

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



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

Colofon

Financier

ZonMw 531001207

Auteurs

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

Met dank aan

Marja van Bon-Martens, Harry van Haastrecht, Asmar Isilak (stagiair), Lotte Keijsers (stagiair), Wouter den Hollander en Tosca Vennemann (stagiair) (allen Trimbos-instituut), Ingrid Korenromp (voorheen: LV POH-GGZ) en Peter van Splunteren (zelfstandig adviseur).

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

Projectleiding

Jasper Nuijen

Vormgeving

Canon Nederland N.V.

Beeld

Gettyimages.nl

Bestelinformatie

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

Artikelnummer AF1938

@ 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
2 Aanpak	17
2.1 Onderzoeksdesign	17
2.1 Onderzoeksdeelnemers	17
2.2 Gegevensverzameling	20
2.3 Analyse	23
DEELONDERZOEK A: Welke POH-GGZ gerelateerde kenmerken zijn van invloed op de effectiviteit van de hulpverlening?	25
3 Resultaten	27
3.1 Kenmerken van deelnemende POH's-GGZ en patiënten	27
3.2 Resultaten angstklachten (GAD-7)	29
3.3 Resultaten depressieklachten (PHQ-9)	33
3.4 Resultaten angstklachten (angstschaal 4DKL)	37
3.5 Resultaten depressieklachten (depressieschaal 4DKL)	41
3.6 Resultaten spanningsklachten (distress-schaal 4DKL)	45
4 Beschouwing en conclusie	51
4.1 Beschrijvende resultaten	51
4.2 Effectiviteit hulpverlening POH-GGZ: beïnvloedende factoren	52
4.2 Sterktes en beperkingen	57
4.3 Implicaties	58
4.4 Conclusie	59

DEELONDERZOEK B: Welke POH-GGZ gerelateerde kenmerken zijn van invloed op de doelmatigheid van de hulpverlening?	61
5 Resultaten	63
5.1 Kenmerken van deelnemende POH's-GGZ en patiënten	63
5.2 Beschrijvende resultaten	63
5.3 Voorspellers van NMB	65
6 Beschouwing en conclusie	69
6.1 Beschrijvende resultaten	69
6.2 Doelmatigheid hulpverlening POH-GGZ: beïnvloedende factoren	69
6.3 Sterktes en beperkingen	71
6.4 Conclusie	71
TOT SLOT	73
7 Tot slot	75
Bijlage 1 Vragenlijst hulpverlening	77
Bijlage 2 Selectie van predictoren en confounders	81
Bijlage 3 Deelnemende zorgorganisaties en leden van de begeleidingscommissie	89

Samenvatting

Aanleiding en doel

De praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH-GGZ) heeft een (steeds) belangrijke(re) rol in de hulpverlening voor mensen met psychische, psychosomatische en psychosociale problemen. Desondanks is er tot op heden beperkt onderzoek gedaan naar hoe de functie POH-GGZ in de dagelijkse praktijk wordt georganiseerd en uitgevoerd, wat de ervaringen ermee zijn, en wat de resultaten zijn van de hulpverlening van de POH-GGZ. Om bij te dragen aan het opvullen van deze kennislacunes heeft het Trimbos-instituut samen met de Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ) een meerjarige onderzoek uitgevoerd, bestaande uit verschillende deelonderzoeken.

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

- a) Welke kenmerken van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ hangen samen met de ernst van angst-, depressie- en/of spanningsklachten bij patiënten na 3 en 12 maanden follow-up na intake bij de POH-GGZ? (deelonderzoek A); en
- b) Welke kenmerken van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ hangen samen met de doelmatigheid van de hulpverlening van de POH-GGZ na 3 en 12 maanden follow-up na intake bij de POH-GGZ? (deelonderzoek B)

Aanpak

Deelnemende POH's-GGZ

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

Deelnemende patiënten

Werving van patiënten verliep via de POH's-GGZ. Tussen januari 2018 en maart 2019 nodigden zij patiënten (≥ 18 jaar) uit om deel te nemen, bij voorkeur aan het einde van het intakegesprek. Verdere inclusiecriteria voor patiënten waren: het hebben van depressie-, angst- en/of spanningsklachten, geen psychische hulp hebben ontvangen in de afgelopen 12 maanden, en de verwachting van de POH-GGZ dat er minimaal twee vervolcontacten zullen plaatsvinden na intake. In totaal werden 713 patiënten (van 75 POH's-GGZ) uitgenodigd, waarvan 483 patiënten (68%) zelfrapportagevragenlijsten na intake bij de POH-GGZ (T0) hebben ingevuld. Analyses zijn uitgevoerd in de groep van 320 patiënten (van 64 POH's-GGZ) die de vragenlijsten ook na 3 maanden hebben ingevuld (T1), hulp ontvingen van de POH-GGZ tijdens minimaal twee consulten tussen T0 en T1, en niet zijn verwezen naar de GGZ tussen T0 en T1. Van deze patiënten hebben 271 patiënten (85%) de vragenlijsten ook na 12 maanden (T2) ingevuld.

Uitkomstvariabelen deelonderzoek A: ernst psychische klachten na follow-up

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

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

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

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

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

Mogelijke voorspellers: POH-GGZ gerelateerde kenmerken

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

Mogelijke confounders: patiënt-gerelateerde kenmerken

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

Analyse

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

Er werden generalized linear mixed models uitgevoerd om te bepalen welke geselecteerde POH-GGZ gerelateerde voorspellers samenhangen met de ernst van psychische klachten na follow-up, rekening houdend met de invloed van geselecteerde patiënt-gerelateerde confounders. Om na te gaan welke geselecteerde POH-GGZ gerelateerde voorspellers samenhangen met NMB na follow-up zijn clustered net benefit regressies uitgevoerd, waarbij gecontroleerd werd voor de invloed van geselecteerde patiënt-gerelateerde confounders.

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

Bevindingen deelonderzoek A: POH-GGZ gerelateerde kenmerken die van invloed zijn op de effectiviteit van de hulpverlening

Beschrijvende resultaten

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

De meeste patiënten hadden bij intake (T0) milde tot matige angstklachten (GAD-7: 69,7%) of depressieklachten (PHQ-9: 63,2%); een minderheid had ernstige angst- of depressieklachten (GAD-7: 8,4%; PHQ-9: 9,4%). Volgens de 4DKL hadden op T0 verhoudingsgewijs veel patiënten sterk verhoogde spanningsklachten (46,3%). Het percentage patiënten met sterk verhoogde angstklachten (9,5%) of depressieklachten (17,3%) lag beduidend lager.

Gemiddeld genomen verminderde de ernst van de psychische klachten van patiënten relatief sterk tussen intake en follow-up na 3 maanden (T1), ongeacht het type klachten. Voor angst- en depressieklachten ging het om een daling van 42% tot 46%, afhankelijk van de vragenlijst waarnaar wordt gekeken. Voor spanningsklachten was de gemiddelde ernstscore met 36% afgenomen.

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

Deze bevindingen lijken erop te wijzen dat de hulpverlening van de POH-GGZ – die grotendeels plaatsvond in de 3 maanden na intake – effectief is in het verminderen van angst-, depressie- en spanningsklachten op korte en langere termijn. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat er vanwege het onderzoeksdesign (een cohortstudie zonder controlegroep) geen oorzakelijke relatie kan worden gelegd tussen de hulpverlening van de POH-GGZ en de vermindering van psychische klachten na 3 en 12 maanden.

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

Een consistente bevinding over de verschillende vragenlijsten heen (GAD-7; PHQ-9; en 4DKL) was dat patiënten van POH's-GGZ die acht jaar of langer werkzaam waren als POH-GGZ na 3 maanden (T1) significant ($p < 0,05$) of 'borderline'-significant ($p < 0,10$) ernstigere angst- of depressieklachten hadden dan patiënten van POH's-GGZ met minder dan twee jaar werkervaring als POH-GGZ. Deze resultaten geven aan dat ervaren POH's-GGZ gemiddeld genomen hulp bieden aan complexere patiënten die minder snel opknappen binnen 3 maanden, in vergelijking met POH's-GGZ met weinig werkervaring. Een verklaring kan zijn dat ervaren POH's-GGZ voldoende competenties, vaardigheden, vertrouwen et cetera hebben om (ook) hulp te bieden aan meer complexe patiënten. Daarbij zou het voor hen uitdagend en motiverend kunnen zijn om (ook) hulp te bieden aan complexere 'gevallen'. Bovendien zijn huisartsen mogelijk meer geneigd om complexere patiënten door te geleiden naar ervaren POH's-GGZ in plaats van deze patiënten bijvoorbeeld door te verwijzen naar de GGZ. Het effect van lange werkervaring (acht jaar of langer) als POH-GGZ was niet meer te zien na 12 maanden (T2). Dit wijst erop dat de gemiddeld meer complexe patiënten van ervaren POH's-GGZ op de langere termijn uiteindelijk in dezelfde mate herstellen dan de gemiddeld minder complexe patiënten van weinig ervaren POH's-GGZ.

Een andere consistente bevinding over de verschillende vragenlijsten heen was dat patiënten met wie de POH-GGZ terugvalpreventie had besproken, na 3 maanden (T1) significant minder ernstige angst-, depressie- en spanningsklachten hadden dan

patiënten met wie dit niet was gedaan. Dit is geen verrassende bevinding omdat een POH-GGZ het pas zal gaan hebben over terugvalpreventie op het moment dat een patiënt voldoende is hersteld.

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

Tevens werden er ('borderline'-)significante positieve effecten gevonden van het hebben gevolgd van meer nascholing als POH-GGZ op de ernst van depressieklachten ($p < 0,10$) en angstklachten ($p < 0,05$) na 3 maanden (T1). Ook hing het hebben gehad van meer interventie of supervisie samen met 'borderline'-significant minder ernstige depressieklachten na 12 maanden (T2). Deze resultaten lijken erop te wijzen dat deze vormen van deskundigheidsbevordering bijdragen aan effectievere hulpverlening van de POH-GGZ.

Er werden diverse andere ('borderline'-)significante relaties gevonden die minder eenduidig zijn te verklaren:

- Een oudere leeftijd als POH-GGZ hing 'borderline'-significant samen met ernstigere depressieklachten bij patiënten na 3 maanden.
- Patiënten van POH's-GGZ die ten minste 28 uur per week werkzaam waren als POH-GGZ hadden na 3 maanden significant minder ernstige angst- of depressieklachten dan patiënten van POH's-GGZ met een werkweek van minder dan 16 uur.
- Het toepassen door de POH-GGZ van cognitief-gedragstherapeutische technieken hing samen met 'borderline'-significant ernstigere spanningsklachten bij patiënten na 3 maanden.
- Het hebben als POH-GGZ van 10 of meer face-to-face consulten op een reguliere werkdag hing samen met 'borderline'-significant minder ernstige angstklachten bij patiënten na 12 maanden.
- Het hebben gekregen van meer huiswerkopdrachten van de POH-GGZ hing samen met 'borderline'-significant minder ernstige depressieklachten bij patiënten na 12 maanden.

Bevindingen deelonderzoek B: POH-GGZ gerelateerde kenmerken die van invloed zijn op de doelmatigheid van de hulpverlening

Beschrijvende resultaten

De gemiddelde kwaliteit van leven van patiënten verbeterde, zowel in de 3 maanden na intake bij de POH-GGZ (verandering in QALYs: 0,022) als in de periode van 3 tot 12 maanden na intake (verandering in QALYs: 0,021). Daarnaast namen de gemiddelde totale kosten per patiënt af in de 3 maanden na intake bij de POH-GGZ (€3.864), in vergelijking met de gemiddelde kosten per patiënt in de 3 maanden voorafgaand aan het intakegesprek (€5.220). Deze daling was vooral toe te schrijven aan dalende kosten door werkverzuim (absenteïsme; € -481), verminderd functioneren op het werk (absenteïsme; € -537) en het niet kunnen uitvoeren van onbetaald werk (€ -285). De gemiddelde totale kosten per patiënt daalden verder in de periode van 6 tot 12 maanden na intake (€3.654), vooral omdat de kosten door werkverzuim verder afnamen.

Tezamen genomen lijken deze bevindingen te suggereren dat de hulpverlening van de POH-GGZ op de korte en langere termijn bijdraagt aan het verbeteren van het functioneren van patiënten. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat er vanwege het onderzoeksdesign (een cohortstudie zonder controlegroep) geen oorzakelijke relaties kunnen worden aangetoond tussen enerzijds de hulpverlening van de POH-GGZ en anderzijds de verbetering van kwaliteit van leven en de vermindering van kosten.

De gemiddelde NMB was zowel na 3 maanden (-3.421) als na 12 maanden (-2.792) follow-up negatief. Oftewel: gemiddeld genomen waren de behaalde baten (de behaalde gezondheidswinst uitgedrukt in geld) kleiner dan de kosten. Het kan zijn dat de behaalde baten van de hulpverlening van de POH-GGZ zijn onderschat omdat de EQ-5D-5L beperkt sensitief is om gezondheidswinst bij mensen met psychische problematiek te meten. Bovendien is een conservatieve 'willingness-to-pay threshold' van €20.000 gehanteerd.

POH-GGZ gerelateerde voorspellers van NMB na follow-up

De hulpverlening van POH's-GGZ die twee jaar of langer werkzaam waren als POH-GGZ was na 3 maanden (T1) significant minder doelmatig dan die van POH's-GGZ met minder dan twee jaar werkervaring als POH-GGZ. In het verlengde hiervan werd gevonden dat het hebben als POH-GGZ van 10 tot 20 jaar werkervaring als hulpverlener bij psychische problemen (ten opzichte van <10 jaar werkervaring) samenhang met een negatieve NMB. Deze resultaten wijzen erop dat – ten opzichte van POH's-GGZ met weinig werkervaring – ervaren POH's-GGZ gemiddeld genomen hulp bieden aan complexere patiënten die minder snel opknappen en hogere kosten genereren 3 maanden na intake. De significante negatieve effecten van langere werkervaring als POH-GGZ en als hulpverlener bij psychische problemen op doelmatigheid verdwenen na 12 maanden follow-up (T2). Dit suggereert dat op de langere termijn patiënten van

ervaren POH's-GGZ gemiddeld genomen in dezelfde mate herstellen als patiënten van minder ervaren POH's-GGZ, waardoor er op de langere termijn ook geen sprake meer is van minder doelmatige hulpverlening van ervaren POH's-GGZ.

Verder bleek het dienstverband van de POH-GGZ significant samen te hangen met NMB na 3 maanden. Een post hoc analyse verduidelijkte dat de hulpverlening van POH's-GGZ die werkzaam waren als zzp'er ($p < 0,05$), die gedetacheerd waren vanuit een samenwerkingsverband tussen een huisartsenorganisatie en een GGZ-aanbieder ($p < 0,01$), en die gedetacheerd waren vanuit een GGZ-aanbieder ($p < 0,10$) na 3 maanden ('borderline'-)significant doelmatiger was dan die van POH's-GGZ in loondienst van een huisartsenpraktijk. Het is lastig deze bevindingen te verklaren. Het verband tussen type dienstverband en NMB was na 12 maanden follow-up (T2) niet meer te zien.

Ten slotte werden twee andere ('borderline'-)significante relaties gevonden die niet direct eenduidig zijn te verklaren:

- Het geven van meer huiswerkopdrachten aan patiënten hing samen met 'borderline'-significant minder doelmatige hulpverlening van de POH-GGZ na 3 maanden.
- De hulpverlening van POH-GGZ met 10 of meer face-to-face consulten op een reguliere werkdag was na 12 maanden significant doelmatiger dan die van POH's-GGZ met minder dan 10 face-to-face consulten.

Conclusie

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

Deelonderzoek A geeft aan dat de ernst van angst-, depressie- of spanningsklachten van volwassen patiënten (≥ 18 jaar) van POH's-GGZ substantieel (36% tot 46%) vermindert 3 maanden na intake, en verder vermindert na 12 maanden follow-up, hoewel minder sterk. Daarnaast wijst deelonderzoek B erop dat de kwaliteit van leven en het functioneren van de patiënten verbeteren na 3 en 12 maanden follow-up. Hoewel deze bevindingen suggereren dat de hulpverlening van de POH-GGZ effectief is, kan vanwege het onderzoeksdesign (een cohortstudie zonder controlegroep) geen oorzakelijke relatie worden gelegd tussen de hulpverlening van de POH-GGZ en vermindering van psychische klachten, verhoging van kwaliteit van leven en verbetering van functioneren.

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

De deelonderzoeken geven aan dat 3 maanden na intake de hulpverlening van ervaren POH-GGZ zowel minder effectief als minder doelmatig is dan de hulpverlening van POH's-GGZ met weinig werkervaring als POH-GGZ. Dit wijst erop dat ervaren POH's-GGZ – in vergelijking met POH's-GGZ met weinig werkervaring – gemiddeld

genomen hulp bieden aan patiënten met complexere psychische problemen, die minder snel opknappen en meer kosten genereren in de 3 maanden na intake. Dit is relevant gegeven de verwachting dat de komende jaren relatief veel jongere professionals met weinig werkervaring zullen instromen als POH-GGZ. Onze bevindingen impliceren dat deze verandering naar gemiddeld minder ervaren POH's-GGZ gepaard kan gaan met een toenemend aantal verwijzingen van patiënten vanuit de huisartsenpraktijk naar de GGZ (patiënten die voorheen hulp zouden hebben ontvangen van ervaren POH's-GGZ). Dit lijkt ongewenst gegeven de lange wachttijden bij GGZ-aanbieders. Bovendien suggereren de deelonderzoeken dat op de langere termijn (na 12 maanden) de complexere patiënten van ervaren POH's-GGZ gemiddeld genomen in dezelfde mate herstellen als de minder complexe patiënten van minder ervaren POH's-GGZ, en dat ook de doelmatigheid van de hulpverlening niet meer verschilt tussen ervaren en minder ervaren POH's-GGZ. Het lijkt daarom relevant om startende en onervaren POH's-GGZ in de huisartsenpraktijk voldoende begeleiding en supervisie te bieden om zoveel mogelijk onnodige verwijzing van patiënten naar de GGZ te voorkómen.

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

Deelonderzoek A wijst erop dat het volgen van een aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ een positieve invloed heeft op de effectiviteit van de hulpverlening van de 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. Daarnaast wijzen de gevonden positieve effecten van meer nascholingsuren en meer intervisie of supervisie erop dat het voor een POH-GGZ relevant is om de eigen deskundigheid op peil te houden, of verder uit te breiden.

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.

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 doel d, oftewel op het beantwoorden van de volgende onderzoeksvragen:

- 1) Welke kenmerken van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ hangen samen met de ernst van angst-, depressie- en/of spanningsklachten bij patiënten na 3 en 12 maanden follow-up na intake bij de POH-GGZ? (deelonderzoek A)
- 2) Welke kenmerken van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ hangen samen met de doelmatigheid van de hulpverlening van de POH-GGZ na 3 en 12 maanden follow-up na intake bij de POH-GGZ? (deelonderzoek B)

Verder is vermeldenswaardig dat de bevindingen van het onderzoek gericht op het bereiken van de doelen a tot en met c worden beschreven in twee andere rapporten.⁵

⁵ Respectievelijk getiteld 'Organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ in de praktijk' en 'Wat vinden patiënten van de POH-GGZ?'.

1.4 Leeswijzer

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

Hoofdstukken 3 en 4 richten zich op deelonderzoek A. In Hoofdstuk 4 worden de resultaten gepresenteerd over de relatie tussen POH-GGZ gerelateerde kenmerken en de ernst van psychische klachten bij patiënten na 3 en 12 maanden follow-up. In hoofdstuk 4 worden de resultaten beschouwd.

Hoofdstukken 5 en 6 zijn gericht op deelonderzoek B. Hoofdstuk 5 beschrijft de resultaten over de samenhang tussen POH-GGZ gerelateerde kenmerken en de doelmatigheid van de hulpverlening van de POH-GGZ na 3 en 12 maanden follow-up. De resultaten worden vervolgens in Hoofdstuk 6 beschouwd.

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

2 Aanpak

2.1 Onderzoeksdesign

Er is een naturalistische, prospectieve cohort studie uitgevoerd, waarbij patiënten die zich met angst-, depressie- en/of spanningsklachten presenteerden tijdens het intakeconsult bij een POH-GGZ op drie meetmomenten vragenlijsten hebben ingevuld: na intake (T0), na 3 maanden (T1), en na 12 maanden (T2).

2.1 Onderzoeksdeelnemers

2.1.1 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 Cooperatie Deventer en Omstreken (HCDO), OCE Nijmegen, Haspel,

Stichting POH-GGZ Twente.⁶ Verder richtte het onderzoek zich op POH's-GGZ die hulp boden aan (hoofdzakelijk) volwassenen; POH's-GGZ die zich (voornamelijk) richtten op jongeren tot 18 jaar konden niet deelnemen.

Deze 49 POH's-GGZ⁷ zijn gevraagd om patiënten uit te nodigen voor het onderzoek dat in dit rapport wordt beschreven. Omdat de werving van patiënten moeizamer verliep dan verwacht, zijn van najaar 2018 tot voorjaar 2019 30 extra POH's-GGZ (geen huisartsen) geworven. Deze tweede wervingsronde van POH's-GGZ verliep via twee extra organisaties opererend in respectievelijk Noord-Holland Noord (Vicino) en West-Brabant (Het Huisartsteam), en via een oproep op de sociale media van het Trimbos-instituut. Uiteindelijk hebben in totaal 75 POH's-GGZ ten minste één patiënt uitgenodigd voor het onderzoek.

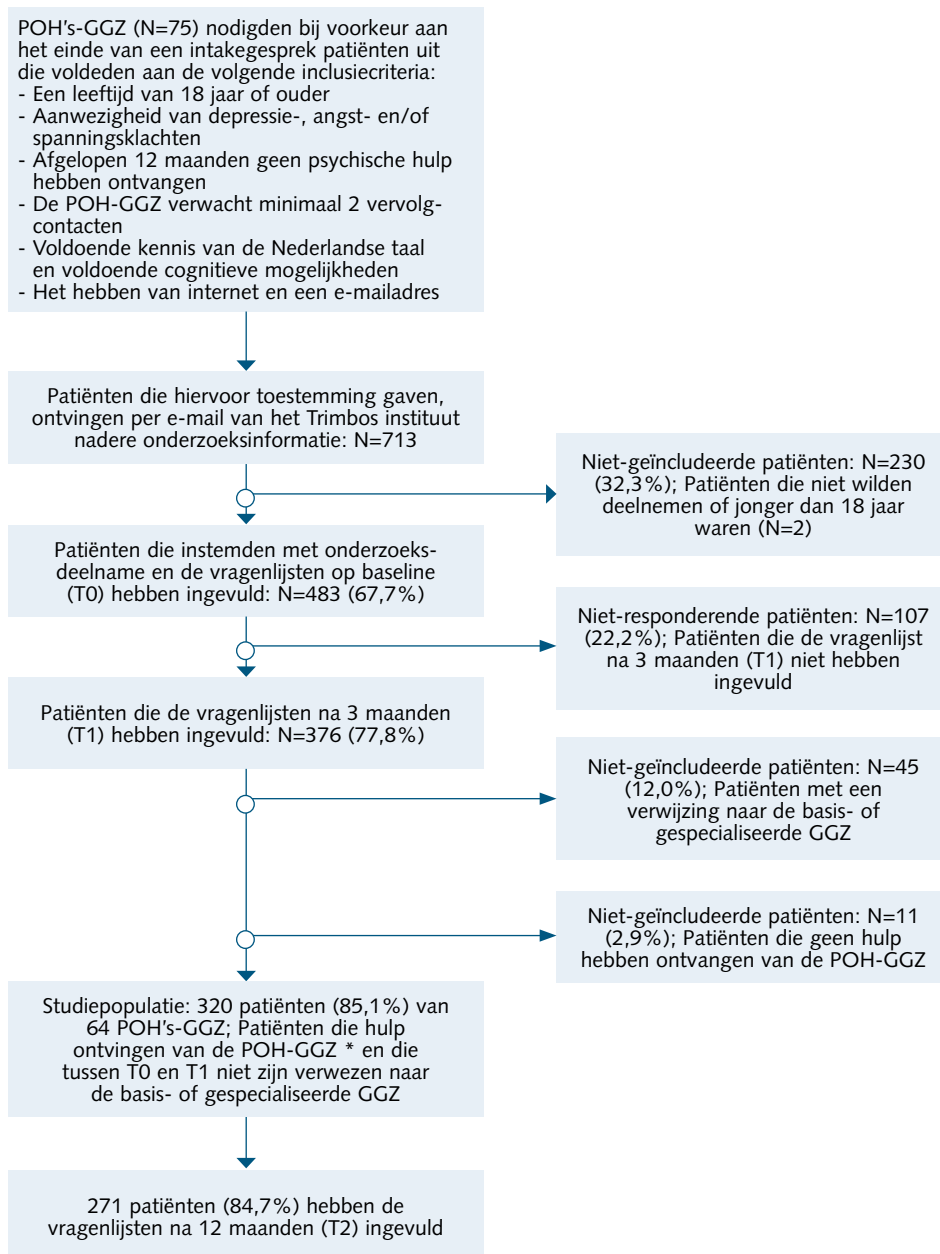
6 Een samenwerkingsverband tussen Thoon (Twentse Huisartsen Onderneming Oost Nederland) en Mediant.

7 Waarbij één POH-GGZ wiens dienstverband eindigde lopende het onderzoek, als onderzoeksdeelnemer werd vervangen door haar opvolger.

2.1.2 Patiënten

De 75 POH's-GGZ nodigden patiënten uit die voldeden aan de inclusiecriteria zoals beschreven bovenaan in Figuur 2.1. 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 een link met nadere onderzoeksinformatie en een toestemmingsverklaring naar de patiënt. Indien een patiënt ermee instemde om aan het onderzoek deel te nemen, kon zij/hij de baseline (T0) vragenlijsten digitaal invullen (tot uiterlijk twee weken na aanmelding).

Figuur 2.1 Stroomschema van de werving van patiënten van POH's-GGZ



* Patiënten die minimaal twee consulten met de POH-GGZ hebben gehad, en waarbij tijdens minimaal één consult door de POH-GGZ psycho-educatie, kortdurende begeleiding/behandeling, terugvalpreventie en/of monitoring/langdurige begeleiding is geboden.

Figuur 2.1 laat zien dat in totaal 713 patiënten geïnteresseerd waren om deel te nemen aan het onderzoek (wervingsperiode: januari 2018 – maart 2019), en dat hiervan 376 patiënten zowel de vragenlijsten op baseline (T0) als na 3 maanden (T1) hadden ingevuld. Omdat het onderzoek zich richtte op de effecten van de hulpverlening van de POH-GGZ werden patiënten (N=45) uitgesloten die tussen T0 en T1 werden verwezen naar de generalistische basis-GGZ (GB-GGZ) of gespecialiseerde GGZ (S-GGZ), zoals geregistreerd door de POH's-GGZ. Bovendien werden 11 patiënten uitgesloten die slechts één of twee consulten hebben gehad met een POH-GGZ en waarin geen psycho-educatie, kortdurende begeleiding/behandeling, terugvalpreventie en/of monitoring/langdurige begeleiding is geboden. Dit resulteerde in een uiteindelijke studiepopulatie van 320 patiënten van 64 POH's-GGZ. Gemiddeld namen per POH-GGZ vijf patiënten deel (variërend van één patiënt tot 15 patiënten).

Van de 320 patiënten, hebben 271 patiënten (84,7%) de vragenlijsten na 12 maanden follow-up (T2) ingevuld. Tussen T1 en T2 werden 32 patiënten verwezen naar de GB-GGZ of S-GGZ, zoals geregistreerd door de POH's-GGZ.

2.2 Gegevensverzameling

2.2.1 Uitkomstvariabelen: ernst van angst-, depressie-, en spanningsklachten na 3 en 12 maanden follow-up

De volgende gevalideerde zelfrapportagevragenlijsten werden gebruikt voor het meten van de ernst van angst-, depressie-, en spanningsklachten van patiënten na intake (T0), na 3 maanden (T1) en na 12 maanden (T2):

- De Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) vragenlijst, voor het meten van angstklachten.
- De Patient Health Questionnaire (PHQ-9), voor het meten van depressieklachten.
- Drie schalen van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL):⁸
 - de angstschaal voor het meten van angstklachten;
 - de depressieschaal voor het meten van depressieklachten; en
 - de distress-schaal voor het meten van psychische spanningsklachten.

De GAD-7 en PHQ-9 zijn vragenlijsten die veelvuldig worden gebruikt in wetenschappelijk onderzoek. De 4DKL wordt ook in wetenschappelijk onderzoek toegepast, maar is tevens een veelgebruikte vragenlijst in de dagelijkse huisartsenpraktijk in Nederland.

8 Om de hoeveelheid vragen voor patiënten beperkt te houden is ervoor gekozen om de somatisatie-schaal van de 4DKL (die lichamelijke spanningsklachten meet) niet mee te nemen.

2.2.1 Uitkomstvariabele: Net Monetary Benefit (NMB) na 12 maanden follow-up

Voor een uitgebreide beschrijving van het meten van doelmatigheid in termen van Net Monetary Benefit (NMB) wordt verwezen naar het reeds gepubliceerde wetenschappelijk artikel over NMB na 3 maanden follow-up.⁹ Hier wordt volstaan met een beknopte uitleg.

Voor het meten van NMB werd gebruik gemaakt van de volgende gevalideerde zelfrapportagevragenlijsten na intake (T0), na 3 maanden (T1) en na 12 maanden (T2):

- De EuroQOL-5D-5L (EQ-5D-5L), voor het meten van kwaliteit van leven.
- Treatment Inventory of Costs in Patients with psychiatric disorders (TIC-P) vragenlijst, voor het meten van kosten. Er werd een onderscheid gemaakt tussen zorgkosten, productiviteitskosten, en andere kosten zoals vervoerskosten en kosten gemoeid met het niet kunnen uitvoeren van onbetaald werk.

NMB na 12 maanden follow-up werd berekend door de kosten per patiënt in de periode tussen T0 en T2 af te trekken van de (gemonetariseerde) behaalde baten tussen T0 en T2. De behaalde baten werden berekend door de gezondheidswinst uitgedrukt in verandering in quality-adjusted life years (QALYs; gemeten met de EQ-5D-5L) te vermenigvuldigen met een 'willingness-to-pay (WTP) threshold' van €20.000 per QALY.

2.2.3 Mogelijke voorspellers: POH-GGZ gerelateerde kenmerken Kenmerken professional of functie POH-GGZ

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.¹⁰ Gegeven het relatief grote aantal uitgevraagde mogelijke voorspellers, is door een expertpanel¹¹ 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.

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

10 Deelnemende POH's-GGZ hebben de vragenlijst najaar 2017 en/of begin/voorjaar 2019 ingevuld.

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

Naast deze a priori geselecteerde kenmerken, werden de resterende tien mogelijke voorspellers meegenomen in een statistische selectiemethode, de LASSO methode (zie paragraaf 2.3): 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).

Kenmerken hulpverlening POH-GGZ

Na elk contact met een patiënt registreerden de POH's-GGZ welke hulp zij hadden geboden via een online vragenlijst (zie Bijlage 1). Op basis van deze registratie werden de volgende acht kenmerken van de hulpverlening meegenomen als mogelijke voorspeller: het aantal contacten, het aantal huiswerkopdrachten, het bespreken van terugvalpreventie tijdens minimaal één consult, het toepassen van cognitief-gedragstherapeutische technieken tijdens minimaal één consult, het toepassen van gedragsactivatie tijdens minimaal één consult, het toepassen van behandeling gebaseerd op het KOP-model¹² tijdens minimaal één consult, het toepassen van mindfulness- en/of ontspanningsoefeningen tijdens minimaal één consult, en het toepassen van oplossingsgerichte therapie en/of problem solving treatment tijdens minimaal één consult.

Geen van de acht kenmerken van de geboden hulp werd a priori geselecteerd om mee te nemen in de analyses.

2.2.4 Mogelijke confounders: patiënt-gerelateerde kenmerken

Er zijn een zes achtergrondkenmerken uitgevraagd bij patiënten: geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, werksituatie en migratieachtergrond. Leeftijd en geslacht zijn a priori geselecteerd door het expertpanel om te worden meegenomen als mogelijke confounders in de analyses. De overige patiënt-gerelateerde kenmerken werden meegenomen als mogelijke confounders in de statistische selectiemethode LASSO. In de diverse analyses werd aanvullend rekening gehouden met de ernst van psychische klachten op baseline (zie hieronder).

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

2.3 Analyse

2.3.1 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.¹³ De LASSO regressie 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.

In één geval resulteerde de LASSO-regressie niet in een bruikbare oplossing (bij de uitkomstvariabele depressieklachten zoals gemeten met de 4DKL depressieschaal), en werd Recursive Feature Elimination (RFE) toegepast als alternatieve selectiemethode.

2.3.2 Voorspellers van ernst van angst-, depressie-, en spanningsklachten na 3 en 12 maanden follow-up

Na de selectie van voorspellers en confounders werd per klachttype een generalized linear mixed model uitgevoerd om na te gaan welke geselecteerde POH-GGZ gerelateerde voorspellers samenhangen met de ernst van de psychische klachten na follow-up. Hierbij werd rekening gehouden met de invloed van geselecteerde patiënt-gerelateerde confounders en het gegeven dat clusters van patiënten bij eenzelfde POH-GGZ hoorden.

In de modellen voor de ernst van psychische klachten na 3 maanden (T1) werd rekening gehouden met de ernst van de klachten op baseline. In de modellen voor de ernst van de angstklachten na 12 maanden (T2) werden aanvullend klachternst op T1 en verwijzing naar de GB-GGZ of S-GGZ tussen T1 en T2 meegenomen.

Missende waarden voor gemeten POH-GGZ- en patiënt-gerelateerde kenmerken werden, in geval het een continue variabele betrof, opgevuld met de waarde van de mediaan op basis van de beschikbare gegevens. Ontbrekende waarden voor de ernst van psychische klachten op T2 werden geïmputeerd met behulp van multivariate regressiemodellen.

De analyses werden uitgevoerd met behulp van het statistische softwarepakket STATA versie 16.1.

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

2.3.3 Voorspellers van NMB na 3 en 12 maanden follow-up

Er werd een clustered net benefit regressie uitgevoerd om na te gaan welke geselecteerde POH-GGZ gerelateerde voorspellers samenhangen met NMB na follow-up. In het model werd rekening gehouden met de clustering van patiënten binnen de deelnemende POH's-GGZ en de invloed van geselecteerde patiënt-gerelateerde confounders (waaronder de ernst van angst- en depressieklachten op baseline, zoals gemeten met respectievelijk de GAD-7 en PHQ-9).

Missende waarden voor geselecteerde POH-GGZ- en patiënt-gerelateerde kenmerken werden, wanneer het ging om een continue variabele, opgevuld met de waarde van de mediaan uitgaande de beschikbare gegevens. Ontbrekende waarden voor NMB na 3 en 12 maanden follow-up werden geïmputeerd met behulp van een multivariate regressiemodel. De analyse werd uitgevoerd met behulp van het statistische softwarepakket STATA versie 16.1.

2.3.4 Significantieniveau

Vanwege het exploratieve karakter van het onderzoek en de relatief kleine studiepopulatie in relatie tot het grote aantal POH-GGZ- en patiënt-gerelateerde kenmerken die werden meegenomen, is ervoor gekozen om ook te rapporteren over 'borderline'-significante effecten ($p < 0,10$).

DEELONDERZOEK A:

Welke POH-GGZ gerelateerde kenmerken zijn van invloed op de effectiviteit van de hulpverlening?

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

Welke kenmerken van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ hangen samen met de ernst van angst-, depressie- en/of spanningsklachten bij patiënten na 3 en 12 maanden follow-up na intake bij de POH-GGZ?

In Hoofdstuk 3 worden de resultaten beschreven, die vervolgens in Hoofdstuk 4 worden beschouwd.

3 Resultaten

3.1 Kenmerken van deelnemende POH's-GGZ en patiënten

Ruim twee derde (68,8%) van de deelnemende POH's-GGZ was vrouw, en hun gemiddelde leeftijd was 51,2 jaar (Tabel 3.1.1). Er was sprake van 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 3.1.1 Kenmerken van POH's-GGZ (N=64)

	% , M (range)
Vrouw	68,8
Leeftijd (jaren)	51,2 (33–63)
Opleidingsachtergrond	
Anders ^a	31,8
Verpleegkundige achtergrond	68,2
Aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ	
Geen	40,6
Voltooid of mee bezig	59,4
Werkervaring als POH-GGZ (jaren)	4,9 (0–14)
<2 jaar	18,8
2 tot 4 jaar	29,7
4 tot 8 jaar	35,9
≥8 jaar	15,6
Werkervaring als hulpverlener bij psychische problemen (jaren)	22,3 (1–41)
Uren per week werkzaam als POH-GGZ	24,1 (6–40)
<16 uur	15,6
16 tot 28 uur	45,3
≥28 uur	39,1
Aantal face-to-face consulten op een typische 8-urige werkdag	9,1 (4–15)
≥10 consulten	43,8
<10 consulten	56,2
Dienstverband	
In loondienst praktijk of zzp-contract	34,4
Detacheringsovereenkomst ^b	65,6
Vaste overlegmomenten met de huisarts ^c	
Nee	46,9
Ja	53,1

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)
Wachttijd tot intake-consult	
≥2 weken	39,1
<2 weken	60,9
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering of triage	
Nooit/zelden/soms	45,3
Altijd/vaak	54,7
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij monitoren (resultaten) hulpverlening	
Nooit/zelden/soms	79,7
Altijd/vaak	20,3
Aantal uur nascholing (afgelopen 12 maanden)	
<20 uur	32,8
≥20 uur	67,2
Aantal keer intervisie/supervisie (afgelopen 12 maanden)	
<6 keer	23,4
≥6 keer	76,6

De 320 patiënten die de studiepopulatie vormden hadden op baseline (na intake bij de POH-GGZ) een gemiddelde leeftijd van 41,9 jaar, en ruim twee derde (69,4%) was vrouw (Tabel 3.1.2). De meerderheid van de patiënten had middelbaar onderwijs gevolgd (52,2%), was getrouwd of samenwonend (66,9%), had een betaalde baan (74,1%), en had geen migratieachtergrond (86,6%).

Tabel 3.1.2 Kenmerken van patiënten (N=320) op baseline (na intake bij de POH-GGZ)

	% , M (range)	Missende waarde
Vrouw	69,4	
Leeftijd (jaren)	41,9 (18–72)	1
18 tot 30 jaar	26,3	
30 tot 45 jaar	33,2	
45 tot 60 jaar	26,7	
≥60 jaar	13,8	
Opleidingsniveau ^a		
Laag	8,4	
Middelbaar	52,2	
Hoog	39,4	
Burgerlijke staat		
Getrouwd/samenwonend	66,9	
Anders ^b	33,1	
Werksituatie		11
In loondienst/zelfstandig ondernemer	74,1	
Werkloos/arbeidsongeschikt	9,1	
Anders ^c	16,8	
Migratieachtergrond ^d	86,6	
Nee	13,4	
Ja		

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 Alleenstaand, gescheiden, weduwe/weduwenaar.

c Huisvrouw/-man, student, gepensioneerd.

d Persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren.

3.2 Resultaten angstklachten (GAD-7)

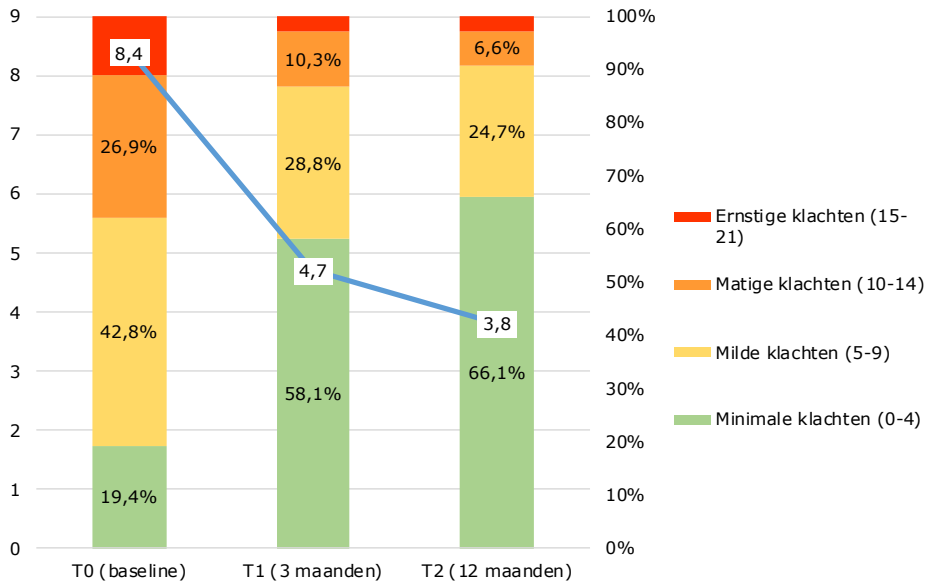
3.2.1 Beschrijvende resultaten

Figuur 3.2.1 laat zien dat op baseline (T0) ongeveer zeven op tien (69,7%) patiënten milde of matige angstklachten hadden volgens de GAD-7. Na 3 maanden (T1) was het percentage patiënten met milde of matige angstklachten gedaald naar 39,1%, en hadden de meeste patiënten (58,1%) te maken met minimale angstklachten. Het aandeel patiënten met ernstige angstklachten daalde tussen T0 en T1 van 10,9% naar 2,8%.

Na 12 maanden (T2) is het beeld verder verbeterd. Wel is de mate van verbetering in de negen maanden tussen T1 en T2 minder groot dan in de 3 maanden tussen T0 en T1. Twee derde (66,1%) van de patiënten had op T2 minimale angstklachten, en bij bijna een kwart (24,7%) van de patiënten was sprake van milde klachten. Een minderheid van de patiënten had op T2 matige (6,6%) of ernstige (2,6%) angstklachten.

Kijkend naar de gemiddelde scores op de GAD-7 op de drie meetmomenten (zie Figuur 3.2.1), is ook te zien dat de vermindering van angstklachten relatief het sterkst was tussen T0 en T1. In deze 3 maanden daalde de gemiddelde score van 8,4 (SD= 4,7) naar 4,7 (SD= 4,1). Na 12 maanden was GAD-7 score verder gedaald tot 3,8 (SD= 4,0).

Figuur 3.2.1 Ernst angstklachten van patiënten (N=320) op baseline (T0), na 3 maanden (T1) en na 12 maanden (T2)^a, zoals gemeten met de Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)



^a T2: 49 missende waarden

3.2.2 Voorspellers van ernst angstklachten (GAD-7) na 3 en 12 maanden

Selectie van mogelijke voorspellers en confounders

De LASSO methode selecteerde drie POH-GGZ gerelateerde voorspellers, waaronder één kenmerk van de geboden hulp (terugvalpreventie), en één patiënt-gerelateerde confounder (baselinescore op de GAD-7) (zie Bijlage 2, Tabel I). Gecombineerd met de a priori selectie van kenmerken zijn uiteindelijk zeven POH-GGZ gerelateerde voorspellers en drie patiënt-gerelateerde confounders opgenomen in het model voor de ernst van de angstklachten na 3 maanden (T1). In het model voor de ernst van de angstklachten na 12 maanden (T2) werden de GAD-7 score op T1 en verwijzing naar de GGZ tussen T1 en T2 als twee extra mogelijke confounders toegevoegd.

Voorspellers angstklachten na 3 maanden

Tabel 3.2.1 laat zien dat drie POH-GGZ gerelateerde kenmerken samenhangen met de ernst van de angstklachten na 3 maanden. Patiënten van POH's-GGZ die acht jaar of langer werkzaam waren als POH-GGZ hadden 'borderline'-significant ($p=0,079$) ernstigere angstklachten dan patiënten van POH's-GGZ met minder dan twee jaar werkervaring als POH-GGZ. Verder hadden patiënten van POH's-GGZ die ten minste 28 uur per week werkzaam waren als POH-GGZ significant ($p=0,025$) minder ernstige angstklachten na 3 maanden dan patiënten van POH's-GGZ die een werkweek van minder dan 16 uur hadden. Ten slotte hadden patiënten met wie de POH-GGZ had besproken hoe terugval kan worden voorkómen een significant ($p=0,027$) lagere angstscore na 3 maanden dan patiënten met wie terugvalpreventie niet was besproken.

Van de patiënt-gerelateerde confounders had alleen de baselinescore op de GAD-7 een significant effect ($p<0,001$): hoe ernstiger de angstklachten op baseline waren, des te ernstiger de angstklachten na 3 maanden waren.

Voorspellers angstklachten na 12 maanden

Zoals te zien in Tabel 3.2.1 hing geen van de POH-GGZ gerelateerde kenmerken ('borderline'-)significant samen met de ernst van de angstklachten na 12 maanden. Dit geldt dus ook voor de drie kenmerken (acht jaar of langer werkervaring als POH-GGZ, een werkweek van 28 uur of meer, en het bespreken van terugvalpreventie) die na 3 maanden nog wel een ('borderline'-)significant effect sorteerden op de klachternst.

Kijkend naar de patiënt-gerelateerde confounders, bleken alleen de angstscores op baseline en na 3 maanden significant ($p<0,001$) positief samen te hangen met de angstscore na 12 maanden.

Tabel 3.2.1 Voorspellers van de ernst van angstklachten van patiënten na 3 maanden (T1) en na 12 maanden (T2), zoals gemeten met de Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)

	Ernst angstklachten op T1		Ernst angstklachten op T2	
	OR (95% BI)	p-waarde	OR (95% BI)	p-waarde
Kenmerken professional of functie POH-GGZ				
Verpleegkundige achtergrond				
Nee	Referentie		Referentie	
Ja	0,17 (-0,61 – 0,95)	p=0,67	0,13 (-0,56 – 0,82)	p=0,70
Post-hbo opleiding tot POH-GGZ				
Geen	Referentie		Referentie	
Voltooid/mee bezig	-0,47 (-1,19 – 0,24)	p=0,19	-0,53 (-1,23 – 0,18)	p=0,14
Werkervaring als POH-GGZ				
<2 jaar	Referentie		Referentie	
2 tot 4 jaar	-0,63 (-1,52 – 0,26)	p=0,16	-0,52 (-1,53 – 0,49)	p=0,31
4 tot 8 jaar	-0,35 (-1,58 – 0,89)	p=0,56	0,29 (-1,07 – 1,66)	p=0,67
≥8 jaar	1,00 (-0,12 – 2,12)	p=0,079*	0,55 (-0,76 – 1,85)	p=0,41
Omvang werkweek als POH-GGZ				
<16 uur	Referentie		Referentie	
16 tot 28 uur	-0,65 (-2,08 – 0,77)	p=0,36	0,21 (-1,11 – 1,53)	p=0,75
≥28 uur	-1,43 (-2,67 – -0,19)	p=0,025	-0,12 (-1,21 – 0,97)	p=0,83
Aantal face-to-face consulten (typische 8-urige werkdag)				
<10 consulten	Referentie		Referentie	
≥10 consulten	-0,34 (-1,02 – 0,34)	p= 0,32	-0,12 (-0,93 – 0,69)	p=0,76
Dienstverband				
In loondienst/zzp-contract	Referentie		Referentie	
Detacherings-overeenkomst ^a	-0,18 (-1,05 – 0,69)	p=0,68	-0,34 (-1,27 – 0,59)	p=0,47
Kenmerken hulpverlening POH-GGZ aan patiënt				
Terugvalpreventie	-0,99 (-1,86 – -0,11)	p=0,027	-0,07 (-0,89 – 0,75)	P=0,87
Verwijzing naar basis-GGZ of specialistische GGZ	N.v.t.	N.v.t.	0,71 (-0,81 – 2,22)	P=0,35
Patiëntkenmerken op baseline (T0)				
Geslacht				
Man	Referentie		Referentie	
Vrouw	0,57 (-0,24 – 1,38)	p=0,16	-0,09 (-0,76 – 0,59)	p=0,79
Leeftijd (jaren)	-0,001 (-0,04 – 0,03)	p=0,79	-0,02 (-0,04 – 0,01)	p=0,17

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

* p<0,1: 'borderline'-significant

	Ernst angstklachten op T1		Ernst angstklachten op T2	
	OR (95% BI)	p-waarde	OR (95% BI)	p-waarde
Ernst angstklachten (GAD-7)	0,38 (0,29 – 0,47)	p<0,001	0,21 (0,12 – 0,31)	p<0,001
Patiëntkenmerken na 3 maanden (T1)				
Ernst angstklachten (GAD-7)	N.v.t.	N.v.t.	0,28 (0,18 – 0,38)	p<0,001

95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval.

3.3 Resultaten depressieklachten (PHQ-9)

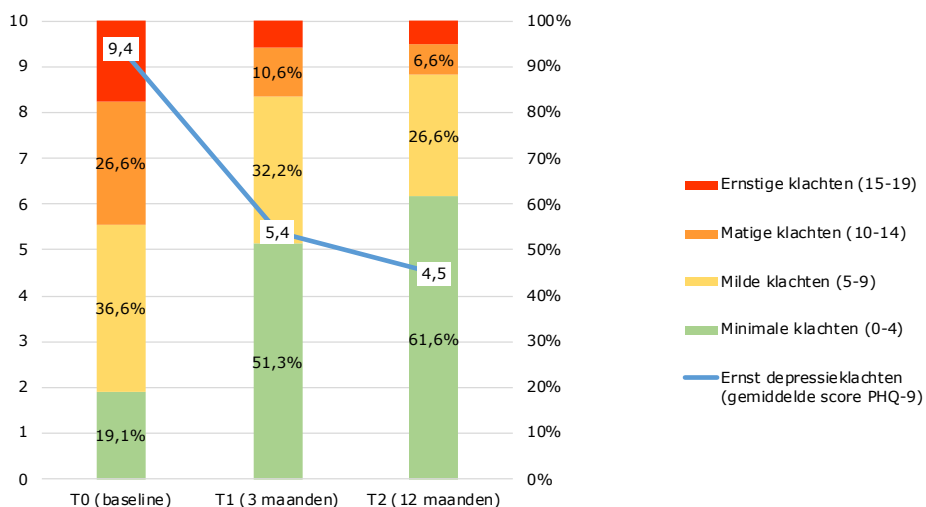
3.3.1 Beschrijvende resultaten

Op baseline (T0) had 63,2% van de patiënten milde of matige depressieklachten volgens de PHQ-9, terwijl bij 17,8% van de patiënten sprake was van ernstige depressieklachten (Figuur 3.2.2). Na 3 maanden (T1) was het aandeel patiënten met milde of matige depressieklachten gedaald naar 42,8%, en het aandeel patiënten met ernstige klachten naar 6,0%. Bij de meeste patiënten (51,3%) was op T1 sprake van minimale depressieklachten.

Na 12 maanden (T2) verbeterde het beeld verder. Wel is de mate van verbetering in de negen maanden tussen T1 en T2 minder groot dan in de 3 maanden tussen T0 en T1. Ruim 6 op de tien (61,6%) patiënten hadden op T2 minimale depressieklachten, en bij ruim een kwart (26,6%) van de patiënten was sprake van milde klachten. Na 12 maanden had een minderheid van de patiënten matige (6,6%) of ernstige (5,2%) depressieklachten.

Uit de gemiddelde scores op de PHQ-9 op de drie meetmomenten (zie Figuur 3.2.2) blijkt ook dat de vermindering van depressieklachten relatief het sterkst was tussen T0 en T1. In deze periode van 3 maanden nam de gemiddelde score af van 9,4 (SD= 5,4) naar 5,4 (SD= 4,7). Na 12 maanden was de PHQ-9 score 4,5 (SD= 4,5).

Figuur 3.3.1 Ernst depressieklachten van patiënten (N=320) op baseline (T0), na 3 maanden (T1) en na 12 maanden (T2)^a, zoals gemeten met de Patient Health Questionnaire (PHQ-9)



a T2: 49 missende waarden

3.3.2 Voorspellers van ernst depressieklachten (PHQ-9) na 3 en 12 maanden

Selectie van mogelijke voorspellers en confounders

Via de LASSO methode werden acht POH-GGZ gerelateerde voorspellers geselecteerd, en vier van de zeven patiënt-gerelateerde confounders (zie Bijlage 2, Tabel II). Gecombineerd met de a priori geselecteerde kenmerken zijn uiteindelijk 11 POH-GGZ gerelateerde voorspellers en vijf patiënt-gerelateerde confounders opgenomen in het model voor de ernst van de depressieklachten na 3 maanden (T1). In het model voor de ernst van de depressieklachten na 12 maanden (T2) werden de PHQ-9 score op T1 en verwijzing naar de GGZ tussen T1 en T2 meegenomen als twee extra mogelijke confounders.

Voorspellers depressieklachten na 3 maanden

Zoals te zien in Tabel 3.3.1 hingen drie POH-GGZ gerelateerde kenmerken samen met de ernst van de depressieklachten na 3 maanden. Patiënten van POH's-GGZ die acht jaar of langer werkzaam waren als POH-GGZ hadden significant ($p=0,010$) ernstigere depressieklachten dan patiënten van POH's-GGZ met minder dan twee jaar werkervaring als POH-GGZ. Verder hadden patiënten van POH's-GGZ die 20 uur of langer nascholing hadden gevolgd (in de afgelopen 12 maanden) een 'borderline'-significant lagere depressiescore na 3 maanden dan patiënten van POH's-GGZ die minder nascholingsuren hadden gevolgd. Ten slotte werd gevonden dat patiënten met wie de POH-GGZ had besproken hoe terugval kan worden voorkómen significant

($p=0,001$) minder ernstige depressieklachten na 3 maanden dan patiënten met wie terugvalpreventie niet was besproken.

Twee patiënt-gerelateerde confounders bleken samen te hangen met de PHQ-9 score na 3 maanden. Vrouwen hadden significant ($p=0,029$) ernstige depressieklachten na 3 maanden dan mannen. Daarnaast was de baselinescore op de PHQ-9 significant ($p<0,001$) positief gerelateerd aan de depressiescore na 3 maanden.

Voorspellers depressieklachten na 12 maanden

Tabel 3.3.1 laat zien dat de drie POH-GGZ gerelateerde kenmerken (acht jaar of langer werkervaring als POH-GGZ, 20 uur of langer nascholing hebben gevolgd, en het bespreken van terugvalpreventie) die ('borderline'-)significant samenhangen met de depressiescore na 3 maanden, geen ('borderline'-)significant effect meer hadden op de depressiescore na 12 maanden. Twee andere POH-GGZ gerelateerde kenmerken hingen hier wel mee samen. Patiënten van POH's-GGZ die de aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ hadden gevolgd of hiermee bezig waren, hadden na 12 maanden 'borderline'-significant ($p=0,054$) minder ernstige depressieklachten dan patiënten van POH's-GGZ die deze aanvullende opleiding niet hadden gevolgd of volgden. Verder hadden patiënten van POH's-GGZ die zes keer of vaker intervisie of supervisie hebben gehad (in de afgelopen 12 maanden) een 'borderline'-significant ($p=0,063$) lagere depressiescore na 12 maanden dan patiënten van POH's-GGZ die minder vaak intervisie of supervisie hebben gehad.

Kijkend naar de patiënt-gerelateerde confounders, bestond er na 12 maanden geen significant verschil meer tussen vrouwen en mannen wat betreft ernst van de depressieklachten. Wel bleek een hogere leeftijd significant ($p=0,010$) samen te hangen met een lagere depressiescore. Bovendien had de gemengde groep huisvrouwen/-mannen, studenten en gepensioneerden na 12 maanden 'borderline'-significant ($p=0,061$) ernstigere depressieklachten dan de groep patiënten met een betaalde baan. Ten slotte hingen de depressiescores op baseline en na 3 maanden significant ($p<0,001$) positief samen met de depressiescore na 12 maanden.

Tabel 3.3.1 Voorspellers van de ernst van depressieklachten van patiënten na 3 maanden (T1) en na 12 maanden (T2), zoals gemeten met de Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

	Ernst depressieklachten op T1		Ernst depressieklachten op T2	
	OR (95% BI)	p-waarde	OR (95% BI)	p-waarde
Kenmerken professional of functie POH-GGZ				
Verpleegkundige achtergrond				
Nee	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Ja	-0,12 (-1,44 – 1,19)	p=0,85	-0,42 (-1,52 – 0,67)	p=0,44
Post-hbo opleiding tot POH-GGZ				
Geen	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Voltooid/mee bezig	-0,68 (-1,65 – 0,29)	p=0,17	-0,78 (-1,57 – 0,01)	p=0,054*
Werkervaring als POH-GGZ				
<2 jaar	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
2 tot 4 jaar	-0,39 (-1,86 – 1,09)	p=0,16	0,05 (-1,14 – 1,23)	p=0,94
4 tot 8 jaar	0,44 (-1,35 – 2,24)	p=0,62	0,78 (-0,82 – 2,38)	p=0,34
≥8 jaar	2,44 (0,60 – 4,29)	p=0,010	1,30 (-0,44 – 3,04)	p=0,14
Omvang werkweek als POH-GGZ				
<16 uur	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
16 tot 28 uur	0,40 (-1,39 – 2,20)	p=0,65	-0,02 (-1,66 – 1,61)	p=0,98
≥28 uur	-0,84 (-2,60 – 0,92)	p=0,34	-0,86 (-2,52 – 0,80)	p=0,30
Aantal face-to-face consulten (typische 8-urige werkdag)				
<10 consulten	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
≥10 consulten	0,10 (-0,72 – 0,91)	p= 0,82	-0,02 (-0,79 – 0,74)	p=0,95
Dienstverband				
In loondienst/ zzp-contract				
Detacherings- overeenkomst ^a	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
	-0,23 (-1,31 – 0,85)	p=0,67	-0,20 (-1,25 – 0,85)	p=0,70
Aantal uur nascholing (afgelopen 12 mnd.)				
<20 uur	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
≥20 uur	-0,86 (-1,84 – 0,11)	p=0,083*	-0,09 (-0,88 – 1,06)	p=0,85
Aantal keer interventie/supervisie (afgelopen 12 mnd.)				
<6 keer	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
≥6 keer	-1,04 (-2,46 – 0,37)	p=0,15	-1,08 (-2,23 – 0,06)	p=0,063*
Kenmerken hulpverlening POH-GGZ aan patiënt				
Terugvalpreventie	-1,80 (-2,86 – -0,74)	p=0,001	-0,16 (-1,21 – 0,89)	p=0,76
Cognitief-gedrags-therapeutische technieken	0,29 (-0,51 – 1,09)	p=0,47	-0,33 (-1,45 – 0,79)	p=0,56

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

* p<0,1: 'borderline'-significant.

	Ernst depressieklachten op T1		Ernst depressieklachten op T2	
	OR (95% BI)	p-waarde	OR (95% BI)	p-waarde
Mindfulness- en/of ontspanningsoefeningen	0,45 (-0,57 – 1,48)	p=0,38	-0,47 (-1,17 – 0,23)	p=0,19
Verwijzing naar basis-GGZ of specialistische GGZ	N.v.t.	N.v.t.	1,2 (-0,67 – 3,07)	p=0,21
Patiëntkenmerken op baseline (T0)				
Geslacht				
Man	Referentie		Referentie	
Vrouw	0,92 (0,10 – 1,75)	p=0,029	-0,12 (-1,11 – 0,87)	p=0,82
Leeftijd (jaren)	-0,01 (-0,04 – 0,02)	p=0,45	-0,05 (-0,08 – -0,01)	p=0,010
Burgerlijke staat				
Alleenstaand, gescheiden, weduwe/weduwenaar	Referentie		Referentie	
Getrouwd/samenwonend	-0,64 (-1,67 – 0,40)	P=0,22	0,07 (-0,95 – 1,10)	p=0,89
Werk situatie				
In loondienst/zelfstandig ondernemer	Referentie		Referentie	
Huisvrouw/-man, student, gepensioneerd	0,61 (-0,43 – 1,64)	p=0,24	1,54 (-0,73 – 3,15)	p=0,061*
Werkloos/arbeidsongeschikt	1,79 (-0,43 – 4,02)	p=0,11	1,32 (-0,48 – 3,11)	p=0,15
Ernst depressieklachten (PHQ-9)	0,48 (0,38 – 0,60)	p<0,001	0,20 (0,10 – 0,29)	p<0,001
Patiëntkenmerken na 3 maanden (T1)				
Ernst depressieklachten (PHQ-9)	N.v.t.	N.v.t.	0,28 (0,15 – 0,41)	p<0,001

95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval.

* p<0,1: 'borderline'-significant.

3.4 Resultaten angstklachten (angstschaal 4DKL)

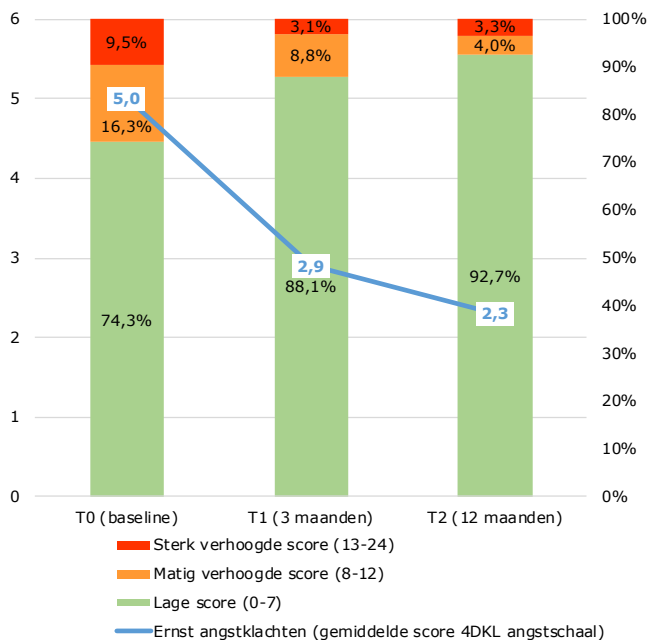
3.4.1 Beschrijvende resultaten

Figuur 3.4.1 laat zien dat op baseline (T0) ongeveer driekwart (74,3%) van de patiënten een lage score op de angstschaal van de 4DKL had. Na 3 maanden (T1) was het aandeel patiënten met een lage score gestegen naar 88,1%. Tussen T0 en T1 daalde het percentage patiënten met een matig verhoogde score van 16,3% naar 8,8%, en het percentage patiënten met een sterk verhoogde score van 9,5% naar 3,3%.

Na 12 maanden (T2) is het beeld nog wat positiever. De mate van verbetering in de negen maanden tussen T1 en T2 is wel minder groot dan in de 3 maanden tussen T0 en T1. Op T2 had ruim negen op de tien (92,7%) van de patiënten een lage score. Bij een minderheid van de patiënten was sprake van een matig (4,0%) of sterk (3,3%) verhoogde score.

Ook wanneer naar de gemiddelde scores op de angstschaal van de 4DKL wordt gekeken (zie Figuur 3.4.1), is de vermindering van angstklachten verhoudingsgewijs het sterkst was tussen T0 en T1. In deze 3 maanden nam de gemiddelde score af van 5,0 (SD= 4,7) naar 2,9 (SD= 3,7). Na 12 maanden was gemiddelde score verder gedaald tot 2,3 (SD= 3,8).

Figuur 3.4.1 Ernst angstklachten van patiënten (N=320) op baseline (T0)^a, na 3 maanden (T1) en na 12 maanden (T2)^b, zoals gemeten met de angstschaal van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)



a T0: 13 missende waarden; b T2: 49 missende waarden

3.4.2 Voorspellers van ernst angstklachten (angstschaal 4DKL) na 3 en 12 maanden

Selectie van mogelijke voorspellers en confounders

De LASSO methode selecteerde twee POH-GGZ gerelateerde voorspellers (waaronder geen kenmerk van de verleende hulp) en één patiënt-gerelateerde confounder (baselinescore op de angstschaal van 4DKL) (zie Bijlage 2, Tabel III). Gecombineerd met de a priori selectie van kenmerken zijn uiteindelijk zes POH-GGZ gerelateerde voorspellers en drie patiënt-gerelateerde confounders opgenomen in het model voor de ernst van de angstklachten na 3 maanden (T1). De angstscore op T1 en verwijzing naar de GGZ tussen T1 en T2 werden als twee extra mogelijke confounders toegevoegd aan het model voor de ernst van de angstklachten na 12 maanden (T2).

Voorspellers angstklachten na 3 maanden

Tabel 3.4.1 laat zien dat twee POH-GGZ gerelateerde kenmerken samenhangen met de ernst van de angstklachten na 3 maanden. Patiënten van POH's-GGZ die acht jaar of langer werkzaam waren als POH-GGZ hadden 'borderline'-significant ($p=0,062$) ernstigere angstklachten dan patiënten van POH's-GGZ met minder dan twee jaar werkervaring als POH-GGZ. Daarnaast hadden patiënten van POH's-GGZ die 20 uur of langer nascholing hadden gevolgd (in de afgelopen 12 maanden) een significant lagere depressiescore na 3 maanden dan patiënten van POH's-GGZ die minder nascholingsuren hadden gevolgd.

Kijkend naar de patiënt-gerelateerde confounders, was alleen de baselinescore op de angstschaal van de 4DKL significant ($p<0,001$) positief gerelateerd aan de angstscore na 3 maanden.

Voorspellers angstklachten na 12 maanden

Zoals te zien in Tabel 3.4.1 hadden de twee POH-GGZ gerelateerde kenmerken (acht jaar of langer werkervaring als POH-GGZ, en 20 uur of langer nascholing hebben gevolgd) die een ('borderline'-)significant effect hadden op de angstscore na 3 maanden, na 12 maanden geen ('borderline'-)significant effect meer op de angstscore. Wel bleek dat patiënten van POH's-GGZ die normaliter 10 of meer face-to-face consulten op een werkdag hadden, na 12 maanden 'borderline'-significant ($p=0,071$) minder ernstige angstklachten hadden dan patiënten van POH's-GGZ die gewoonlijk minder dan 10 consulten per werkdag hadden.

Wat betreft de patiënt-gerelateerde confounders, hingen alleen de angstscores op baseline ($p=0,004$) en na 3 maanden ($p<0,001$) significant positief samen met de angstscore na 12 maanden.

Tabel 3.4.1 Voorspellers van de ernst van angstklachten van patiënten na 3 maanden (T1) en na 12 maanden (T2), zoals gemeten met de angstschaal van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)

	Ernst angstklachten op T1		Ernst angstklachten op T2	
	OR (95% BI)	p-waarde	OR (95% BI)	p-waarde
Kenmerken professional of functie POH-GGZ				
Verpleegkundige achtergrond				
Nee	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Ja	-0,36 (-1,08 – 0,35)	p=0,32	0,26 (-0,44 – 0,96)	p=0,46
Post-hbo opleiding tot POH-GGZ				
Geen	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Voltooid/mee bezig	-0,30 (-1,02 – 0,43)	p=0,42	-0,23 (-0,88 – 0,43)	p=0,49
Werkervaring als POH-GGZ				
<2 jaar	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
2 tot 4 jaar	-0,05 (-0,93 – 0,84)	p=0,92	-0,64 (-1,80 – 0,53)	p=0,28
4 tot 8 jaar	0,47 (-0,35 – 1,29)	p=0,26	-0,20 (-1,52 – 1,13)	p=0,77
≥8 jaar	1,48 (-0,08 – 3,04)	p=0,062*	-0,05 (-1,46 – 1,36)	p=0,95
Aantal face-to-face consulten (typische 8-urige werkdag)				
<10 consulten	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
≥10 consulten	-0,08 (-0,72 – 0,56)	p= 0,81	-0,62 (-1,29 – 0,05)	p=0,071*
Dienstverband				
In loondienst/zzp-contract	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Detacherings-overeenkomst ^a	0,08 (-0,73 – 0,89)	p=0,85	-0,17 (-0,94 – 0,60)	p=0,66
Aantal uur nascholing (afgelopen 12 mnd.)				
<20 uur	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
≥20 uur	-0,86 (-1,53 – -0,19)	p=0,012	0,18 (-0,53 – 0,90)	p=0,61
Kenmerken hulpverlening POH-GGZ aan patiënt				
Verwijzing naar basis-GGZ of specialistische GGZ	N.v.t.	N.v.t.	0,25 (-1,26 – 1,76)	p=0,74
Patiëntkenmerken op baseline (T0)				
Geslacht				
Man	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Vrouw	-0,01 (-0,73 – 0,72)	p=0,98	0,13 (-0,49 – 0,75)	p=0,68
Leeftijd (jaren)	0,01 (-0,01 – 0,04)	p=0,27	-0,01 (-0,03 – 0,02)	p=0,69
Ernst angstklachten (4DKL)	0,43 (0,35 – 0,53)	p<0,001	0,19 (0,06 – 0,32)	p=0,004
Patiëntkenmerken na 3 maanden (T1)				
Ernst angstklachten (4DKL)	N.v.t.	N.v.t.	0,40 (0,24 – 0,57)	p<0,001

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

95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval.

* p<0,1: 'borderline'-significant.

3.5 Resultaten depressieklachten (depressieschaal 4DKL)

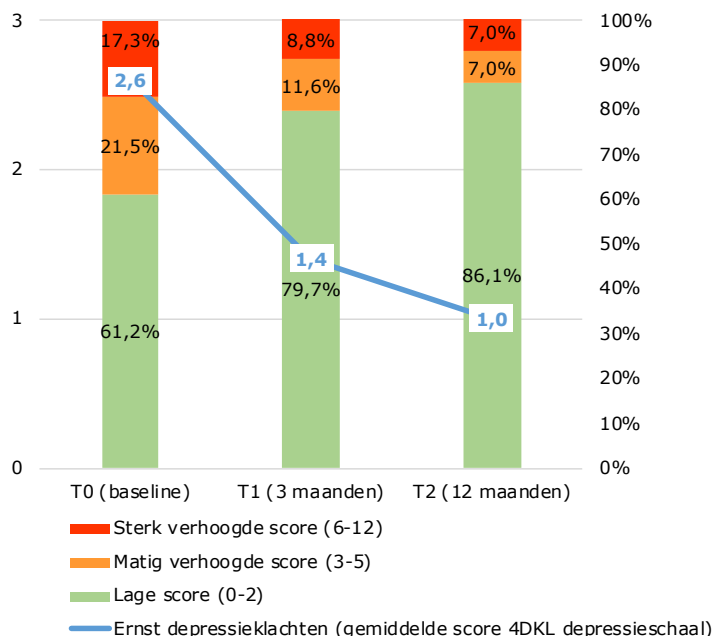
3.5.1 Beschrijvende resultaten

Zoals te zien in Figuur 3.5.1, had op baseline (T0) ongeveer 6 op de tien (61,2%) van de patiënten een lage score op de depressieschaal van de 4DKL. Na 3 maanden (T1) was het percentage patiënten met een lage score toegenomen naar 79,7%. Tussen T0 en T1 daalde het aandeel patiënten met een matig verhoogde score van 21,5% naar 11,6%, en het aandeel patiënten met een sterk verhoogde score van 17,3% naar 8,8%.

Na 12 maanden (T2) verbeterde het beeld verder. Wel is de mate van verbetering in de negen maanden tussen T1 en T2 minder sterk dan in de 3 maanden tussen T0 en T1. Het percentage patiënten met een matig verhoogde depressiescore daalde verder naar 7,0%; dit gold ook voor het percentage patiënten met een sterk verhoogde depressiescore.

Uit de gemiddelde depressiescores op de drie meetmomenten (zie Figuur 3.5.1) blijkt ook dat de angstklachten relatief het sterkst verminderden tussen T0 en T1. In deze 3 maanden nam de gemiddelde score op de depressieschaal van de 4DKL af van 2,6 (SD= 3,1) naar 1,4 (SD= 2,5). Na 12 maanden was de score verder afgenomen naar 1,0 (SD= 2,3).

Figuur 3.5.1 Ernst depressieklachten van patiënten (N=320) op baseline (T0)^a, na 3 maanden (T1) en na 12 maanden (T2)^b, zoals gemeten met de depressieschaal van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)



a T0: 13 missende waarden; b T2: 49 missende waarden

3.5.2 Voorspellers van ernst depressieklachten (depressieschaal 4DKL) na 3 en 12 maanden

Selectie van mogelijke voorspellers en confounders

De LASSO methode selecteerde vier POH-GGZ gerelateerde voorspellers, waaronder één kenmerk van de geboden hulp (aantal huiswerkopdrachten), en één patiënt-gerelateerde confounder (baselinescore op de depressieschaal van de 4DKL) (zie Bijlage 2, Tabel IV). Gecombineerd met de a priori geselecteerde kenmerken zijn uiteindelijk negen POH-GGZ gerelateerde voorspellers en drie patiënt-gerelateerde confounders opgenomen in het model voor de ernst van de depressieklachten na 3 maanden (T1). De depressiescore op T1 en verwijzing naar de GGZ tussen T1 en T2 werden als twee extra potentiële confounders meegenomen in het model voor de ernst van de depressieklachten na 12 maanden (T2).

Voorspellers depressieklachten na 3 maanden

Tabel 3.5.2 laat zien dat drie POH-GGZ gerelateerde kenmerken gerelateerd waren aan de ernst van de depressieklachten na 3 maanden. Een oudere leeftijd als POH-GGZ hing 'borderline'-significant ($p=0,094$) samen met een hogere depressiescore na 3 maanden. Verder hadden patiënten van POH's-GGZ die acht jaar of langer werkzaam waren als POH-GGZ na 3 maanden 'borderline'-significant ($p=0,053$) ernstigere depressieklachten dan patiënten van POH's-GGZ met minder dan twee jaar werkervaring als POH-GGZ. Ten slotte hadden patiënten van POH's-GGZ die ten minste 28 uur per week werkzaam waren als POH-GGZ significant ($p=0,046$) minder ernstige depressieklachten na 3 maanden dan patiënten van POH's-GGZ die een werkweek van minder dan 16 uur hadden.

Als gekeken wordt naar patiënt-gerelateerde confounders was alleen de baselinescore op de depressieschaal van de 4DKL significant ($p<0,001$) positief gerelateerd aan de depressiescore na 3 maanden.

Voorspellers depressieklachten na 12 maanden

Tabel 3.5.2 geeft weer dat de drie POH-GGZ gerelateerde kenmerken (leeftijd, acht jaar of langer werkervaring als POH-GGZ, en een werkweek van 28 uur of meer) die ('borderline'-)significant samenhangen met de depressiescore na 3 maanden, geen ('borderline'-)significant effect meer hadden op de depressiescore na 12 maanden. Wel werd gevonden dat het krijgen van meer huiswerkopdrachten 'borderline'-significant ($p=0,068$) samenhang met minder ernstige depressieklachten na 12 maanden.

Wat betreft de patiënt-gerelateerde confounders, hingen alleen de depressiescores op baseline ($p<0,001$) en na 3 maanden ($p=0,001$) significant positief samen te hangen met de depressiescore na 12 maanden.

Tabel 3.5.2 Voorspellers van de ernst van depressieklachten van patiënten na 3 maanden (T1) en na 12 maanden (T2), zoals gemeten met de depressieschaal van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)

	Ernst depressieklachten op T1		Ernst depressieklachten op T2	
	OR (95% BI)	p-waarde	OR (95% BI)	p-waarde
Kenmerken professional of functie POH-GGZ				
Leeftijd	0,05 (-0,01 – 0,10)	p=0,094*	0,01 (-0,02 – 0,04)	p=0,52
Verpleegkundige achtergrond				
Nee	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Ja	-0,32 (-1,33 – 0,69)	p=0,54	0,08 (-0,28 – 0,44)	p=0,66
Post-hbo opleiding tot POH-GGZ				
Geen	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Voltooid/mee bezig	-0,04 (-0,63 – 0,55)	p=0,90	-0,27 (-0,66 – 0,13)	p=0,19
Werkervaring als POH-GGZ				
<2 jaar	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
2 tot 4 jaar	0,17 (-0,58 – 0,92)	p=0,65	-0,15 (-0,65 – 0,34)	p=0,53
4 tot 8 jaar	0,11 (-0,74 – 0,96)	p=0,80	-0,06 (-0,72 – 0,61)	p=0,87
≥8 jaar	0,89 (-0,01 – 1,79)	p=0,053*	-0,16 (-1,20 – 0,89)	p=0,76
Werkervaring als hulpverlener bij psychische problemen				
<10 jaar	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
10 tot 20 jaar	-0,22 (-1,40 – 0,95)	p=0,70	-0,11 (-0,71 – 0,50)	p=0,72
20 tot 30 jaar	-0,23 (-1,56 – 1,11)	p=0,73	-0,04 (-0,81 – 0,74)	p=0,93
≥30 jaar	-0,92 (-2,25 – 0,42)	p=0,18	-0,26 (-1,28 – 0,77)	p=0,62
Omvang werkweek als POH-GGZ				
<16 uur	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
16 tot 28 uur	-0,49 (-1,63 – 0,66)	p=0,40	-0,29 (-1,08 – 0,50)	p=0,47
≥28 uur	-1,10 (-2,19 – -0,02)	p=0,046*	-0,56 (-1,30 – 0,18)	p=0,13
Aantal face-to-face consulten (typische 8-urige werkdag)				
<10 consulten	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
≥10 consulten	-0,19 (-0,79 – 0,42)	p= 0,54	-0,26 (-0,65 – 0,12)	p= 0,18
Dienstverband				
In loondienst/zzp-contract	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Detacheringsovereenkomst ^a	0,17 (-0,62 – 0,95)	p=0,67	-0,13 (-0,53 – 0,27)	p=0,51
Kenmerken hulpverlening POH-GGZ aan patiënt				
Aantal huiswerkopdrachten	-0,02 (-0,15 – 0,11)	p=0,79	-0,09 (-0,18 – 0,01)	p=0,068*

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

* p<0,1: 'borderline'-significant.

	Ernst depressieklachten op T1		Ernst depressieklachten op T2	
	OR (95% BI)	p-waarde	OR (95% BI)	p-waarde
Verwijzing naar basis-GGZ of specialistische GGZ	N.v.t.	N.v.t.	0,25 (-0,61 – 1,11)	p=0,57
Patiëntkenmerken op baseline (T0)				
Geslacht				
Man	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Vrouw	0,08 (-0,39 – 0,55)	p=0,73	-0,13 (-0,57 – 0,31)	p=0,56
Leeftijd (jaren)	0,01 (-0,01 – 0,03)	p=0,29	-0,01 (-0,03 – 0,01)	p=0,23
Ernst depressieklachten (4DKL)	0,44 (0,33 – 0,56)	p<0,001	0,21 (0,12 – 0,43)	p<0,001
Patiëntkenmerken na 3 maanden (T1)				
Ernst depressieklachten (4DKL)	N.v.t.	N.v.t.	0,28 (0,12 – 0,43)	p=0,001

95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval.

3.6 Resultaten spanningsklachten (distress-schaal 4DKL)

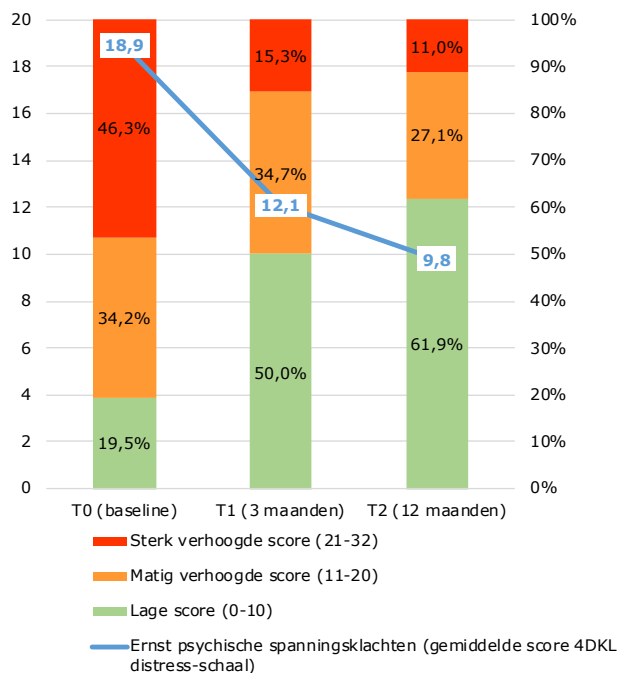
3.6.1 Beschrijvende resultaten

Figuur 3.6.1 geeft weer dat op baseline (T0) ongeveer een derde (34,2%) van de patiënten een matig verhoogde score had op de distress-schaal van de 4DKL. Verder had bijna de helft (46,3%) van de patiënten een sterk verhoogde score, terwijl bij ongeveer twee op de tien (19,5%) patiënten sprake was van een lage score. Tussen T0 en T1 steeg het percentage patiënten met een lage score naar 50%, terwijl het percentage patiënten met een sterk verhoogde score daalde naar 15,3%. Het aandeel patiënten met een matig verhoogde score bleef vrijwel gelijk.

Na 12 maanden (T2) is er sprake van een verdere verbetering. Wel is de mate van verbetering in de negen maanden tussen T1 en T2 minder groot dan in de 3 maanden tussen T0 en T1. Zes op de tien (61,9%) van de patiënten had op T2 een lage distress-score, en bij ruim een kwart (27,1%) van de patiënten was sprake van een matige verhoogde score. Het aandeel patiënten met een sterk verhoogde score was verder afgenomen naar 11,0%.

De gemiddelde scores op de distress-schaal van de 4DKL op de drie meetmomenten (zie Figuur 3.6.1) laten ook zien dat de spanningsklachten verhoudingsgewijs het sterkst verminderden tussen T0 en T1. In deze 3 maanden daalde de gemiddelde distress-score van 18,9 (SD= 7,7) naar 12,1 (SD= 7,7). Na 12 maanden was de score verder afgenomen naar 9,8 (SD= 7,2).

Figuur 3.6.1 Ernst psychische spanningsklachten van patiënten (N=320) op baseline (T0)^a, na 3 maanden (T1) en na 12 maanden (T2)^b, zoals gemeten met de distress-schaal van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)



a T0: 13 missende waarden; b T2: 49 missende waarden

3.6.2 Voorspellers van ernst spanningsklachten (distress-schaal 4DKL) na 3 en 12 maanden

Selectie van mogelijke voorspellers en confounders

De LASSO methode selecteerde acht POH-GGZ gerelateerde voorspellers, waaronder drie kenmerken van de geboden hulp (terugvalpreventie, cognitief-gedragstherapeutische technieken, en oplossingsgerichte therapie en/of problem solving treatment), en één patiënt-gerelateerde confounder (baselinescore op de distress-schaal van de 4DKL) (zie Bijlage 2, Tabel V). Gecombineerd met de a priori geselecteerde kenmerken zijn uiteindelijk 10 POH-GGZ gerelateerde voorspellers en zes patiënt-gerelateerde confounders opgenomen in het model voor de ernst van de spanningsklachten na 3 maanden (T1). De distress-score op T1 en verwijzing naar de GGZ tussen T1 en T2 zijn als twee extra mogelijke confounders meegenomen in het model voor de ernst van de spanningsklachten na 12 maanden (T2).

Voorspellers spanningsklachten na 3 maanden

Zoals te zien in Tabel 3.6.1 hingen drie POH-GGZ gerelateerde kenmerken samen met de ernst van de spanningsklachten na 3 maanden. Patiënten van POH's-GGZ die de aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ hadden gevolgd of hiermee bezig waren, hadden na 3 maanden significant ($p=0,023$) minder ernstige spanningsklachten dan patiënten van POH's-GGZ die deze aanvullende opleiding niet hadden gevolgd of volgden.

Verder hadden patiënten met wie de POH-GGZ had besproken hoe terugval kan worden voorkómen een significant ($p=0,001$) minder ernstige spanningsklachten na 3 maanden dan patiënten met wie terugvalpreventie niet was besproken. Ten slotte hadden patiënten bij wie de POH-GGZ cognitief-gedragstherapeutische (CGT) technieken had toegepast, een 'borderline'-significant hogere distress-score na 3 maanden dan patiënten bij wie deze technieken niet waren gebruikt.

Drie patiënt-gerelateerde confounders bleken een effect te hebben op de spanningsklachten na 3 maanden. Getrouwde en/of samenwonende patiënten hadden na 3 maanden significant ($p=0,024$) minder ernstige spanningsklachten dan patiënten die alleenstaand, gescheiden of weduwe/weduwenaar waren. Verder hadden werklozen of arbeidsongeschikten 'borderline'-significant ($p=0,094$) ernstigere spanningsklachten dan patiënten met een betaalde baan. Ten slotte hing de baseline distress-score significant ($p<0,001$) positief samen met de score na 3 maanden.

Voorspellers spanningsklachten na 12 maanden

Tabel 3.6.1 laat zien dat geen van de POH-GGZ gerelateerde kenmerken ('borderline'-) significant samenhang met de ernst van de spanningsklachten na 12 maanden. Dit geldt dus ook voor de drie kenmerken (post-hbo opleiding tot POH-GGZ, terugvalpreventie, en CGT-technieken) die na 3 maanden nog wel een ('borderline'-)significant effect sorteerden op de klachtenst. Wel was de p-waarde relatief laag (0,11) voor het effect van het hebben gevolgd of volgen van de aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ.

Kijkend naar de patiënt-gerelateerde confounders, waren ook de eerder beschreven ('borderline'-)significante effecten op de spanningsklachten na 3 maanden niet meer waarneembaar na 12 maanden (Tabel 3.6.1). Wel hadden andere kenmerken invloed. De gemengde groep huisvrouwen/-mannen, studenten en gepensioneerden hadden na 12 maanden een significant ($p=0,046$) hogere distress-score dan de groep patiënten met een betaalde baan. Verder hadden patiënten met een migratieachtergrond significant ($p=0,047$) ernstigere spanningsklachten dan patiënten zonder migratieachtergrond. Ten slotte hingen de distress-scores op baseline en na 3 maanden significant ($p<0,001$) positief samen met de distress-score na 12 maanden.

Tabel 3.6.1 Voorspellers van de ernst van spanningsklachten van patiënten na 3 maanden (T1) en na 12 maanden (T2), zoals gemeten met de distress-schaal van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)

	Ernst spanningsklachten op T1		Ernst spanningsklachten op T2	
	OR (95% BI)	p-waarde	OR (95% BI)	p-waarde
Kenmerken professional of functie POH-GGZ				
Verpleegkundige achtergrond				
Nee	Referentie		Referentie	
Ja	-0,23 (-2,36 – 1,90)	$p=0,83$	0,40 (-0,92 – 1,72)	$p=0,55$
Post-hbo opleiding tot POH-GGZ				
Geen	Referentie		Referentie	
Voltooid/mee bezig	-1,72 (-3,18 – -0,25)	$p=0,023$	-0,91 (-2,03 – -0,21)	$p=0,11$
Werkervaring als POH-GGZ				
<2 jaar	Referentie		Referentie	
2 tot 4 jaar	-0,45 (-2,56 – 1,66)	$p=0,67$	-0,78 (-2,48 – 0,92)	$p=0,36$
4 tot 8 jaar	-0,34 (-2,80 – 2,12)	$p=0,78$	-0,36 (-2,50 – 1,78)	$p=0,74$
≥8 jaar	2,10 (-0,59 – 4,80)	$p=0,12$	0,47 (-1,69 – 2,64)	$p=0,66$
Omvang werkweek als POH-GGZ				
<16 uur	Referentie		Referentie	
16 tot 28 uur	-0,91 (-4,00 – 2,19)	$p=0,56$	-0,02 (-2,19 – 2,15)	$p=0,99$
≥28 uur	-2,26 (-5,22 – 0,70)	$p=0,13$	-1,67 (-3,84 – 0,51)	$p=0,13$
Aantal face-to-face consulten (typische 8-urige werkdag)				
<10 consulten	Referentie		Referentie	
≥10 consulten	-0,46 (-1,79 – 0,87)	$p=0,49$	-0,87 (-2,26 – 0,53)	$p=0,22$

	Ernst spanningsklachten op T1		Ernst spanningsklachten op T2	
	OR (95% BI)	p-waarde	OR (95% BI)	p-waarde
Dienstverband				
In loondienst/zzp-contract	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Detacheringsovereenkomst ^a	-0,67 (-2,40 – 1,05)	p=0,44	0,56 (-1,01 – 2,13)	p=0,48
Kenmerken hulpverlening POH-GGZ aan patiënt				
Terugvalpreventie	-3,03 (-4,77 – -1,30)	p=0,001	-0,29 (-1,73 – 1,16)	p=0,69
Cognitief-gedrags-therapeutische technieken	1,27 (-0,56 – 2,69)	p=0,080*	-0,23 (-1,77 – 1,32)	p=0,77
Mindfulness- en/of ontspanningsoefeningen	0,74 (-0,99 – 2,48)	p=0,39	-0,14 (-1,29 – 1,01)	p=0,81
Verwijzing naar basis-GGZ of specialistische GGZ	N.v.t.	N.v.t.	1,71 (-0,74 – 4,17)	p=0,17
Patiëntkenmerken op baseline (T0)				
Geslacht				
Man	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Vrouw	0,00 (-1,76 – 1,76)	p=0,99	-0,52 (-1,84 – 0,80)	p=0,43
Leeftijd (jaren)	0,04 (-0,02 – 0,09)	p=0,19	-0,03 (-0,08 – 0,03)	p=0,35
Burgerlijke staat				
Alleenstaand, gescheiden, weduwe/weduwnaar	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Getrouwd/samenwonend	-1,88 (-3,49 – -0,26)	p=0,024	0,82 (-0,76 – 2,39)	p=0,30
Werk situatie				
In loondienst/zelfstandig ondernemer	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Huisvrouw/-man, student, gepensioneerd	0,71 (-1,07 – 2,49)	p=0,43	1,72 (0,03 – 3,41)	p=0,046
Werkloos/arbeidsongeschikt	3,21 (-0,57 – 6,99)	p=0,094*	1,66 (-1,35 – 4,68)	p=0,27
Migratieachtergrond				
Nee	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Ja ^b	1,61 (-0,68 – 3,91)	p=0,16	1,83 (0,03 – 3,64)	p=0,047
Ernst spanningsklachten (4DKL)	0,50 (0,40 – 0,60)	p<0,001	0,16 (0,08 – 0,25)	p<0,001
Patiëntkenmerken na 3 maanden (T1)				
Ernst spanningsklachten (4DL)	N.v.t.	N.v.t.	0,39 (0,27 – 0,51)	p<0,001

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

b Persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren.

95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval. * p<0,1: 'borderline'-significant.

4 Beschouwing en conclusie

4.1 Beschrijvende resultaten

Dit deelonderzoek laat zien dat POH's-GGZ hulp verlenen aan volwassen patiënten (van 18 jaar of ouder) met verschillende gradaties van ernst van angst-, depressie- en/of spanningsklachten. De ernstscores van de diverse angst- en depressievragenlijsten (GAD-7, PHQ-9, en de angst- en depressieschalen van de 4DKL) geven in het algemeen aan dat de meeste patiënten zich bij intake bij de POH-GGZ presenteren met milde tot matige angst- of depressieklachten, en dat een minderheid te maken heeft met ernstige angst- of depressieklachten. Voor psychische spanningsklachten was een andere verdeling naar ernstgradatie te zien: bijna de helft (46,3%) van de patiënten bleek een sterk verhoogde score te hebben op de distress-schaal van de 4DKL.

Gemiddeld genomen verminderde de ernst van de psychische klachten relatief sterk tussen het moment van intake bij de POH-GGZ en het eerste follow-up meetmoment na 3 maanden, ongeacht het type klachten. De gemiddelde ernst van de angst- en depressieklachten daalde na 3 maanden met 42% tot 46%, afhankelijk van naar welke vragenlijst wordt gekeken¹⁴ De gemiddelde ernst van de spanningsklachten was 3 maanden na intake met 36% afgenomen¹⁵ Deze bevindingen lijken erop te wijzen dat de hulpverlening van de POH-GGZ (die grotendeels plaatsvindt in de 3 maanden na intake) effectief is in het verminderen van angst-, depressie- en spanningsklachten. Hierbij dient de kanttekening te worden geplaatst dat het onderzoek een cohortstudie betrof, en dat er geen vergelijking kon worden gemaakt met een controlegroep van patiënten die geen hulp van een POH-GGZ hebben ontvangen.¹⁶ Met andere woorden: op basis van dit onderzoek kan geen causale relatie worden gelegd tussen de hulpverlening van de POH-GGZ en de vermindering van psychische klachten.

Na 12 maanden – het tweede follow-up meetmoment – was de gemiddelde ernst van de psychische klachten van patiënten verder verminderd. Wel was de mate van verbetering in de negen maanden tussen het eerste en tweede follow-up moment minder groot dan in de eerste 3 maanden na het intakegesprek bij de POH-GGZ. De gemiddelde ernstscores waren na 12 maanden gedaald met 17% tot 29% (afhankelijk van naar

14 GAD-7: $((4,7-8,4)/8,4) \times 100\% = -44,0\%$; PHQ-9: $((5,4-9,4)/9,4) \times 100\% = -42,6\%$; 4DKL angstschaal: $((2,9-5,0)/5,0) \times 100\% = -42,0\%$; 4DKL depressieschaal: $((1,4-2,6)/2,6) \times 100\% = -46,0\%$

15 4DKL distress-schaal: $((12,1-18,9)/18,9) \times 100\% = -36,0\%$

16 Een dergelijke controlegroep is moeilijk te realiseren, omdat in bijna alle huisartspraktijken ten minste één POH-GGZ werkzaam is.

welke vragenlijst wordt gekeken)¹⁷ ten opzichte van de scores 3 maanden na intake bij de POH-GGZ. Deze bevindingen lijken te impliceren dat de hulpverlening van de POH-GGZ effectief is in het verminderen van angst-, depressie- en spanningsklachten op de langere termijn. Ook weer met de kanttekening dat vanwege het onderzoeksdesign zonder controlegroep geen oorzakelijke relatie kan worden aangetoond tussen de door POH's-GGZ geboden hulp en de vermindering van psychische klachten na 12 maanden.

4.2 Effectiviteit hulpverlening POH-GGZ: beïnvloedende factoren

Tabel 4.1 geeft een overzicht van de POH-GGZ gerelateerde kenmerken die significant of 'borderline'-significant bleken samen te hangen met de ernst van de angst-, depressie- of spanningsklachten na 3 maanden en na 12 maanden, zoals gemeten met de verschillende vragenlijsten. In de tabel worden ook de patiënt-gerelateerde kenmerken gepresenteerd die een ('borderline'-)significant effect hadden op klachtenst.

Een consistente bevinding over de verschillende angst- en depressievragenlijsten heen was dat patiënten van POH's-GGZ die acht jaar of langer werkzaam waren als POH-GGZ na 3 maanden significant of 'borderline'-significant ernstigere angst- of depressie-klachten hadden dan patiënten van POH's-GGZ met minder dan twee jaar werkervaring als POH-GGZ. De richting van het effect van lange werkervaring als POH-GGZ op de ernst van de spanningsklachten na 3 maanden was hetzelfde, hoewel niet 'borderline'-significant ($p=0,12$). Deze resultaten geven aan dat ervaren POH's-GGZ gemiddeld genomen hulp bieden aan complexere patiënten die minder snel herstellen binnen 3 maanden, in vergelijking met POH's-GGZ met weinig werkervaring. Een voor de hand liggende verklaring kan zijn dat ervaren POH's-GGZ voldoende competenties, vaardigheden, vertrouwen et cetera hebben om zorg te verlenen aan meer complexe patiënten. Ook zou het voor hen uitdagend en motiverend kunnen zijn om (ook) hulp te bieden aan meer complexe 'gevallen'. Bovendien is het mogelijk dat huisartsen meer geneigd zijn om complexere patiënten door te geleiden naar ervaren POH's-GGZ (in plaats van deze patiënten bijvoorbeeld door te verwijzen naar de GGZ). Het effect van lange werkervaring (acht jaar of langer) als POH-GGZ was niet meer te zien na 12 maanden. Dit zou erop kunnen wijzen dat de meer complexe patiënten van ervaren POH's-GGZ op de langere termijn uiteindelijk in dezelfde mate herstellen dan de minder complexe patiënten van weinig ervaren POH's-GGZ.

17 GAD-7: $((3,8-4,7)/4,7) \times 100\% = -19,1\%$; PHQ-9: $((4,5-5,4)/5,4) \times 100\% = -16,7\%$; 4DKL angstschaal: $((2,3-2,9)/2,3) \times 100\% = -20,7\%$; 4DKL depressieschaal: $((1,0-1,4)/1,0) \times 100\% = -28,6\%$; 4DKL distress-schaal: $((9,8-12,1)/12,1) \times 100\% = -19,0\%$

Tabel 4.1 Overzicht van gevonden ('borderline' -)significante positieve en negatieve verbanden. Een positief verband betekent ernstigere klachten na 3 of 12 maanden; een negatief verband betekent minder ernstige klachten na 3 of 12 maanden. Een trend betekent 'borderline'-significant ($p < 0,10$).

	Ernst klachten na 3 maanden				Ernst klachten na 12 maanden					
	Angst-klachten (GAD-7)	Depressie-klachten (PHQ-9)	Angst-klachten (4DKL)	Depressie-klachten (4DKL)	Spannings-klachten (4DKL)	Angst-klachten (GAD-7)	Depressie-klachten (PHQ-9)	Angst-klachten (4DKL)	Depressie-klachten (4DKL)	Spannings-klachten (4DKL)
Kenmerken professional of functie POH-GGZ										
Leeftijd				POS (trend)						
Post-hbo opleiding POH-GGZ					NEG		NEG (trend)			
≥8 jaar werkervaring als POH-GGZ (vs. <2 jaar)	POS (trend)	POS	POS (trend)	POS (trend)						
≥28 uur per week werkzaam als POH-GGZ (vs. 16 uur)	NEG			NEG						
≥10 face-to-face consulten op een werkdag (vs. <10 consulten)								NEG (trend)		
≥20 uur nascholing (afgelopen 12 mnd.) (vs. <20 uur)		NEG (trend)	NEG							
≥6 keer interventie/supervisie (afgelopen 12 mnd.) (vs. <6 keer)							NEG (trend)		NEG (trend)	

a. Corresponderend met het type klachten die als uitkomstvariabele werden onderzocht. Bijvoorbeeld: bij de uitkomstvariabele ernst van de angstklachten volgens de GAD-7, werden de GAD-7 scores op baseline en na 3 maanden meegenomen in de analyses.

	Ernst klachten na 3 maanden				Ernst klachten na 12 maanden					
	Angst-klachten (CAD-7)	Depressie-klachten (PHQ-9)	Angst-klachten (4DKL)	Depressie-klachten (4DKL)	Spannings-klachten (4DKL)	Angst-klachten (CAD-7)	Depressie-klachten (PHQ-9)	Angst-klachten (4DKL)	Depressie-klachten (4DKL)	Spannings-klachten (4DKL)
Kenmerken hulpverlening POH-GGZ aan patiënt										
Aantal huiswerkopdrachten									NEG (trend)	
Terugvalpreventie	NEG	NEG			NEG					
Cognitief-gedrags-therapeutische technieken					POS					
Patiëntkenmerken op baseline (T0)										
Leeftijd									NEG	
Vrouw		POS								
Getrouwd/samenwonend (vs. anders)					NEG					
Werkloos/arbeidsongeschikt (vs. werkend)					POS (trend)					
Huisvrouw/-man, student, gepensioneerd (vs. werkend)								POS (trend)		POS
Migratieachtergrond										
Klactermst T0 ^a	POS	POS	POS	POS	POS	POS	POS	POS	POS	POS
Patiëntkenmerken na 3 maanden (T1)										
Klactermst T1 ^a	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	POS	POS	POS	POS	POS

^a Corresponderend met het type klachten die als uitkomstvariabele werden onderzocht. Bijvoorbeeld: bij de uitkomstvariabele ernst van de angstklachten volgens de GAD-7, werden de GAD-7 scores op baseline en na 3 maanden meegenomen in de analyses.

Verder werd gevonden dat een oudere leeftijd als POH-GGZ 'borderline'-significant samenhang met ernstigere depressieklachten na 3 maanden. In het verlengde van de hierboven gegeven verklaring voor het effect van een lange werkervaring als POH-GGZ, kan het zijn dat een toenemende leeftijd in zijn algemeenheid gepaard gaat met het hebben van meer kennis, ervaring, vaardigheden et cetera, en waardoor oudere POH's-GGZ gemiddeld genomen hulp bieden aan patiënten met complexere depressieve problematiek dan jongere POH's-GGZ.

Zoals te zien in Tabel 4.1 hingen andere kenmerken van de professional of functie POH-GGZ significant of 'borderline'-significant samen met minder ernstige psychische klachten na 3 of 12 maanden. Het hebben gevolgd als POH-GGZ van de aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ, of het hiermee bezig zijn, had een positief effect op de ernst van de spanningsklachten na 3 maanden, en ook op de ernst van de depressieklachten na 12 maanden. Dit suggereert dat de kennis en vaardigheden die tijdens de aanvullende post-hbo opleiding worden opgedaan bijdragen aan een effectievere hulpverlening van de POH-GGZ. Verder hadden patiënten van POH's-GGZ die ten minste 28 uur per week werkzaam waren als POH-GGZ na 3 maanden significant minder ernstige angst- of depressieklachten dan patiënten van POH's-GGZ die een werkweek van minder dan 16 uur hadden. Het is lastig om deze bevinding te duiden. Het zou kunnen dat POH's-GGZ met een werkweek van 28 uur of langer beter beschikbaar en bereikbaar zijn voor patiënten, bijvoorbeeld voor vervolgconsulten of tussentijds overleg, en dat dit bijdraagt aan een sneller herstel van patiënten. Een andere bevinding die niet direct eenduidig is te verklaren, was dat het hebben als POH-GGZ van 10 of meer face-to-face consulten op een reguliere werkdag samenhang met 'borderline'-significant minder ernstige angstklachten na 12 maanden. Een hypothese zou kunnen zijn dat POH's-GGZ die te maken hebben met een hoge caseload meer geneigd zijn om complexere patiënten sneller te verwijzen naar de GGZ, direct na een eerste of tweede consult, of eerder tijdens het ingezette hulpverleningstraject. Ten slotte werden er enkele ('borderline'-)significante positieve effecten gevonden van het hebben gevolgd van meer nascholing als POH-GGZ, alsook van het hebben gehad van meer intervisie of supervisie. Deze bevindingen suggereren dat deze vormen van deskundigheidsbevordering een bijdrage kunnen leveren aan effectievere hulpverlening van de POH-GGZ.

Drie kenmerken van de door POH's-GGZ geboden hulp aan patiënten bleken van invloed. De bevinding dat het hebben gekregen van meer huiswerkopdrachten als patiënt samenhang met 'borderline'-significant minder ernstige depressieklachten na 12 maanden is lastig te verklaren. Een hypothese kan zijn dat patiënten die meer huiswerkopdrachten krijgen, meer zelfmanagementvaardigheden aanleren, en dat die op hun beurt bijdragen aan meer herstel op de langere termijn. Verder was een consistente bevinding over verschillende vragenlijsten heen dat patiënten met wie de POH-GGZ terugvalpreventie had besproken, na 3 maanden significant minder ernstige angst-, depressie- en spanningsklachten hadden dan patiënten met wie dit niet was gedaan. Dit is een logische bevinding in de zin dat een POH-GGZ het pas zal gaan hebben over terugvalpreventie op het moment dat een patiënt voldoende is hersteld. Het toepassen door de POH-GGZ van cognitief-gedragstherapeutische (CGT) technieken hing samen met 'borderline'-significant ernstigere spanningsklachten na 3 maanden. Een verklaring kan zijn dat CGT-technieken vaker worden ingezet bij complexere patiënten die minder snel herstellen binnen 3 maanden.

Kijkend naar de patiënt-gerelateerde kenmerken, bleken leeftijd en geslacht en werksituatie samen te hangen met de ernst van depressieklachten na 3 of 12 maanden, zoals gemeten met de PHQ-9. Vrouwen hadden na 3 maanden significant ernstigere depressieklachten dan mannen. Dit geslachtsverschil was na 12 maanden niet meer aanwezig. Een hogere leeftijd hing significant samen met minder ernstige depressieklachten na 12 maanden. Dit zou erop kunnen wijzen dat de hulpverlening van de POH-GGZ op de langere termijn beter aansluit op hetgeen waar oudere patiënten met depressieklachten behoefte aan hebben. Ten slotte was er in de gemengde groep huisvrouwen/-mannen, studenten en gepensioneerden na 12 maanden sprake van 'borderline'-significant ernstigere depressieklachten dan in de groep patiënten met een betaalde baan.

Huisvrouwen/-mannen, studenten en gepensioneerden hadden na 12 maanden ook significant ernstigere spanningsklachten dan werkende patiënten. Verder hadden werklozen of arbeidsongeschikten na 3 maanden 'borderline'-significant ernstigere spanningsklachten dan patiënten met een betaalde baan. Deze bevindingen suggereren dat de hulpverlening van de POH-GGZ minder effectief is bij personen zonder betaalde baan. Dit zou ook kunnen gelden voor personen met een migratieachtergrond, gegeven de bevinding dat patiënten met een migratieachtergrond na 12 maanden significant ernstigere spanningsklachten hadden dan patiënten zonder migratieachtergrond.

Ten slotte was het niet verrassend dat het hebben van ernstigere psychische klachten op baseline (willekeurige welk type) consistent significant samenhang met het hebben van ernstigere klachten na 3 en na 12 maanden. Hetzelfde geldt voor de consistent significante positieve relatie tussen klachternst na 3 en na 12 maanden.

4.2 Sterktes en beperkingen

Voor zover ons bekend is dit de eerste prospectieve studie naar de korte en lange termijn effecten van de hulpverlening van de POH-GGZ op de ernst van psychische klachten van patiënten. Daarbij is 'breed' gekeken naar effecten op zowel angst- en depressieklachten als spanningsklachten. Verder is nagegaan welke POH-GGZ gerelateerde kenmerken van invloed zijn op de effectiviteit van de hulpverlening van de POH-GGZ. Daarbij werd gekeken naar een brede variëteit aan kenmerken, waaronder kenmerken van de professional en functie POH-GGZ, en kenmerken van de geboden hulp door de POH-GGZ. Bovendien kon rekening worden gehouden met de mogelijke invloed van diverse patiënt-gerelateerde confounders. Dit alles werd mogelijk gemaakt door een onderzoekspopulatie van 320 patiënten van in totaal 64 POH's-GGZ.

Tegelijkertijd kent het onderzoek ook een aantal beperkingen. Ten eerste betreft het een cohortstudie zonder controlegroep, waardoor er geen causale relaties kunnen worden aangetoond. Ten tweede is het onduidelijk in hoeverre de deelnemende patiënten representatief zijn voor de totale patiëntenpopulatie van POH's-GGZ in Nederland. Hoewel de studiepoulatie wat betreft verdeling van leeftijd en geslacht redelijk representatief is voor de gehele patiëntenpopulatie van de POH-GGZ¹⁸, kan het zijn dat andere kenmerken van de deelnemende patiënten minder representatief zijn. Zo is het mogelijk dat verhoudingsgewijs meer patiënten met minder ernstige klachten aan het onderzoek hebben deelgenomen, omdat patiënten met ernstigere problematiek er vaker de voorkeur aan kunnen hebben gegeven om zich uitsluitend op hun herstel te concentreren en af te zien van studiedeelname. Ook kan het zijn dat de POH's-GGZ meer geneigd waren om patiënten met minder ernstige problematiek uit te nodigen. Als een dergelijk selectieproces daadwerkelijk heeft plaatsgevonden zou dat betekenen dat in de onderzoekspopulatie een ondervertegenwoordiging was van patiënten met ernstigere psychische klachten. Ten derde is het mogelijk dat de geboden hulp aan patiënten niet 100% compleet is geregistreerd door de POH's-GGZ. Ten vierde zijn er relatief veel toetsen uitgevoerd, waardoor er toevallsbevindingen tussen de gevonden verbanden kunnen zitten. Bovendien werd vanwege het exploratieve karakter van het onderzoek en de relatief kleine studiepoulatie (in verhouding tot het grote aantal POH-GGZ- en patiënt-gerelateerde kenmerken die werden meegenomen) gerapporteerd over 'borderline'-significante effecten ($p < 0,10$). Tezamen genomen lijkt daarom vooral voorzichtigheid geboden bij de 'borderline'-significante verbanden die alleen werden gevonden tussen één POH-GGZ- of patiënt-gerelateerd kenmerk en één uitkomstmaat.

18 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.

4.3 Implicaties

Dit deelonderzoek impliceert dat ervaren POH's-GGZ gemiddeld genomen hulp bieden aan patiënten met meer complexe psychische problematiek dan POH's-GGZ met weinig werkervaring. Dit is een relevante bevinding gegeven de verwachting dat de komende jaren relatief veel jongere professionals met weinig werkervaring zullen instromen als POH-GGZ. Deze verandering naar gemiddeld genomen minder ervaren POH's-GGZ zou gepaard kunnen gaan met een toenemend aantal verwijzingen van complexere patiënten vanuit de huisartsenpraktijk naar de generalistische basis-GGZ of specialistische GGZ. Dit lijkt ongewenst gegeven de lange wachttijden bij GGZ-aanbieders. Tevens geven de bevindingen aan dat patiënten van ervaren POH's-GGZ op de langere termijn (12 maanden na intake) gemiddeld genomen in dezelfde mate herstellen dan patiënten van POH's-GGZ met weinig werkervaring. Het lijkt daarom relevant om startende POH's-GGZ in de huisartsenpraktijk voldoende begeleiding en supervisie te bieden, iets wat ook wordt aanbevolen in het geactualiseerde functie- en competentieprofiel POH-GGZ.¹⁹

Er werden verder aanwijzingen gevonden dat het volgen van een aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ een positieve invloed heeft op de effectiviteit van de hulpverlening van de POH-GGZ. Dit ondersteunt de keuze om het voltooien van deze opleiding één van de criteria te laten worden (per 1-6-2021) voor een POH-GGZ om zich in het Kwaliteitsregister van de LV POH-GGZ te kunnen registreren. Daarnaast wijzen de gevonden positieve effecten van meer nascholingsuren en meer intervisie of supervisie erop dat het voor een POH-GGZ relevant is om de eigen deskundigheid op peil te houden, of verder uit te breiden. Iets wat ook als een belangrijke functie-activiteit wordt benoemd in het geactualiseerde functie- en competentieprofiel POH-GGZ.

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 van POH-GGZ- en patiënt-gerelateerde kenmerken op de ernst van psychische klachten na 3 en 12 maanden follow-up vragen om nader, meer verklarend onderzoek. Zo is het relevant om na te gaan hoe de positieve invloed van het hebben als POH-GGZ van een werkweek van 28 uur of langer kan worden verklaard. Andere voorbeelden zijn de gevonden aanwijzingen dat de hulpverlening van de POH-GGZ minder effectief lijkt te zijn voor jongere patiënten, voor patiënten zonder betaalde baan, en voor patiënten met een migratieachtergrond. Het verdient nader onderzoek om na te gaan hoe deze bevindingen kunnen worden verklaard, en of er mogelijk concrete aangrijpingspunten bestaan om de functie POH-GGZ zodanig te organiseren en uit te voeren dat de geboden hulp beter aansluit op hetgeen waar genoemde patiëntgroepen behoefte aan hebben.

¹⁹ 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>

4.4 Conclusie

Dit deelonderzoek laat zien dat de ernst van angst-, depressie- en spanningsklachten van volwassen patiënten (van 18 jaar of ouder) van POH's-GGZ was verminderd 3 maanden na het intakegesprek bij de POH-GGZ. De klachtensternst verminderde verder na 12 maanden follow-up, hoewel minder sterk dan in de 3 maanden na intake. Hoewel deze bevindingen suggereren dat de hulpverlening van de POH-GGZ effectief is in het verminderen van veelvoorkomende psychische klachten, kan vanwege het onderzoeksdesign (een cohortstudie zonder controlegroep) geen oorzakelijke relatie worden gelegd tussen de hulpverlening van de POH-GGZ en klachtvermindering.

Verder wijzen de bevindingen erop dat ervaren POH's-GGZ gemiddeld genomen hulp bieden aan patiënten met complexere psychische problematiek en die minder snel opknappen binnen 3 maanden. Ook werden aanwijzingen gevonden dat deskundigheidsbevorderende activiteiten en het volgen van een aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ een positieve invloed hadden op de effectiviteit van de hulpverlening van de POH-GGZ. Ten slotte lijken diverse andere POH-GGZ gerelateerde kenmerken, en ook diverse patiëntkenmerken, de effectiviteit van de door POH's-GGZ geboden hulp te beïnvloeden. Nader onderzoek is nodig om de bevindingen te bevestigen en beter te kunnen duiden.

DEELONDERZOEK B:

Welke POH-GGZ gerelateerde kenmerken zijn van invloed op de doelmatigheid van de hulpverlening?

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

Welke kenmerken van de organisatie en uitvoering van de functie POH-GGZ hangen samen met de doelmatigheid van de hulpverlening van de POH-GGZ na 3 en 12 maanden follow-up na intake bij de POH-GGZ?

In Hoofdstuk 5 worden de resultaten beschreven, die vervolgens in Hoofdstuk 6 worden beschouwd.

5 Resultaten

5.1 Kenmerken van deelnemende POH's-GGZ en patiënten

Zie Hoofdstuk 3, paragraaf 3.1, voor een beschrijving.

5.2 Beschrijvende resultaten

Tabel 5.2.1 laat zien dat gemiddelde kosten per patiënt in de 3 maanden na intake bij de POH-GGZ afnamen ten opzichte van de gemiddelde kosten in de 3 maanden voorafgaand aan het intakegesprek. Er was een verhoudingsgewijs sterke daling te zien in productiviteitskosten, en dan met name in de kosten van presenteïsme, oftewel een verminderd (kwantitatief en kwalitatief) functioneren op het werk. Ook de kosten gemoeid met het niet uitvoeren van onbetaald werk daalden relatief sterk.

De gemiddelde kosten per patiënt namen verder af in de 6 tot 12 maanden na het intakegesprek met de POH-GGZ. Het gaat hierbij om kosten die betrekking hebben op een periode van 6 maanden, dus een twee keer zo lange periode als de gepresenteerde kosten in de andere twee kolommen van Tabel 5.2.1. Het valt onder meer op dat in deze periode van 6 maanden de kosten van werkverzuim verhoudingsgewijs sterk daalden vergeleken met de kosten van werkverzuim in de 3 maanden na intake.

Tabel 5.2.1 Gemiddelde kosten per patiënt in de 3 maanden voorafgaand aan intake bij de POH-GGZ, in de 3 maanden na intake, en in de 6 tot 12 maanden na intake (€, 2018)

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

a 27 missende waarden. b 49 missende waarden.

Zoals te zien in Tabel 5.2.2 behaalden de patiënten gemiddeld 0,022 QALYs gezondheidswinst na 3 maanden follow-up. In de negen maanden tussen T1 en T2 was de gezondheidswinst nagenoeg even groot met een gemiddelde van 0,021 QALYs.

Tabel 5.2.2 Gezondheidswinst uitgedrukt in verandering in quality-adjusted life years (QALYs; gemeten met de EQ-5D-5L) in de 3 maanden tussen T0 en T1 en de 9 maanden tussen T1 en T2

Verandering in QALYs	N	M	Min.	25 ^{ste} percentiel	50 ^{ste} percentiel ^b	75 ^{ste} percentiel	Max.
tussen T0 en T1	320	0,022	-0,102	0	0,018	0,039	0,219
tussen T1 en T2	273 ^a	0,021	-0,741	-0,007	0	0,085	0,379

a 47 missende waarden. b mediaan.

Tabel 5.2.3 laat zien dat gemiddeld genomen de baten (d.w.z. de behaalde gezondheidswinst uitgedrukt in geld)²⁰ kleiner waren dan de kosten, zowel na 3 maanden follow-up als na 12 maanden follow-up. Wel is de gemiddelde NMB minder negatief na 12 maanden follow-up dan na 3 maanden follow-up.

²⁰ Door de gezondheidswinst uitgedrukt in verandering in QALYs te vermenigvuldigen met een 'willingness-to-pay (WTP) threshold' van €20.000 per QALY

Tabel 5.2.3 Beschrijvende statistiek van NMB na 3 en na 12 maanden follow-up

	N	M	Min.	25 ^{ste} percentiel	50 ^{ste} percentiel ^c	75 ^{ste} percentiel	Max.
NMB na 3 maanden	293 ^a	-3.421	-80.507	-3.774	-519	146	3.283
NMB na 12 maanden	271 ^b	-2.792	-42.404	-2.041	-41	311	13.250

a 27 missende waarden. b 49 missende waarden. c mediaan.

5.3 Voorspellers van NMB

Selectie van mogelijke voorspellers en confounders

De LASSO methode selecteerde vijf POH-GGZ gerelateerde voorspellers, waaronder één kenmerk van de geboden hulp (aantal huiswerkopdrachten), en vier patiënt-gerelateerde confounders (zie Bijlage 2, Tabel VI). Gecombineerd met de a priori selectie van kenmerken zijn uiteindelijk acht POH-GGZ gerelateerde voorspellers en zes patiënt-gerelateerde confounders opgenomen in het model voor de NMB na 3 maanden follow-up. In het model voor NMB na 12 maanden follow-up werd aanvullend verwijzing naar de GGZ in de periode tussen 3 en 12 maanden follow-up als extra mogelijke confounder meegenomen.

Analyseresultaten

POH-GGZ gerelateerde kenmerken

Tabel 5.3.1 laat zien dat de hulpverlening van POH's-GGZ die twee jaar of langer werkzaam waren als POH-GGZ na 3 maanden (T1) significant ($p < 0,05$ of $p < 0,005$ afhankelijk van aantal jaren werkervaring) minder doelmatig was dan de hulpverlening van POH's-GGZ met minder dan twee jaar werkervaring als POH-GGZ. In het verlengde hiervan werd gevonden dat het hebben als POH-GGZ van 10 tot 20 jaar werkervaring als hulpverlener bij psychische problemen (ten opzichte van <10 jaar werkervaring) significant samenhang ($p < 0,05$) met een negatieve NMB. De significante negatieve effecten van langere werkervaring als POH-GGZ en als hulpverlener bij psychische problemen op doelmatigheid verdwenen na 12 maanden follow-up (T2).

Verder bleek het dienstverband van de POH-GGZ significant samen te hangen met NMB na 3 maanden. Een post hoc analyse verduidelijkte dat de hulpverlening van POH's-GGZ die werkzaam waren als zzp'er ($p < 0,05$), die gedetacheerd waren vanuit een samenwerkingsverband tussen een huisartsenorganisatie en een GGZ-aanbieder ($p < 0,01$), en die gedetacheerd waren vanuit een GGZ-aanbieder ($p < 0,10$) na 3 maanden ('borderline'-)significant doelmatiger was dan de hulpverlening van POH's-GGZ in loondienst van een huisartsenpraktijk. De invloed van dienstverband op doelmatigheid was na 12 maanden follow-up (T2) niet meer aanwezig.

Alleen na 12 maanden (T2) bleek het hebben als POH-GGZ van 10 of meer face-to-face consulten op een reguliere werkdag significant ($p=0,006$) samen te hangen met een positieve NMB. Anders gezegd, de hulpverlening van POH's-GGZ die gewoonlijk 10 of meer consulten op een werkdag hadden was op de langere termijn doelmatiger dan de hulpverlening van POH's-GGZ die minder dan 10 consulten per werkdag hadden.

Na 3 maanden (T1) bleek één kenmerk van de hulpverlening van de POH-GGZ gerelateerd aan doelmatigheid: het krijgen van meer huiswerkopdrachten als patiënt hing 'borderline'-significant ($p=0,093$) samen met een negatieve NMB. Deze samenhang was na 12 maanden follow-up (T2) verdwenen. Wel werd op T2 gevonden dat de hulpverlening aan patiënten die in de periode tussen 3 en 12 maanden follow-up werden doorverwezen naar de GGZ significant ($p<0,05$) minder doelmatig was dan de hulpverlening aan patiënten die niet werden verwezen naar de GGZ.

Patiënt-gerelateerde confounders

Tabel 5.3.1 laat zien dat na 3 maanden (T1) een oudere leeftijd als patiënt 'borderline'-significant ($p=0,092$) samenhang met een negatieve NMB. Daarnaast was de hulpverlening aan niet-werknemers na 3 maanden follow-up significant doelmatiger ($p<0,001$) dan de hulpverlening aan werknemers in loondienst of zelfstandig ondernemers. Ten slotte hing na 3 maanden follow-up het hebben van ernstigere angstklachten op baseline significant ($p<0,05$) samen met een positieve NMB, terwijl het hebben van ernstigere depressieklachten juist significant ($P<0,001$) gerelateerd was aan een negatieve NMB.

Geen van de bovengenoemde patiënt-gerelateerde confounders hing na 12 maanden follow-up significant of 'borderline'-significant samen NMB (zie Tabel 5.3.1).

Tabel 5.3.1 Voorspellers van Net Monetary Benefit (NMB) na 3 en na 12 maanden follow-up. Een positieve NMB betekent dat de baten (d.w.z. de behaalde gezondheidswinst uitgedrukt in geld) groter waren dan de kosten; een negatieve NMB betekent het omgekeerde.

	NMB na 3 maanden		NMB na 12 maanden	
	OR (95% BI)	p-waarde	OR (95% BI)	p-waarde
Kenmerken professional of functie POH-GGZ				
Verpleegkundige achtergrond				
Nee	Referentie		Referentie	
Ja	632,88 (857,83)	p=0,46	-819,48 (1061,51)	p=0,44
Post-hbo opleiding tot POH-GGZ				
Geen	Referentie		Referentie	
Voltooid/mee bezig	-234,25 (567,60)	p=0,68	488,16 (861,54)	p=0,57
Werkervaring als POH-GGZ				
<2 jaar	Referentie		Referentie	
2 tot 4 jaar	-2037,34 (897,75)	p=0,027	798,92 (897,06)	p=0,38
4 tot 8 jaar	-2882,94 (923,75)	p=0,003	1600,69 (1248,71)	p=0,21
≥8 jaar	-3675,57 (1032,16)	p=0,001	738,30 (1395,76)	p=0,60
Werkervaring als hulpverlener bij psychische problemen				
<10 jaar	Referentie		Referentie	
10 tot 20 jaar	-2580,11 (1205,17)	p=0,036	979,15 (1989,64)	p=0,62
20 tot 30 jaar	-585,25 (1362,35)	p=0,67	216,47 (2115,83)	p=0,92
≥30 jaar	-1322,22 (1249,68)	p=0,29	1112,02 (2168,83)	p=0,61
Aantal face-to-face consulten (typische 8-urige werkdag)				
<10 consulten	Referentie		Referentie	
≥10 consulten	-755,62 (653,19)	p=0,25	2142,32 (754,30)	p=0,006
Dienstverband				
In loondienst/zzp-contract	Referentie		Referentie	
Detacherings-overeenkomst ^a	1872,71 (752,16)	p=0,015	682,09 (1081,82)	p=0,63
Gebruik vragenlijst als hulpmiddel bij probleemverheldering of triage				
Nooit/zelden/soms	Referentie		Referentie	
Altijd/vaak	-826,73 (744,97)	p=0,27	1355,53 (1096,38)	p=0,22
Kenmerken hulpverlening POH-GGZ aan patiënt				
Aantal huiswerk-opdrachten^b	-279,35 (164,00)	p=0,093*	134,06 (164,77)	p=0,42

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

^b 27 missende waarden.

95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval.

* p<0,1: 'borderline'-significant.

	NMB na 3 maanden		NMB na 12 maanden	
	OR (95% BI)	p-waarde	OR (95% BI)	p-waarde
Verwijzing naar basis-GGZ of specialistische GGZ	N.v.t.	N.v.t.	-4375,07 (2129,82)	p=0,044
Patiëntkenmerken op baseline (T0)				
Geslacht				
Man	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Vrouw	474,77 (777,95)	p=0,61	560,62 (944,38)	p=0,56
Leeftijd (jaren)	-56,92 (33,27)	p=0,092*	49,38 (31,89)	p=0,13
Burgerlijke staat				
Alleenstaand, gescheiden, weduwe/weduwnaar	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Getrouwd/samenwonend	-737,82 (603,36)	p=0,23	213,18 (901,70)	p=0,81
Werksituatie				
In loondienst/zelfstandig ondernemer	<i>Referentie</i>		<i>Referentie</i>	
Huisvrouw/-man, student, gepensioneerd	3022,42 (591,48)	p<0,001	122,31 (994,80)	p=0,90
Werkloos/arbeidsongeschikt	3624,13 (574,08)	p<0,001	148,70 (1149,36)	p=0,90
Onbekend ^c	2138,87 (1571,35)	p=0,18	-5429,04 (3253,04)	p=0,10
Ernst angstklachten (GAD-7)	192,77 (86,81)	p=0,030	-65,48 (125,19)	p=0,60
Ernst depressieklachten (PHQ-9)	-326,10 (84,97)	p<0,001	21,00 (134,48)	p=0,88

^c 11 missende waarden.

95% BI= 95% betrouwbaarheidsinterval.

* p<0,1: 'borderline'-significant.

6 Beschouwing en conclusie

6.1 Beschrijvende resultaten

Dit deelonderzoek laat zien dat de gemiddelde kwaliteit van leven van patiënten verbeterde, zowel in de 3 maanden na intake bij de POH-GGZ, als in de periode van 3 tot 12 maanden na intake. Bovendien namen de gemiddelde kosten per volwassen patiënt (van 18 jaar of ouder) af in de 3 maanden na intake bij de POH-GGZ, in vergelijking met de gemiddelde kosten per patiënt in de 3 maanden voorafgaand aan het intakegesprek. Deze daling hing vooral samen met een verbeterd functioneren op het werk en het beter kunnen uitvoeren van onbetaald werk. De gemiddelde kosten per patiënt daalden verder in de periode van 6 tot 12 maanden na intake, en dan vooral doordat de kosten van werkverzuim afnamen. Tezamen genomen lijken deze bevindingen te suggereren dat de hulpverlening van de POH-GGZ op de korte en langere termijn bijdraagt aan het verbeteren van het functioneren van patiënten. Hierbij dient wel de kanttekening te worden geplaatst dat er vanwege het onderzoeksdesign (een cohortstudie zonder controlegroep) geen causale relaties kunnen worden aangetoond tussen de hulpverlening van de POH-GGZ en verandering in kosten.

6.2 Doelmatigheid hulpverlening POH-GGZ: beïnvloedende factoren

Het valt op dat de POH-GGZ gerelateerde kenmerken die na 3 maanden follow-up significant of 'borderline'-significant samenhangen met de doelmatigheid van de hulpverlening van de POH-GGZ, na 12 maanden follow-up niet meer waren gerelateerd aan doelmatigheid.

Allereerst hingen een langere werkervaring als POH-GGZ en als hulpverlener bij psychische problemen op korte termijn samen met minder doelmatige hulpverlening, maar verdwenen deze verbanden op de langere termijn. Dit sluit aan op de bevinding uit Deel A van dit rapport dat een lange werkervaring als POH-GGZ na 3 maanden follow-up ('borderline')-significant samenhang met ernstigere psychische klachten bij patiënten, terwijl deze relatie na 12 maanden follow-up was verdwenen. Bij elkaar genomen, wijzen deze resultaten erop dat ervaren POH's-GGZ gemiddeld genomen hulp bieden aan complexere patiënten die langere tijd nodig hebben om te herstellen en meer kosten genereren in de 3 maanden na intake, waardoor de hulpverlening op de korte termijn ook minder doelmatig is. Op de langere termijn herstellen patiënten

van ervaren POH's-GGZ gemiddeld genomen in dezelfde mate als patiënten van minder ervaren POH's-GGZ, waardoor er op de langere termijn ook geen sprake meer is van minder doelmatige hulpverlening.

Ten tweede hing het krijgen van meer huiswerkopdrachten als patiënt alleen na 3 maanden follow-up 'borderline'-significant samen met een negatieve NMB, en niet meer na 12 maanden follow-up. Een verklaring kan zijn dat patiënten die meer huiswerkopdrachten van de POH-GGZ gemiddeld genomen complexere patiënten zijn, die meer tijd nodig hebben om te herstellen en meer kosten generen op korte termijn.

Ten derde was het verband tussen type dienstverband van de POH-GGZ en doelmatigheid alleen significant na 3 maanden follow-up, en niet meer na 12 maanden follow-up. Met andere woorden: op de langere termijn werden er geen aanwijzingen gevonden dat de doelmatigheid van de hulpverlening van de POH-GGZ significant varieert naar gelang de POH-GGZ in loondienst is van een huisartsenpraktijk, werkzaam is als zzp'er, of een detacheringsovereenkomst heeft. De relatie tussen type dienstverband en doelmatigheid op de korte termijn is lastig te verklaren. Een post hoc analyse gaf aan dat de hulpverlening van POH's-GGZ die werkzaam waren als zzp'er, die gedetacheerd waren vanuit een samenwerkingsverband tussen een huisartsenorganisatie en een GGZ-aanbieder, en die gedetacheerd waren vanuit een GGZ-aanbieder na 3 maanden ('borderline'-)significant doelmatiger was dan de hulpverlening van POH's-GGZ in loondienst van een huisartsenpraktijk. Een voorzichtige hypothese zou kunnen zijn dat POH's-GGZ met deze typen dienstverbanden gemiddeld genomen eerder verwijzen naar de GGZ dan POH's-GGZ in loondienst van een praktijk.

Verder wijst het deelonderzoek erop dat twee factoren alleen van invloed waren op de doelmatigheid van de hulpverlening van de POH-GGZ na 12 maanden follow-up (en niet na 3 maanden follow-up). Gevonden werd dat het hebben als POH-GGZ van 10 of meer face-to-face consulten op een reguliere werkdag significant samenhang met meer doelmatige hulpverlening. Deze bevinding sluit aan op bevinding uit Deel A van dit rapport dat patiënten van POH's-GGZ die gewoonlijk 10 of meer consulten per werkdag hadden, na 12 maanden 'borderline'-significant minder ernstige angstklachten hadden dan patiënten van POH's-GGZ die normaliter minder dan 10 consulten per werkdag hebben. Deze bevindingen zijn niet direct eenduidig te verklaren. Een hypothese zou kunnen zijn dat POH's-GGZ met een hoge caseload meer geneigd zijn om complexere patiënten sneller te verwijzen naar de GGZ, direct na een eerste of tweede consult, of eerder tijdens het ingezette hulpverleningstraject. De bevinding dat de verwijzing van patiënten naar de GGZ in de periode tussen 3 en 12 maanden follow-up significant

samenhang met minder doelmatige hulpverlening, kan goed verklaard worden door de (extra) kosten van de zorg die deze patiënten ontvingen in de GGZ. Daarnaast is het aannemelijk dat het hier zal gaan om patiënten die minder goed herstelden tijdens het hulpverleningstraject van de POH-GGZ (anders zouden ze namelijk niet zijn verwezen naar de GGZ), en daardoor niet voldoende in gezondheidstoestand waren verbeterd.

Patiënt-gerelateerde kenmerken bleken alleen samen te hangen met doelmatigheid van de hulpverlening van de POH-GGZ na 3 maanden follow-up, en niet na 12 maanden follow-up. De 'borderline'-significante samenhang tussen een oudere leeftijd als patiënt en mindere doelmatigheid na 3 maanden zou kunnen worden verklaard doordat oudere patiënten hogere kosten genereren. Verder is het niet verrassend dat de hulpverlening aan niet-werknemers na 3 maanden doelmatiger bleek dan de hulpverlening aan werknemers (al dan niet in loondienst): alleen bij de laatstgenoemde groep is sprake van productiviteitskosten. De bevinding dat de mate van angstklachten en de mate van depressieklachten op baseline tegenstelde relaties hadden met doelmatigheid na 3 maanden, is lastig om eenduidig te verklaren.

6.3 Sterktes en beperkingen

De sterktes en beperkingen zoals beschreven in Hoofdstuk 4, paragraaf 4.2, gelden (grotendeels) ook voor dit deelonderzoek. Enkele aanvullende beperkingen zijn vermeldenswaardig. Ten eerste is de sensitiviteit van de EuroQol vragenlijst (EQ-5D-5L) voor het meten van gezondheidswinst bij mensen met psychische problematiek mogelijk beperkt. Ten tweede werd de gezondheidswinst (d.w.z. verandering in QALYs) uitgedrukt in geld door het te vermenigvuldigen met een 'willingness-to-pay (WTP) threshold' van €20.000. Dit is de gebruikelijke WTP voor preventieve interventies. Het is echter mogelijk dat dit een conservatieve WTP is voor patiënten van POH's-GGZ die te maken met milde tot ernstige psychische klachten. Beide beperkingen kunnen ertoe hebben geleid dat de behaalde baten van de hulpverlening van de POH-GGZ zijn onderschat.

6.4 Conclusie

Dit deelonderzoek laat zien dat de kwaliteit van leven en het functioneren van patiënten van POH's-GGZ verbeteren na 3 en 12 maanden follow-up. Hoewel deze bevindingen suggereren dat de hulpverlening van de POH-GGZ effectief is, kan vanwege het onderzoeksdesign (een cohortstudie zonder controlegroep) geen oorzakelijke relatie worden gelegd tussen de hulpverlening van de POH-GGZ en de verbetering van kwaliteit van leven en functioneren. De resultaten wijzen er verder op dat – ten opzichte van POH's-GGZ met weinig werkervaring – ervaren POH's-GGZ gemiddeld genomen hulp bieden aan complexere patiënten die minder snel opknappen en hogere kosten genereren 3 maanden na intake. Op de langere termijn lijken patiënten van ervaren

POH's-GGZ gemiddeld genomen in dezelfde mate te herstellen als patiënten van minder ervaren POH's-GGZ, waardoor er op de langere termijn ook geen sprake meer is van minder doelmatige hulpverlening van ervaren POH's-GGZ.

TOT SLOT

7 Tot slot

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

Deelonderzoek A geeft aan dat de ernst van angst-, depressie- of spanningsklachten van volwassen patiënten (≥ 18 jaar) van POH's-GGZ substantieel (36% tot 46%) vermindert 3 maanden na intake, en verder vermindert na 12 maanden follow-up, hoewel minder sterk. Daarnaast wijst deelonderzoek B erop dat de kwaliteit van leven en het functioneren van de patiënten verbeteren na 3 en 12 maanden follow-up. Hoewel deze bevindingen suggereren dat de hulpverlening van de POH-GGZ effectief is, kan vanwege het onderzoeksdesign (een cohortstudie zonder controlegroep) geen oorzakelijke relatie worden gelegd tussen de hulpverlening van de POH-GGZ en vermindering van psychische klachten, verhoging van kwaliteit van leven en verbetering van functioneren.

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

De deelonderzoeken geven aan dat 3 maanden na intake de hulpverlening van ervaren POH-GGZ zowel minder effectief als minder doelmatig is dan de hulpverlening van POH's-GGZ met weinig werkervaring als POH-GGZ. Dit wijst erop dat ervaren POH's-GGZ – in vergelijking met POH's-GGZ met weinig werkervaring – gemiddeld genomen hulp bieden aan patiënten met complexere psychische problemen, die minder snel opknappen en meer kosten genereren in de 3 maanden na intake. Dit is relevant gegeven de verwachting dat de komende jaren relatief veel jongere professionals met weinig werkervaring zullen instromen als POH-GGZ. Onze bevindingen impliceren dat deze verandering naar gemiddeld minder ervaren POH's-GGZ gepaard kan gaan met een toenemend aantal verwijzingen van patiënten vanuit de huisartsenpraktijk naar de GGZ (patiënten die voorheen hulp zouden hebben ontvangen van ervaren POH's-GGZ). Dit lijkt ongewenst gegeven de lange wachttijden bij GGZ-aanbieders. Bovendien suggereren de deelonderzoeken dat op de langere termijn (na 12 maanden) de complexere patiënten van ervaren POH's-GGZ gemiddeld genomen in dezelfde mate herstellen als de minder complexe patiënten van minder ervaren POH's-GGZ, en dat ook de doelmatigheid van de hulpverlening niet meer verschilt tussen ervaren en minder ervaren POH's-GGZ. Het lijkt daarom relevant om startende en onervaren POH's-GGZ in de huisartsenpraktijk voldoende begeleiding en supervisie te bieden om zoveel mogelijk onnodige verwijzing van patiënten naar de GGZ te voorkómen.

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

Deelonderzoek A wijst erop dat het volgen van een aanvullende post-hbo opleiding tot POH-GGZ een positieve invloed heeft op de effectiviteit van de hulpverlening van de 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. Daarnaast wijzen de gevonden positieve effecten van meer nascholingsuren en meer intervisie of supervisie erop dat het voor een POH-GGZ relevant is om de eigen deskundigheid op peil te houden, of verder uit te breiden.

Nader onderzoek

Ten slotte geven de deelonderzoeken aan dat diverse andere POH-GGZ gerelateerde kenmerken invloed hebben op de effectiviteit en/of doelmatigheid van de hulpverlening van de POH-GGZ en die niet direct eenduidig zijn te verklaren. Nader onderzoek is nodig om deze bevindingen te bevestigen en beter te kunnen verklaren.

Bijlage 1

Vragenlijst hulpverlening

Datum van het contact

2.

Welk type contact had u met de patiënt? :

- Intakeconsult (face-to-face)
- Vervolgconsult (face-to-face) <20 minuten
- Vervolgconsult (face-to-face) ≥20 minuten
- Huisbezoek <20 minuten
- Huisbezoek ≥20 minuten
- Telefonisch consult
- E-mail consult
- Feedback consult e-health
- Groepsconsult
- Anders, namelijk: ...

Routing bij antwoordcategorie 'Groepsconsult': direct naar vraag 4 .e.v.

3.

Welke hulp heeft u (voornamelijk) geboden tijdens het contact met de patiënt?

Toelichting: meerdere antwoorden mogelijk.

- Vraag- of probleemverheldering
- Psycho-educatie, voorlichting en advies
- Kortdurende zelfhulp begeleiding (al dan niet online)
- Kortdurende psychologische behandeling (al dan niet online)
- Terugvalpreventie
- Monitoring/langdurige begeleiding
- Bespreking van verwijzing/doorgeleiding naar een andere discipline/voorziening

4.

Welke methodiek (al dan niet online) heeft u voornamelijk gebruikt tijdens het contact met de patiënt?

Toelichting: meerdere antwoorden mogelijk.

- Cognitief gedragstherapeutische technieken (bijv. G-schema)
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- Gedragsactivatie
- Kortdurende behandeling, gebaseerd op het KOP-model
- Mindfulness oefeningen
- Ontspanningsoefeningen
- Oplossingsgerichte therapie
- Problem solving treatment (PST)
- Anders, namelijk:
- Geen

5.

Heeft u de patiënt een huiswerkopdracht meegegeven?

- Nee
- Ja, via bibliotherapie (een boek, informatiemateriaal op papier, etc.)
- Ja, via een e-mental health toepassing (een website, app, programma, module, etc.) die direct toegankelijk is voor de patiënt
- Ja, via een e-mental health toepassing (een website, app, programma, module, etc.) die wordt aangeboden vanuit uw huisartsenpraktijk en die is ingekocht
- Ja, anders, namelijk via:

4.

Welke methodiek (al dan niet online) heeft u voornamelijk gebruikt tijdens het contact met de patiënt?

Toelichting: meerdere antwoorden mogelijk.

- Cognitief gedragstherapeutische technieken (bijv. G-schema)
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- Gedragsactivatie
- Kortdurende behandeling, gebaseerd op het KOP-model
- Mindfulness oefeningen
- Ontspanningsoefeningen
- Oplossingsgerichte therapie
- Problem solving treatment (PST)
- Anders, namelijk:
- Geen

5.

Heeft u de patiënt een huiswerkopdracht meegegeven?

- Nee
- Ja, via bibliotherapie (een boek, informatiemateriaal op papier, etc.)
- Ja, via een e-mental health toepassing (een website, app, programma, module, etc.) die direct toegankelijk is voor de patiënt
- Ja, via een e-mental health toepassing (een website, app, programma, module, etc.) die wordt aangeboden vanuit uw huisartsenpraktijk en die is ingekocht
- Ja, anders, namelijk via:

7.

Heeft u voorafgaand aan het contact met de patiënt consultatie aangevraagd bij een psychiater, psycholoog, kaderhuisarts GGZ of andere professional? :

Toelichting:

- *Het kan gaan om willekeurig welke vorm van consultatie, zoals een schriftelijke casusbespreking, een face-to-face consult met of zonder de patiënt en naastbetrokkene(n), of de consulent kan de patiënt en naastbetrokkene(n) zien en het consult nabespreken met u (bijv. face-to-face, telefonisch of per mail).*
- *Het gaat niet om een kortdurend overleg met een andere professional over bijvoorbeeld noodzaak tot verwijzing of medicatie.*

- Ja
 Nee

8.

Wat is het vervolg van het contact met de patiënt?

- Ik heb een vervolgcontact met de patiënt afgesproken/ingepland (zonder verwijzing/doorgeleiding naar een andere discipline/voorziening)
- Er is geen vervolgcontact afgesproken/ingepland; de patiënt wordt verwezen/doorgeleid naar een andere discipline/voorziening
- Er is geen vervolgcontact afgesproken/ingepland én patiënt wordt ook niet verwezen/doorgeleid
- De patiënt wordt verwezen/doorgeleid naar een andere discipline/voorziening, en ik heb ook een vervolgcontact met haar/hem afgesproken/ingepland (bijv. ter overbrugging van de wachttijd, of om op te volgen of de patiënt op haar/zijn plek zit)
- Anders, namelijk:

Vervolg vraag op vraag 8: Indien de 2^e of 4^e antwoordcategorie wordt aangevinkt: 8A.

Naar welke discipline/voorziening wordt de patiënt doorverwezen/doorgeleid? :

- Generalistische basis-GGZ
 Gespecialiseerde GGZ
 Sociaal wijkteam
 Anders, namelijk: ...

Bijlage 2

Selectie van predictoren en confounders

Tabel I Angstklachten zoals gemeten met de Generalized Anxiety Disorder (GAD-7): 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 interventie/supervisie (afgelopen 12 maanden)			
Kenmerken hulpverlening POH-GGZ aan patiënt			
Aantal contacten			
Aantal huiswerkopdrachten			
Terugvalpreventie		√	√
Cognitief-gedragstherapeutische technieken			
Gedragsactivatie			
Behandeling gebaseerd op KOP-model			
Mindfulness- en/of ontspanningsoefeningen			
Oplossingsgerichte therapie en/of problem solving treatment			

	A priori	LASSO	A priori en LASSO
Patiëntkenmerken op baseline (T0)			
Vrouw	√		√
Leeftijd	√		√
Opleidingsniveau			
Burgerlijke staat			
Werk situatie			
Migratieachtergrond			
Ernst angstklachten (GAD-7)	√	√	√
	N=8	N=4	N=10

Tabel II Depressieklachten zoals gemeten met de Patiënt Health Questionnaire (PHQ-9): 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 interventie/supervisie (afgelopen 12 maanden)		√	√
Kenmerken hulpverlening POH-GGZ aan patiënt			
Aantal contacten			
Aantal huiswerkopdrachten			
Terugvalpreventie		√	√
Cognitief-gedragstherapeutische technieken		√	√
Gedragsactivatie			
Behandeling gebaseerd op KOP-model			
Mindfulness- en/of ontspanningsoefeningen		√	√
Oplossingsgerichte therapie en/of problem solving treatment			
Patiëntkenmerken op baseline (T0)			
Vrouw	√	√	√
Leeftijd	√		√
Opleidingsniveau			
Burgerlijke staat		√	√
Werk situatie		√	√
Migratieachtergrond			
Ernst depressieklachten (PHQ-9)	√	√	√
	N=8	N=12	N=16

Tabel III Angstklachten zoals gemeten met de angstschaal van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): 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)			
Kenmerken hulpverlening POH-GGZ aan patiënt			
Aantal contacten			
Aantal huiswerkopdrachten			
Terugvalpreventie			
Cognitief-gedragstherapeutische technieken			
Gedragsovername			
Behandeling gebaseerd op KOP-model			
Mindfulness- en/of ontspanningsoefeningen			
Oplossingsgerichte therapie en/of problem solving treatment			
Patiëntkenmerken op baseline (T0)			
Vrouw	√		√
Leeftijd	√		√
Opleidingsniveau			
Burgerlijke staat			
Werk situatie			
Migratieachtergrond			
Ernst angstklachten (angstschaal 4DKL)	√	√	√
	N=8	N=3	N=9

Tabel IV Depressieklachten zoals gemeten met de depressieschaal van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): selectie van POH-GGZ gerelateerde voorspellers en patiënt-gerelateerde confounders

	A priori	RFE ^a	A priori en RFE
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 interventie/supervisie (afgelopen 12 maanden)			
Kenmerken hulpverlening POH-GGZ aan patiënt			
Aantal contacten			
Aantal huiswerkopdrachten		√	√
Terugvalpreventie			
Cognitief-gedragstherapeutische technieken			
Gedragsactivatie			
Behandeling gebaseerd op KOP-model			
Mindfulness- en/of ontspanningsoefeningen			
Oplossingsgerichte therapie en/of problem solving treatment			
Patiëntkenmerken op baseline (T0)			
Vrouw	√		√
Leeftijd	√		√
Opleidingsniveau			
Burgerlijke staat			
Werk situatie			
Migratieachtergrond			
Ernst depressieklachten (depressieschaal 4DKL)	√	√	√
	N=8	N=5	N=12

a Omdat de LASSO (Least Absolute Shrinkage and Selection Operator) methode niet tot een oplossing kwam, is als alternatieve selectiemethode gebruikt gemaakt van Recursive Feature Elimination (RFE)

Tabel V Psychische spanningsklachten zoals gemeten met de distress-schaal van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): 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)			
Kenmerken hulpverlening POH-GGZ aan patiënt			
Aantal contacten			
Aantal huiswerkopdrachten			
Terugvalpreventie		√	√
Cognitief-gedragstherapeutische technieken		√	√
Gedragsactivatie			
Behandeling gebaseerd op KOP-model			
Mindfulness- en/of ontspanningsoefeningen		√	√
Oplossingsgerichte therapie en/of problem solving treatment			
Patiëntkenmerken op baseline (T0)			
Vrouw	√		√
Leeftijd	√	√	√
Opleidingsniveau			
Burgerlijke staat		√	√
Werksituatie		√	√
Migratieachtergrond		√	√
Ernst spanningsklachten (distress-schaal 4DKL)	√	√	√
	N=8	N=13	N=16

Tabel VI Voorspellers NMB: 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 interventie/supervisie (afgelopen 12 maanden)			
Kenmerken hulpverlening POH-GGZ aan patiënt			
Aantal contacten			
Aantal huiswerkopdrachten		√	√
Terugvalpreventie			
Cognitief-gedragstherapeutische technieken			
Gedragsactivatie			
Behandeling gebaseerd op KOP-model			
Mindfulness- en/of ontspanningsoefeningen			
Oplossingsgerichte therapie en/of problem solving treatment			
Patiëntkenmerken op baseline (T0)			
Vrouw	√		√
Leeftijd	√	√	√
Opleidingsniveau			
Burgerlijke staat		√	√
Werk situatie		√	√
Migratieachtergrond			
Ernst angstklachten (GAD-7)	√		√
Ernst depressieklachten (PHQ-9)	√	√	√
	N=9	N=9	N=14

Bijlage 3

Deelnemende zorgorganisaties en leden van de begeleidingscommissie

Deelnemende zorgorganisaties:

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

Leden begeleidingscommissie:

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

