Geen gezondheids-verbeteringen van praktijk-ondersteuner huisarts-ggz

De Praktijkondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg (POH-ggz) moet de druk op de ggz verlichten door de lichte gevallen op te vangen en te behandelen. Jaarlijks komen meer dan 600.000 mensen met psychische klachten bij de POH-ggz. Maar is dat wel effectief?

IN HET KORT

- Het zorggebruik is met de POH-ggz sterk toegenomen, maar het ontlast de rest van de ggz niet.
- Behandeling door de POH-ggz levert geen verbeteringen van gezondheids- en arbeidsmarktuitkomsten op lange termijn.
- Uitbreiding van de specialistische ggz-capaciteit werkt wellicht beter dan investeren in POH-ggz.

ROGER PRUDON
Universitair docent aan Lancaster University

Een kwart van alle Nederlanders lijdt op dit moment aan een mentale aandoening (Ten Have et al., 2023). Naast het persoonlijk leed dat deze mentale aandoeningen veroorzaken, leiden ze vaak ook tot baanuitval. De kosten van mentale problemen worden daardoor voor de Nederlandse samenleving geschat op 17 tot 51 miljard euro per jaar (IBO, 2025).

Adequate behandeling van mentale problemen zou de mentale gezondheid van mensen kunnen verbeteren en de economische kosten kunnen terugdringen. Ongeveer de helft van alle Nederlanders met een psychische aandoening geeft echter aan geen of onvoldoende zorg te ontvangen (Wix en Spigt, 2023).

Om ervoor te zorgen dat meer mensen adequate behandeling ontvangen, is in 2008 in Nederland de POH-ggz met vier doelen geïntroduceerd. Het primaire doel was om meer mensen behandeling aan te kunnen bieden. Daarnaast zouden de gezondheids- en arbeidsmarktuitkomsten van mensen met mentale problemen moeten verbeteren. Een derde doel was dat de POH-ggz de druk zou verlichten op de basis- en gespecialiseerde ggz door vroegtijdige signalering en behandeling. Het laatste doel was dat dit alles tegen relatief lage kosten bereikt zou moeten worden omdat de gemiddelde kosten per patiënt van behandeling door een POH-ggz (485 euro in 2024) aanzienlijk lager zijn dan de gemiddelde kosten van behandeling in de basis- en gespecialiseerde ggz (5.586 euro in 2024) (NZA, 2024). Door het grote aantal patiënten dat van de POH-ggz gebruikmaakt kost dat 360 miljoen euro per jaar, ongeveer vijf procent van het totale budget voor de ggz (NZA, 2024). Daarmee komt de inzet van de POH-ggz op dit moment uit op meer dan 3.000 FTE.

In dit artikel onderzoek ik de gevolgen van de POH-ggz voor de rest van de ggz en voor de gezondheids- en arbeidsmarktuitkomsten van patiënten. Dat doe ik door te analyseren hoe de zorgvraag van vergelijkbare patiënten zich ontwikkelt voordat en nadat een huisarts een POH-ggz in dienst nam of het aantal werkuren van een POH-ggz verhoogde.

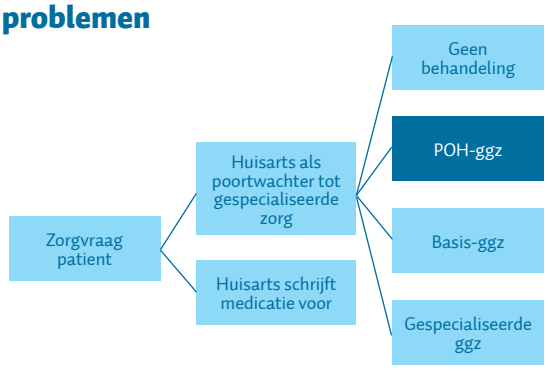
De POH-ggz

Als een patiënt een zorgvraag heeft, is de huisarts de poortwachter tot zorg. De huisarts maakt een eerste inschatting van de ernst van de problematiek waarbij deze verschillende behandelopties kan voorstellen, gerangschikt naar gemiddelde ernst van de problematiek: geen behandeling, doorverwijzing naar de POH-ggz, de basis-ggz of de gespecialiseerde ggz (figuur 1).

De POH-ggz is dus vooral gericht op lichte problematiek en kan ook worden ingezet ter overbrugging van de wachttijd voor basis- of gespecialiseerde ggz. De POH-ggz biedt, mogelijk in samenspraak met de huisarts, verschillende soorten (kortdurende) behandeling aan, variërend van coaching, eHealth tot diagnostiek.

Bij de invoering van de POH-ggz in 2008 is er financiering binnen de basisverzekering beschikbaar gesteld om

Het zorgpad voor mentale problemen FIGUUR 1



ESB

Het onderzoek is gefinancierd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk onderzoek (NWO)

een POH-ggz in dienst te nemen voor maximaal 4,5 uur per week per standaardpraktijk (2.350 patiënten). Dit is stapsgewijs verhoogd tot maximaal 16 uur per standaardpraktijk in 2024.

Tussen 2011 en 2021 is het aantal patiënten bij de POH-ggz meer dan verzesvoudigd naar 600.000 (figuur 2). In dezelfde periode is het aantal patiënten binnen de basis- en gespecialiseerde ggz ongeveer constant gebleven (figuur 2). De zichtbare daling binnen de gespecialiseerde ggz tussen 2011 en 2014 heeft waarschijnlijk voornamelijk te maken met de overgang van de eerste- en tweedelijns-ggz naar de basis- en gespecialiseerde ggz in 2014.

Data

Om de impact van de POH-ggz op het zorggebruik, de mentale gezondheid en de arbeidsmarktuitkomsten van mensen met mentale problemen te kunnen schatten, combineer ik verschillende datasets. Gegevens over het gebruik van basis- en gespecialiseerde ggz en medicijngebruik, alsook arbeidsmarktuitkomsten en demografische kenmerken van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zijn gekoppeld aan gegevens van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel). Ongeveer tien procent van de Nederlandse bevolking staat ingeschreven bij de aan Nivel gelieerde praktijken, en deze groep heeft vergelijkbare demografische kenmerken en zorggebruik als de rest van de Nederlandse bevolking.

De dataset bevat 1,2 miljoen individuen die tussen 2011 en 2021 een huisartsconsult hebben gehad, gerelateerd aan mentale gezondheid. Van deze studiepopulatie ontvangen uiteindelijk ongeveer 400.000 mensen een vorm van behandeling voor hun mentale problemen in het eerste jaar nadat ze naar de huisarts zijn gegaan. In deze groep is een grotere daling in werkgelegenheid te zien dan in de groep die geen behandeling ontvangt (kader 1).

Methode

Omdat het type zorg dat mensen ontvangen afhangt van bijvoorbeeld de ernst van de mentale problemen, geeft een directe vergelijking tussen POH-ggz en andere opties een vertekend beeld van de mogelijke effectiviteit van de behandeling. Om tot een causale schatting te komen waarbij ik endogeniteit wil uitsluiten, pas ik een instrumentelevariabele-model (IV) toe. Hiermee analyseer ik het zorgverbruik en de gezondheids- en arbeidsuitkomsten van patiënten. Het IV-model vergelijkt patiënten die zorg vragen op het moment dat hun huisartsenpraktijk geen of weinig gebruik maakt van de POH-ggz, met patiënten die op een ander moment zorg vragen als hun huisarts meer gebruik maakt van de POH-ggz. Daarbij wordt gecontroleerd op verschillen in kalendertijd (maand-en-jaar fixed-effects).

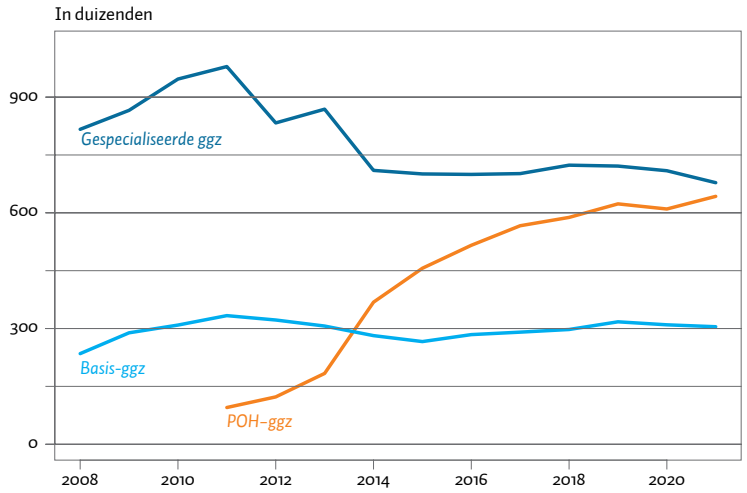
Als instrument gebruik ik de veranderingen in de mate van inzet van de POH-ggz op praktijkniveau als gevolg van de uitbreiding van de financieringsmogelijkheden. Een huisartsenpraktijk bepaalt door de tijd heen wanneer ze een POH-ggz in dienst neemt, en of ze de werkuren van de POH-ggz verhoogt, waardoor er variatie in het aanbod ontstaat buiten de zorgvraag van de patiënt om.

Voor de schattingen is het van belang dat de inzet van de POH-ggz geen effect heeft op bijvoorbeeld de samenstelling van het patiëntenbestand dat zorg vraagt. Ik test dit en vind inderdaad geen correlatie tussen demografische kenmerken van patiënten en de inzet van de POH-ggz in de praktijk.

Naast verschillen in de samenstellingen van patiëntenbestanden kunnen er ook verschillen zijn in bijvoorbeeld de kwaliteit van de huisartsenpraktijken. Als kwalitatief betere huisartsenpraktijken in grotere (of kleinere) mate gebruikmaken van de POH-ggz, zouden de schattingen niet alleen de impact van de POH-ggz maar ook de impact van deze verschillen in kwaliteit laten zien. Om dit te voorkomen, gebruik ik praktijk-fixed-effects. Dit betekent dat ik alleen

FIGUUR 2

Aantal patiënten per zorgtype



Data: CBS, Nivel | ESB

KADER 1

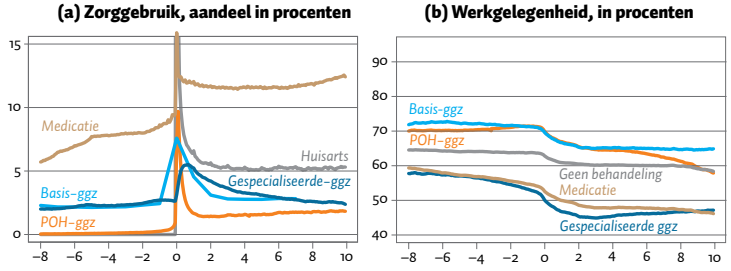
Gebruik mentale zorg en werkgelegenheid na huisartsbezoek

De studiepopulatie kenmerkt zich door meer mentaal zorggebruik na het eerste huisartsconsult (figuur 3a). In de periode voor het eerste huisartsconsult maakt ongeveer drie procent van de studiepopulatie gebruik van basis- en gespecialiseerde ggz, en gebruikt acht procent medicatie voor mentale problemen. Na het eerste huisartsconsult zijn er significante stijgingen in alle soorten zorg. Het zorggebruik stabiliseert zich binnen een tot twee jaar op een hoger niveau dan voorafgaand aan het huisartsconsult.

Na een huisartsconsult lijkt er een daling plaats te vinden in het aandeel van mensen met werk (figuur 3b). Deze daling is iets groter voor de groepen die naar de gespecialiseerde ggz doorverwezen worden of medicatie voorgeschreven krijgen, maar ook bij de groep die doorverwezen wordt naar de POH-ggz geldt een daling van ongeveer vijf procentpunt.

FIGUUR 3

Zorggebruik en werkgelegenheid na eerste huisartsconsult over mentale gezondheid

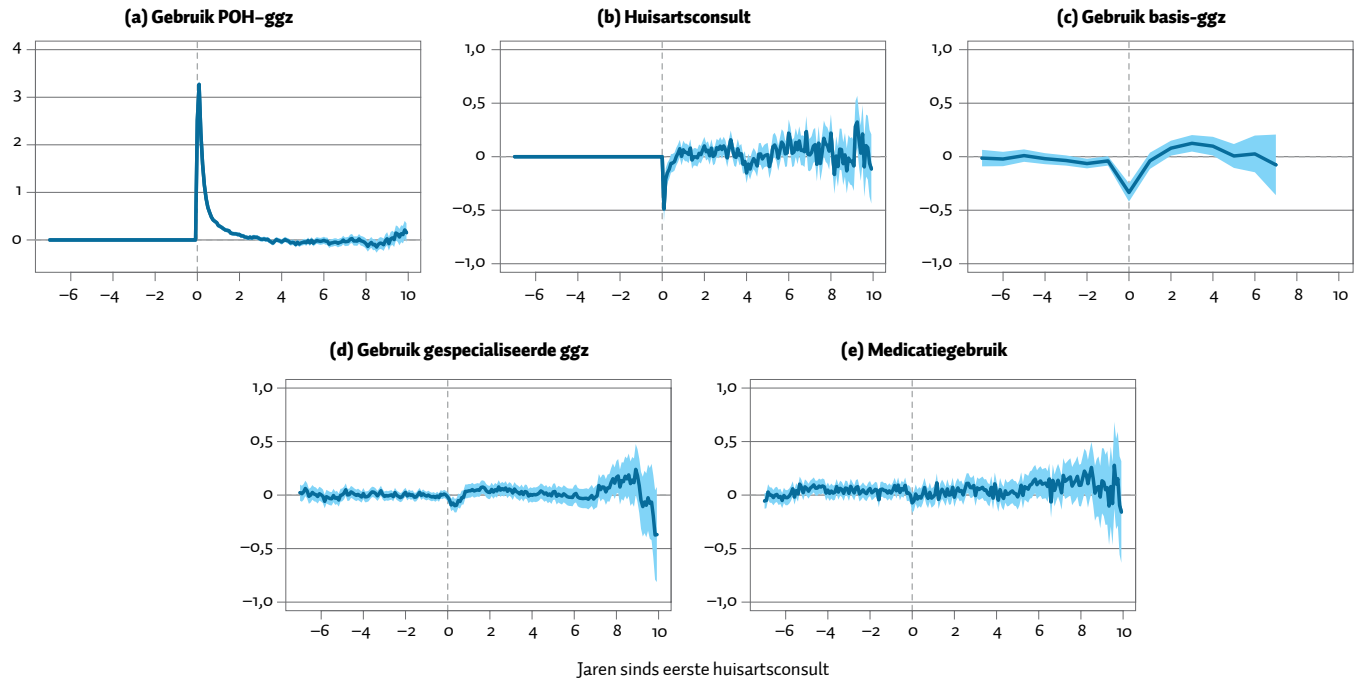


Noot: Figuur (b) toont de studiepopulatie op basis van de zorg die men in de twaalf maanden na het eerste huisartsconsult heeft ontvangen

Data: CBS, Nivel | ESB

Effect van een toename van de POH-ggz-inzet van tien procentpunt

FIGUUR 4



Data: CBS, Nivel | ESB

De impact van de POH-ggz-behandeling op gezondheid

TABEL 1

	Voor consult	Na consult
Zelfgerapporteerd		
Algemene gezondheid	−0,01 (0,19)	0,10 (0,20)
Mentale gezondheid	−0,10 (0,12)	0,05 (0,15)
Angst of depressie	−0,24 (0,20)	−0,24 (0,22)
Eenzaamheid	−0,27 (0,21)	0,09 (0,22)
Aantal observaties	24.394	19.301
Gerapporteerd door gespecialiseerde ggz		
Bij start behandeling	−0,10 (0,11)	−0,12 (0,10)
Bij einde behandeling	−0,03 (0,11)	−0,04 (0,10)
Aantal observaties	95.865	91.045

Noot: Alle gezondheidsuitkomsten zijn genormaliseerd. De gemiddelde waarde is 0 en de standaardvariatie is 1, waarbij een hogere waarde overeenkomt met een betere gezondheid. De standaardfouten zijn vermeld tussen haakjes.

Data: CBS, Nivel | ESB

patiënten vergelijk die naar dezelfde praktijk gaan, maar die verschillen in de kans om door de POH-ggz behandeld te worden omdat ze op een ander moment zorg vragen.

Verder is het voor zuivere IV-schattingen belangrijk dat de mate van inzet van de POH-ggz op praktijkniveau niet correleert met het historisch zorgverbruik van patiënten (de placebo-uitkomsten). In figuur 4 zijn de effecten op het zorgverbruik weergegeven bij een stijging van tien procentpunt van de POH-ggz op praktijkniveau in het jaar nul. Voor dit punt zijn patiënten met hun mentale gezondheidsklacht nog niet bij de huisarts en POH-ggz geweest. Aangezien de andere zorgtypen (basis-ggz, gespecialiseerde ggz en medicatie) voorafgaande aan het eerste huisartsconsult geen significante correlaties vertonen, suggereert dit dat de IV-schattingen betrouwbaar zijn.

Impact op zorggebruik

De inzet van de POH-ggz blijkt de druk op de rest van de ggz niet te verlichten. Meer POH-ggz-inzet leidt weliswaar tot meer behandeling door de POH-ggz in de eerste twee jaar na het eerste huisartsconsult (figuur 4a), maar dit gaat niet gepaard met een blijvende daling van huisartsconsulten of gebruik van de basis-ggz (figuur 4b). Op de lange termijn stijgt de kans om bij de huisarts langs te gaan zelfs, waardoor er cumulatief geen afname is in consulten. Figuur 4c laat eenzelfde patroon zien voor het gebruik van de basis-ggz: een lichte daling in het eerste jaar maar een toename in de vervolgjaren. De inzet van de POH-ggz leidt evenmin tot daling van het gebruik van gespecialiseerde ggz of medicatie voor mentale aandoeningen (figuur 4d en 4e).

De gevonden resultaten staan haaks op die in een studie van het Nivel (Dros et al., 2024). Daarin concluderen de auteurs dat de inzet van de POH-ggz de druk op de basis- en gespecialiseerde ggz heeft doen afnemen omdat ze een negatieve correlatie vinden tussen de mate van inzet van de POH-ggz, en de hoeveelheid doorverwijzingen naar de basis- en gespecialiseerde ggz. De negatieve correlatie die zij vinden wordt echter veroorzaakt door verschillen tussen praktijken, en niet door een causaal effect van de POH-ggz.

De invoering van de POH-ggz heeft overigens evenmin het doel bereikt om ongelijkheid in zorgverbruik te verkleinen. Mannen, lageropgeleiden, mensen met een migratieachtergrond en ouderen maakten voor de introductie van de POH relatief weinig gebruik van de ggz. Uit heterogeniteitsanalyses van de IV-modellen blijkt dat deze groepen ook na de introductie het minst vaak naar de POH-ggz gaan.

Impact op gezondheid en werk

De POH-ggz heeft evenmin de gezondheid van mensen met mentale problemen aantoonbaar verbeterd. Tabel 1 geeft de impact van het ontvangen van POH-ggz zorg weer op de gemiddelde gezondheid, gemeten in de vier jaar voor het huisartsconsult (placebo-uitkomst) en vier jaar na het huisartsconsult. Deze gezondheidsuitkomst is gebaseerd op het deel van de studiepopulatie die vierjaarlijks zelfgerapporteerde scores invult voor de nationale gezondheidsmonitor van het CBS. Zowel de placeboschattingen als de schattingen voor de vier jaar na het eerste consult zijn insignificant.

Ook de gekoppelde *Global Assessment of Functioning*-scores (GAF) – een indicatie van de ernst van mentale problemen door behandelaars binnen de gespecialiseerde ggz – geven geen significante verbetering weer. Wel zijn deze scores enkel beschikbaar voor de selecte subpopulatie die zorg ontvangt binnen de gespecialiseerde ggz. Het observeren van deze gegevens kan dus afhangen van de inzet van de POH-ggz.

Ten slotte heeft de inzet van de POH-ggz ook geen significante verbetering in arbeidsmarktuitkomsten opgeleverd. Figuur 5 geeft geen significante impact weer van de behandeling door de POH-ggz op het maandloon, gemeten vanaf zeven jaar voorafgaand aan het eerste huisartsconsult tot tien jaar na dat consult.

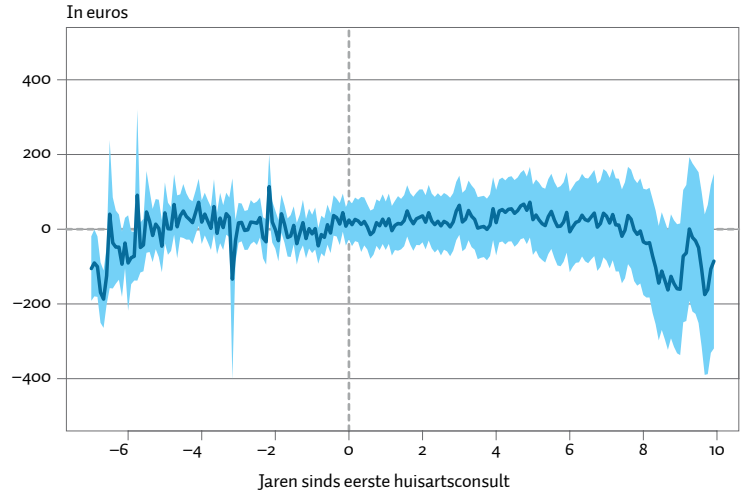
Conclusie

De invoering en toegenomen inzet van de POH-ggz heeft drie van de vier doelen niet bereikt. De druk op de basis- en gespecialiseerde ggz is niet afgenomen door de inzet van de POH-ggz. De langetermijngezondheid van patiënten lijkt niet verbeterd. De arbeidsmarktuitkomsten van patienten zijn niet verbeterd, terwijl het grootste deel van de maatschappelijke kosten van mentale problemen voor de Nederlandse samenleving wordt veroorzaakt door negatieve arbeidsmarktgevolgen. En doordat het gebruik van andere ggz-behandelingen niet is verlaagd door de POH-ggz, zijn de totale mentale gezondheidszorgkosten toegenomen door de inzet van de POH-ggz.

Als enkel wordt gekeken naar het zorggebruik, is de POH-ggz effectief geweest: meer dan een half miljoen mensen ontvangt jaarlijks zorg van de POH-ggz. Deze toename is echter voornamelijk toe te schrijven aan de groep die voor de introductie van de POH's al gebruikmaakte van de ggz, wat heeft geleid tot meer ongelijkheid.

Als de financiële middelen en de mankracht die nu naar de POH-ggz gaan, ingezet zouden kunnen worden binnen de gespecialiseerde ggz, is dit waarschijnlijk een effectievere besteding: de langere wachtlijsten in de gespecialiseerde ggz hebben namelijk aanzienlijke negatieve consequenties voor de gezondheid en arbeidsmarktstatus van patiënten (Prudon, 2023).

De impact van de POH-ggz-behandeling op het maandloon FIGUUR 5



Data: CBS, Nivel | ESB

De oplossing voor de beperkte behandelingsmogelijkheden van geestelijke gezondheidsproblemen lijkt dus niet om de zorg laagdrempeliger te maken. Toch zet het recent uitgebrachte interdepartementale beleidsonderzoek ggz wel in op de uitbreiding van laagdrempelige steunpunten, e-health en groepsbehandelingen (IBO, 2025). Gezien de resultaten van de POH-ggz kan verwacht worden dat een vergelijkbare uitbreiding van het zorgaanbod niet tot de gewenste resultaten zullen leiden. Om volgende decepties te voorkomen, is het cruciaal dat nieuw beleid vergezeld gaat van causaal evaluatieonderzoek, zodat tijdig bijgestuurd kan worden als een maatregel niet leidt tot de gewenste verbetering van gezondheid en arbeidsmarktstatus.

Literatuur

Dros, J.T., C.E. van Dijk, K.B.E. Böcker et al. (2024) Healthcare utilization patterns of individuals with depression after national policy to increase the mental health workforce in primary care: a data linkage study. *BMC Primary Care*, 25(1), 158.

Have, M. ten, M. Tuithof, S. van Dorsselaer et al. (2023) Prevalence and trends of common mental disorders from 2007–2009 to 2019–2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 22(2), 275–285.

IBO (2025) *Uit balans: IBO mentale gezondheid en ggz*. Rapport Interdepartementaal Beleidsonderzoek, september.

NZA (2024) *Kerncijfers geestelijke gezondheidszorg (ggz)*. Nederlandse Zorgautoriteit.

Prudon, R. (2023) Kans op werk daalt door lange ggz-wachtlijsten. *ESB*, 108(4826), 464–466.

Wix, E.R. en M. Spigt (2023) Unmet need for mental health care within the Dutch population: exploring the role of GP. *Journal of Public Health*, 31(8), 1185–1192.