

Postprint Version	1.0
Journal website	https://www.ntvg.nl/artikelen/verlicht-de-poh-ggz-de-werkdruk-van-de-huisarts
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Verlicht de POH-GGZ de werkdruk van de huisarts?*

TESSA MAGNÉE, DEREK P. DE BEURS, DINNY H. DE BAKKER EN PETER F.M. VERHAAK

Achtergrond: Sinds 2008 ondersteunt de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) de huisarts bij de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische problemen. Wij onderzochten of de POH-GGZ daadwerkelijk zorgtaken van de huisarts overneemt of vooral aanvullende zorg levert.

Opzet: Observatieonderzoek.

Methode: Op basis van gegevens van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn brachten we in kaart hoe vaak patiënten met psychische of sociale problemen huisartsen en POH's-GGZ consulteerden in de periode 2010-2014. We vergeleken huisartsenpraktijken met en zonder POH-GGZ. Ook onderzochten we welke patiëntkenmerken gerelateerd waren aan een consult bij de POH-GGZ.

Resultaten: Steeds meer mensen bezochten de huisarts in verband met psychische of sociale problemen. Huisartsen met een POHGGZ in de praktijk registreerden een iets hoger aantal patiënten met psychische klachten dan huisartsen zonder POH-GGZ, maar zij registreerden even veel consulten per patiënt. De POH-GGZ zag vooral vrouwen, volwassenen en patiënten met veelvoorkomende psychische klachten.

Conclusie: De POH-GGZ neemt vooralsnog geen zorgtaken over van de huisarts, maar levert aanvullende zorg. Mogelijk zorgt de aanwezigheid van een POH-GGZ ervoor dat huisartsen patiënten met psychische problemen eerder signaleren in hun praktijk.

De huisarts speelt een steeds belangrijkere rol in de geestelijke gezondheidszorg. Niet alleen is de huisarts poortwachter voor de tweede lijn en dus verantwoordelijk voor de triage, steeds vaker ook is de huisartsenpraktijk zelf de plek waar mensen met psychische klachten behandeld worden. Sinds de invoering van de basis-GGZ in 2014 behandelt de huisarts alle patiënten met psychische klachten die niet voldoen aan de DSM-5-criteria voor een psychische stoornis.¹ De huisarts mag patiënten alleen verwijzen als ze aan die criteria voldoen; wie vermoedelijk een psychiatrische stoornis heeft, wordt verwezen naar de generalistische basis-GGZ voor een korte behandeling, mensen met complexere problematiek worden verwezen naar de gespecialiseerde GGZ.

De POH-GGZ: vervangend of aanvullend?

Sinds 2008 kunnen huisartsen voor de diagnostiek en behandeling van mensen met psychische klachten de hulp inroepen van de ‘praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg’ (POH-GGZ) (zie uitleg). Steeds meer Nederlandse huisartsen werken samen met een POHGGZ, die vaak is opgeleid als sociaal-psychiatrisch verpleegkundige of psycholoog. In 2011 beschikte ongeveer een derde van de Nederlandse huisartsen over een POHGGZ, in 2014 was dat drie kwart. De belangrijkste taken van de POH-GGZ zijn diagnostiek en korte behandeling van patiënten met psychische symptomen of sociale problemen.

[Box 1]

Verder levert de POHGGZ een bijdrage aan de expertise binnen de huisartsenpraktijk op het gebied van geestelijke gezondheidszorg, zodat patiënten adequater kunnen worden doorverwezen.

In 1999 deed de praktijkondersteuner voor patiënten met somatische klachten (POH somatiek) haar intrede in de huisartsenpraktijk. De taak van de POH was vooral de huisarts te vervangen bij de periodieke controle van patiënten met een chronische ziekte zoals diabetes, astma of COPD. Inmiddels is gebleken dat POH's deze zorgtaken prima kunnen overnemen; ze hebben de zorg toegankelijker en kosteneffectiever gemaakt terwijl de patiënten even tevreden zijn.²⁻⁶ En de werkdruk van de huisarts is inderdaad verlaagd.³ Of dit laatste ook geldt voor de POH-GGZ is nog onduidelijk: nemen zij taken over van de huisarts of verlenen ze voornamelijk aanvullende zorg aan patiënten met psychische klachten? Het is denkbaar dat de huisarts zelf toe kan met minder of kortere consulten wanneer in dezelfde praktijk ook een POH-GGZ werkzaam is. Aan de andere kant kan de aanwezigheid van een POH-GGZ leiden tot een grotere zorgvraag, doordat meer patiënten de huisartsenpraktijk weten te vinden als ze psychische klachten hebben, of doordat psychische problematiek sneller gesignaleerd wordt.

Vraagstelling

Dit onderzoek had tot doel de in 2010-2014 geleverde huisartsenzorg voor psychische problematiek in kaart te brengen. Door huisartsenpraktijken met en zonder POHGGZ te vergelijken onderzochten we of de POH-GGZ daadwerkelijk zorgtaken overneemt van de huisarts.

Onze onderzoeksvragen waren: hoeveel patiënten bezochten de huisarts en de POH-GGZ in de periode 2010-2014? Hoeveel consulten kregen deze patiënten en hoe lang waren die? Waren er verschillen tussen huisartsenpraktijken met en zonder POH-GGZ? En welke patiënten komen vooral bij de POH-GGZ terecht?

METHODE

Voor dit observationele onderzoek gebruikten we gegevens van huisartsenpraktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn.⁷ De patiënten die zijn ingeschreven bij deze huisartsenpraktijken zijn representatief voor de Nederlandse bevolking. De praktijken vertegenwoordigden in 2010 in totaal ruim 0,5 miljoen patiënten, in 2014 ruim 1,5 miljoen. Uit de praktijken met de meest complete registraties (n = 161 in 2010 en n = 338 in 2014) analyseerden we de gegevens voor de jaren 2010-2014.

Huisartsen en POH's-GGZ registreren consulten en visites om zorg te declareren. We konden onderscheid maken tussen standaardconsulten en consulten langer dan 20 minuten, standaardvisites en lange visites, e-mailconsulten en groepsconsulten. Bij elk consult wordt een diagnose geregistreerd op basis van de International Classification of Primary Care (ICPC). We includeerden alleen consulten en visites die betrekking hadden op een diagnose uit hoofdstuk P (psychische problemen) of Z (sociale problemen) van de ICPC.

De database van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn beschikt over achtergrondgegevens van de ingeschreven patiënten, zoals leeftijd, geslacht en deel van het jaar dat zij stonden ingeschreven bij een praktijk, en van de deelnemende praktijken, waaronder stedelijkheidsgraad en soort praktijk. Op basis van de geregistreerde consulten stelden we voor ieder jaar en iedere praktijk vast of er een POH-GGZ werkzaam was.

De deelnemende praktijken verzenden hun routinematig bijgehouden gegevens naar het NIVEL via een 'trusted third party', ZorgTTP. Om de privacy van patiënten te waarborgen in het kader van de Wet Bescherming Persoonsgegevens, converteert de software van ZorgTTP identificerende gegevens van iedere patiënt naar een pseudoniem. Meer informatie over privacybescherming is te vinden op de website van het NIVEL.⁷

Analyses

We berekenden voor elk van de 5 jaren het aantal patiënten per 1000 ingeschreven patiënten dat minimaal 1 consult kreeg voor psychische of sociale klachten, en per patiënt het gemiddeld aantal consulten, totaal en langer dan 20 minuten.

De uitkomsten analyseerden we met meervoudige logistische en lineaire regressieanalyses, gecorrigeerd voor patiëntkenmerken en praktijkvariatie. Daarbij keken we naar trends over de jaren en vergeleken we praktijken met en zonder POH-GGZ. Ook analyseerden we welke patiëntkenmerken geassocieerd waren met een verhoogde kans op een consult bij de POH-GGZ.

RESULTATEN

Meer patiënten met psychische of sociale problemen

Huisartsen en POH's-GGZ registreerden in de periode 2010-2014 elk jaar meer patiënten met psychische of sociale problemen (figuur 1). Huisartsen die een POHGGZ in dienst hadden, zagen iets meer patiënten met psychische of sociale klachten dan hun collega's zonder POH-GGZ (oddsratio: 1,05; 95%-BI: 1,02-1,08).

Meer consulten per patiënt

Het gemiddelde aantal consulten per jaar dat een patiënt met psychische of sociale problemen kreeg, steeg licht in 2010-2014 (figuur 2). Dit gold zowel voor consulten bij de huisarts als voor consulten bij de POH-GGZ. Huisartsen met een POH-GGZ registreerden ongeveer even veel consulten per patiënt als huisartsen zonder POH-GGZ: gemiddeld ruim 2 per jaar, meestal korte consulten. Bij de POH-GGZ kreeg een patiënt gemiddeld ruim 3 consulten per jaar, meestal lange.

Specifieke patiënten voor de POH-GGZ

Niet alle patiënten maken even veel kans op een consult bij de POH-GGZ na hun eerste bezoek aan de huisarts.

De POH-GGZ ziet relatief vaak vrouwen, volwassenen en patiënten met depressieve gevoelens, relatieproblemen, stress- of angstgevoelens. Mannen, kinderen, ouderen en patiënten met bijvoorbeeld leer- of slaapproblemen komen relatief weinig bij de POH-GGZ terecht.

[FIGUUR 1]

[FIGUUR 2]

[BOX 2]

BESCHOUWING

Geen vervanging maar aanvulling

De belangrijkste uitkomst van ons onderzoek is dat de POH-GGZ tot nog toe geen zorgtaken van de huisarts heeft overgenomen. Huisartsen met een POH-GGZ registreerden bij een patiënt met psychische problemen evenveel en even lange consulten als huisartsen zonder POH-GGZ. Binnen de huisartsenpraktijk leverde de POH-GGZ aanvullende zorg, en dan vooral aan vrouwen, volwassenen en patiënten met veelvoorkomende psychische problemen.

Eerder onderzoek naar de integratie van GGZ-professionals in de eerste lijn laat wat dit betreft een wisselend beeld zien.⁸⁻¹⁰ Het is goed mogelijk dat taken van de huisarts in de toekomst nog zullen verschuiven naar de POHGGZ, nu het aantal werkuren per standaardpraktijk dat beschikbaar is voor de POH-GGZ verhoogd is naar 40 uur per week. Ook laat zich indenken dat de POHGGZ de patiënten heeft opgevangen die door de invoering van de basis-GGZ in de huisartsenpraktijk behandeld moeten worden. Zo bezien kan de POH-GGZ hebben voorkomen dat de werkdruk bij huisartsen toenam, maar anderzijds heeft een huisarts die een POHGGZ in dienst neemt wel weer extra tijd nodig voor overleg.

Ons onderzoek laat verder zien dat in de afgelopen jaren steeds meer patiënten met een psychische hulpvraag de huisartsenpraktijk zijn gaan bezoeken. Deze groei lijkt in ieder geval voor een deel toe te schrijven aan een toegenomen vraag naar zorg voor psychische problemen, want het aantal consulten voor somatische klachten is de laatste jaren redelijk constant en de incidentie van psychische problemen is niet toegenomen.^{11,12} Huisartsen die een POH-GGZ in dienst hebben, signaleren iets vaker psychische problemen dan huisartsen zonder POHGGZ.

De aanwezigheid van een POH-GGZ, in combinatie met de invoering van de basis-GGZ in 2014, zorgt er mogelijk voor dat huisartsen alerter worden op psychische problematiek. Patiënten uiten psychische klachten vaak immers niet als primaire hulpvraag.¹³ De POH-GGZ ziet vooral vrouwen, volwassenen en patiënten met veelvoorkomende psychische problemen, zoals depressieve gevoelens. Kinderen en patiënten met complexe problematiek worden mogelijk sneller doorverwezen naar de specialistische zorg. Andere patiënten zullen zelf minder vaak kiezen voor een behandeling bij de POH-GGZ of hebben na een bezoek aan de huisarts geen verdere behandeling meer nodig.

CONCLUSIE

Binnen de huisartsenpraktijk zorgt de POH-GGZ vooralsnog niet zozeer voor vervanging van zorgtaken als wel voor uitbreiding van het zorgaanbod. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen wat de gevolgen zijn van de introductie van de POH-GGZ op de doorstroming vanuit de huisartsenpraktijk naar de generalistische basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Als de POH-GGZ bij sommige patiënten kan voorkomen dat ze specialistische zorg nodig hebben, maakt dat de ggz kosteneffectiever. Er zijn inderdaad aanwijzingen dat het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ de laatste jaren daalt.¹⁴ Aan de andere kant kan de aanwezigheid van een POH-GGZ ervoor gezorgd hebben dat een groep patiënten die voorheen geen zorg kreeg, nu toch behandeld wordt. Een andere belangrijke onderzoeksvraag is hoe patiënten de huidige zorg voor psychische problemen in de huisartsenpraktijk ervaren. Het NIVEL zal deze ontwikkelingen de komende jaren blijven monitoren.

LITERATUUR

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- 2 Dierick-van Daele AT, Spreeuwenberg C, Derckx EW, et al. The value of nurse practitioners in Dutch general practices. *Qual Prim Care*. 2010;18:231-41.
- 3 Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD001271.
- 4 Dierick-van Daele AT, Steuten LM, Metsemakers JF, Derckx EW, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJ. Economic evaluation of nurse practitioners versus GPs in treating common conditions. *Br J Gen Pract*. 2010;60:e28-35.
- 5 Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *Int J Nurs Stud*. 2015;52:727-43.
- 6 Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and metaanalysis. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:214.
- 7 NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. www.nivel.nl/NZR/zorgregistratieseerstelijjn, geraadpleegd op 1 september 2016.
- 8 Bower P, Knowles S, Coventry PA, Rowland N. Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(9):CD001025.
- 9 Van der Feltz-Cornelis CM, Van Os TW, Van Marwijk HW, Leentjens AF. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Psychosom Res*. 2010;68:521-33.
- 10 Harkness EF, Bower PJ. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD000532.
- 11 De Hoon, S, Verberne, L, Davids, R, et al. NIVEL Zorgregistraties eerste lijn: Zorg door de huisarts; jaarcijfers 2015 en trendcijfers 2011-2015. Utrecht: NIVEL; 2016.
- 12 De Graaf R, Ten Have M, Van Gool S, Van Dorsselaer S. Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschr Psychiatr*. 2012;54:27-38.
- 13 Cape J. How general practice patients with emotional problems presenting with somatic or psychological symptoms explain their improvement. *Br J Gen Pract*. 2001;51:724-9.
- 14 Monitor generalistische basis-GGZ. Periode: jan 2011-dec 2015. Utrecht: KPMG/Vektis; 2016.

BOXEN EN FIGUREN

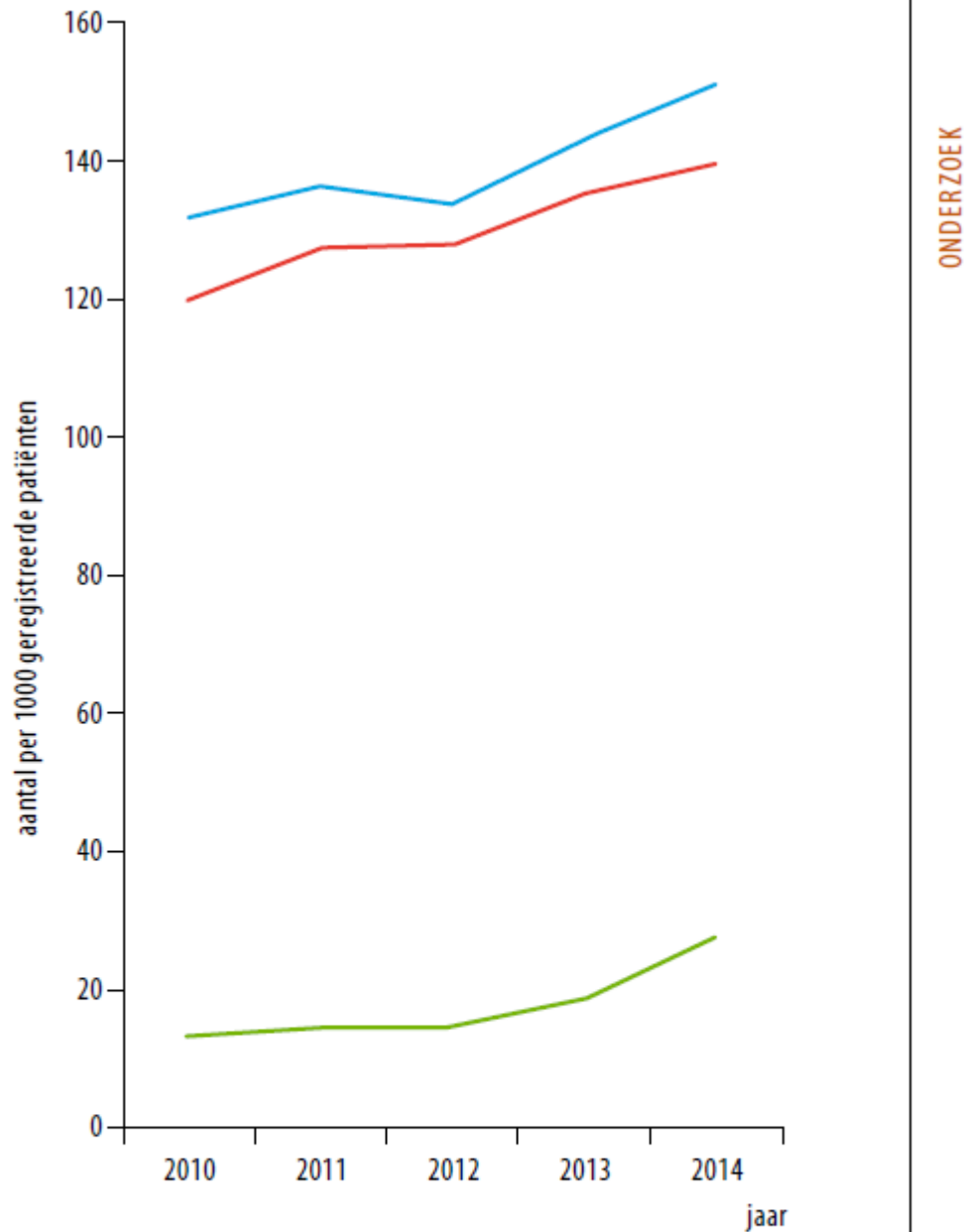
Box 1

UITLEG

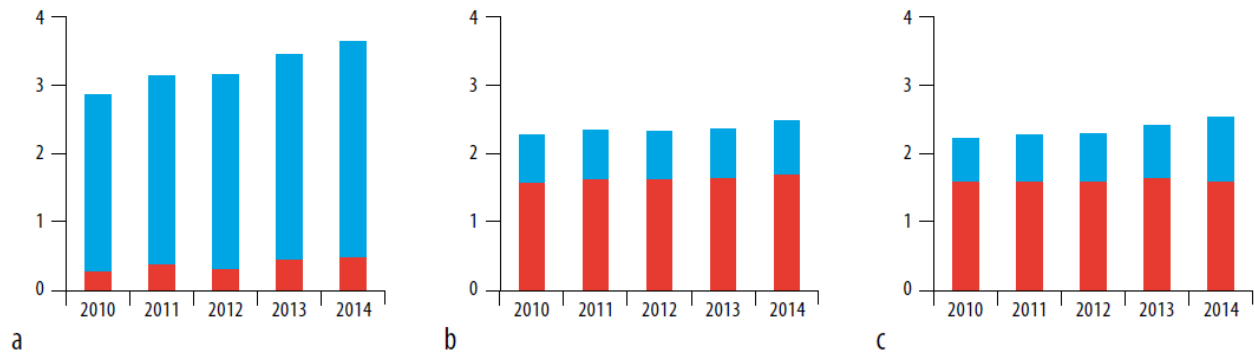
POH-GGZ

Sinds 1999 kent de huisartsenpraktijk de functie van praktijkondersteuner (POH), die de huisarts bijstond bij de controle van het groeiende aantal patiënten met een chronische ziekte als diabetes mellitus. Naast deze zogeheten 'POH somatiek' is in 2007 de functie van 'POH geestelijke gezondheidszorg' (POH-GGZ) in het leven geroepen om te voorzien in de toenemende vraag naar hulp bij psychische en psychosociale problemen. De POH-GGZ moest tevens helpen de kostenstijging in de relatief duurdere tweedelijns GGZ op te vangen. Voor alle POH's zijn de standaarden en richtlijnen van de NHG leidend bij hun werkzaamheden.

POH-GGZ is een functie op hbo-niveau binnen de huisartsenvoorziening die generalistische ggz-zorg verleent, dat wil zeggen ondersteuning, begeleiding, kortdurende behandeling en zo nodig verwijzing van patiënten met psychische, psychosomatische en psychosociale problematiek. In 2014 is een gedetailleerd functie- en competentieprofiel opgesteld door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de expertgroep kaderhuisartsen GGZ (PsyHAG) en InEen.



FIGUUR 1 Gemiddeld aantal patiënten per huisartsenpraktijk per jaar dat in de jaren 2010-2014 minimaal 1 consult kreeg bij de huisarts of bij de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ; —) in verband met psychische of sociale problemen. De aantallen consulten bij de huisarts zijn gesplitst naar praktijken met POH-GGZ (—) en praktijken zonder POH-GGZ (—).



FIGUUR 2 Aantal consulten per patiënt per jaar in de huisartsenpraktijk voor psychische of sociale problemen in de periode 2010-2014, (a) bij de praktijkondersteuner ggz (POH-GGZ), (b) bij de huisarts in een praktijk met POH-GGZ en (c) bij de huisarts in een praktijk zonder POH-GGZ. Lang consult: ■; standaardconsult: ■.

Box 2

LEERPUNTEN

- De POH-GGZ neemt geen zorgtaken over van de huisarts, maar levert aanvullende zorg aan patiënten met psychische klachten, vooral in de vorm van lange consulten.
- Het aantal patiënten dat de huisartsenpraktijk bezoekt vanwege psychische of sociale problemen is licht gestegen in de periode 2010-2014.
- Huisartsen die een POH-GGZ in dienst hebben, registreren iets vaker patiënten met psychische problematiek.
- De POH-GGZ ziet vooral vrouwen, volwassenen en patiënten met veelvoorkomende psychische klachten.