaar, dan voel je je serieus genomen en dat zijn die hele kleine dingen. Dat is puur gevoelsmatig."

Wat betreft de mogelijkheid tot verwijzing naar de GB-GGZ of S-GGZ ingeval de hulpverlening van de POH-GGZ onvoldoende oplevert, geeft het merendeel van de patiënten aan dat hun POH-GGZ dit duidelijk heeft gemaakt, vaak tijdens het intakegesprek:

Een patiënt: "Het kan de POH-GGZ ook te veel zijn en dat je meer gespecialiseerde hulp nodig hebt. En dat vertelde ze me tijdens het intakegesprek: 'Als het ons niet lukt, kijken we of ik een verwijzing voor je moet maken'."

3.1.4 De deskundigheid en ervaring van de POH GGZ

Deskundigheid

Naast de eerder genoemde competenties, noemen patiënten de deskundigheid van de POH-GGZ als belangrijke competentie. Volgens een aantal patiënten valt hieronder het hebben van kennis over psychische stoornissen en een passende (vervolg)behandeling. De POH-GGZ kan vanuit het gesprek de ernst en complexiteit van de psychische problemen herkennen en patiënten adviseren om te kiezen voor een doorverwijzing of wijzen patiënten op andere zorgaanbieders of mogelijkheden (zoals psychomotorisch therapeut of een mindfulness cursus).

Een andere patiënt noemt dat kennis hebben over psychische problematiek het makkelijker maakt om met de POH-GGZ over eigen al bekende gediagnosticeerde problemen te spreken, of die van een familielid (kinderen, partner):

"Nou, hij weet dus wat narcisme is en hypochondrie. Hij kan zich enigszins verplaatsen in de situatie. Heel veel mensen waar je mee in gesprek gaat, dan moet je ze eerst bijbrengen, dan krijg je nog vaak de verkeerde respons waar je niet op zit te wachten. Dus dat vond ik dan wel fijn."

Verder krijgen patiënten het gevoel dat zij met een deskundige POH-GGZ te maken hebben omdat ze goed geholpen worden en baat hebben bij de gesprekken:

Een patiënt: "De mevrouw waar je mee spreekt die begrijpt jou en die kan jou dingen aanreiken waardoor je jezelf beter gaat voelen, dus het is voor mij dan deskundigheid, maar of dat nou ook echt deskundigheid is zoals deskundigheid genoemd wordt, geen idee."

Een andere patiënt: "Ja, maar zij zei dus altijd, ook als ze teruggreep op theorie, allemaal dingen die gewoon heel erg klopten zeg maar."

En weer een ander: "Ja. Dat is dan toch wel deskundigheid, dat ze bepaalde linken kan leggen die misschien inderdaad jij zelf, je omgeving, niet zo snel kan."

Werk- en levenservaring

Sommige patiënten beschouwen het hebben van zowel voldoende levenservaring als voldoende werkervaring (beide vaak samenhangend met oudere leeftijd) als essentieel voor de POH-GGZ om deskundige zorg te kunnen bieden:

Een patiënt: "Een beetje levenservaring. Niet alleen dingen doen op basis van een boek, maar ook op basis van wat je zelf hebt meegemaakt. (...) Maar misschien is het ook praktijkervaring (...) je leert iets van dingen die je inzet bij je andere casussen."

Een andere patiënt: "En veel ervaring, je merkt ook gewoon dat ze heel veel ervaring heeft met verschillende soorten mensen, ze prikt gewoon heel makkelijk door je heen en ik denk dat dat toch ook komt doordat ze het veel heeft gedaan, (...)."

3.1.5 Resultaat van de hulpverlening van de POH GGZ

Patiënten uit de focusgroepen die hun zorgtraject bij de POH-GGZ hebben beëindigd, of die al langere tijd hulp van de POH-GGZ hebben ontvangen, noemen diverse gunstige resultaten van de hulpverlening.

Beter voelen en weer zelfstandig kunnen functioneren

Patiënten geven aan te voelen dat ze vorderingen maken tijdens de consulten, en dat ze zich gaandeweg beter gaan voelen. Zij omschrijven dit als het ervaren van meer gemoedsrust en opluchting. Over het algemeen verlaten patiënten een consult met een verbeterde stemming:

Een patiënt: *"Wat ik ook gunstig vind, iets positiefs, soms kom ik bij haar in een, ik zou niet zeggen een slecht humeur, maar in een wat mindere bui, en meestal vertrek ik in een positieve bui."*

De patiënten, die het hulpverleningstraject bij de POH-GGZ hebben afgerond, leggen uit dat zij op een moment in de tijd merkten dat ze de zorg niet meer nodig hadden.

Ze menen voldoende zelfmanagementvaardigheden te hebben verworven om weer zelfstandig te kunnen functioneren en/of om met hun klachten om te gaan:

Moderator: *"Je spreekt dus niet uit 'nou, dit is het doel en als we dat hebben bereikt...'. " Een patiënt: "Nee, het is niet alsof je beter bent als je na het laatste consult naar buiten stapt, nee. Maar je hebt genoeg om alleen verder te gaan."*

Een paar patiënten uit de focusgroepen, die in het verleden de POH-GGZ al hebben bezocht, beschrijven dat ze soms terugkomen bij de POH-GGZ voor een paar consulten om een duwtje in de goede richting te krijgen:

Een patiënt: *"Dat is fijn, dat kan altijd, als je echt niet oké bent, en alleen als je maar één consult nodig hebt, maar ze kent je en ze is op de hoogte van de situatie, want ik heb die nivellering soms gewoon echt nodig (...) Resetten, zoiets."*

Zelfmanagementvaardigheden ontwikkelen

Patiënten noemen verschillende vaardigheden die ze van de POH-GGZ hebben geleerd: inzicht verwerven in eigen patronen, situaties of gevoelens leren accepteren, dingen leren structureren en leren prioriteiten te stellen:

Een patiënt: *"Het werkt nu voor mij en ik begin nu ook dingen te zien waarvan ik denk 'oké, dit is wat ik moet doen en zo moet ik ermee omgaan of wat dan ook' en ik vind het soms heel moeilijk, maar goed, op een gegeven moment sta je op een keerpunt."*

Een ander aspect dat bijdraagt aan het herstel van patiënten is het leren accepteren van de problemen waarmee ze worden geconfronteerd, en dat ze bij het oplossen van deze problemen hulp nodig hebben gehad.

Patiënten noemen het leren ordenen van gedachten, en deze gedachten onder woorden te brengen, ook als een aspect dat verband houdt met hun herstel. De patiënten vertellen hun verhaal aan de POH-GGZ, die het samenvat om *"tot de kern te komen"* (citaat van een patiënt). Of de POH-GGZ leert de patiënt door eigen gedachten hardop uit te spreken deze gedachten zelf te structureren. Door parallellen te trekken tussen bepaalde

zaken die de patiënt noemt, zorgt de POH-GGZ tevens, dat dingen duidelijker worden en *“alles op zijn plaats valt”* (citaat van een patiënt).

Patiënten noemen verder verschillende soorten zelfmanagement tools die ze van de POH-GGZ hebben ontvangen, zoals tips of oefeningen om hen te helpen omgaan met moeilijke situaties. Deze handvatten zijn afgestemd op de klachten van de patiënt, zoals bijvoorbeeld ademhalingsoefeningen om stress en hyperventilatie aan te pakken:

Een patiënt: “Het leuke is dat het geen toverstaf is die je gewoon aanraakt en dan ben je klaar, maar ze geeft je wel ‘tools’ om dingen aan te pakken, om je hyperventilatie onder controle te houden en voor mij om dingen opzij te zetten, om niet meer over na te denken, bijvoorbeeld. Op die manier heeft iedereen zijn eigen ingang.”

3.2 Ervaren knelpunten en verbeterpunten

Hoewel de patiënten in de focusgroepen over het algemeen tevreden zijn over de functie POH-GGZ noemen zij ook een aantal knelpunten en die betrekking hebben op de volgende overkoepelende verbeterthema's:

- betere informatievoorziening over de functie POH-GGZ;
- betere toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ tijdens het zorgtraject; en
- betere informatieverstrekking en inspraak tijdens het zorgtraject.

In de paragrafen hieronder wordt per verbeterthema ingegaan op de genoemde knelpunten.

3.2.1 Betere informatievoorziening over de functie POH-GGZ

Patiënten noemen een aantal knelpunten die gaan over verschillende aspecten van informatievoorziening over de POH-GGZ.

Ontbreken van informatie over POH-GGZ in de huisartsenpraktijk

De meeste patiënten zijn via de huisarts doorverwezen naar de POH-GGZ. Sommige huisartsen hebben de functie van POH-GGZ duidelijk uitgelegd aan hun patiënten. Een aantal patiënten geeft echter aan dat hun huisarts weinig informatie heeft verstrekt over de POH-GGZ, wat ze wel op prijs zouden hebben gesteld, bijvoorbeeld door het ontvangen van een brochure:

Een patiënt: “Bij de huisarts zie je het ook niet echt, een folder of zo. Er liggen brochures genoeg, maar niet van de POH GGZ.”

Een andere patiënt: *"Maar ik denk dat heel veel mensen het gewoon niet weten. Want als ik bij de huisarts was geweest en hij had er niets van gezegd was ik er nooit terecht gekomen."*

De variatie in informatieverstrekking over de POH-GGZ heeft ertoe bijgedragen dat niet alle patiënten voor het intakeconsult bekend waren met de POH-GGZ.

Sommige patiënten uiten hun ongenoegen over het moment van verwijzing van de huisarts naar de POH-GGZ. Zij menen dat de huisarts hen al in een eerder stadium hadden kunnen doorsturen naar de POH-GGZ:

Een patiënt: *"En de huisarts wist naar mijn idee dat ze me veel eerder had kunnen adviseren. Ik wist niet eens dat deze mensen [POH's-GGZ] bestonden."*

Verschil tussen POH-GGZ, GB-GGZ en S-GGZ onvoldoende bekend

Sommige patiënten waren niet bekend met het verschil tussen de hulpverlening van POH's-GGZ en de hulp die wordt geboden door psychologen of andere professionals die werkzaam zijn in de GB-GGZ of S-GGZ.

Een patiënt: *"(...) hoeveel onduidelijkheid er is wat wel en niet kan en mag. En je moet het eigenlijk zelf uitvinden, of ik heb niet genoeg op internet gekeken, ik heb wel op de website gekeken maar daar staan eigenlijk summiere dingen. Maar ja, dus een stukje onduidelijkheid."*

Een andere patiënt: *"Het was voor mij zover duidelijk dat ik iemand ken die in de psychiatrie werkt, dus ik hoor van haar dan verhalen wat de functie POH-GGZ inhield, dit kan je ongeveer verwachten. Voor de rest was het een groot vraagteken van 'waar kom ik nu terecht, is dit het gene wat ik nodig heb? Of moet ik nu verder wachten op behandeling in de S-GGZ?'"*

Ook zijn patiënten vaak niet bekend met de mogelijkheid om een lange wachttijd bij een aanbieder van GB-GGZ of S-GGZ te 'overbruggen' bij de POH-GGZ; men wordt daar niet (altijd) door de huisarts op gewezen.:

Een patiënt: *"Ik had al inderdaad een doorverwijzing naar de S-GGZ."*

Moderator: *"Daar was je eigenlijk al geweest, bij de huisarts."*

Patiënt: *"Maar dat duurde lang, het was vaak druk en nou ja, toen heb ik eigenlijk op eigen verzoek samen met de POH-GGZ een keer een afspraak gepland en zo is het balletje gaan rollen."*

Moderator: *"Ja, want toen gaf de POH-GGZ die bij je moeder kwam aan: 'van je kan ook naar mij komen', is het zo gegaan?"*

Patiënt: *"Ja, want toen op een gegeven moment, ik had gewoon behoefte om mijn verhaal kwijt te kunnen af en toe en dat lukte daar."*

Ten slotte waren niet alle patiënten geïnformeerd over het feit dat de hulpverlening van de POH-GGZ volledig wordt vergoed vanuit de basisverzekering en geen eigen risico kent, in tegenstelling tot de zorg vanuit de GB-GGZ en S-GGZ.

3.2.2 Betere toegankelijkheid en beschikbaarheid POH-GGZ tijdens het zorgtraject

In de focusgroepen noemen de patiënten verschillende knelpunten ten aanzien van de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ tijdens het zorgtraject.

Beperkt aantal werkdagen van de POH-GGZ

De beschikbaarheid van POH's-GGZ in de huisartspraktijk is vaak beperkt omdat ze meestal niet fulltime voor één praktijk werken, en alleen overdag werkzaam zijn. Dit maakt het voor sommige patiënten lastig en onpraktisch om vervolggconsulten in te plannen, bijvoorbeeld vanwege hun werksituatie:

Een patiënt: "Ze was er maar ongeveer twee dagen per week (...), dat waren dagen waarop ik moet werken en dat vond ik best moeilijk, want ik moest een dag vrij nemen of een dagdeel weggaan en ik merkte dat ik best moeilijk als collega's mij vroegen: 'waar ga je heen?'."

Een andere patiënt: "(...), puur praktisch, de uren waarop iemand beschikbaar is. Ja, een avondspreekuur zou fantastisch zijn (...)."

Andere patiënten hebben minder last van een beperkte beschikbaarheid van de POH-GGZ, omdat ze flexibeler waren in hun werksituatie, of omdat ze werkloos of gepensioneerd waren. Sommige patiënten geven verder aan dat ze tijd vrijmaakten om de POH-GGZ te kunnen zien, omdat het zo belangrijk voor hen was.

Een patiënt: "Ik had wel het gevoel dat het belangrijk genoeg is om daar tijd voor te maken, (...) belangrijk genoeg om andere dingen opzij te zetten, te puzzelen, om ervoor te zorgen dat ik erbij kan zijn."

Wisselende bereikbaarheid van de POH-GGZ tijdens het zorgtraject

De focusgroepen wijzen erop dat er grote variatie bestaat in de bereikbaarheid van de POH-GGZ buiten de consulten om. Over het algemeen geven patiënten aan dat zij de POH-GGZ tussen consulten makkelijk willen kunnen bereiken voor inhoudelijke vragen, zoals het willen bespreken van een bepaalde situatie, of voor praktische zaken, zoals het verzetten van consulten. Dit is voor sommige patiënten niet het geval.

Een patiënt: "Ik heb wel een puntje, dat je ze eigenlijk alleen maar via de huisartsenpraktijk kunt bereiken. En dat vond ik wel een beetje, ja toch, onbereikbaar zijn."

Voor sommige patiënten was deze toegang tot de POH-GGZ tussen consulten gemakkelijker dan voor anderen. Een klein deel van de patiënten geeft aan telefonisch contact op te kunnen nemen met de POH-GGZ en/of de POH-GGZ te kunnen e-mailen.

3.2.3 Betere informatieverstrekking en inspraak tijdens het zorgtraject

Door sommige patiënten worden een aantal knelpunten genoemd die te maken hebben met het minder goed geïnformeerd of betrokken worden door de POH-GGZ tijdens het hulpverleningstraject.

Geen behandelplan

De meeste patiënten geven aan dat de POH-GGZ geen behandelplan met hen heeft besproken. Achteraf gezien zouden sommige patiënten het op prijs hebben gesteld als er het behandelplan wel met hen was besproken en gezamenlijk opgesteld:

Een patiënt: "Bij mij gebeurde het, het loopt gewoon zoals het loopt. Het is van tevoren niet besproken hoe het aangepakt wordt, andersom wel, intakegesprek hebben we gehad. Daar is wel heel veel informatie over mij uitgehaald, maar eigenlijk heb ik niet te horen gekregen hoe hij dan te werk wou gaan. Achteraf was het wel handig geweest, als ik had geweten hoe dat dan aangepakt zou worden en hoe dat traject eruit zou zien. En nu, gaandeweg ben ik er wel achter gekomen."

Een andere patiënt: "Ik kan het me niet herinneren dat er echt een plan was, dat miste ik ook niet, ik had gewoon, ja nu ik erover nadenk, zij zal wel een plan gehad hebben, maar het voelde allemaal heel natuurlijk ofzo, of dat het een heel natuurlijk gesprek was, maar wel heel effectief."

Onduidelijkheid over verwijzing naar de GGZ

Bij sommige patiënten is de POH-GGZ niet duidelijk geweest over de procedure voor een mogelijke verwijzing naar de GB-GGZ of S-GGZ. Deze patiënten zeggen verrast te zijn geweest toen de POH-GGZ een mogelijke verwijzing ter sprake bracht:

Een patiënt: "Op een gegeven moment kreeg ik te horen dat er een beslissing genomen moest worden: 'Wat gaan we doen, wil je hier blijven komen of ga je erheen [aanbieder van generalistische basis-GGZ]? Moeten we stoppen of doorgaan?' Dat was me niet echt eerder duidelijk gemaakt, ik wilde gewoon doorgaan."

Enkele patiënten zijn door hun POH-GGZ daadwerkelijk doorverwezen naar de GB-GGZ, wat in een enkel geval niet op prijs werd gesteld. Een patiënt die is doorverwezen naar een psycholoog werkzaam in de GB-GGZ zegt dat ze liever bij de POH-GGZ had willen blijven. Een andere patiënt kon bij de POH-GGZ blijven nadat ze weigerde te worden verwezen.

Beter informeren van de patiënt bij keuze voor e-mental health

Enkele patiënten hebben van de POH-GGZ een vorm van e-mental health aangeboden gekregen. Deze patiënten zijn echter overwegend negatief over e-mental health. Ze geven aan dat ze de modules niet hebben afgemaakt, omdat ze vonden dat ze er nog niet klaar voor waren, of omdat de modules niet aansloten bij hun klachten. Veelal verkiezen de patiënten het persoonlijke face-to-face contact met de POH-GGZ boven e-mental health:

Een patiënt: "Daarom werkt online waarschijnlijk niet want tja, je kijkt naar een scherm, daar hoef je je niet voor open te stellen."

4 Beschouwing en conclusie

4.1 Wat zijn volgens patiënten succesfactoren van de functie POH-GGZ?

De patiënten in de focusgroepen zijn over het algemeen positief tot zeer positief over de functie POH-GGZ. Zij noemen daarbij diverse succesfactoren en die betrekking hebben op:

- de toegankelijkheid en laagdrempeligheid van de POH-GGZ;
- de interactie en het contact met de POH-GGZ;
- de aanpak van de POH-GGZ;
- de deskundigheid en ervaring van de POH-GGZ; en
- het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ.

4.1.1 De toegankelijkheid en laagdrempeligheid van de POH-GGZ

Patiënten ervaren de POH-GGZ op verschillende manieren als toegankelijk en laagdrempelig, waaronder: de korte wachttijd tot het intakegesprek (met een voorkeur van maximaal twee weken wachttijd), het niet gelden van het eigen risico, en dat de hulpverlening van de POH-GGZ met minder stigma is omgeven dan de hulpverlening vanuit de GGZ. Dit laatste sluit aan bij een vragenlijstonderzoek onder 142 patiënten van POH's-GGZ in de Gooi en Vechtstreek, waaruit bleek dat het merendeel van de patiënten (82,7%) het een beetje tot helemaal eens was met de stelling dat het makkelijker is om naar de POH-GGZ te gaan dan naar een psycholoog of psychiater.⁹

Dat de hulp van de POH-GGZ in de eigen huisartsenpraktijk wordt geboden, een bekende plek en dichtbij, draagt ook bij aan de laagdrempeligheid van de POH-GGZ. Ten slotte ervaren patiënten de mogelijkheid om te kunnen terugkeren voor een gesprek met de POH-GGZ als dat nodig is bij een terugval, als geruststellend en laagdrempelig.

4.1.2 De interactie en het contact met de POH-GGZ

Patiënten benoemen diverse aspecten die zij belangrijk vinden en waarderen in de interactie en het contact met de POH-GGZ, waaronder het voelen van een 'klik' met de POH-GGZ en dat de POH-GGZ als een objectieve buitenstaander het gesprek aangaat. Tevens waarderen patiënten goede gespreksvaardigheden en bejegening van de POH-GGZ: het stellen van de juiste vragen, het actief luisteren en het hebben van een

9 Horst, ter L. & Haverkamp, S. (2012). Ervaringen van patiënten met de Praktijkondersteuner Huisartsenzorg GGZ. Onderzoeksrapport op basis van een enquête en spiegelgesprek met patiënten van de POH-GGZ in de regio Gooi en Vechtstreek. Door Zorgbelang Noord-Holland in samenwerking met de GO POH-GGZ B.V.

niet belerende houding. Patiënten hechten een groot belang aan een goed contact met de POH-GGZ. In de interactie waarderen patiënten dat de POH-GGZ op een zodanige manier een connectie kan maken dat er vertrouwen is om de eigen problemen en gevoelens te delen.

Dat de patiënten in de focusgroepen tevreden zijn over de interactie en het contact met de POH-GGZ sluit aan bij de uitkomsten van een onderzoek onder 72 patiënten in Amsterdam (56 patiënten vulden een vragenlijst in, 16 patiënten werden geïnterviewd). In dit onderzoek¹⁰ werd, op basis van kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief, geconcludeerd dat de bejegening door de POH-GGZ over het algemeen als zeer goed werd ervaren, en dat patiënten zich gehoord voelen, met respect behandeld, en vinden dat de POH GGZ hun klachten goed begrijpt. Uit een enquête onder 142 patiënten en een spiegelbijeenkomst met 16 deelnemers (patiënten en POH's-GGZ) in de Gooi- en Vechtstreek (2012)¹¹, komt naar voren dat veruit de meerderheid van de patiënten vindt dat de POH-GGZ altijd aandachtig luistert (89,1%) en dat de POH-GGZ hem of haar serieus neemt (92,8%). Ook in de spiegelbijeenkomst zeggen patiënten de bejegening door de POH-GGZ als prettig te ervaren.

De in de focusgroepen genoemde aspecten over interactie en bejegening sluiten goed aan bij wat het functie- en competentieprofiel POH-GGZ Functie- & competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020¹² als relevante aspecten benoemd van het competentiegebied 'communicatie' (zie Figuur 4.1). In het profiel wordt gesteld dat een POH-GGZ onder meer de vaardigheid zou moeten hebben om:

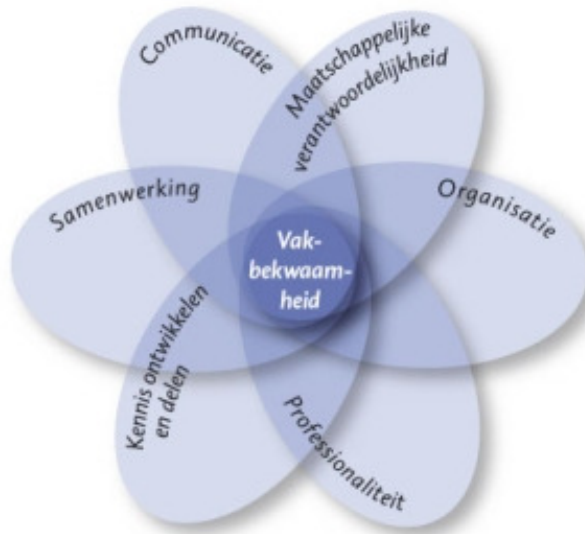
- Een samenwerkingsrelatie op te bouwen met de patiënt en diens naasten op basis van wederzijds respect en vertrouwen en gericht op de behandeling en begeleiding. De POH-GGZ communiceert vanuit het perspectief van de patiënt en interpreteert informatie in de juiste context.
- De woordkeus af te stemmen op leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, etnische en culturele achtergrond en emotie van de patiënt.
- Actief te luisteren en de probleemvraag te verhelderen.

10 Vink, M. (2013). Hij denkt positief over mij. Onderzoek naar de ervaringen van patiënten met de POH GGZ in Amsterdam. Uitgave van Cliëntenbelang Amsterdam.

11 Horst, ter L. & Haverkamp, S. (2012). Ervaringen van patiënten met de Praktijkondersteuner Huisartsenzorg GGZ. Onderzoeksrapport op basis van een enquête en spiegelgesprek met patiënten van de POH-GGZ in de regio Gooi en Vechtstreek. Door Zorgbelang Noord-Holland in samenwerking met de GO POH-GGZ B.V.

12 Functie- & competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020

Figuur 4.1 Uit Functie- en competentieprofiel 'Praktijkondersteuner Huisartsenzorg GGZ' (2020): zeven competentiegebieden worden onderscheiden in het functioneren van de POH-GGZ, uitgaande van het CanMeds-model. In het model staat de vakbekwaamheid als zorgverlener centraal; de andere zes competentiegebieden zijn hieraan ondersteunend.



4.1.3 De aanpak van de POH-GGZ

Uit het onderzoek komt naar voren dat patiënten verschillende aspecten in de aanpak van de POH-GGZ waarderen. Zo stellen patiënten de meer oplossingsgerichte aanpak van de POH-GGZ op prijs, die patiënten praktisch en nuchter vinden. De patiënten lijken baat te hebben bij deze 'hands-on' mentaliteit, waarbij vragen van emotionele, maar ook praktische aard kunnen worden gesteld en besproken.

Een andere aspect wat patiënten waarderen is dat de POH-GGZ maatwerk levert, en rekening houdt met de wensen en behoeften van de patiënten. In het verlengde daarvan, waarderen de patiënten dat zij inspraak hebben en kunnen meebeslissen over de geboden hulp. Als voorbeelden waarover zij kunnen meebeslissen noemen zijn onder meer: wanneer begonnen wordt met het hulpverleningstraject, en wanneer deze wordt afgerond, het aantal en de frequentie van de consulten, en het type opdrachten of behandelvormen.

Verder waarderen patiënten het gebruik van gespreks- en therapeutische technieken waarbij de POH-GGZ terugkomt op eerdere consulten, vooral de eigen praktijkvoorbeelden van de patiënt bespreekt en spiegelt, zodat de patiënt op die manier een klankbord vindt. Ten slotte waarderen de patiënten in de aanpak van de POH-GGZ de korte lijnen met de huisarts; dit geeft patiënten een gevoel van vertrouwen.

De praktische aanpak van de POH-GGZ, de gedeelde besluitvorming en het leveren van maatwerk, zoals ervaren door de patiënten in de focusgroepen, sluiten goed aan bij wat het functie- en competentieprofiel POH-GGZ¹³ als relevante aspecten benoemt van de competentiegebieden 'vakbekwaamheid' en 'communicatie' (zie Figuur 4.1). Zo wordt in het profiel onder meer gesteld dat: 'vakbekwaamheid de kern vormt van de functie van de POH-GGZ. Daarin wordt benadrukt dat de POH-GGZ in principe klachtgericht en niet diagnosegericht werkt. Daarbij wordt het individu, haar verhaal en context als vertrekpunt genomen en is steeds sprake van gedeelde besluitvorming.'

4.1.4 De deskundigheid en ervaring van de POH-GGZ

De patiënten in de focusgroepen vinden het belangrijk dat de POH-GGZ deskundig is. Dit sluit aan bij het functie- en competentieprofiel POH-GGZ, waarin deskundigheid ofwel vakbekwaamheid, als het centrale competentiegebied wordt beschouwd (zie Figuur 4.1).

Patiënten zien daarbij deskundigheid onder meer als het hebben van kennis hebben over psychische stoornissen en het advies kunnen geven over passende (vervolg) behandeling. Daarnaast is voor patiënten een teken van de deskundigheid van de POH-GGZ als de geboden hulp tot resultaten leidt.

Sommige patiënten geven aan dat het hebben van voldoende werk- en levenservaring als POH-GGZ essentieel is voor het kunnen bieden van deskundige zorg. De huidige 'gemiddelde' POH-GGZ voldoet aan deze behoefte, met een gemiddeld hoge leeftijd en veel werkervaring.^{14,15} De verwachting is echter dat de komende jaren relatief veel jongere professionals met weinig werkervaring zullen instromen als POH-GGZ. Het zou kunnen dat deze jongere, startende POH's-GGZ in de ogen van een deel van de patiënten als onvoldoende deskundig en onvoldoende ervaren wordt gezien. Des te relevanter dat het herziene functie- en competentieprofiel POH-GGZ voldoende deskundigheid en werkervaring bij jongere, startende POH's-GGZ wil garanderen. Het profiel stelt dat een startende POH-GGZ de opleiding tot POH-GGZ moet hebben gevolgd, en dat men bij aanmelding voor deze opleiding moet beschikken over minimaal twee jaar voor de functie relevante werkervaring in de (brede) GGZ.

Ten slotte is vermeldenswaardig dat uit de focusgroepen niet duidelijk wordt of patiënten de opleiding en/of achtergrond van hun POH-GGZ belangrijk vinden. Patiënten zeggen, in hun beoordeling over de deskundigheid van de POH-GGZ, hier opvallend weinig over. Hierbij moet worden aangetekend dat in de focusgroepen het thema deskundigheid wel is besproken, maar dat daarbij niet specifiek vragen over de (opleidings-)achtergrond van de POH-GGZ zijn gesteld.

13 Functie- & competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020

14 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

15 Nuijen J, Kenter A, Ringoir L (2021) Organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de praktijk. Trimbos/LV POH-GGZ

4.1.5 Het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ

In de focusgroepen benoemen patiënten diverse gunstige resultaten van de hulpverlening van de POH-GGZ. Zo ervaren patiënten na (enkele) gesprekken een betere stemming, verbeterde gemoedsrust en een opgelucht gevoel. Verder geven patiënten aan dat de POH-GGZ hen zelfmanagementvaardigheden aanleert om weer zelfstandig te kunnen functioneren, en om te gaan met hun psychische problemen (die dus niet volledig verdwenen hoeven te zijn). Patiënten benoemen daarbij specifiek het vergaren van inzichten in eigen patronen, situaties of gevoelens leren accepteren, eigen gedachten beter te structureren en verwoorden en beter prioriteiten leren stellen. Met tools als ademhalings- of ontspanningsoefeningen kan men stress of hyperventilatie tegengaan.

Deze bevindingen sluiten aan bij de kernwaarden waaruit de POH GGZ geacht wordt te werken volgens het functie- en competentieprofiel POH-GGZ (2020)¹⁶: 'Herstel van gezondheid leidt tot meer zelfredzaamheid en minder afhankelijkheid. Het uiteindelijke doel is het herpakken van sociale rollen en het leiden van een waardevol bestaan.' Wat betreft de handelingsgrenzen is geformuleerd: 'In principe is het uitgangspunt dat de patiënt na een beperkt aantal gesprekken met de POH-GGZ weer zelfredzaam is.'

4.2 Wat zijn volgens patiënten verbeterpunten voor de functie POH-GGZ?

Naast de overwegend positieve ervaringen met de functie POH-GGZ worden er door de patiënten ook een aantal verbeterpunten genoemd en die betrekking hebben op:

- betere informatievoorziening over de functie POH-GGZ vóór doorgeleiding;
- betere toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ tijdens het zorgtraject; en
- betere informatieverstrekking en inspraak tijdens het zorgtraject.

4.2.1 Betere informatievoorziening over de functie POH-GGZ

De bevindingen uit het onderzoek wijzen erop dat huisartsen de patiënt vooraf niet altijd voldoende informeert over het bestaan van de POH-GGZ, en wat de functie POH-GGZ inhoudt. Patiënten weten vaak niet wat het verschil precies is tussen de hulpverlening van de POH-GGZ en de hulpverlening vanuit de GGZ. Daarnaast is niet altijd duidelijk voor de patiënt dat de hulpverlening van de POH-GGZ binnen het basispakket valt.

Er lijkt behoefte aan een duidelijke brochure over de POH-GGZ, en uitleg over de plek van de POH-GGZ binnen het gehele GGZ-stelsel. Dit kan door de huisarts worden aangereikt bij advies aan de patiënt om een afspraak met de POH-GGZ te maken, en/of op een duidelijke plek beschikbaar zijn in de wachtkamer (bijv. folderrek).

16 Functie- & competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020

Ook in het eerder genoemde onderzoek uitgevoerd in de regio Gooi- en Vechtstreek¹⁷ werd gevonden dat de informatievoorziening over de functie POH-GGZ suboptimaal is: bijna driekwart van de patiënten (73,3%) gaf aan voorafgaand aan het consult geen informatie te hebben ontvangen over zaken als wachttijden voor het intakegesprek, de functie POH-GGZ, of de expertise van de POH-GGZ.

Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor een suboptimale informatievoorziening over de POH-GGZ binnen huisartsenpraktijken. Het kan zijn dat de huisarts tegen de druk bezette agenda van de POH-GGZ aanloopt, en de aanwas van nieuwe patiënten niet verder wilt stimuleren met meer ruchtbaarheid geven over de POH-GGZ. Een andere mogelijke reden kan zijn dat de POH-GGZ geen tijd heeft voor de ontwikkeling en organisatie van informatiemateriaal. Ten slotte is het mogelijk dat huisartsen en POH's-GGZ ervan uitgaan dat de functie POH-GGZ al goed is ingeburgerd, omdat inmiddels in nagenoeg elke huisartsenpraktijk een POH-GGZ werkzaam is. Echter, de 'gemiddelde' persoon bezoekt maar af en toe de huisartsenpraktijk, en is daarmee niet 'automatisch' bekend met de functie POH-GGZ. Ongeacht de reden voor onvoldoende informatievoorziening over de functie POH-GGZ, zou de LV POH-GGZ een rol kunnen spelen, bijvoorbeeld met de ontwikkeling van een algemene brochure over de POH-GGZ.

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

Een andere verbeterpunt dat naar voren kwam was dat sommige patiënten tijdens het plannen van de afspraken bij de POH-GGZ er tegen aanlopen dat een POH-GGZ vaak maar een beperkte aantal uren en/of dagen aanwezig is op de huisartsenpraktijk. Deze patiënten zeggen graag een uitbreiding van de werkuren van de POH-GGZ te zien, dan wel dat de POH-GGZ ook aanwezig is op andere dagdelen, zoals in de avonduren. Dit zou de toegankelijkheid van de POH-GGZ voor met name de patiënten die (voltijd) werken vergroten.

Hieraan zal, in het algemeen gesteld, lastig iets te veranderen zijn aangezien de huisartsenpraktijken te maken hebben met een maximumtarief voor de opslagmodule POH-GGZ. Deze module biedt ruimte om 12 uur per week per normpraktijk (2.350 patiënten) een POH-GGZ in te zetten. Mede daarom werkt een POH-GGZ dikwijls voor meerdere praktijken. Opening in de avonduren is afhankelijk van het beleid van de huisartsenpraktijk zelf. Hoeveel huisartsenpraktijk avondsprekuren door de POH-GGZ landelijk aanbieden is niet bekend.

Een ander door de patiënten genoemd praktisch verbeterpunt is de mogelijkheid om e-mailcontact of telefonisch contact met de POH-GGZ te hebben. Gedurende het hulpverleningstraject willen patiënten dat de POH-GGZ beschikbaar is voor het stellen

17 Horst, ter L. & Haverkamp, S. (2012). Ervaringen van patiënten met de Praktijkondersteuner Huisartsenzorg GGZ. Onderzoeksrapport op basis van een enquête en spiegelgesprek met patiënten van de POH-GGZ in de regio Gooi en Vechtstreek. Door Zorgbelang Noord-Holland in samenwerking met de GO POH-GGZ B.V.

van inhoudelijke of praktische vragen. Contactgegevens worden echter niet altijd door de POH-GGZ gedeeld. Dit lijkt vooral een persoonlijke keuze van de POH-GGZ te zijn, mogelijk ingegeven door de beperkte aanwezigheid op de praktijk. In het functie- en competentieprofiel POH-GGZ wordt echter wel gesteld dat een functie-activiteit van de POH-GGZ is 'het gericht inzetten van communicatiemiddelen (e-mail, telefoon, video consult).'

4.2.3 Betere informatieverstrekking en inspraak tijdens het zorgtraject

Uit de focusgroepen komt naar voren dat sommige patiënten minder goed geïnformeerd of betrokken worden door de POH-GGZ tijdens het hulpverleningstraject. Zo wordt gewezen op het niet gezamenlijk opstellen en uitvoeren van een behandelplan. Bovendien zegt een deel van de patiënten terugkijkend duidelijkheid over de aanpak te hebben gemist. Hier lijkt verbeterruimte te bestaan. Het functie- en competentieprofiel POH-GGZ¹⁸ stelt onder meer: 'De POH-GGZ heeft de vaardigheid om in een proces van gedeelde besluitvorming rekening houdend met de context van de patiënt een individueel zorgplan (incl. persoonlijke behandeldoelen en -afspraken) op te stellen'.

Een ander verbeterpunt op gebied van de informatieverstrekking tijdens het hulpverleningstraject is onduidelijkheid over verwijzing naar de GB-GGZ of S-GGZ. Niet altijd voelt de patiënt zich meegenomen in de besluitvorming over verwijzing naar de GGZ door de POH-GGZ. Het komt voor dat het besluit hierover de patiënt overvalt, of dat de POH-GGZ de patiënt aan het begin van het traject niet heeft geïnformeerd over de mogelijkheid tot doorverwijzing.

Ten slotte geven enkele patiënten die e-mental health aangeboden hebben gekregen aan dat deze behandelvorm niet aansloot bij hun behoefte. Dit wijst erop dat de POH-GGZ de inhoud van de e-mental health modules en/of de keuze voor deze behandelvorm onvoldoende heeft toegelicht en besproken met een patiënt.

Het functie- en competentieprofiel stelt, in het kader van de competentie vakbekwaamheid, dat de POH-GGZ de vaardigheid heeft om:

- de patiënt te adviseren en te begeleiden bij e-(mental) health programma's, zorg op afstand en het aanbod van patiënten- en naastenorganisaties;
- haar handelingsgrenzen binnen de huisartsgeneeskundige zorg te bewaken, onder andere door indien noodzakelijk tijdig en gepast te verwijzen.

Ook het eerder genoemde onderzoek vond aanwijzingen dat de informatieverstrekking en besluitvorming tijdens het zorgtraject met de POH-GGZ kan worden verbeterd.¹⁹ Zo gaf ongeveer de helft van de 142 respondenten aan dat zij geen informatie ontvingen

18 Functie- & competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020.

19 Horst, ter L. & Haverkamp, S. (2012). Ervaringen van patiënten met de Praktijkondersteuner Huisartsenzorg GGZ. Onderzoeksrapport op basis van een enquête en spiegelgesprek met patiënten van de POH-GGZ in de regio Gooi en Vechtstreek. Door Zorgbelang Noord-Holland in samenwerking met de GO POH-GGZ B.V.

over de verschillende behandelmogelijkheden, het te verwachten resultaat van de behandeling, behandelmogelijkheden bij andere behandelaren, en andere vormen van behandeling of ondersteuning. Bovendien gaf een derde van de patiënten in dit onderzoek aan geen informatie te hebben gekregen over de aanpak van de behandeling.

4.3 Sterktes en beperkingen

Een sterk punt van dit onderzoek is dat de vier focusgroepen en twee individuele interviews met patiënten zijn georganiseerd in vier verschillende regio's verspreid over midden-Nederland, wat bijdraagt aan de generaliseerbaarheid van de resultaten. Eerder kwalitatief onderzoek onder patiënten van POH's-GGZ is regionaal of lokaal uitgevoerd.²⁰ In totaal namen 22 patiënten deel van 18 verschillende POH's-GGZ die werkzaam waren in praktijken verspreid over midden-Nederland. Daarbij varieerden de patiënten in termen van geslacht, leeftijd, het soort klachten waarvoor hulp is gezocht bij de POH-GGZ, het aantal consulten met de POH-GGZ, en het wel of niet ervaring hebben met hulpverlening vanuit de GGZ.

Tegelijkertijd kent het onderzoek ook een aantal (mogelijke) beperkingen. Ten eerste is het onduidelijk in hoeverre dataverzadiging is bereikt, ondanks de supra-regionale insteek en de gevarieerde deelnemende patiëntenpopulatie. Zo was het aantal deelnemers aan de vier focusgroepen relatief laag, variërend van vier tot zeven patiënten. Aan de andere kant kan dit gegeven er ook aan hebben bijgedragen dat patiënten voldoende tijd hadden, en zich ook voldoende op hun gemak voelden, om hun eigen ervaringen in een groep te delen. Daarbij zijn ter aanvulling op de focusgroepen ook twee individuele interviews met patiënten uitgevoerd. Een indicatie dat een bepaalde mate van dataverzadiging is bereikt, is dat de twee focusgroepen die in het najaar van 2018 werden gehouden niet heel andere of nieuwe resultaten opleverden dan de twee focusgroepen die een jaar eerder werden uitgevoerd. Tussentijds is de topic-lijst niet substantieel aangepast. Een tweede mogelijke beperking is dat de werving van patiënten via POH's-GGZ verliep. Het zou kunnen dat de POH's-GGZ vooral patiënten hebben uitgenodigd met wie zij een zekere band voelden, of bij wie de hulpverlening succesvol was. Dit kan ertoe hebben geleid dat hoofdzakelijk patiënten met vooral positieve ervaringen met de POH-GGZ aan het onderzoek hebben deelgenomen. Aldus bestaat de mogelijkheid dat de bevindingen een positiever beeld schetsen van de ervaringen van patiënten met de functie POH-GGZ dan de werkelijke situatie, en dat dataverzadiging vooral wat betreft knelpunten en verbeterpunten niet is bereikt.

20 Horst, ter L. & Haverkamp, S. (2012). Ervaringen van patiënten met de Praktijkondersteuner Huisartsenzorg GGZ. Onderzoeksrapport op basis van een enquête en spiegelgesprek met patiënten van de POH-GGZ in de regio Gooi en Vechtstreek. Door Zorgbelang Noord-Holland in samenwerking met de GO POH-GGZ B.V.

4.4 Conclusie

Dit onderzoek wijst erop dat de praktische en nuchtere aanpak, en de 'hands-on' mentaliteit van de POH-GGZ goed aansluit bij patiënten met veelvoorkomende, lichte tot matige psychosociale en/of psychische problemen.

Volgens patiënten zijn verdere succesfactoren van de functie POH-GGZ onder meer:

- de laagdrempeligheid en toegankelijkheid van de functie;
- de interactie en het contact met de POH-GGZ; en
- de deskundigheid en ervaring van de POH-GGZ.

Daarbij zijn patiënten over het algemeen tevreden met wat de hulpverlening van de POH-GGZ hen oplevert: een verbeterde stemming, een opgelucht gevoel, en verschillende zelfmanagementvaardigheden en tools om zelf mee verder te kunnen.

Volgens dit onderzoek is winst vooral te behalen op drie aspecten:

- 1) Informatievoorziening voorafgaand aan het hulpverleningstraject van de POH-GGZ: begrijpelijke informatie over de functie POH-GGZ, en de verschillen tussen POH-GGZ, GB-GGZ en S-GGZ, in de vorm van een brochure, al dan niet aangereikt door de huisarts;
- 2) Beschikbaarheid van de POH-GGZ tijdens het hulpverleningstraject: de POH-GGZ deelt e-mail- of telefoongegevens en biedt daarmee de mogelijkheid voor de patiënt om tussen consulten door vragen te stellen; de werkuren van de POH-GGZ worden uitgebreid en/of de POH-GGZ is aanwezig in de avonduren;
- 3) Informatievoorziening en inspraak tijdens het hulpverleningstraject van de POH-GGZ: het informeren en betrekken van patiënten tijdens de hulpverlening lijkt niet altijd optimaal te verlopen, bijvoorbeeld ten aanzien van het behandelplan, behandelvormen, en de doorverwijzing naar de GGZ.

Voor punt 1) kan de LV-POHGGZ een rol hebben in het ontwikkelen van een algemene en begrijpelijk brochure over de POH-GGZ.

Voor punt 2) geldt dat POH-GGZ voldoende tijd moet hebben om vragen per telefoon of e-mail te kunnen beantwoorden. De huisartsenpraktijken zijn voor uitbreiding van de POH-GGZ module afhankelijk van het beleid van de zorgverzekeraars. Wat wel binnen eigen huisartsenbeleid ligt is de keuze voor het instellen van een avondspreekuur wat de toegankelijkheid van de POH-GGZ voor werkenden zou kunnen vergroten.

Wat punt 3) betreft geeft het recent herziene functie- en competentieprofiel POH-GGZ 2020 duidelijk richting aan de verwachtingen in taken en vaardigheden van de (toekomstige) POH-GGZ. Dit kan de eenduidigheid van de uitvoering van de functie ten goede komen, en daarmee de tevredenheid van de patiënten verder doen verhogen.

DEELONDERZOEK B:

Hoe tevreden zijn patiënten, en welke POH-GGZ gerelateerde kenmerken spelen hierbij een rol?

Dit deel van het rapport is gericht op het beantwoorden van de volgende onderzoeksvraag: Hoe tevreden zijn patiënten over de hulpverlening door de POH-GGZ, en welke kenmerken van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ hangen hiermee samen?

Hiertoe zijn vragenlijsten uitgezet onder patiënten en POH's-GGZ. In Hoofdstuk 5 wordt eerst de aanpak van het kwantitatieve onderzoek nader toegelicht, waarna in Hoofdstuk 6 de resultaten uitgebreid worden beschreven. Vervolgens wordt dit deel van het rapport afgesloten met Hoofdstuk 7 waarin de resultaten worden samengevat en beschouwd.

5 Aanpak

5.1 Onderzoeksdeelnemers

5.1.1 POH's-GGZ

In de eerste helft van 2017 zijn voor het algehele 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.²¹ 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. Het dienstverband van één POH-GGZ eindigde lopende het onderzoek. Haar opvolger stemde in met onderzoeksdeelname, waardoor in totaal 50 POH's-GGZ hebben deelgenomen aan het hier beschreven onderzoek.

5.1.2 Patiënten

Het werven van patiënten verliep via de deelnemende POH's-GGZ, waarbij de volgende inclusiecriteria werden gehanteerd:

- 16 jaar of ouder;
- voldoende kennis van de Nederlandse taal en voldoende cognitieve mogelijkheden om een online tevredenheidsvragenlijst in te kunnen vullen; en
- het hebben van een internetaansluiting en e-mailadres.

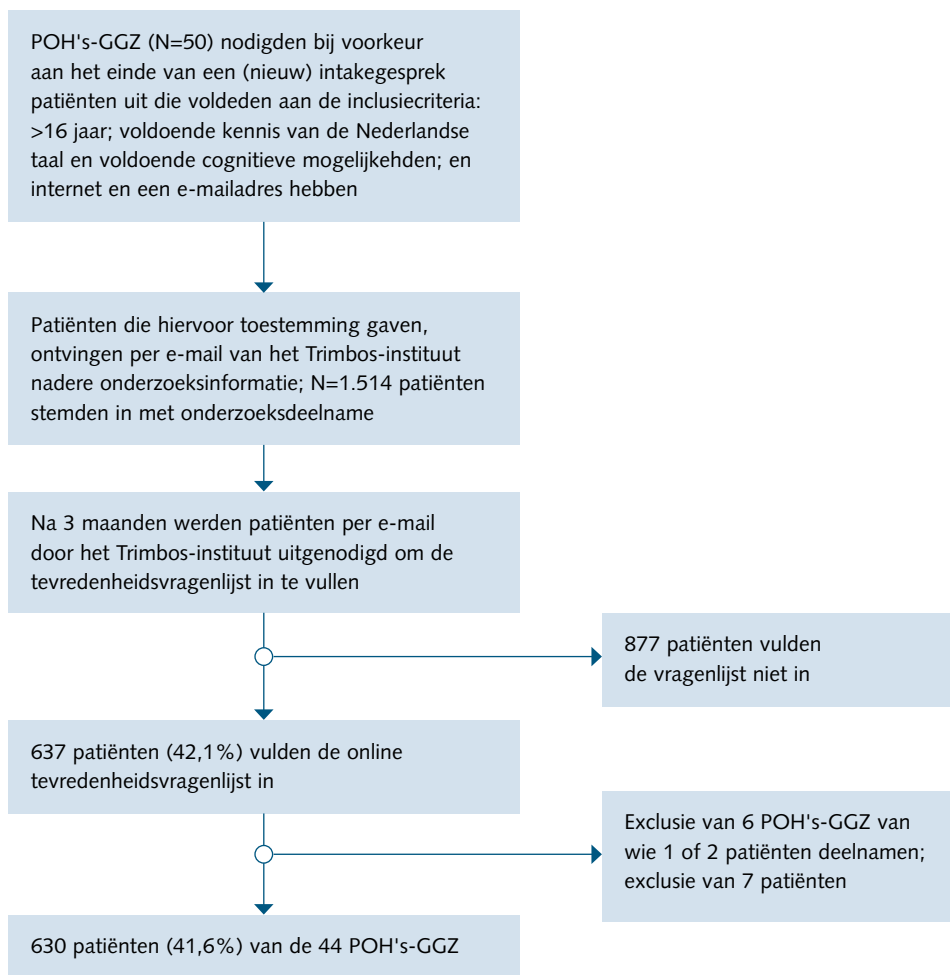
POH's-GGZ werden geïnstrueerd om patiënten bij voorkeur aan het einde van een (nieuw) intakegesprek uit te nodigen. Wanneer een patiënt geïnteresseerd was om meer informatie over het onderzoek te ontvangen en na te denken over eventuele deelname, registreerde de POH-GGZ het e-mailadres van de patiënt (met diens toestemming) in een online formulier. Het Trimbos-instituut stuurde vervolgens per e-mail nadere onderzoeks-informatie en een toestemmingsverklaring naar de patiënt. Indien een patiënt ermee instemde om aan het onderzoek deel te nemen, werd zij of hij drie maanden later per e-mail uitgenodigd om de online tevredenheidsvragenlijst in te vullen.

²¹ Een samenwerkingsverband tussen Thoon (Twentse Huisartsen Onderneming Oost Nederland) en Mediant.

Dit tijdsinterval werd toegepast om een patiënt pas te vragen naar de tevredenheid over de hulpverlening van de POH-GGZ op een moment dat het hulpverleningstraject was afgerond, of vergevorderd was.

Figuur 5.1 laat zien dat 1.514 patiënten geïnteresseerd waren om deel te nemen aan het onderzoek, en waarvan 637 patiënten (42,1%) de tevredenheidsvragenlijst daadwerkelijk hebben ingevuld (in de periode van juni 2017 tot maart 2019). Voor zes POH's-GGZ hadden maar één of twee patiënten de vragenlijst ingevuld. Deze in totaal zeven patiënten werden niet meegenomen in de analyses, resulterend in een studiepopulatie van 630 patiënten van 44 POH's-GGZ. Per POH-GGZ deden gemiddeld 14,3 patiënten mee aan het onderzoek (25ste percentiel=7,3 patiënten; 50ste percentiel (mediaan)= 13,5 patiënten; en 75ste percentiel= 21,8 patiënten).

Figuur 5.1 Stroomschema van de werving van patiënten van POH's-GGZ



5.2 Gegevensverzameling

Uitkomstvariabele: patiënttevredenheid

De tevredenheidsvragenlijst betrof een doorontwikkeling van een vragenlijst die is ontwikkeld door de zorggroepen PoZoB, SGE, DOH en PsyZorg. Deze vragenlijst is bedoeld voor jonge patiënten (en hun ouders) van POH-GGZ, en is door het projectteam aangepast en aangevuld tot een vragenlijst voor patiënten van 16 jaar en ouder (zie Bijlage 1). De vragenlijst vraagt de patiënt om een rapportcijfer (lopend van 1 tot en met 10) te geven aan de hulpverlening van POH-GGZ. Daarnaast wordt de patiënt gevraagd naar haar of zijn tevredenheid over 15 verschillende aspecten van de hulpverlening van de POH-GGZ. Elk van de 15 items heeft vier antwoordcategorieën die werden gehercodeerd naar een numerieke schaal ('Ja': 100; 'Nee': 0; 'Een beetje': 50; en 'Niet van toepassing': missende waarde). Via een factoranalyse bleek dat 13 items konden worden ingedeeld in de volgende vier domeinen van hulpverlening:

Domein	Items	Cronbach's alpha	Gemiddelde inter-item correlaties
Domein (4 items): Informatieverstrekking en inspraak bij de hulpverlening van de POH-GGZ	<ul style="list-style-type: none"> - Is duidelijk welke hulp de praktijkondersteuner u geeft? (item 1) - Bespreekt de praktijk-ondersteuner het doel van de hulp met u? (item 3) - Kunt u meebeslissen over welke hulp u krijgt van de praktijk-ondersteuner? (item 4) - Bent u het eens met het doel van de hulpverlening door de praktijkondersteuner? (item 5) 	0,76	0,45
Domein (3 items): Toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ	<ul style="list-style-type: none"> - Kon u snel een eerste afspraak maken met de praktijk-ondersteuner? (item 6) - Kunt u vaak genoeg afspreken met de praktijkondersteuner? (item 10) - Vindt u de tijd voor een gesprek lang genoeg? (item 11) 	0,57	0,31
Domein (2 items): Interactie en contact met de POH-GGZ	<ul style="list-style-type: none"> - Vertrouwt u de praktijk-ondersteuner? (item 7) - Vindt u dat de praktijk-ondersteuner respectvol met u omgaat? (item 8) 	0,77	0,62
Domein (4 items): Resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ	<ul style="list-style-type: none"> - Voelt u zich goed gesteund door de praktijkondersteuner? (item 9) - Bent u tevreden over wat de hulp oplevert? (item 12) - Krijgt u door de hulp meer grip op uw problemen? (item 13) - Gaat u door de hulp beter om met dingen waar u eerst problemen mee had? (item 14) 	0,89	0,67

De twee resterende 'losse' items gaan over de doorgeleiding van patiënten: de duidelijkheid van de reden waarom de huisarts de patiënt heeft doorgeleid naar de POH-GGZ (item 2); en het regelen van de POH-GGZ van doorgeleiding van de patiënt naar een andere hulpverlener (item 15).

Het rapportcijfer en de tevredenheid over de vier domeinen van hulpverlening werden als uitkomstvariabelen onderzocht.

Mogelijke voorspellers van patiënttevredenheid: POH-GGZ gerelateerde kenmerken

Vijftien kenmerken van de deelnemende POH's-GGZ, waaronder hun achtergrondkenmerken als professional en de kenmerken van hoe hun functie in de dagelijkse praktijk werd georganiseerd en uitgevoerd, zijn uitgevraagd via een (online) vragenlijst die door het projectteam zelf is ontwikkeld.²² Gegeven het relatief grote aantal uitgevraagde mogelijke voorspellers, is door een expertpanel²³ een a priori selectie gemaakt van vijf kenmerken die vanuit het perspectief van praktijk en beleid essentieel werden geacht om als mogelijke voorspeller te worden onderzocht:

- wel of niet een verpleegkundige achtergrond hebben;
- wel of niet een aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ hebben voltooid, of mee bezig zijn;
- het aantal jaren werkervaring als POH-GGZ;
- wel of niet minder dan tien face-to-face consulten hebben op een typische 8-urige werkdag; en
- wel of niet een detacheringsovereenkomst hebben.

Naast deze a priori geselecteerde kenmerken, werden de resterende tien mogelijke predictoren meegenomen in een statistische selectiemethode, de LASSO methode (zie paragraaf 5.3): geslacht, leeftijd, het aantal jaren werkervaring als hulpverlener bij psychische problemen, het aantal uren per week werkzaam zijn als POH-GGZ, wel of niet vaste overlegmomenten hebben met de huisarts, de reguliere wachttijd tot het intake-consult, het gebruik van vragenlijsten als hulpmiddel bij probleemverheldering of triage, het gebruik van vragenlijsten als hulpmiddel bij het monitoren van (de resultaten van) de hulpverlening, het aantal uren nascholing (in de afgelopen 12 maanden), en het aantal keer interventie/supervisie (in de afgelopen 12 maanden).

22 Deelnemende POH's-GGZ hebben de vragenlijst najaar 2017 ingevuld.

23 Bestaande uit twee POH's-GGZ, één huisarts, één vertegenwoordiger van een patiëntenorganisatie, en drie onderzoekers.

Mogelijke confounders: patiënt-gerelateerde kenmerken

Via de tevredenheidsvragenlijst (zie Bijlage 1) zijn ook vijf patiënt-gerelateerde kenmerken uitgevraagd: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, het aantal afspraken dat de patiënt heeft gehad met POH-GGZ, en of de hulpverlening van de POH-GGZ nog gaande is of niet. Leeftijd en geslacht zijn a priori geselecteerd door het expertpanel om te worden meegenomen als mogelijke confounders in de analyse. De overige patiënt-gerelateerde kenmerken werden meegenomen als mogelijke confounders in de statistische selectiemethode LASSO (zie paragraaf 5.3).

5.3 Analyse

Selectie van mogelijke voorspellers en confounders

Naast de a priori selectie, werd de LASSO (Least Absolute Shrinkage and Selection Operator) methode toegepast om POH-GGZ gerelateerde voorspellers en patiënt-gerelateerde confounders te selecteren voor de uiteindelijke analysemodellen.²⁴ De LASSO regressie procedure verwijderde overtollige voorspellers en confounders waarvan het onwaarschijnlijk was dat deze enige relevante informatie aan het uiteindelijk model zouden toevoegen. Per uitkomstvariabele werd een aparte LASSO-regressie uitgevoerd met behulp van het statistische softwarepakket R versie 3.5.2.

Hoofdanalyses

Er werden generalized linear mixed models uitgevoerd om na te gaan welke geselecteerde POH-GGZ gerelateerde voorspellers samenhangen met een uitkomstvariabele, en waarbij rekening werd gehouden met de invloed van geselecteerde patiënt-gerelateerde confounders en het gegeven dat clusters van patiënten bij eenzelfde POH-GGZ hoorden. De analyses werden uitgevoerd met het statistische softwarepakket R versie 3.5.2. Het rapportcijfer werd als continue uitkomstvariabele onderzocht, uitgaande van de volledige studiepopulatie van 630 patiënten. Voor de tevredenheid over de vier domeinen van hulpverlening van de POH-GGZ, de andere uitkomstvariabelen, werd uitgegaan van de groep patiënten (N=582) die geen of hooguit één missende waarde hadden op de in totaal 13 items waarop deze domeinen zijn gebaseerd. Tevredenheid over een domein werd als dichotome uitkomstvariabele geoperationaliseerd (domeinscore: 100= 'tevreden' vs. domeinscore: <100= 'minder tevreden') omdat niet voldaan werd aan de voorwaarden om de domeinscores als continue uitkomstvariabelen te analyseren. Verder bleek dat bijna alle patiënten (94,0%) tevreden waren over de interactie en het contact met de POH-GGZ (zie ook paragraaf 6.3.1), waardoor het niet zinvol was om dit domein te gaan analyseren.

24 Fonti V, Belitser E. Feature selection using lasso. VU Amsterdam Research Paper in Business Analytics 2017.

6 Resultaten

6.1 Kenmerken van deelnemende POH's-GGZ en patiënten

Ruim twee derde (70,5%) van de deelnemende POH's-GGZ was vrouw, en hun gemiddelde leeftijd was 49,2 jaar (Tabel 6.1.1). Er bestond behoorlijke variatie tussen de POH's-GGZ, zowel wat betreft kenmerken als professional (zoals opleidingsachtergrond en werkervaring) als kenmerken van de organisatie en uitvoering van de functie in de praktijk (zoals type dienstverband, het aantal face-to-face consulten op een werkdag, en de wijze van overleg met de huisarts).

Tabel 6.1.1 Kenmerken van POH's-GGZ (N=44)

	%, M (range)
Vrouw	70,5
Leeftijd (jaren)	49,2 (31-63)
Opleidingsachtergrond	
Anders ^a	31,8
Verpleegkundige achtergrond	68,2
Aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ	
Geen	43,2
Voltooid of mee bezig	56,8
Werkervaring als POH-GGZ (jaren)	5,3 (1-14)
<2 jaar	15,9
2 tot 4 jaar	36,4
4 tot 8 jaar	25,0
≥8 jaar	22,7
Werkervaring als hulpverlener bij psychische problemen (jaren)	22,3 (1-41)
Uren per week werkzaam als POH-GGZ	23,2 (6-36)
<16 uur	20,5
16 tot 28 uur	52,3
≥28 uur	27,3
Aantal face-to-face consulten op een typische 8-urige werkdag	9,4 (4-15)
≥10 consulten	47,7
<10 consulten	52,3
Dienstverband	
In loondienst praktijk of zzp-contract	36,4
Detacheringsovereenkomst ^b	63,6

a Waaronder psychologie en maatschappelijk werk

b Vanuit een zorggroep, huisartsenvereniging of -coöperatie; een GGZ-aanbieder; of een andere organisatie

c Al dan niet in combinatie met overleg op ad hoc basis

	% , M (range)
Vaste overlegmomenten met de huisarts ^c	
Nee	40,9
Ja	59,1
Wachttijd tot intake-consult	
≥2 weken	22,7
<2 weken	77,3
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering of triage	
Nooit/zelden/soms	43,2
Altijd/vaak	56,8
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij monitoren (resultaten) hulpverlening	
Nooit/zelden/soms	75,0
Altijd/vaak	25,0
Aantal uur nascholing (afgelopen 12 maanden)	
<20 uur	40,9
≥20 uur	59,1
Aantal keer intervisie/supervisie (afgelopen 12 maanden)	
<6 keer	22,7
≥6 keer	77,3

a Waaronder psychologie en maatschappelijk werk

b Vanuit een zorggroep, huisartsenvereniging of -coöperatie; een GGZ-aanbieder; of een andere organisatie

c Al dan niet in combinatie met overleg op ad hoc basis

De in totaal 630 deelnemende patiënten hadden een gemiddelde leeftijd van 45,0 jaar (Tabel 6.1.2). Circa zeven op de tien (71,6%) patiënten waren vrouw, en ruim vier op de tien patiënten (42,8%) hadden een hbo- of wo-opleiding gevolgd. De patiënten hebben gemiddeld 4,7 contacten met de POH-GGZ gehad. Voor de helft van de patiënten was de hulpverlening van de POH-GGZ nog gaande op het moment van invullen van de tevredenheidsvragenlijst.

Tabel 6.1.2 Kenmerken van patiënten (N=630)

	%, M (range)
Vrouw	71,6
Leeftijd (jaren)	45,0 (16-84)
16 tot 30 jaar	21,4
30 tot 45 jaar	24,4
45 tot 60 jaar	35,1
≥60 jaar	19,0
Opleidingsniveau ^a	
Laag	18,7
Middelbaar	38,5
Hoog	42,8
Onbekend ^b	0,6
Aantal consulten met de POH-GGZ	4,7 (1-50)
1-2 consulten	16,5
3 consulten	20,8
4 consulten	21,6
5 consulten	17,1
≥6 consulten	24,0
Nog hulp ontvangend van de POH-GGZ	50,6

a Laag: basisonderwijs, lagere school of een gedeelte daarvan; lager beroepsonderwijs, vmbo-beroepsgerichte leerweg, praktijk onderwijs.

Middelbaar: middelbaar voortgezet onderwijs; middelbaar beroepsopleiding (mbo); hoger voortgezet onderwijs (havo, atheneum, vwo, gymnasium, lyceum).

Hoog: hbo of wo.

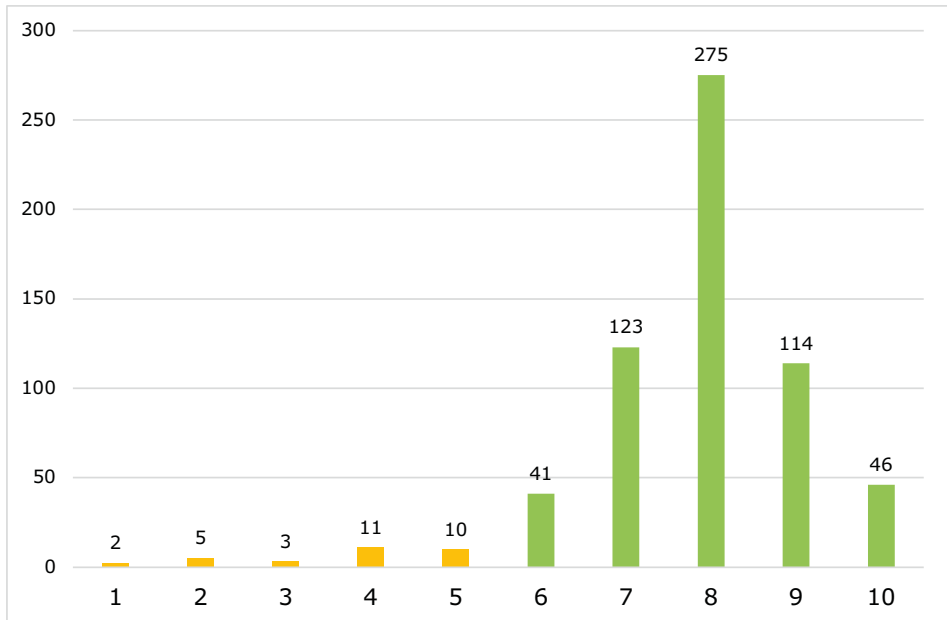
b 4 missende waarden.

6.2 Rapportcijfer

6.2.1 Beschrijvende resultaten

De patiënten gaven een 7,8 als gemiddelde rapportcijfer aan de hulpverlening van de POH-GGZ (95%-BI: 7,7 – 8,0). Figuur 6.2.1 laat zien dat een kleine minderheid (4,9%; N=31) een rapportcijfer gaf van 5 of lager. Ruim een kwart (26,0%; N=164) van de patiënten gaf een 6 of 7 als rapportcijfer. De meeste patiënten – ruim vier op de tien (43,7%; N=275) – waardeerden de hulp van de POH-GGZ met een 8. De resterende kwart (25,4%; N=160) van de patiënten gaven een 9 of 10 als rapportcijfer.

Figuur 6.2.1 Frequentieverdeling van het rapportcijfer dat patiënten (N=630) geven aan de hulpverlening van de POH-GGZ



6.2.2 Voorspellers van rapportcijfer

Selectie van mogelijke voorspellers en confounders

Via de Lasso methode werden geen extra POH-GGZ gerelateerde kenmerken geselecteerd (zie Bijlage 2, Tabel I), dat wil zeggen aanvullend op de kenmerken die reeds a priori waren uitgekozen vanwege hun relevantie voor praktijk en beleid. Wel selecteerde de Lasso methode drie extra patiëntkenmerken (opleidingsniveau, aantal contacten met de POH-GGZ, en al dan niet nog hulp ontvangend van de POH-GGZ) bovenop de a priori uitgekozen kenmerken. Bijgevolg werden in het uiteindelijke model vijf POH-GGZ gerelateerde voorspellers en vijf patiënt-gerelateerde confounders meegenomen.

Analyseresultaten

Tabel 6.2.1 laat zien dat het rapportcijfer dat patiënten gaven aan de hulpverlening van de POH-GGZ significant samenhangt met twee POH-GGZ gerelateerde kenmerken: aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ en dienstverband. Patiënten van POH's-GGZ die een aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ hebben gevolgd of daar mee bezig zijn, gaven een significant hoger rapportcijfer ($p < 0,05$) dan patiënten van POH's-GGZ die geen aanvullende opleiding volgen of hebben gevolgd. Verder gaven patiënten van POH's-GGZ met een detacheringsovereenkomst een significant lager rapportcijfer ($p < 0,001$) dan patiënten van POH's-GGZ die in loondienst zijn van een huisartsenpraktijk, of werkzaam zijn als zzp'er. Ten slotte is het vermeldenswaardig dat de relatie tussen rapportcijfer en werkervaring als POH-GGZ statistische significantie benaderde. Vergeleken met patiënten van POH's-GGZ met minder dan twee jaar werkervaring als POH-GGZ, gaven patiënten van POH's-GGZ met twee tot vier jaar werkervaring als POH-GGZ een 'borderline'-significant hoger rapportcijfer ($p = 0,063$). Hetzelfde gold voor patiënten van POH's-GGZ met vier tot acht jaar werkervaring (een grensgeval van significantie: $p = 0,084$).

Van de patiëntkenmerken hingen zowel leeftijd als het aantal consulten met de POH-GGZ significant positief samen met het rapportcijfer waarmee patiënten de hulpverlening van de POH-GGZ waardeerden. Hoe ouder een patiënt, des te hoger het rapportcijfer ($p < 0,001$). Patiënten die drie keer of vaker een POH-GGZ hadden gezien, rapporteerden een significant hoger rapportcijfer ($p < 0,001$) dan patiënten die één of twee consulten hebben gehad. Verder dient te worden opgemerkt dat de relatie tussen het rapportcijfer en opleidingsniveau statistische significantie benaderde. Specifiek gezegd gaven patiënten met een middelbaar opleidingsniveau een 'borderline'-significant hoger rapportcijfer dan patiënten met een laag opleidingsniveau ($p = 0,073$).

Tabel 6.2.1 Voorspellers van het rapportcijfer dat patiënten geven aan de hulpverlening van de POH-GGZ.

	B (95% BI)	p-waarde
Kenmerken professional of functie POH-GGZ		
Verpleegkundige achtergrond		
Nee	<i>Referentie</i>	
Ja	-0,14 (-0,46 – 0,18)	p= 0,38
Aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ		
Geen	<i>Referentie</i>	
Voltooid/mee bezig	0,36 (0,08 – 0,64)	p= 0,012
Werkervaring als POH-GGZ (jaren)		
<2 jaar	<i>Referentie</i>	
2 tot 4 jaar	0,39 (-0,02 – 0,80)	p= 0,063
4 tot 8 jaar	0,40 (-0,05 – 0,85)	p= 0,084
≥8 jaar	0,34 (-0,11 – 0,79)	p= 0,14
Aantal face-to-face consulten (typische 8-urige werkdag)		
≥10 consulten	<i>Referentie</i>	
<10 consulten	0,043 (-0,25 – 0,34)	p= 0,78
Dienstverband		
In loondienst/zzp-contract	<i>Referentie</i>	
Detacheringsovereenkomst ^a	-0,55 (-0,86 – -0,23)	p< 0,001
Patiëntkenmerken		
Geslacht		
Vrouw	<i>Referentie</i>	
Man	-0,03 (-0,26 – 0,19)	p= 0,77
Leeftijd (jaren)	0,02 (0,01 – 0,02)	p< 0,001
Opleidingsniveau		
Laag	<i>Referentie</i>	
Middelbaar	0,28 (-0,03 – 0,58)	p= 0,073
Hoog	0,17 (-0,13 – 0,48)	p= 0,27
Onbekend	-0,94 (-2,24 – 0,36)	p= 0,16
Aantal consulten met de POH-GGZ		
1-2 consulten	<i>Referentie</i>	
3 consulten	0,35 (0,01 – 0,68)	p= 0,046
4 consulten	0,60 (0,25 – 0,95)	p< 0,001
5 consulten	0,72 (0,34 – 1,09)	p< 0,001
≥6 consulten	0,87 (0,53 – 1,22)	p< 0,001
Nog hulp ontvangend van de POH-GGZ		
Nee	<i>Referentie</i>	
Ja	0,18 (-0,05 – 0,40)	p= 0,12

^a Vanuit een zorggroep, huisartsenvereniging of -coöperatie; een GGZ-aanbieder; of een andere organisatie. 95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval.

Resultaten post hoc analyse

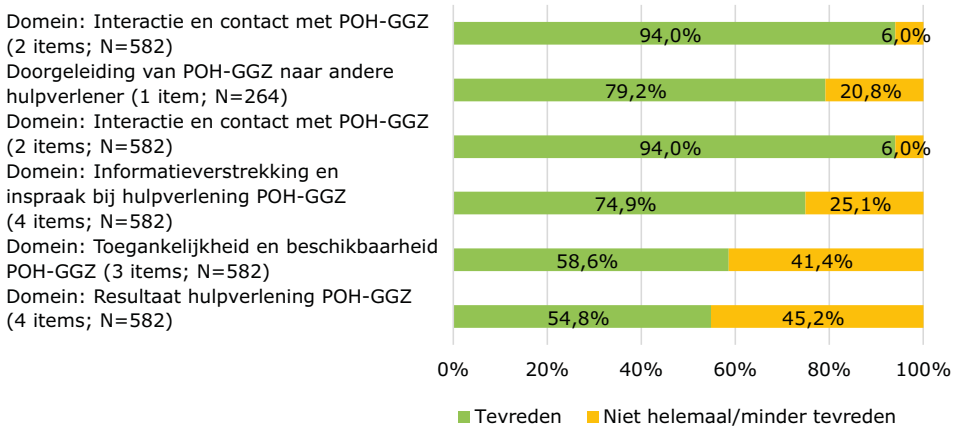
Om het significante effect van het type dienstverband van de POH-GGZ op rapportcijfer beter te kunnen interpreteren is een post hoc analyse uitgevoerd waarin type dienstverband verder werd onderverdeeld in vijf categorieën (referentiecategorie: in loondienst van een huisartsenpraktijk) (zie Bijlage 3, Tabel I). Het bleek dat patiënten van POH's-GGZ die gedetacheerd waren vanuit een zorggroep de hulpverlening van de POH-GGZ met een significant lager rapportcijfer waardeerden ($p < 0,001$) dan patiënten van POH's-GGZ die in loondienst waren van een huisartsenpraktijk. Hetzelfde gold voor patiënten van POH's-GGZ die gedetacheerd waren vanuit een GGZ-aanbieder ($p < 0,05$); zij gaven een significant lager rapportcijfer dan patiënten bij POH's-GGZ in loondienst van een huisartsenpraktijk. Noch het rapportcijfer van patiënten van POH's-GGZ die werkzaam waren als zzp'er en noch het rapportcijfer van patiënten van POH's-GGZ die gedetacheerd waren vanuit een samenwerkingsverband tussen een huisartsenorganisatie en een GGZ-aanbieder verschilden significant van het rapportcijfer van patiënten van POH's-GGZ die in loondienst waren van een huisartsenpraktijk.

Ten slotte is het vermeldenswaardig dat in de post hoc analyse het positieve effect van twee tot vier jaar werkervaring hebben als POH-GGZ (ten opzichte van het minder dan twee jaar werkervaring hebben) op rapportcijfer niet langer 'borderline'-significant was, maar significant ($p < 0,05$). De overige geïdentificeerde ('borderline'-)significante verbanden waren hetzelfde als in het oorspronkelijke model waarin dienstverband van de POH-GGZ als dichotome voorspeller was opgenomen (zie Bijlage 3, Tabel I).

6.3 Tevredenheid over domeinen van hulpverlening

6.3.1 Beschrijvende resultaten

Figuur 6.3.1 Het tevredenheidspercentage (groen) onder patiënten van de POH-GGZ, uitgesplitst naar vier domeinen van de hulpverlening van de POH-GGZ en twee losse items over doorgeleiding. Oranje geeft het percentage patiënten weer wat minder tevreden is.



Figuur 6.3.1 toont de patiënttevredenheid op de vier domeinen van de hulpverlening van de POH-GGZ en de twee losse items over doorgeleiding. Kijkend naar de laatstgenoemden, was het voor vrijwel alle patiënten (97,3%) duidelijk waarom de huisarts hen heeft doorgestuurd naar de POH-GGZ²⁵, terwijl er minder tevredenheid bestond over de doorgeleiding van de POH-GGZ naar een andere hulpverlener (willekeurig welke). Uitgaande van de 264 patiënten die hiermee te maken hebben gehad, vond ruim één op de tien patiënten (11,4%) dat de POH-GGZ deze doorgeleiding niet goed regelde, terwijl bijna één op tien patiënten (9,5%) hier enigszins tevreden over was.

Als gekeken wordt naar de vier domeinen, bleken bijna alle patiënten (94,0%) tevreden te zijn over de interactie en het contact met de POH-GGZ. Het tevredenheidspercentage is lager voor de andere drie domeinen, respectievelijk 74,9% (informatieverstrekking en inspraak bij de hulpverlening van de POH-GGZ), 58,6% (toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ) en 54,8% (resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ). Dit roept de vraag op of POH-GGZ gerelateerde kenmerken mogelijk bijdragen aan de verhoudingsgewijs grotere groepen patiënten die minder tevreden zijn

25 41 patiënten gaven aan dat doorgeleiding door de huisarts voor hen niet van toepassing was.

over deze drie domeinen van de hulpverlening van de POH-GGZ. De resultaten van analyses hiernaar worden in de volgende paragrafen beschreven.

6.3.2 Voorspellers van patiënttevredenheid over informatieverstrekking en inspraak

Selectie van mogelijke voorspellers en confounders

Via de Lasso methode werden tien van de 15 POH-GGZ gerelateerde voorspellers geselecteerd, en alle vijf patiënt-gerelateerde confounders (zie Bijlage 2, Tabel II).

Van de a priori geselecteerde kenmerken werden alleen de opleidingsachtergrond en het aantal face-to-face consulten op een reguliere werkdag van de POH-GGZ niet geselecteerd door de Lasso methode. Aldus zijn in het uiteindelijke model 12 POH-GGZ gerelateerde voorspellers en vijf patiënt-gerelateerde confounders meegenomen.

Drie POH-GGZ gerelateerde voorspellers werden niet meegenomen (werkervaring als hulpverlener bij psychische problemen, gebruik van een vragenlijst als hulpmiddel bij het monitoren van (de resultaten van) de hulpverlening, en het aantal uur nascholing).

Analyseresultaten

Tabel 6.3.1 laat zien dat drie POH-GGZ gerelateerde kenmerken samenhangen met een significant hogere kans op patiënttevredenheid over de informatieverstrekking en inspraak bij de hulpverlening van de POH-GGZ: een hogere leeftijd van de POH-GGZ, vier tot acht jaar werkervaring hebben als POH-GGZ (ten opzichte van minder dan twee jaar werkervaring hebben), en het 16 tot 28 uur per week werkzaam zijn als POH-GGZ (ten opzichte van minder dan 16 uur werkzaam zijn). Verder bleek er sprake van een 'borderline'-significante ($p=0,085$) relatie tussen het hebben van acht jaar of meer werkervaring als POH-GGZ (vergeleken met minder dan twee jaar werkervaring hebben) en een verhoogde kans op patiënttevredenheid over informatieverstrekking en inspraak. Ook de samenhang tussen type dienstverband van de POH-GGZ en patiënttevredenheid over informatieverstrekking en inspraak benaderde statistische significantie. Specifiek gezegd hing het gedetacheerd zijn als POH-GGZ (ten opzichte van het in loondienst zijn van een huisartsenpraktijk, of het werkzaam zijn als zzp'er) 'borderline'-significant ($p=0,058$) samen met een lagere kans op patiënttevredenheid over informatieverstrekking en inspraak.

Kijkend naar patiëntkenmerken, hing alleen een hogere leeftijd significant samen met een hogere kans op tevredenheid over informatieverstrekking en inspraak (Tabel 6.3.1). Verder benaderde de relatie tussen het aantal consulten met de POH-GGZ en de kans op tevredenheid over informatieverstrekking en inspraak statistische significantie. Specifiek gezegd hadden patiënten die de POH-GGZ vier keer hadden gezien een 'borderline'-significant ($p=0,052$) hogere kans om tevreden te zijn over informatieverstrekking en inspraak dan patiënten die de POH-GGZ één of twee keer hadden gezien.

Tabel 6.3.1 Voorspellers van patiënttevredenheid over informatieverstrekking en inspraak bij de hulpverlening van POH-GGZ (referentiecategorie: minder tevreden)

	OR (95%-BI)	p-waarde
Kenmerken professional of functie POH-GGZ		
Geslacht	<i>Referentie</i>	
Vrouw		
Man	1,32 (0,66 – 2,66)	p= 0,44
Leeftijd (jaren)	1,04 (1,00 – 1,08)	p= 0,041
Verpleegkundige achtergrond	<i>Referentie</i>	
Nee		
Ja	0,74 (0,39 – 1,39)	p= 0,35
Aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ	<i>Referentie</i>	
Geen		
Voltooid/mee bezig	1,25 (0,77 – 2,01)	p= 0,37
Werkervaring als POH-GGZ (jaren)	<i>Referentie</i>	
<2 jaar		
2 tot 4 jaar	1,43 (0,63 – 3,25)	p= 0,40
4 tot 8 jaar	2,37 (1,03 – 5,41)	p= 0,042
≥8 jaar	2,15 (0,90 – 5,16)	p= 0,085
Uren per week werkzaam als POH-GGZ	<i>Referentie</i>	
<16 uur		
16 tot 28 uur	2,71 (1,23 – 6,01)	p= 0,014
≥28 uur	1,56 (0,75 – 3,24)	p= 0,23
Aantal face-to-face consulten (typische 8-urige werkdag)	<i>Referentie</i>	
≥10 consulten		
<10 consulten	1,11 (0,68 – 1,81)	p= 0,68
Dienstverband	<i>Referentie</i>	
In loondienst/zzp-contract		
Detacheringsovereenkomst ^a	0,60 (0,35 – 1,02)	p= 0,058
Vaste overlegmomenten met de huisarts^b	<i>Referentie</i>	
Nee		
Ja	1,00 (0,58 – 1,74)	p= 0,99
Wachttijd tot intake-consult	<i>Referentie</i>	
≥2 weken		
<2 weken	0,60 (0,31 – 1,15)	p= 0,13
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering of triage	<i>Referentie</i>	
Nooit/zelden/soms		
Altijd/vaak	0,79 (0,46 – 1,340)	p= 0,38
Aantal keer intervisie/supervisie (afgelopen 12 maanden)	<i>Referentie</i>	
<6 keer		
≥6 keer	0,71 (0,40 – 1,24)	p= 0,22

^a Vanuit een zorggroep, huisartsenvereniging of -coöperatie; een GGZ-aanbieder; of een andere organisatie.

^b Al dan niet in combinatie met overleg op ad hoc basis.

95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval.

	OR (95%-BI)	p-waarde
Patiëntkenmerken		
Geslacht	<i>Referentie</i>	
Vrouw	0,83 (0,53 – 1,28)	p= 0,39
Man		
Leeftijd (jaren)	1,03 (1,02 – 1,05)	p < 0,001
Opleidingsniveau	<i>Referentie</i>	
Laag	1,26 (0,67 – 2,36)	p= 0,48
Middelbaar	1,18 (0,63 – 2,19)	p= 0,61
Hoog	0,65 (0,05 – 7,84)	p= 0,73
Onbekend		
Aantal consulten met de POH-GGZ	<i>Referentie</i>	
1-2 consulten	1,19 (0,59 – 2,37)	p= 0,63
3 consulten	2,12 (0,99 – 4,53)	p= 0,052
4 consulten	1,66 (0,78 – 3,51)	p= 0,19
5 consulten	1,43 (0,71 – 2,88)	p= 0,32
≥6 consulten		
Nog hulp ontvangend van de POH-GGZ	<i>Referentie</i>	
Nee	1,25 (0,81 – 1,93)	p= 0,31
Ja		

a Vanuit een zorggroep, huisartsenvereniging of -coöperatie; een GGZ-aanbieder; of een andere organisatie.

b Al dan niet in combinatie met overleg op ad hoc basis.

95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval.

6.3.3 Voorspellers van patiënttevredenheid over toegankelijkheid en beschikbaarheid

Selectie van mogelijke voorspellers en confounders

De Lasso methode selecteerde tien van de 15 POH-GGZ gerelateerde voorspellers, en vier van de vijf patiënt-gerelateerde confounders (zie Bijlage 2, Tabel III). Van de a priori geselecteerde kenmerken werd alleen de opleidingsachtergrond van de POH-GGZ niet geselecteerd door de Lasso methode. Aldus werden in het uiteindelijke model 11 POH-GGZ gerelateerde voorspellers en vier patiënt-gerelateerde confounders opgenomen. Vier mogelijke voorspellers op POH-GGZ niveau (geslacht, wachttijd tot intake-consult, gebruik van een vragenlijst als hulpmiddel bij het monitoren van (de resultaten van) de hulpverlening, en het aantal keren intervisie/supervisie) en één mogelijke confounder op patiëntniveau (nog hulp ontvangend van de POH-GGZ) werden niet meegenomen.

Analyseresultaten

Tabel 6.3.2 laat zien dat het hebben als POH-GGZ van vaste overlegmomenten met de huisarts (ten opzichte van het uitsluitend hebben van ad hoc overleg) samenhang met een significant hogere kans op patiënttevredenheid over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ. Verder waren twee POH-GGZ gerelateerde voorspellers significant gerelateerd aan een lagere kans op patiënttevredenheid over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ: het altijd of vaak gebruiken van een vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering of triage (ten opzichte van het nooit, zelden of soms gebruiken van een vragenlijst) en het 20 of meer uren nascholing hebben gehad in het afgelopen jaar (ten opzichte van minder dan 20 uur nascholing hebben gehad). Verder is het vermeldenswaardig dat het hebben gevolgd als POH-GGZ van een aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ of het hiermee bezig zijn (vergeleken met het niet volgen/hebben gevolgd van een aanvullende opleiding), gepaard ging met een 'borderline'-significant ($p=0,065$) verhoogde kans op patiënttevredenheid over toegankelijkheid en beschikbaarheid. Ten slotte was er sprake van een 'borderline'-significante ($p=0,074$) relatie tussen het 16 tot 28 uur per week werkzaam zijn als POH-GGZ (vergeleken met minder dan 16 uur werkzaam zijn) en een lagere kans op patiënttevredenheid over toegankelijkheid en beschikbaarheid.

Als gekeken wordt naar patiëntkenmerken (Tabel 6.3.2), bleek een hogere leeftijd significant samen te hangen met een hogere kans op tevredenheid over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ. Verder hadden patiënten met een hoge opleiding een 'borderline'-significant ($p=0,052$) lagere kans om tevreden te zijn over toegankelijkheid en beschikbaarheid dan patiënten met een lage opleiding.

Tabel 6.3.2 Voorspellers van patiënttevredenheid over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ (referentiecategorie: minder tevreden)

	OR (95%-BI)	p-waarde
Kenmerken professional of functie POH-GGZ		
Leeftijd (jaren)	1,01 (0,97 – 1,05)	p= 0,62
Verpleegkundige achtergrond	<i>Referentie</i>	
Nee		
Ja	1,03 (0,55 – 1,94)	p= 0,93
Aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ	<i>Referentie</i>	
Geen		
Voltooid/mee bezig	1,73 (0,97 – 3,09)	p= 0,065
Werkervaring als POH-GGZ (jaren)	<i>Referentie</i>	
<2 jaar		
2 tot 4 jaar	1,08 (0,53 – 2,19)	p= 0,84
4 tot 8 jaar	0,91 (0,46 – 1,81)	p= 0,79
≥8 jaar	1,00 (0,45 – 2,23)	p= 0,99
Werkervaring als hulpverlener bij psychische problemen (jaren)	1,01 (0,95 – 1,07)	p= 0,76
Uren per week werkzaam als POH-GGZ	<i>Referentie</i>	
<16 uur		
16 tot 28 uur	0,51 (0,24 – 1,07)	p= 0,074
≥28 uur	1,17 (0,62 – 2,21)	p= 0,63
Aantal face-to-face consulten (typische 8-urige werkdag)	<i>Referentie</i>	
≥10 consulten		
<10 consulten	1,35 (0,87 – 2,11)	p= 0,18
Dienstverband	<i>Referentie</i>	
In loondienst/zzp-contract		
Detacheringsovereenkomst ^a	0,76 (0,47 – 1,22)	p= 0,25
Vaste overlegmomenten met de huisarts ^b	<i>Referentie</i>	
Nee		
Ja	1,98 (1,26 – 3,11)	p= 0,003
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering of triage	<i>Referentie</i>	
Nooit/zelden/soms		
Altijd/vaak	0,42 (0,27 – 0,65)	p< 0,001
Aantal uur nascholing (afgelopen 12 maanden)	<i>Referentie</i>	
<20 uur		
≥20 uur	0,60 (0,37 – 0,99)	p= 0,047
Patiëntkenmerken		
Geslacht	<i>Referentie</i>	
Vrouw		
Man	1,22 (0,81 – 1,84)	p= 0,33
Leeftijd (jaren)	1,03 (1,01 – 1,04)	p< 0,001

^a Vanuit een zorggroep, huisartsenvereniging of -coöperatie; een GGZ-aanbieder; of een andere organisatie.

^b Al dan niet in combinatie met overleg op ad hoc basis.

95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval.

	OR (95% -BI)	p-waarde
Patiëntkenmerken		
Opleidingsniveau		
Laag	<i>Referentie</i>	
Middelbaar	0,64 (0,36 – 1,14)	p= 0,13
Hoog	0,57 (0,32 – 1,00)	p= 0,052
Aantal consulten met de POH-GGZ		
1-2 consulten	<i>Referentie</i>	
3 consulten	0,99 (0,51 – 1,89)	p= 0,97
4 consulten	1,07 (0,56 – 2,03)	p= 0,85
5 consulten	1,16 (0,58 – 2,32)	p= 0,67
≥6 consulten	1,24 (0,65 – 2,39)	p= 0,51

a Vanuit een zorggroep, huisartsenvereniging of -coöperatie; een GGZ-aanbieder; of een andere organisatie.

b Al dan niet in combinatie met overleg op ad hoc basis.

95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval.

6.3.3 Voorspellers van tevredenheid over resultaat hulpverlening

Selectie van mogelijke voorspellers en confounders

De Lasso methode selecteerde 13 van de 15 POH-GGZ gerelateerde voorspellers, en alle vijf patiënt-gerelateerde confounders (zie Bijlage 2, Tabel IV). Alle a priori uitgekozen kenmerken werden (ook) door de Lasso methode geselecteerd. Bijgevolg werden in het uiteindelijke model 13 POH-GGZ gerelateerde voorspellers en vijf patiënt-gerelateerde confounders opgenomen. Twee mogelijke voorspellers op POH-GGZ niveau (leeftijd en werkervaring als hulpverlener bij psychische problemen) werden niet meegenomen.

Analyseresultaten

Tabel 6.3.2 laat zien dat twee POH-GGZ gerelateerde kenmerken samenhangen met een significant verhoogde kans op patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening: het hebben voltooid als POH-GGZ van een aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ (vergeleken met het niet volgen of hebben gevolgd van een aanvullende opleiding) en het hebben van vier tot acht jaar, of acht jaar of meer, werkervaring als POH-GGZ (vergeleken met minder dan twee jaar werkervaring). Daarentegen waren drie POH-GGZ gerelateerde kenmerken gerelateerd met een significant lagere kans op patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening: het hebben van een detacheringsovereenkomst als POH-GGZ (ten opzichte van in loondienst zijn van een huisartsenpraktijk, of werkzaam zijn als zzp'er), het altijd of vaak gebruiken van een vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering of triage (ten opzichte van het nooit, zelden of soms gebruiken van een vragenlijst), en het zes keer of vaker hebben gehad van intervisie of supervisie in de afgelopen 12 maanden (ten opzichte van minder dan zes keer intervisie of supervisie). Verder benaderde de

relatie tussen wachttijd tot het intake-consult en patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening statistische significantie. Specifiek gezegd hing een gemiddelde wachttijd bij de POH-GGZ van minder dan twee weken (ten opzichte van een wachttijd van twee weken of langer) samen met een 'borderline'-significant lagere kans op patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening.

Van de patiëntkenmerken (Tabel 6.3.3) had alleen het aantal consulten met de POH-GGZ een significant effect: patiënten die vier, vijf, zes of meer afspraken hebben gehad met de POH-GGZ hadden een significant hogere kans om tevreden te zijn over het resultaat van de hulpverlening dan patiënten met één of twee contacten.

Tabel 6.3.3 Voorspellers van patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ (referentiecategorie: minder tevreden)

	OR (95%-BI)	p-waarde
Kenmerken professional of functie POH-GGZ		
Geslacht		
Vrouw	Referentie	
Man	0,73 (0,39 – 1,36)	p= 0,32
Verpleegkundige achtergrond		
Nee	Referentie	
Ja	1,10 (0,70 – 1,72)	p= 0,69
Aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ		
Geen	Referentie	
Voltooid/mee bezig	1,87 (1,22 – 2,89)	p= 0,004
Werkervaring als POH-GGZ (jaren)		
<2 jaar	Referentie	
2 tot 4 jaar	1,72 (0,79 – 3,76)	p= 0,17
4 tot 8 jaar	3,26 (1,45 – 7,32)	p= 0,004
≥8 jaar	2,67 (1,23 – 5,80)	p= 0,013
Uren per week werkzaam als POH-GGZ		
<16 uur	Referentie	
16 tot 28 uur	0,98 (0,52 – 1,83)	p= 0,94
≥28 uur	0,84 (0,42 – 1,66)	p= 0,61
Aantal face-to-face consulten (typische 8-urige werkdag)		
≥10 consulten	Referentie	
<10 consulten	1,17 (0,74 – 1,84)	p= 0,51
Dienstverband		
In loondienst/zzp-contract	Referentie	
Detachingsovereenkomst ^a	0,45 (0,27 – 0,73)	p= 0,001
Vaste overlegmomenten met de huisarts^b		
Nee	Referentie	
Ja	1,41 (0,85 – 2,33)	p= 0,19

^a Vanuit een zorggroep, huisartsenvereniging of -coöperatie; een GGZ-aanbieder; of een andere organisatie.

^b Al dan niet in combinatie met overleg op ad hoc basis.

95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval.

	OR (95% -BI)	p-waarde
Kenmerken professional of functie POH-GGZ		
Wachttijd tot intake-consult		
≥2 weken	<i>Referentie</i>	
<2 weken	0,56 (0,32 – 1,01)	p= 0,054
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering of triage		
Nooit/zelden/soms	<i>Referentie</i>	
Altijd/vaak	0,50 (0,29 – 0,87)	p= 0,014
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij monitoren (resultaten) hulpverlening		
Nooit/zelden/soms	<i>Referentie</i>	
Altijd/vaak	1,55 (0,80 – 2,99)	p= 0,19
Aantal uur nascholing (afgelopen 12 maanden)		
<20 uur	<i>Referentie</i>	
≥20 uur	0,94 (0,59 – 1,49)	p= 0,79
Aantal keer intervisie/supervisie (afgelopen 12 maanden)		
<6 keer	<i>Referentie</i>	
≥6 keer	0,53 (0,32 – 0,90)	p= 0,017
Patiëntkenmerken		
Geslacht		
Vrouw	<i>Referentie</i>	
Man	1,16 (0,78 – 1,71)	p= 0,47
Leeftijd (jaren)	1,01 (0,99 – 1,02)	p= 0,15
Opleidingsniveau		
Laag	<i>Referentie</i>	
Middelbaar	1,19 (0,70 – 2,03)	p= 0,52
Hoog	1,44 (0,84 – 2,47)	p= 0,18
Onbekend	2,86 (0,26 – 31,00)	p= 0,39
Aantal consulten met de POH-GGZ		
1-2 consulten	<i>Referentie</i>	
3 consulten	1,50 (0,80 – 2,82)	p= 0,20
4 consulten	2,23 (1,16 – 4,31)	p= 0,017
5 consulten	2,02 (1,02 – 3,98)	p= 0,044
≥6 consulten	2,44 (1,28 – 4,66)	p= 0,0067
Nog hulp ontvangend van de POH-GGZ		
Nee	<i>Referentie</i>	
Ja	1,09 (0,74 – 1,59)	p= 0,68

a Vanuit een zorggroep, huisartsenvereniging of -coöperatie; een GGZ-aanbieder; of een andere organisatie.

b Al dan niet in combinatie met overleg op ad hoc basis.

95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval.

Resultaten post hoc analyse

Om de significante relatie tussen het type dienstverband van de POH-GGZ en patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening beter te kunnen duiden is een post hoc analyse uitgevoerd waarin type dienstverband verder werd onderverdeeld in vijf categorieën (referentiecategorie: in loondienst van een huisartsenpraktijk) (zie Bijlage 3, Tabel II). Het gedetacheerd zijn als POH-GGZ vanuit een zorggroep (vergeleken met het in loondienst zijn van een huisartsenpraktijk) bleek samen te hangen met een significant lagere kans op patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening ($p < 0,001$). Een vergelijkbaar significante negatieve invloed werd gevonden voor het gedetacheerd zijn vanuit een GGZ-aanbieder ($p < 0,05$). Noch het gedetacheerd zijn vanuit een samenwerkingsverband tussen een huisartsenorganisatie en een GGZ-aanbieder en noch het werkzaam zijn als zzp'er bleken significant samen te hangen met patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening.

Verder is het vermeldenswaardig dat in de post hoc analyse het altijd of vaak door de POH-GGZ gebruiken van een vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering of triage niet langer samenhang met een significant lagere kans op patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening (zie Bijlage 3, Tabel II). Tevens was de negatieve invloed van het zes keer of vaker hebben gehad van intervisie of supervisie in de afgelopen 12 maanden niet langer significant, maar 'borderline'-significant ($p = 0,070$). Ten slotte viel het 'borderline'-significante negatieve effect van een gemiddelde wachttijd bij de POH-GGZ van minder dan twee weken weg in de post hoc analyse.

7 Beschouwing en conclusie

7.1 Resultaten beschouwd

7.1.1 Patiënttevredenheid: beschrijvende resultaten

Dit onderzoek laat zien dat patiënten in de leeftijd van 16 jaar of ouder de hulpverlening van de POH-GGZ positief waardeerden met een 7,8 als gemiddeld rapportcijfer. Ruim vier op de tien patiënten (43,7%) gaven een 8 als rapportcijfer, en circa een kwart van de patiënten (25,4%) gaf een 9 of 10. Slechts een kleine minderheid (4,9%) gaf een rapportcijfer van 5 of lager. Eerdere kleinere studies onder patiënten van POH's-GGZ vonden vergelijkbare gemiddelde rapportcijfers van respectievelijk 7,5 (N=159 patiënten; dataverzameling: 2011)²⁶ en 7,7 (N= 55 patiënten; dataverzameling: 2014).²⁷

Uit het huidige onderzoek bleek verder dat het percentage tevreden patiënten varieerde tussen vier domeinen van de hulpverlening van de POH-GGZ. Veruit de meeste patiënten (94,0%) waren tevreden over de interactie en het contact met de POH-GGZ. Echter, een lager percentage patiënten was tevreden over respectievelijk: de informatieverstrekking en inspraak bij de hulpverlening van de POH-GGZ (74,9%), de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ (58,6%), en het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ (54,8%). Deze bevindingen suggereren dat er ruimte voor verbetering is op deze drie domeinen van de hulpverlening van de POH-GGZ.

7.1.2 Voorspellers van patiënttevredenheid

Tabel 7.1 geeft een overzicht van de gevonden significante verbanden. Twee POH-GGZ gerelateerde kenmerken bleken significant samen te hangen met het rapportcijfer.

Ten eerste werd gevonden dat patiënten van POH's-GGZ die een aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ hadden voltooid of daarmee bezig waren, de hulpverlening van de POH-GGZ met een significant hoger rapportcijfer waardeerden dan patiënten van POH's-GGZ die geen aanvullende post-hbo opleiding volgden of hadden gevolgd. Kijkend naar de resultaten voor de drie domeinen, was het significante positieve effect van de aanvullende post-hbo opleiding alleen terug te zien op de patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ, en niet op de tevredenheid over de andere twee domeinen (zie Tabel 7.1). Dit suggereert dat de kennis en

26 Veldman AWC & Verhaak PFM (2012). Ondersteuning van de huisarts door de POH-GGZ: deel 2: wat vindt de patiënt ervan? Afstudeerscriptie UMCG – Rijksuniversiteit Groningen.

27 Noordman J, Van Dulmen S. Huisartsenzorg in cijfers: patiënten zoeken luisterend oor bij POH-GGZ. Huisarts & Wetenschap 2015; 58: 645.

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

Ten tweede bleek er een significant negatief verband te bestaan tussen het hebben van een detacheringsovereenkomst als POH-GGZ en het rapportcijfer dat patiënten gaven aan de hulpverlening van de POH-GGZ. Een post hoc analyse verduidelijkte dat patiënten van POH's-GGZ die gedetacheerd waren vanuit een zorggroep of een GGZ-aanbieder een significant lager rapportcijfer rapporteerden dan patiënten van POH's-GGZ die in loondienst waren van een huisartsenpraktijk. Als gekeken wordt naar de resultaten voor de domeinen, werden significante negatieve effecten van deze twee vormen van detachering alleen gevonden op de patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ (via een post hoc analyse). Het is lastig om deze bevindingen te verklaren. Een hypothese zou kunnen zijn dat POH's-GGZ die gedetacheerd zijn vanuit een zorggroep of een GGZ-aanbieder over het algemeen meer te maken hebben met geprotocolleerd werken en minder ruimte hebben voor het bieden van zorg die is toegesneden op de individuele patiënt, in vergelijking met POH's-GZZ die in loondienst zijn van een huisartsenpraktijk.

Er bleken twee patiëntkenmerken significant positief samen te hangen met het rapportcijfer: de leeftijd van een patiënt en het aantal consulten dat een patiënt heeft gehad met de POH-GGZ. Kijkend naar de bevindingen voor de domeinen, was het significante positieve effect van leeftijd terug te zien op patiënttevredenheid over zowel de informatieverstrekking en inspraak bij de POH-GGZ als de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ (zie Tabel 7.1). Deze bevindingen suggereren dat oudere patiënten vooral over deze aspecten van de hulpverlening van de POH-GGZ meer tevreden zijn dan jongere patiënten. Het significante positieve effect van het aantal consulten dat een patiënt met de POH-GGZ heeft gehad was alleen terug te zien op de patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ. Dit kan erop wijzen dat wanneer een POH-GGZ meer contacten heeft met een patiënt, er meer gelegenheid is om een hulpverleningsrelatie op te bouwen, en om de hulpverlening zo goed mogelijk vorm te geven. Anderzijds is het ook een mogelijkheid dat patiënten die minder tevreden zijn, geneigd zijn om in een vroeg stadium te stoppen met het zien van een POH-GGZ, waardoor ze op gemiddeld minder consulten uitkomen.

Tabel 7.1 Overzicht van gevonden significante positieve (+) en negatieve (-) verbanden

	Rapportcijfer hulpverlening POH-GGZ	Tevredenheid domeinen hulpverlening		
		Informatie-verstrekking en inspraak	Toegankelijkheid en beschikbaarheid	Resultaat hulpverlening
Kenmerken professional of functie POH-GGZ				
Hogere leeftijd		+		
Aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ (gevolgd/mee bezig)	+			+
Langere werkervaring als POH-GGZ		+		+
Meer uren per week werkzaam als POH-GGZ		+		
Detacheringsovereenkomst	—*			—*
Vaste overlegmomenten met de huisarts			+	
Altijd/vaak gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering/triage			—	—
≥20 uur nascholing (afgelopen 12 maanden)			—	
≥6 keer intervisie/supervisie (afgelopen 12 maanden)				—
Patiëntkenmerken				
Hogere leeftijd	+	+	+	
Meer consulten gehad met de POH-GGZ	+			+

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

Diverse andere POH-GGZ gerelateerde kenmerken bleken een significante invloed te hebben op de patiënttevredenheid over de drie domeinen van hulpverlening (zie Tabel 7.1). Om te beginnen hing een langere werkervaring als POH-GGZ (minimaal vier jaar) samen met een significant grotere kans op patiënttevredenheid over zowel de informatieverstrekking en inspraak bij de POH-GGZ als het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ. Hierbij dient bedacht te worden dat als referentiegroep in de analyses is gekozen voor POH's-GGZ met minder dan twee jaar werkervaring, oftewel relatief onervaren POH's-GGZ. Onze bevindingen lijken daarmee een ondersteuning van de aanbeveling uit het recent herziene functie- en competentieprofiel POH-GGZ²⁸ dat er voor startende POH's-GGZ in de huisartsenpraktijk gezorgd moet worden voor voldoende begeleiding en supervisie.

De kans op patiënttevredenheid over de informatieverstrekking en inspraak bij de POH-GGZ was ook significant positief gerelateerd aan de leeftijd van de POH-GGZ. Dit zou erop kunnen wijzen dat het de POH-GGZ met het toenemen van de leeftijd beter lukt om gezamenlijke, geïnformeerde besluitvorming met de patiënt te realiseren. Verder hing ook het 16 tot 28 uur per week werkzaam zijn als POH-GGZ (ten opzichte van een werkweek van minder dan 16 uur) samen met een significant verhoogde kans op patiënttevredenheid over dit domein van de hulpverlening van de POH-GGZ. Deze bevinding is moeilijk te duiden. Het zou kunnen zijn dat de omvang van de werkweek van de POH-GGZ op zichzelf niet direct relevant is, maar een ander (onbekend) kenmerk representeert dat niet is gemeten in ons onderzoek.

Kijkend naar de patiënttevredenheid over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ, werd er een significant positief effect gevonden van het bestaan van vaste overlegmomenten²⁹ tussen de POH-GGZ en de huisarts. Een mogelijke verklaring voor deze bevinding kan zijn dat dit structurele overleg met de huisarts betekent dat de POH-GGZ in het algemeen meer ruimte heeft in de agenda, dus ook voor (langere) consulten en overleg met patiënten. Het altijd of vaak gebruiken van een vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering of triage (vergeleken met het nooit, zelden of soms gebruiken van een vragenlijst) bleek samen te hangen met een significant lagere kans op patiënttevredenheid over zowel de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de POH-GGZ als het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ. Het is lastig om deze bevindingen te duiden. Mogelijkerwijs is het frequent gebruik van een vragenlijst ter ondersteuning van probleemverheldering of triage op zichzelf niet direct relevant, maar vertegenwoordigt het een ander (onbekend) kenmerk dat niet is gemeten in het huidige onderzoek. Ook de resterende twee gevonden effecten zijn niet direct logisch te verklaren: het meer hebben gevolgd van nascholing door de POH-GGZ hing samen met een verlaagde kans op patiënttevredenheid over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de POH-GGZ, en het vaker hebben gevolgd van intervisie of supervisie door de

28 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>

29 Al dan niet in combinatie met overleg op ad hoc basis.

POH-GGZ hing samen met een significant lagere kans op patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ.

Niet opgenomen in Tabel 7.1, maar wel vermeldenswaardig is dat noch het rapportcijfer noch de domeinscores werden beïnvloed door het al dan niet hebben van een verpleegkundige achtergrond als POH-GGZ. Ook het al dan niet hebben van 10 of meer face-to-face consulten op een reguliere 8-urige werkdag had geen significante impact op de tevredenheids-uitkomsten. Met andere woorden: er werden geen aanwijzingen gevonden dat opleidingsachtergrond van de POH-GGZ en het aantal face-to-face gesprekken op een werkdag samenhangt met patiënttevredenheid.

7.2 Sterktes en beperkingen

Voor zover ons bekend is dit de eerste studie die de relatie tussen POH-GGZ gerelateerde kenmerken en patiënttevredenheid heeft onderzocht op basis van kwantitatieve gegevens. Dit wordt mogelijk gemaakt door een grote onderzoekspopulatie van 630 patiënten van in totaal 44 POH's-GGZ. Daarbij is niet alleen gekeken naar de 'algemene' tevredenheid van patiënten over de hulpverlening van de POH-GGZ zoals uitgedrukt in een rapportcijfer, maar ook naar de tevredenheid over verschillende domeinen van de hulpverlening.

Tegelijkertijd kent het onderzoek ook een aantal (mogelijke) beperkingen. Ten eerste is het onduidelijk in hoeverre de deelnemende patiënten representatief zijn voor de totale patiëntenpopulatie van POH's-GGZ in Nederland. Hoewel de onderzoekspopulatie wat betreft verdeling van leeftijd en geslacht redelijk representatief is voor de gehele patiëntenpopulatie van de POH-GGZ³⁰, kan het zijn dat andere kenmerken van de deelnemende patiënten minder representatief zijn. Ook is het mogelijk dat het uitnodigen van patiënten via deelnemende POH's-GGZ, met een uiteindelijk responspercentage van circa 40 procent, heeft geleid tot een groep van responderende patiënten die gemiddeld genomen meer tevreden zijn over de hulpverlening van de POH-GGZ dan de 'gemiddelde' patiëntenpopulatie van de POH-GGZ. Als een dergelijk selectieproces daadwerkelijk heeft plaatsgevonden zou dat betekenen dat het gemiddelde rapportcijfer en de tevredenheidspercentages op de domeinen van hulpverlening overschattingen zijn van de werkelijke cijfers. Een tweede beperking van het onderzoek is dat de tevredenheidsscores op de vier domeinen van hulpverlening van de POH-GGZ als dichotome uitkomsten werden geanalyseerd omdat niet voldaan werd aan de voorwaarden om de domeinscores als continue uitkomsten te analyseren. Het is mogelijk dat met deze tweedeling van de domeinscores informatieverlies is opgetreden. Als referentiecategorie is gekozen voor patiënten die 'minder' tevreden

30 Verhaak PFM, Nielen M, De Beurs D (2017). Factsheet 2: De inzet van de POH-GGZ in de huisartspraktijk over de periode 2011-2016. Utrecht: NIVEL.

waren (score <100), en waardoor dus geen verder onderscheid is gemaakt in de mate van ontevredenheid. Een derde beperking is de relatief lage interne consistentie van het domein 'toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ' (3 items; Cronbach's alpha= 0,57). Echter, bij schalen met weinig items is het niet ongewoon om een lage Cronbach's alpha waarde te vinden, en kan het meer gepast zijn om uit te gaan van de gemiddelde inter-item correlaties.³¹ Voor het domein 'toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ' viel de waarde van de gemiddelde inter-item correlaties (0,31) binnen de aanbevolen range.³² Een laatste beperking is dat via de statistische selectiemethode LASSO relatief weinig POH-GGZ- en patiënt-gerelateerde kenmerken 'afvielen' voor de analysemodellen voor de tevredenheid op de domeinen.

7.3 Implicaties

De bevindingen wijzen op het belang van het volgen van een aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ. Dit ondersteunt de keuze om het voltooien van deze opleiding één van de criteria te laten worden voor een POH-GGZ om zich in het Kwaliteitsregister van de LV POH-GGZ te kunnen registreren. Verder impliceren de bevindingen dat relatief onervaren POH's-GGZ (d.w.z. met minder dan twee jaar werkervaring) gebaat zijn bij de beschikbaarheid van voldoende begeleiding en supervisie.

Naast deze praktische implicaties, kunnen op basis van de bevindingen ook aanbevelingen worden gedaan voor toekomstig onderzoek. Ons onderzoek had een exploratief karakter, en diverse gevonden significante effecten op patiënttevredenheid zijn niet direct duidelijk te verklaren. Het is daarom aanbevelenswaardig om met hypothese-toetsend onderzoek mogelijke verklaringen te achterhalen. Zo is het relevant om na te gaan hoe de negatieve invloed van het gedetacheerd zijn als POH-GGZ vanuit een zorggroep of een GGZ-aanbieder kan worden verklaard. Een ander voorbeeld is de bevinding dat jongere patiënten minder tevreden zijn dan oudere patiënten, zowel over de informatieverstrekking en inspraak bij de POH-GGZ als over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ. Het verdient nader onderzoek om na te gaan hoe dit kan worden verklaard, en of er concrete aangrijpingspunten bestaan om de functie POH-GGZ zodanig te organiseren en uit te voeren dat jongere patiënten even tevreden zijn als oudere patiënten.

31 Pallant J (2001). SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows Version 10 and 11. Philadelphia: Open University Press:

32 Briggs SR & Cheek JM (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, 54, 106–148.

7.4 Conclusie

Veruit de meeste patiënten van 16 jaar of ouder zijn tevreden tot zeer tevreden over de hulpverlening van de POH-GGZ. Desondanks lijkt er ruimte te bestaan voor verdere verbetering van de patiënttevredenheid, met name op het gebied van de informatieverstrekking en inspraak bij de hulpverlening van de POH-GGZ, de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ, en het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ. Verder wijzen de bevindingen erop dat het volgen van een aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ en het hebben van een langere werkervaring als POH-GGZ samenhangt met hogere patiënttevredenheid. Daarnaast werden effecten van diverse andere POH-GGZ gerelateerde kenmerken gevonden en die niet direct eenduidig zijn te verklaren, waaronder een negatief effect van het gedetacheerd zijn als POH-GGZ vanuit een zorggroep of een GGZ-aanbieder. Nader onderzoek is nodig om deze bevindingen beter te kunnen duiden.

TOT SLOT

8 Tot slot

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

- a) wat volgens patiënten succesfactoren en verbeterpunten zijn die bijdragen aan een optimale organisatie en uitvoering van de functie in de dagelijkse praktijk (Deelonderzoek A); en
- b) de tevredenheid van patiënten over de hulpverlening van de POH-GGZ, en welke kenmerken van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ samenhangen met patiënttevredenheid (Deelonderzoek B).

De kwalitatieve resultaten van deelonderzoek A laten zien dat de praktische, nuchtere en oplossingsgerichte aanpak van de POH-GGZ goed aansluit bij patiënten met veelvoorkomende, lichte tot matige psychosociale en/of psychische problemen. Verdere succesfactoren van de functie POH-GGZ zijn volgens patiënten onder meer:

- de laagdrempeligheid en toegankelijkheid van de functie;
- de interactie en het contact met de POH-GGZ;
- de deskundigheid en ervaring van de POH-GGZ; en
- het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ: een beter stemming, een verbeterde gemoedsrust, of een opgelucht gevoel; en verschillende zelfmanagementvaardigheden en -tools om zelf mee verder te kunnen.

Verbeterpunten die patiënten naar voren brengen voor de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ hebben betrekking op:

- 1) Informatievoorziening voorafgaand aan het hulverleningstraject van de POH-GGZ: begrijpelijke informatie over de functie POH-GGZ, en de verschillen tussen POH-GGZ, GB-GGZ en S-GGZ, in de vorm van een brochure, al dan niet aangereikt door de huisarts;
- 2) Beschikbaarheid van de POH-GGZ tijdens het hulverleningstraject: de POH-GGZ deelt e-mail- en telefoongegevens en biedt daarmee de mogelijkheid voor de patiënt tussen consulten door vragen te stellen; de werkuren van de POH-GGZ worden uitgebreid en/of de POH-GGZ is aanwezig in de avonduren;
- 3) Informatievoorziening en inspraak tijdens het hulverleningstraject van de POH-GGZ: het informeren en betrekken van patiënten tijdens de hulpverlening lijkt niet altijd optimaal te verlopen, bijvoorbeeld ten aanzien van het behandelplan, behandelvormen, en de doorverwijzing naar de GGZ.

Het vragenlijstonderzoek van deelonderzoek B laat zien dat veruit de meeste patiënten van 16 jaar of ouder tevreden tot zeer tevreden zijn over de hulpverlening van de POH-GGZ. Ruim vier op de tien (44%) patiënten gaven een 8 als rapportcijfer, en

circa een kwart (25%) gaf een 9 of 10. Slechts een kleine minderheid (5%) gaf een rapportcijfer van 5 of lager. Ondanks dit algemeen positieve beeld, lijkt er ruimte te bestaan voor verdere verbetering van patiënttevredenheid, in het bijzonder op het gebied van:

- de informatieverstrekking en inspraak bij de hulpverlening van de POH-GGZ (25% van de patiënten was hier niet helemaal/minder tevreden over);
- de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de POH-GGZ (41% was niet helemaal/minder tevreden); en
- het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ (45% was niet helemaal/minder tevreden).

Over de interactie en het contact met de POH-GGZ was slechts een kleine minderheid (6%) van de patiënten niet helemaal of minder tevreden.

Verscheidene POH-GGZ gerelateerde kenmerken bleken significant samen te hangen met patiënttevredenheid. Zowel het volgen van een aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ als het hebben van een langere werkervaring als POH-GGZ hadden een positieve invloed op patiënttevredenheid. Voor andere gevonden significante verbanden is niet direct een eenduidige verklaring te geven, zoals de bevinding dat het gedetacheerd zijn als POH-GGZ vanuit een zorggroep of een GGZ-aanbieder een negatieve invloed had op patiënttevredenheid.

Als de bevindingen uit deelonderzoek A en B naast elkaar worden gelegd, valt op dat diverse bevindingen op elkaar aansluiten. Zo wijzen bevindingen uit zowel de focusgroepen als uit het vragenlijstonderzoek er beide op:

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

Aanvullend wijzen de kwantitatieve bevindingen van deelonderzoek B erop dat het volgen van de aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ bijdraagt aan hogere patiënttevredenheid. Dit ondersteunt de keuze om het voltooiën van de post-hbo opleiding één van de criteria te laten worden voor registratie als POH-GGZ in het Kwaliteitsregister voor POH-GGZ.

Verder geeft deelonderzoek B aan dat er verbeterruimte bestaat op het gebied van patiënttevredenheid over de resultaten van de hulpverlening van de POH-GGZ. Dit kwam niet naar voren uit de groepsinterviews van deelonderzoek B1. Een mogelijke verklaring is dat de meeste patiënten die hieraan deelnamen al langere tijd hulp ontvingen van een POH-GGZ, of een hulpverleningstraject hadden afgerond. Het is daarom aannemelijk dat deze patiënten tevreden waren over de resultaten van de hulpverlening; anders zouden zij hier voortijdig mee gestopt zijn.

Tot slot is het vermeldenswaardig dat beide deelonderzoeken gericht zijn op het patiëntperspectief, en geen aandacht hebben voor het perspectief van POH's-GGZ, huisartsen en andere betrokkenen. Dat komt aan de orde in een ander rapport.³³ 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.³⁴

33 Titel rapport: 'Organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de praktijk'

34 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?'

Bijlage 1 Tevredenheidsvragenlijst

De oorspronkelijke vragenlijst is ontwikkeld door de zorggroepen PoZoB, SGE, DOH en PsyZorg en is gericht op kinderen en ouders. De vragenlijst is in 2017 doorontwikkeld door het Trimbos-instituut en de Landelijke Vereniging POH-GGZ tot deze versie voor personen van 16 jaar en ouder.

Wat is uw leeftijd?

jaar

U bent een:

- Vrouw
 Man

Wat is de hoogste school of opleiding die u met een diploma heeft afgerond, of die u op dit moment volgt?

- Helemaal geen onderwijs gevolgd
 Basisonderwijs, lagere school of een gedeelte daarvan
 Lager beroepsonderwijs, VMBO-beroepsgerichte leerweg, praktijk onderwijs (LBO, LTS, LHNO, LEAO, LAO, LAVO, huishoudschool, INHO, (I)VBO)
 Middelbaar voortgezet onderwijs
 Middelbaar beroepsopleiding (MBO)
 Hoger voortgezet onderwijs (HAVO, Atheneum, VWO, gymnasium, lyceum)
 Hoger beroepsopleiding (HBO)
 Wetenschappelijk onderwijs (Universiteit)
 Anders, namelijk:
 Weet niet

Krijgt u op dit moment nog hulp van de praktijkondersteuner GGZ?

- Ja
 Nee

Hoeveel afspraken heeft u gehad? afspraken

Nu volgen vragen over de hulp van de praktijkondersteuner GGZ. Beantwoordt de vragen vanuit uw eigen ervaringen. Er zijn geen goede of foute antwoorden.

	Ja	Nee	Een beetje	Niet van toepassing
Is duidelijk welke hulp de praktijkondersteuner u geeft?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Is duidelijk waarom de huisarts u naar de praktijkondersteuner heeft gestuurd?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bespreekt de praktijkondersteuner het doel van de hulp met u?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kunt u meebeslissen over welke hulp u krijgt van de praktijkondersteuner?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bent u het eens met het doel van de hulpverlening door de praktijkondersteuner?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kon u snel een eerste afspraak maken met de praktijkondersteuner?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertrouwt u de praktijkondersteuner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vindt u dat de praktijkondersteuner respectvol met u omgaat?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voelt u zich goed gesteund door de praktijkondersteuner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kunt u vaak genoeg afspreken met de praktijkondersteuner?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vindt u de tijd voor een gesprek lang genoeg?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bent u tevreden over wat de hulp oplevert?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krijgt u door de hulp meer grip op uw problemen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gaat u door de hulp beter om met dingen waar u eerst problemen mee had?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelt de praktijkondersteuner het doorsturen naar een andere hulpverlener goed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Welk rapportcijfer geeft u aan de hulp door de praktijkondersteuner?

Kies een cijfer van 1 tot 10. Een 1 betekent 'heel erg slecht', en een 10 'uitstekend'.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wilt u nog iets anders zeggen over de hulp van de praktijkondersteuner GGZ?

Nee

Bijlage 2 Selectie van predictoren en confounders

Tabel I Rapportcijfer hulpverlening van de POH-GGZ: selectie van POH-GGZ gerelateerde voorspellers en patiënt-gerelateerde confounders

	A priori	Lasso	A priori en Lasso
Kenmerken professional of functie POH-GGZ			
Vrouw			
Leeftijd			
Verpleegkundige achtergrond	√		√
Aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ	√	√	√
Werkervaring als POH-GGZ	√		√
Werkervaring als hulpverlener bij psychische problemen			
Uren per week werkzaam als POH-GGZ			
Aantal face-to-face consulten (typische 8-urige werkdag)	√		√
Dienstverband	√	√	√
Vaste overlegmomenten met de huisarts			
Wachttijd tot intake-consult			
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering of triage			
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij monitoren (resultaten) hulpverlening			
Aantal uur nascholing (afgelopen 12 maanden)			
Aantal keer intervisie/supervisie (afgelopen 12 maanden)			
Patiëntkenmerken			
Vrouw	√		√
Leeftijd	√	√	√
Opleidingsniveau		√	√
Aantal consulten met de POH-GGZ		√	√
Nog hulp ontvangend van de POH-GGZ		√	√
	N=7	N=6	N=10

Tabel II Domein 'Informatieverstrekking en inspraak bij de hulpverlening van de POH-GGZ': selectie van POH-GGZ gerelateerde voorspellers en patiënt-gerelateerde confounders

	A priori	Lasso	A priori en Lasso
Kenmerken professional of functie POH-GGZ			
Vrouw		√	√
Leeftijd		√	√
Verpleegkundige achtergrond	√		√
Aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ	√	√	√
Werkervaring als POH-GGZ	√	√	√
Werkervaring als hulpverlener bij psychische problemen			
Uren per week werkzaam als POH-GGZ		√	√
Aantal face-to-face consulten (typische 8-urige werkdag)	√		√
Dienstverband	√	√	√
Vaste overlegmomenten met de huisarts		√	√
Wachttijd tot intake-consult		√	√
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering of triage		√	√
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij monitoren (resultaten) hulpverlening			
Aantal uur nascholing (afgelopen 12 maanden)			
Aantal keer intervisie/supervisie (afgelopen 12 maanden)		√	√
Patiëntkenmerken			
Vrouw	√	√	√
Leeftijd	√	√	√
Opleidingsniveau		√	√
Aantal consulten met de POH-GGZ		√	√
Nog hulp ontvangend van de POH-GGZ		√	√
	N=7	N=15	N=17

Tabel III Domein 'Toegankelijkheid en beschikbaarheid van POH-GGZ': selectie van POH-GGZ gerelateerde voorspellers en patiënt-gerelateerde confounders

	A priori	Lasso	A priori en Lasso
Kenmerken professional of functie POH-GGZ			
Vrouw			
Leeftijd		√	√
Verpleegkundige achtergrond	√		√
Aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ	√	√	√
Werkervaring als POH-GGZ	√	√	√
Werkervaring als hulpverlener bij psychische problemen		√	√
Uren per week werkzaam als POH-GGZ		√	√
Aantal face-to-face consulten (typische 8-urige werkdag)	√	√	√
Dienstverband	√	√	√
Vaste overlegmomenten met de huisarts		√	√
Wachttijd tot intake-consult			
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering of triage		√	√
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij monitoren (resultaten) hulpverlening			
Aantal uur nascholing (afgelopen 12 maanden)		√	√
Aantal keer intervisie/supervisie (afgelopen 12 maanden)			
Patiëntkenmerken			
Vrouw	√	√	√
Leeftijd	√	√	√
Opleidingsniveau		√	√
Aantal consulten met de POH-GGZ		√	√
Nog hulp ontvangend van de POH-GGZ			
	N=7	N=14	N=15

Tabel IV Domein 'Resultaat hulpverlening POH-GGZ': selectie van POH-GGZ gerelateerde voorspellers en patiënt-gerelateerde confounders

	A priori	Lasso	A priori en Lasso
Kenmerken professional of functie POH-GGZ			
Vrouw		√	√
Leeftijd			
Verpleegkundige achtergrond	√	√	√
Aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ	√	√	√
Werkervaring als POH-GGZ	√	√	√
Werkervaring als hulpverlener bij psychische problemen			
Uren per week werkzaam als POH-GGZ		√	√
Aantal face-to-face consulten (typische 8-urige werkdag)	√	√	√
Dienstverband	√	√	√
Vaste overlegmomenten met de huisarts		√	√
Wachttijd tot intake-consult		√	√
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering of triage		√	√
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij monitoren (resultaten) hulpverlening		√	√
Aantal uur nascholing (afgelopen 12 maanden)		√	√
Aantal keer intervisie/supervisie (afgelopen 12 maanden)		√	√
Patiëntkenmerken			
Vrouw	√	√	√
Leeftijd	√	√	√
Opleidingsniveau		√	√
Aantal consulten met de POH-GGZ		√	√
Nog hulp ontvangend van de POH-GGZ		√	√
	N=7	N=18	N=18

Bijlage 3 Post hoc analyses

Tabel I Voorspellers van het rapportcijfer dat patiënten geven aan de hulpverlening van de POH-GGZ, waarbij de voorspeller 'dienstverband' is onderverdeeld in vijf categorieën

	B (95%-BI)	p-waarde
Kenmerken professional of functie POH-GGZ		
Verpleegkundige achtergrond		
Nee	Referentie	
Ja	-0,19 (-0,51 – 0,12)	p= 0,22
Aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ		
Geen	Referentie	
Voltooid/mee bezig	0,38 (0,10 – 0,67)	p= 0,009
Werkervaring als POH-GGZ (jaren)		
<2 jaar	Referentie	
2 tot 4 jaar	0,48 (0,09 – 0,87)	p= 0,015
4 tot 8 jaar	0,26 (-0,17 – 0,69)	p= 0,24
≥8 jaar	0,28 (-0,13 – 0,69)	p= 0,18
Aantal face-to-face consulten (typische 8-urige werkdag)		
<10 consulten	Referentie	
≥10 consulten	0,42 (-0,25 – 0,34)	p= 0,78
Dienstverband		
In loondienst		
Zzp-contract	Referentie	
Detachering vanuit zorggroep	-0,05 (-0,57 – 0,47)	p= 0,85
Detachering vanuit GGZ-aanbieder	-0,89 (-1,26 – -0,51)	p< 0,001
Detachering vanuit samenwerkingsverband tussen huisartsenorganisatie en GGZ-aanbieder	-0,45 (-0,82 – -0,07)	p= 0,019
	-0,14 (-0,64 – 0,36)	p= 0,59
Patiëntkenmerken		
Geslacht		
Vrouw	Referentie	
Man	-0,01 (-0,24 – 0,22)	p= 0,92
Leeftijd (jaren)	0,02 (0,01 – 0,02)	p < 0,001
Opleidingsniveau		
Laag	Referentie	
Middelbaar	0,26 (-0,04 – 0,56)	p= 0,093
Hoog	0,17 (-0,14 – 0,47)	p= 0,28
Onbekend	-1,00 (-2,29 – 0,30)	p= 0,13
Aantal consulten met de POH-GGZ		
1-2 consulten	Referentie	
3 consulten	0,33 (-0,01 – 0,67)	p= 0,054
4 consulten	0,60 (0,25 – 0,95)	p< 0,001
5 consulten	0,71 (0,34 – 1,08)	p< 0,001
≥6 consulten	0,86 (0,52 – 1,21)	p< 0,001

95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval.

	B (95%-BI)	p-waarde
Patiëntkenmerken		
Nog hulp ontvangend van de POH-GGZ		
Nee	<i>Referentie</i>	
Ja	0,18 (-0,04 – 0,40)	p= 0,11

95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval.

Tabel II Voorspellers van patiënttevredenheid over het resultaat van de hulpverlening van de POH-GGZ, waarbij de voorspeller 'dienstverband' is onderverdeeld in vijf categorieën

	OR (95%-BI)	p-waarde
Kenmerken professional of functie POH-GGZ		
Geslacht		
Vrouw	Referentie	
Man	0,79 (0,39 – 1,60)	p= 0,52
Verpleegkundige achtergrond		
Nee	Referentie	
Ja	0,96 (0,58 – 1,60)	p= 0,88
Aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ		
Geen	Referentie	
Voltooid/mee bezig	2,14 (1,23 – 3,70)	p= 0,007
Werkervaring als POH-GGZ (jaren)		
<2 jaar	Referentie	
2 tot 4 jaar	2,60 (1,07 – 6,31)	p= 0,035
4 tot 8 jaar	2,83 (1,11 – 7,22)	p= 0,030
≥8 jaar	3,28 (1,44 – 7,47)	p= 0,005
Uren per week werkzaam als POH-GGZ		
<16 uur	Referentie	
16 tot 28 uur	1,14 (0,59 – 2,19)	p= 0,70
≥28 uur	1,08 (0,52 – 2,26)	p= 0,83
Aantal face-to-face consulten (typische 8-urige werkdag)		
≥10 consulten	Referentie	
<10 consulten	0,98 (0,60 – 1,59)	p= 0,93
Dienstverband		
In loondienst	Referentie	
Zzp-contract	1,65 (0,68 – 3,99)	p= 0,27
Detachering vanuit zorggroep	0,26 (0,13 – 0,51)	p< 0,001
Detachering vanuit GGZ-aanbieder	0,54 (0,29 – 0,99)	p= 0,047
Detachering vanuit samenwerkingsverband tussen huisartsenorganisatie en GGZ-aanbieder	0,87 (0,35 – 2,16)	p= 0,76
Vaste overlegmomenten met de huisarts^a		
Nee	Referentie	
Ja	1,56 (0,91 – 2,69)	p= 0,11
Wachttijd tot intake-consult		
≥2 weken	Referentie	
<2 weken	0,68 (0,37 – 1,27)	p= 0,23
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering of triage		
Nooit/zelden/soms	Referentie	
Altijd/vaak	0,70 (0,38 – 1,29)	p= 0,26
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij monitoren (resultaten) hulpverlening		
Nooit/zelden/soms	Referentie	
Altijd/vaak	1,12 (0,55 – 2,28)	p= 0,76

^a Al dan niet in combinatie met overleg op ad hoc basis.
95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval.

	OR (95% -BI)	p-waarde
Kenmerken professional of functie POH-GGZ		
Aantal uur nascholing (afgelopen 12 maanden) <20 uur ≥20 uur	<i>Referentie</i> 0,79 (0,49 – 1,27)	p= 0,32
Aantal keer intervisie/supervisie (afgelopen 12 maanden) <6 keer ≥6 keer	<i>Referentie</i> 0,61 (0,35 – 1,04)	p= 0,070
Patiëntkenmerken		
Geslacht Vrouw Man	<i>Referentie</i> 1,20 (0,80 – 1,78)	p= 0,37
Leeftijd (jaren)	1,01 (0,99 – 1,02)	p= 0,12
Opleidingsniveau Laag Middelbaar Hoog Onbekend	<i>Referentie</i> 1,16 (0,68 – 1,97) 1,44 (0,85 – 2,46) 2,28 (0,21 – 24,18)	p= 0,59 p= 0,18 p= 0,49
Aantal consulten met de POH-GGZ 1-2 consulten 3 consulten 4 consulten 5 consulten ≥6 consulten	<i>Referentie</i> 1,46 (0,78 – 2,75) 2,32 (1,20 – 4,48) 2,04 (1,03 – 4,03) 2,45 (1,28 – 4,68)	p= 0,24 p= 0,013 p= 0,042 p= 0,0067
Nog hulp ontvangend van de POH-GGZ Nee Ja	<i>Referentie</i> 1.083 0.7359 1.593	p= 0,69

a *AI dan niet in combinatie met overleg op ad hoc basis.*
95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval.

Bijlage 4 Deelnemende zorgorganisaties en leden van de begeleidingscommissie

Deelnemende zorgorganisaties:

- Arkin Basis GGZ.
- Federatie Eerstelijnszorg Almelo (FEA).
- Haspel.
- Het Huisartsteam.
- 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 (Caranscoop/Coördinator ROS GGZ-netwerk)

