

Hoe poh-ggz hun werk ervaren en zich verhouden tot de wachtlijstproblematiek in de ggz

De poh-ggz vormt een schakel tussen patiënt, huisarts, sociaal domein en de ggz. Ze begeleidt binnen de huisartsenpraktijk mensen met lichte psychische klachten, zoals overspanning, stress, somberheid en piekeren, en speelt een rol bij probleemverheldering, triage en verwijzing bij ernstigere klachten. Steeds opnieuw blijkt dat de zorg rondom mensen met (complexe) psychiatrische problematiek moeilijk te organiseren is, mede door aanhoudende wachttijden voor de GB-ggz (generalistische basis-ggz) en de S-ggz (gespecialiseerde ggz). In de praktijk bieden poh-ggz regelmatig overbruggingszorg aan patiënten die op een wachtlijst staan voor de ggz, terwijl dit eigenlijk ongewenst is. Bij sommige praktijken ontstaat een wachttijd van enkele weken voor de poh-ggz, terwijl patiënten daar juist laagdrempelig terecht zouden moeten kunnen.

TEKST: HENNY SINNEMA, SIFRA SCHOUTEN, WOPKE HEEMROOD, TESSA MAGNÉE **BEELD:** HOGESCHOOL UTRECHT

Onderzoek laat zien dat de ggz in de afgelopen jaren meer onder druk is komen te staan, door een toename van mensen die lijden onder psychische klachten, meer mensen die daar professionele hulp bij zoeken en door afbouw van ggz-personeel. Het Integraal Zorgakkoord zoekt oplossingen in betere samenwerking tussen huisartsenzorg, sociaal domein, ggz, en herstel- en zelfregiecentra en het structureel samenwerken met naasten. Een daling van de ggz wachttijden lijkt vooralsnog niet in zicht, ondanks initiatieven om onder andere de kwaliteit van de triage en regionale samenwerking te verbeteren.

De Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van de Landelijke Vereniging POH-GGZ voert elke vier jaar een peiling uit onder haar leden. Deze ledenpeiling heeft als doel inzicht te krijgen in de achtergrond en werksituatie van de leden om verbeterpunten te signaleren en beleid te bepalen. Bij de peiling van mei 2022 was het doel zicht te krijgen op hoe poh-ggz hun werk ervaren en zich verhouden tot de wachtlijstproblematiek in de ggz, vanwege de impact die deze heeft op de huisartsenzorg.

Methodie

In mei 2022 is een online vragenlijst verzonden naar alle leden van de LV POH-GGZ die op dat moment stonden

ingeschreven voor de nieuwsbrief (n=1.749); in totaal telde de vereniging op dit moment 1.835 leden. Na een week en na twee weken ontvingen zij reminders. De online vragenlijst is ontwikkeld door de CWO van de LV POH-GGZ en bestond uit 75 items.

Resultaten

De vragenlijst is volledig ingevuld door 332 poh-ggz (18% respons). Bijna één derde van de respondenten geeft aan een wachttijd te hebben van meer dan drie weken (Tabel 1). Gemiddeld zien zij negen patiënten per dag. Meer dan de helft van de poh-ggz hanteert geen maximumaantal gesprekken per patiënt. Van de poh-ggz die dit wel doen heeft een kwart gemiddeld zes tot acht gesprekken met een patiënt. Naar schatting zijn ongeveer vijftien procent van de poh-ggz consulten samen met een naaste. Als barrières om de naaste te betrekken noemen respondenten onder andere dat de patiënt geen naaste wil betrekken (39 procent) en dat er te weinig tijd is voor gesprekken met naasten (29 procent). Overigens noemt bijna drie kwart van de poh-ggz geen barrières te ervaren in het betrekken van naasten.

Volgens de poh-ggz zien zij bijna een derde van alle patiënten ter overbrugging van de ggz wachtlijsten (Tabel 2). Twee derde van de deelnemende poh-ggz geeft aan hun

verwijsgedrag aan te passen. Een derde verwijst minder vaak (33 procent), bijna een kwart eerder (23 procent) en één op de tien (elf procent) verwijst later. Een kwart verwijst vaker naar de GB-ggz in plaats van S-ggz (26 procent), of buiten de ggz (26 procent) of verder weg (18 procent). Meer dan de helft van de poh-ggz (58 procent) zoekt langer naar een geschikte plaats voor de patiënt.

Poh-ggz geven de ervaren werkdruk als gemiddeld cijfer een zeven (0=zeer lage werkdruk en 10=zeer hoge werkdruk; Tabel 3), en meer dan de helft van alle poh-ggz (60 procent) ervaart de werkdruk hoog tot zeer hoog. Desondanks geeft de meerderheid aan (76 procent) de komende vijf jaar als poh-ggz te willen blijven werken: omdat ze het leuk vinden (73 procent), vanwege de zelfstandigheid (73 procent), omdat zij het werk zinvol vinden (62 procent) en de praktijk/collega's als prettig ervaren (49 procent). Een klein aantal poh-ggz (zes procent; n=10) blijft niet als poh-ggz werkzaam; de helft hiervan gaat met pensioen en de andere helft stopt vanwege uiteenlopende redenen.

Beschouwing

Uit de ledenpeiling van de LV POH-GGZ in 2022 blijkt dat de wachttijden voor de ggz impact lijken te hebben op de huisartsenzorg voor psychische problemen. Zo hebben poh-ggz zelf te maken met toenemende wachttijden. Bij 27 procent van de respondenten was de wachttijd tot een intakegesprek drie weken of langer, waar dit in 2015 en 2018 nog vijftien procent was. Het percentage patiënten waaraan de deelnemende poh-ggz overbruggingszorg verleent lijkt gestegen van 22 procent in 2018 naar 30 procent in 2022. Daarnaast geven poh-ggz aan als gevolg van de ggz wachttijden het verwijsgedrag aan te passen. Meer dan de helft van de respondenten is meer tijd kwijt met zoeken naar een geschikte plek om naar te verwijzen. Een derde van de poh-ggz verwijst minder vaak naar de ggz en een kwart verwijst patiënten eerder naar hulpverlening buiten de ggz. Onbekend is waar men dan naar toe verwijst; te denken valt aan (psychosomatisch) fysiotherapeut, sociaal domein of herstel- en zelfregiecentra. Dat zou in lijn zijn met de hervorming van het zorgstelsel zoals die binnen het IZA wordt beoogd. Opvallend is dat een kwart van de respondenten door de wachttijden sneller verwijst naar de GB-ggz terwijl de

S-ggz eigenlijk meer gepast is. Door zulke aanpassingen in het verwijsgedrag bestaat het risico dat de zorg niet goed aansluit bij wat de patiënt nodig heeft, en dat het leidt tot 'verstoppingen' in het systeem.

Meer dan de helft van de respondenten hanteert geen maximumaantal gesprekken per patiënt. De reden hiervan kan zijn dat de begeleiding pas eindigt wanneer de patiënt en de poh-ggz dit (samen) overeenkomen, of het kan het gevolg van overbruggingszorg zijn of van begeleiding van mensen met stabiele chronische problematiek. Door wel een maximum te hanteren (uitgezonderd voor de laatstgenoemde groepen) kan de wachttijd in de huisartsenzorg mogelijk verminderd worden. Tijdig evalueren, waarvoor online hulpmiddelen beschikbaar zijn (<https://akwaggz.nl/evalueren/>), kan hierbij helpen.

Slechts een klein deel van de poh-ggz consulten is samen met een naaste, terwijl meer dan driekwart van de respondenten geen barrières ervaart in het betrekken van naasten. Dat betekent dat de poh-ggz mogelijk vaker de samenwerking met naasten kan opzoeken. Door structureel samen te werken met naasten en hen te betrekken in het herstelproces, kan de druk op de zorg mogelijk verkleind worden.

In diverse zorgsectoren, inclusief de huisartsenzorg, zijn er door de situatie op de arbeidsmarkt zorgen over de uitstroom van personeel. Van de poh-ggz die deelnamen aan dit onderzoek is 76 procent van plan de functie als praktijkondersteuner de komende vijf jaar te blijven uitvoeren. Dit percentage is lager dan in 2018, toen het nog 83 procent was. De ervaren werkdruk lijkt in 2022 met een ruime zeven wel vergelijkbaar met 2018.

Methodologische overwegingen

Opvallend is dat het aantal respondenten vrij laag was; achttien procent in 2022 ten opzichte van 42 procent in 2018.⁷ Hiervoor is een aantal verklaringen te geven. Ten eerste was de tijd om deel te nemen aan de ledenpeiling in 2022 (drie weken) korter dan in 2018 (vier maanden). Ook kan een toename in werkdruk door corona en de wachttijden voor de ggz ervoor hebben gezorgd dat leden minder snel deelnamen aan de peiling. Tot slot waren >>

er gedurende de dataverzameling enkele technische storingen bij Survey Monkey, waardoor in ieder geval 62 respondenten hun deelname voortijdig hebben gestopt.

Sterk aan het onderzoek is dat de deelnemers representatief zijn voor alle leden van de LV POH-GGZ. De achtergrond van de respondenten is vergeleken met de achtergrondgegevens (geslacht, leeftijd, opleiding, type dienstverband, aantal consulten per dag, aantal uren werkzaam per week) van de in 2022 ruim 1.800 leden van de LV POH-GGZ. Ook zijn de achtergrondgegevens van de deelnemers aan de ledenpeiling vergelijkbaar met die van de deelnemers aan de ledenpeiling van 2018. Onbekend is of de leden van de beroepsvereniging zijn voor alle poh-ggz die in Nederland werkzaam zijn. Dit zijn er naar schatting ongeveer 3.400.¹⁵ In sommige regio's zijn in verhouding tot aantallen patiënten en huisartsen relatief veel poh-ggz werkzaam. Ook binnen het ledenbestand van de LV POH-GGZ zijn bepaalde provincies oververtegenwoordigd.

Conclusie

Wachttijden voor een eerste consult met de poh-ggz lijken de laatste jaren te zijn toegenomen, evenals de omvang van de overbruggingszorg aan patiënten die wachten op GB-ggz of S-ggz. Daarnaast is men meer tijd kwijt aan het zoeken naar passende verwijzingen. De meeste poh-ggz geven aan hun verwijsgedrag aan te passen als gevolg van de ggz wachttijden, daardoor bestaat het risico dat de zorg onvoldoende aansluit op wat de patiënt nodig heeft. Om wachttijden in de ggz in de huisartsenpraktijk te verkleinen kan de poh-ggz mogelijk vaker een maximaal aantal gesprekken hanteren en de samenwerking met naasten, het sociaal domein en herstel- en zelfregiecentra verbeteren.

Aanbevelingen aan zorgverleners in de huisartsenpraktijk:

- Maak bij patiënten met psychische of psychosociale problemen een zorgvuldige afweging of (huisartsen) zorg of ggz passend is of dat een patiënt beter geholpen is met ondersteuning vanuit het sociaal domein, welzijn, of herstel- en zelfregiecentra. Zoek de samenwerking op met deze partijen en creëer randvoorwaarden die daarvoor nodig zijn en per praktijk kunnen verschillen. Mogelijk kunnen de vier uren extra poh-ggz inzet die binnen het IZA vanaf 2024 beschikbaar worden gesteld hiervoor worden gereserveerd.
- Betrek, indien mogelijk, naasten bij de zorg voor patiënten met psychische problemen. Zij kunnen een belangrijke rol spelen bij de anamnese en tijdens het herstelproces. Leg bij terughoudendheid door de patiënt uit waarom dit belangrijk is en kom er eventueel later nog eens op terug.

- Ga bij verwijzen naar de ggz zorgvuldig na of GB-ggz of S-ggz geïndiceerd is en wijk hierbij zo min mogelijk af van de richtlijnen, omdat een mismatch schadelijk kan zijn voor de patiënt en uiteindelijk leidt tot onnodige verstoppingen en (her)verwijzingen binnen het zorgsysteem. Maak gebruik van hulpmiddelen zoals een triage methode of Zorgdomein, en/of bestudeer het effect van regionale voorbeelden.
- Niet alle patiënten met psychische problemen die de huisarts bezoeken hebben (direct) zorg nodig. Informeren (bijvoorbeeld via thuisarts.nl), geruststellen, 'watchful waiting', of eHealth kan volstaan.

Wat is bekend?

- Bij sommige huisartsenpraktijken is er een wachttijd van enkele weken voor de poh-ggz.
- Een deel van de patiënten van de poh-ggz heeft een stabiele chronische psychiatrische aandoening of staat op een wachtlijst voor de ggz.

Wat is nieuw?

- De wachttijden voor de poh-ggz lijken de laatste jaren te zijn toegenomen.
- Poh-ggz geven aan door de ggz wachttijden (meer) tijd te besteden aan het zoeken naar passende verwijzingen; hierbij wijken zij soms af van landelijke richtlijnen.
- Meer dan de helft van de poh-ggz hanteert geen maximum aantal gesprekken per patiënt, zij betrekken niet altijd naaste(n), en zij hebben gemiddeld een uur per week om met het sociaal domein samen te werken.

Dr H. Sinnema: LV POH-GGZ, Groningen, lid Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO), studieleader post-hbo SPV opleiding bij HU University of Applied Sciences Utrecht, POH-GGZ bij huisartsenpraktijk Linschoten.

S. Schouten: LV-POH-GGZ, Groningen, lid Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO), POH-GGZ bij Huisartsen Anton Jurgenshuis in Oss en Key POH Oss bij Humo.

W. Heemrood: LV POH-GGZ, Groningen, lid Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO), POH-GGZ in Leusden/Achterveld.

Dr T. Magnée: LV POH-GGZ, Groningen, voorzitter Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO), onderzoeker Huisartsenzorg en GGZ bij Nivel en POH-GGZ bij de FortaGroep.

Tabel 1. Wachttijden en werkomstandigheden poh-ggz

Wachttijd bij de poh-ggz	< 1 week: 6% 1-2 weken: 33%
Hoe lang moeten nieuwe patiënten normaal gesproken wachten voordat ze bij u terecht kunnen?	2-3 weken: 34% >3 weken: 27%
Aantal patiënten per dag	Gemiddelde: 9 Minimum: 5
Hoeveel patiënten ziet u gemiddeld op een werkdag van 8 uur?	Maximum: 15 SD: 1,6
Maximaal aantal gesprekken per patiënt/traject?	Altijd: 1% Meestal: 18% Soms: 28% Nooit: 53%
Hanteert u een maximum aantal gesprekken per patiënt (per begeleidingstraject)?	
Aantal gesprekken bij hanteren maximum bij aantal gesprekken	1-5: 5% 6-8: 26% 9-5: 11% N.v.t.: 49%
Wat is het maximum aantal gesprekken per patiënt dat u hanteert (per begeleidingstraject)?	
Aantal uren per week voor overleg/samenwerking sociaal domein/gemeente	Gemiddelde: 1 uur Minimum: 0,0 Maximum: 8,0
Hoeveel uren heeft u in een gemiddelde werkweek om met het sociaal domein/de gemeente te overleggen of samen te werken?	SD: 1,0
Gesprekken met naasten	Gemiddelde: 15% SD: 12,5%
Naar schatting hoeveel (in %) van uw gesprekken zijn met een patiënt en minimaal één naaste samen?	Minimum: 0% Maximum: 80%
Barrières naasten	Ik ervaar geen barrières om naasten te betrekken (70%; n=233)
Welke barrières ervaart u als POH-GGZ om naasten (bijvoorbeeld familie of vrienden) te betrekken bij de gesprekken met een patiënt?	<ul style="list-style-type: none"> • Te weinig ruimte of een te kleine kamer (7%; n=22) • Te weinig tijd (29%; n=97) • Ik niet hoe ik dan goed met privacy moet omgaan (3%; n=9) • De patiënt wil geen naaste(n) betrekken (39%; n=128) • Ik zie de meerwaarde daarvan niet in (1%; n=4) • Ik heb niet de juiste vaardigheden om gesprekken met een patiënt én naaste(n) te voeren (8%; n=25) • Naaste wil niet mee (1%; n=4) • Ja, anders, namelijk... (1%; n=4)

In tabel 1 zijn de resultaten te zien die betrekking hebben op wachttijden bij de poh-ggz, het aantal patiënten dat de poh-ggz ziet op een 8-urige werkdag en het percentage poh's-ggz dat een maximaal aantal gesprekken hanteert per patiënt.

Tabel 2. Verwijsgedrag richting ggz

Overbruggingszorg	m=30% SD: 17,9
Naar schatting hoeveel (in %) van uw patiënten ziet u ter overbrugging, terwijl zij op een wachtlijst staan voor behandeling in de generalistische basis-ggz of in de gespecialiseerde GGZ?	min: 2 max: 100
Aanpassing verwijsgedrag	Ik pas mijn verwijsgedrag niet aan: 27% Ik verwijsgedrag minder vaak: 33%
Op welke manier past u uw verwijsgedrag aan door de huidige wachttijden voor de GGZ?	Ik verwijst eerder: 23% Ik verwijst later: 11% Ik verwijst verder weg: 18% Ik verwijst vaker naar GB-ggz i.p.v. S-ggz: 26% Ik verwijst vaker buiten de ggz: 26% Ik zoek langer naar geschikte plaats: 58%

In tabel 2 staan de aard en omvang van de overbruggingscontacten en de aanpassingen in het verwijsgedrag van de poh's-ggz als gevolg van de wachttijden bij de ggz.

Tabel 3. Functiebeleving

Ervaren werkdruk	zeer laag: 0% laag: 2%
Hoe ervaart u de werkdruk als POH-GGZ?	gemiddeld: 39% hoog: 51% zeer hoog: 9%
Kunt u de ervaren werkdruk in een cijfer uitdrukken?	Cijfer: gemiddeld 7 (SD 1,4) min: 1 max: 10
Blijven werken als POH	Ja: 76% Nee: 6%
Bent u van plan om de komende vijf jaar als POH-GGZ te blijven werken (indien mogelijk)?	Weet nog niet: 18%
Redenen om te blijven	Leuk: 73% Zelfstandigheid: 73%
Waarom bent u wel van plan om de komende vijf jaar als POH-GGZ te blijven werken?	Zinvol: 62% Fijne praktijk/collega's: 49% Afwisseling: 43% Korte lijnen: 32%
Redenen om te stoppen	Te hoge werkdruk: 32% Te laag salaris: 24%
Waarom bent u eventueel niet van plan de komende vijf jaar als POH-GGZ te blijven werken?	Psychisch belastend: 19% Weinig groeimogelijkheden: 18% Eenzaam werk: 17% Pensioen: 11%

Tabel 3 toont informatie over de functiebeleving van de respondenten en de wens om te blijven werken of te stoppen als poh-ggz.