



Eerste evaluatie POH-jeugd Leeuwarden

M.Boendermaker

J. Snippe

B. Bieleman

INTRAVAL
Onderzoek en Advies

EERSTE EVALUATIE POH-JEUGD LEEUWARDEN

April 2016

INRAVAL
Groningen-Rotterdam

INHOUDSOPGAVE

	Pagina
Hoofdstuk 1 Inleiding	1
1.1 Onderzoeksvragen	1
1.2 Onderzoeksactiviteiten	1
1.3 Leeswijzer	2
Hoofdstuk 2 Registratiegegevens	3
2.1 Dataverzameling volgens onderzoeksvoorstel	3
2.2 Ontvangen data DFZ en gemeente Leeuwarden over doorverwezen jeugdigen	4
2.3 Ontvangen data huisartsen over POH-jeugd	6
Hoofdstuk 3 Verloop van de pilot	9
3.1 Doelstelling van de pilot	9
3.2 Invulling functie POH-Jeugd	10
3.3 Samenwerking tussen huisartsen en POH-Jeugd	12
3.4 Samenwerking tussen POH-Jeugd en ketenpartners	14
3.5 Succesfactoren en aandachtspunten	17
Hoofdstuk 4 Samenvatting en conclusies	21
4.1 Doorverwijzingen	21
4.2 Samenwerking ketenpartners	22
4.3 Ten slotte	23

1. INLEIDING

In april 2015 is in de gemeente Leeuwarden een pilot gestart waarin bij drie huisartsenpraktijken een praktijkondersteuner GGZ-jeugd – POH-jeugd genaamd – is geplaatst. De huisartsen van deze praktijken hebben aangegeven dat het van groot belang is om vroegtijdig psychische of psychosociale problemen bij jeugdigen te signaleren en te behandelen. De praktijkondersteuners Jeugd zijn ervaren orthopedagogen. Bij vermoedens van psychische of psychosociale problemen verwijzen huisartsen jeugdigen naar hen door, terwijl zij voorheen deze kinderen naar specialistische zorg (kinderpsychologen of psychiaters) zouden hebben doorverwezen. De praktijkondersteuners doen onderzoek naar de problematiek en werken daarbij nauw samen met wijkteams, het onderwijs, de GGD en GGZ-Friesland.

De gemeente Leeuwarden wil weten welke resultaten er een jaar na de start van de pilot zijn bereikt. Zij heeft onderzoeks- en adviesbureau INTRAVAL opdracht gegeven hiernaar een eerste evaluatie uit te voeren.

1.1 Onderzoeksvragen

Bij dit onderzoek staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

1. Is het aantal doorverwijzingen naar de basis- en specialistische GGZ daadwerkelijk afgenomen door de inzet van de POH-jeugd?
2. Is er een betere samenwerking tot stand gekomen tussen de huisartsenpraktijken en de ketenpartners?

1.2 Onderzoeksactiviteiten

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden voeren we diverse onderzoeksactiviteiten uit. Naast het analyseren van registratiegegevens over doorverwijzingen die door de huisartsenpraktijken zijn vastgelegd, hebben we aanvullende gegevens verzameld bij de zorgverzekeraar en interviews gehouden met de huisartsen, praktijkondersteuners en ketenpartners.

Verder is aan een controlegroep van zes huisartsenpraktijken die vanaf april 2016 aan de pilot gaan deelnemen gevraagd hoeveel jeugdige cliënten met psychische en sociale problematiek zij in de periode sinds 1 april 2014 hebben doorverwezen naar de jeugd-GGZ. Deze aantallen kunnen we vervolgens vergelijken met de gegevens van de drie huisartsenpraktijken in de pilot.

Interviews

In de eerste helft van maart zijn interviews gehouden met bij de pilot betrokken professionals. In totaal zijn negen uitgebreide telefonische interviews gehouden. Deze gesprekken zijn gevoerd met drie huisartsen van de betrokken groepspraktijken, twee jeugd-POH-ers, een regiomanager van de GGD, twee wijkteammanagers en de directeur behandelzaken van GGZ-instelling Kinnik.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk twee bespreken we de registratiegegevens die we van de zorgverzekeraar hebben ontvangen en de informatie van de huisartsenpraktijken. In hoofdstuk drie komen de resultaten uit de interviews aan bod. Hoofdstuk vier bevat de samenvatting en conclusies van het onderzoek.

2. REGISTRATIEGEGEVENS

Huisartsen registreren de problematiek of de diagnose van hun patiënten onder codes van de ICPC (International Classification of Primary Care). De klachten en ziekten met betrekking tot de psychische gezondheid worden gecodeerd in het P-gedeelte van de ICPC. Sociale problemen worden gecodeerd in het Z-gedeelte. Voor dit onderzoek wilden we de patiënten van 0-18 jaar selecteren die met diagnoses behorend tot P- of Z-codes zijn geregistreerd. De consulten wilden we indelen naar discipline (huisarts of POH-jeugd) evenals de eventuele doorverwijzingen (bijvoorbeeld psychiater of psycholoog uit basis- of gespecialiseerde GGZ).

2.1 Dataverzameling volgens onderzoeksvoorstel

We hebben in ons onderzoeksvoorstel bij de dataverzameling onderscheid gemaakt in de periode voor en na de stelselwijziging.

Voor 1 januari 2015

Per 1 januari 2015 is de zorg voor jeugd overgegaan naar de gemeente. Gegevens over doorverwijzingen voor 1 januari 2015 wilden we opvragen bij De Friesland Zorgverzekeraar (DFZ). Om een goede vergelijking mogelijk te maken wilden deze gegevens ontvangen voor:

- alle huisartsenpraktijken afzonderlijk in Leeuwarden;
- alle patiënten van 0-18 jaar met psychische en sociale problematiek in 2013 en 2014, in maandelijks overzichten;
- de patiënten die zijn doorverwezen naar de jeugd-GGZ, eveneens in maandelijks overzichten.

Na 1 januari 2015

De drie huisartsen in de pilot houden in een apart Excel-sheet onder meer bij hoeveel jeugdigen een consult krijgen en zijn doorgestuurd naar de POH-er. We wilden opvragen:

- hoeveel jeugdige cliënten bij de huisarts komen met psychische en sociale problematiek;
- hoeveel jeugdigen worden doorgestuurd naar de POH-er;
- hoeveel jeugdigen de POH-er zelf begeleidt;
- hoeveel jeugdigen de POH-er als nog doorverwijst naar de jeugd GGZ;
- hoeveel jeugdigen door de POH-er worden doorverwezen naar wijkteams.

Controlegroep

Om goed inzicht te krijgen op het effect van de inzet van POH-ers is een controlegroep van belang. We hebben voorgesteld een controlegroep samen te stellen uit de zes huisartsenpraktijken die vanaf april 2016 aan de pilot gaan deelnemen. Met

deze huisartsen heeft de gemeente reeds contact en de verwachting is dat zij positief zijn over de pilot. Van deze zes huisartsenpraktijken wilden we volgende gegevens ontvangen:

- alle patiënten van 0-18 jaar met psychische en sociale problematiek na 1 januari 2015, in maandelijkse overzichten;
- de patiënten die zijn doorverwezen naar de jeugd-GGZ, eveneens in maandelijkse overzichten.

2.2 Ontvangen data DFZ en gemeente Leeuwarden over doorverwezen jeugdigen

Van DFZ hebben we de declaraties ontvangen van de doorverwijzingen door huisartsen naar de GGZ van alle cliënten van 0-18 jarigen uit de gemeente Leeuwarden voor de jaren 2013 en 2014.

DFZ registreert volgens eigen zeggen uitsluitend declaraties. Zij zegt geen informatie te hebben over het aantal cliënten, verwijzers of doorverwijzingen. De gegevens van DFZ geven derhalve geen informatie over het aantal jeugdigen dat de drie huisartsen in de pilot in 2013 en 2014 naar de Jeugd-GGZ hebben doorverwezen. DFZ, onderdeel van Achmea, is niet de enige zorgverzekeraar. Wel zijn zij in Friesland marktleider met ruim 60% van de markt. Sinds de fusie met Achmea in 2011 is het aandeel begin 2014 gestegen naar 79%.¹

Naast de gegevens van DFZ hebben we van de gemeente Leeuwarden een schatting van het aantal door huisartsen doorverwezen jeugdigen naar zorgaanbieders in de GGZ voor 2015 ontvangen.

Aantallen

Uit de van DFZ ontvangen gegevens blijkt dat het aantal declaraties in 2013 1.566 bedraagt (zie tabel 2.1). In 2014 is dit afgenomen tot 1.152 declaraties. De reden voor deze daling is onduidelijk. De afname doet zich zowel voor bij de basis GGZ als de specialistische zorg.

Tabel 2.1 Aantal declaraties GGZ-jeugd bij De Friesland Zorgverzekeraar na doorverwijzingen huisartsen Leeuwarden naar jaar en type GGZ-zorg

	2013	2014
Basis	494*	238
Specialistisch	1.072	914
Totaal	1.566	1.152

*In 2013 zijn deze declaraties geregistreerd als eerstelijns behandelingen, in 2014 is dit gewijzigd in Basis GGZ.

¹ <https://www.sfk.nl/nieuws-publicaties/PW/2014/slechts-4-overstappers>

2015

De gemeente heeft zelf een uitvraag gedaan naar de declaraties in 2015 voor jeugdigen bij de zorgaanbieders in de GGZ waarmee zij contracten heeft afgesloten. Ondanks dat deze aanbieders niet alle gevraagde informatie hebben aangeleverd heeft de gemeente een schatting kunnen maken van het aantal declaraties.

Voor de uitvraag hebben de zorgaanbieders van alle jeugdige cliënten van de gemeente Leeuwarden de declaraties geselecteerd, in totaal 2.420 declaraties. Voor 1.258 declaraties geldt dat de huisarts de verwijzer is. Daarnaast zijn er 514 declaraties waarbij de verwijzer 'onbekend' is of niet is ingevuld. De gemeente neemt aan dat voor de declaraties waarbij geen verwijzer bekend is er een evenredig deel afkomstig is van de huisartsen. Wanneer we aannemen dat dit het geval is, dan zijn er 339 (= $1.258 / (2.420 - 514) \times 514$) van de declaraties met een onbekende/niet ingevulde verwijzer eveneens afkomstig van huisartsen. Voor 2015 betekent dit dat er een geschat aantal van 1.579 (= $1.258 + 339$) declaraties met als doorverwijzer 'huisarts' zullen zijn. Het werkelijke aantal declaraties met als doorverwijzer huisarts ligt binnen de marge 1.258 (doorverwijzer huisarts) en 1.722 (doorverwijzer huisarts + doorverwijzer onbekend) declaraties (zie tabel 2.2).

Wanneer we dit aantal vergelijken met de declaraties van 2013 en 2014 van DFZ, dienen we rekening te houden met het marktaandeel van DFZ. Die is niet exact bekend en zal ondanks het beperkte aantal verzekerden dat jaarlijks van zorgverzekeraar verandert, in beide jaren niet exact hetzelfde zijn. We weten dat het marktaandeel groter is dan 60% en in 2014 79% bedroeg. Dat zijn echter cijfers voor heel Friesland. Of dit ook geldt voor Leeuwarden is niet bekend. Wanneer we aannemen dat het marktaandeel van DFZ in Leeuwarden tussen beide percentage ligt dan kunnen we de marges van het aantal declaraties berekenen. Voor 2013 komen we dan op een aantal declaraties dat ligt tussen de 1.982 en 2.610 en voor 2014 tussen de 1.440 en 1.920 (tabel 2.2). Dit betekent dat in 2015 het aantal declaraties voor jeugdigen die door huisartsen naar de GGZ zijn doorverwezen in 2015 lager is dan in 2013 maar niet lager dan in 2014.

Tabel 2.2 Geschatte aantal declaraties GGZ-jeugd gemeente Leeuwarden (2013 en 2014) op basis van data DFZ en schatting voor 2015 op basis van uitvraag gemeente Leeuwarden

	2013	2014	2015
Schatting	1.982 - 2.610	1.440 - 1.920	1.258 - 1.722

Cliënten

De gemeente Leeuwarden heeft tevens getracht het aantal jeugdige cliënten dat is doorverwezen naar de GGZ te schatten. Het aantal declaraties is niet hetzelfde als het aantal cliënten. Om unieke cliënten te onderscheiden is gevraagd om per declaratie het Burgerservicenummer (BSN) te vermelden van de persoon aan wie de gedeclareerde zorg is geleverd. Niet alle instellingen hebben echter een BSN aangeleverd. Omdat in totaal van 36% van de declaraties geen BSN bekend is, is de betrouwbaarheidsmarge

van de schatting dermate groot dat het cliëntenaantal volgens de gemeente in de praktijk niet bruikbaar is.

Kosten

Per declaratie is bekend welk bedrag DFZ heeft uitgekeerd aan de zorgaanbieder. Voor 2013 en 2014 hebben we de bedragen gesommeerd. In 2013 is voor een bedrag van bijna 3,4 miljoen euro bij DFZ gedeclareerd (tabel 2.3). In 2014 is dit ruim 1,9 miljoen euro. Alle declaraties hebben een code, maar deze codes vinden we niet allemaal terug in de tabellen met tarieven. Van een beperkt deel van de declaraties is geen bedrag beschikbaar. In 2013 ontbreekt voor 8% van de declaraties een bedrag, in 2014 voor 6%. De totale bedragen zullen in beide jaren derhalve iets hoger zijn.

Tabel 2.3 Kosten (in €) declaraties GGZ-jeugd bij De Friesland Zorgverzekeraar na doorverwijzingen huisartsen Leeuwarden naar jaar en type GGZ-zorg

	2013	2014
Basis	375.934	181.148
Specialistisch	2.993.136	1.736.872
Totaal	3.369.070	1.918.020

2015

Voor 2015 zijn de gegevens over zorgconsumptie volgens de gemeente Leeuwarden nog onvoldoende betrouwbaar. Een vergelijking met 2013 en 2014 is derhalve niet mogelijk.

2.3 Ontvangen data huisartsen over POH-jeugd

De drie huisartsen die deelnemen aan de pilot hebben vanaf april 2015 tot en met februari c.q. maart 2016 in totaal 168 jeugdigen met psychische klachten doorgestuurd naar de POH-er in hun praktijk (tabel 2.4). Per huisartspraktijk zijn de aantallen jeugdigen ongeveer gelijk. Van de 168 jeugdigen zijn er 48 (29%) doorgestuurd naar specialistische zorg en drie (2%) naar wijkteams. De POH-er heeft zelf 67 jeugdigen (40%) begeleid. Bij de overige 50 jeugdigen (30%) bleek verdere behandeling niet nodig te zijn. Niet bekend is hoeveel jeugdigen de drie huisartsen die deelnemen aan de pilot in de jaren 2013 en 2014 naar de jeugd-GGZ hebben doorverwezen. We hadden verwacht deze gegevens van DFZ te ontvangen, maar helaas niet gekregen.

Tabel 2.4 Aantallen naar POH-er doorverwezen jeugdige cliënten van huisartsenpraktijk in de pilot, april 2015 - maart 2016 (praktijk A en B) c.q. april 2015 - februari 2016 (praktijk C)

	Totaal aantal doorverwezen jeugdigen	Begeleid door POH-er	Doorverwezen naar specialistische zorg	Doorverwezen naar wijkteam	Geen vervolg
Praktijk A	52	18	18	1	15
Praktijk B	60	33	16	2	9
Praktijk C	56	16	14	0	26
Totaal	168	67	48	3	50

Aard van de klachten

De POH-ers hebben tevens de aard van de klachten geregistreerd van alle jeugdigen die zij hebben gezien. De diversiteit van de klachten is groot. In totaal maken de POH-ers onderscheid in 20 verschillende klachten. De meest voorkomende zijn klachten die samenhangen met aandacht- en concentratieproblemen (14%), stemming (somberheid) (12%), angst (10%) en gedragsproblemen (10%). Naast algemene gedragsproblemen onderscheiden de POH-ers nog klachten die samenhangen met leer-, eet- of opvoedproblemen.

Controlegroep

Van de huisartsenpraktijken die in april met de pilot POH starten zijn geen gegevens ontvangen. Het kost een huisarts naar eigen zeggen een paar dagen om de gevraagde gegevens aan te leveren. Dat blijkt binnen de korte tijdsperiode waarbinnen dit onderzoek moest worden afgerond voor een huisarts een te grote opgave te zijn.

3. VERLOOP VAN DE PILOT

In dit hoofdstuk komen de resultaten van de interviews met de betrokkenen aan de orde. Daarbij gaan we achtereenvolgens in op de doelstelling van de pilot, de uitvoering van de functie POH-Jeugd, de samenwerking tussen de huisartsen en de POH-Jeugd en de samenwerking tussen de POH-Jeugd en ketenpartners. In de laatste paragraaf komen de succesfactoren en aandachtspunten aan bod.¹

3.1 Doelstelling van de pilot

De respondenten noemen verschillende doelstellingen van de pilot, namelijk het terugdringen van het aantal doorverwijzingen naar specialistische zorg, het terugdringen van het aantal onjuiste doorverwijzingen, het bieden van laagdrempelige zorg en het leggen van verbinding tussen huisartsenpraktijken en ketenpartners. Hieronder worden deze doelstellingen nader toegelicht.

Doorverwijzingen naar specialistische zorg

Vrijwel alle betrokkenen geven aan dat het terugdringen van het aantal doorverwijzingen naar specialistische zorg en daarmee een daling van de zorgkosten een belangrijke doelstelling van de pilot vormt. De POH-Jeugd fungeert als extra poortwachter tussen de huisarts en de specialistische zorg, waarmee het aantal doorverwijzingen zou moeten afnemen.

Onjuiste doorverwijzingen

Volgens een aantal respondenten dient de pilot tevens bij te dragen aan het terugdringen van het aantal onjuiste doorverwijzingen. Volgens Andersson Elffers Felix is voor huisartsen de kwaliteit en capaciteit van het aanbod van J-GGZ instellingen niet goed te overzien.² Dat maakt het voor een huisarts lastig om te kiezen naar welke instelling een jongere het beste kan worden doorverwezen, hetgeen soms leidt tot een verwijzing naar een niet-passend aanbod. De POH-Jeugd heeft, naast specifieke expertise op het terrein van jeugdproblematiek, veel kennis van het beschikbare zorgaanbod. Zij³ kan daardoor - in de gevallen dat er wél een doorverwijzing nodig is - de jongeren en ouders beter adviseren in hun keuze voor een passende aanbieder.

¹ Wanneer in dit hoofdstuk wordt gesproken over ‘vrijwel alle respondenten’ gaat het om zeven of acht van de negen respondenten, terwijl met ‘verschillende respondenten’ vier tot zes respondenten wordt bedoeld. ‘Enkel’ of ‘een aantal’ respondenten betreft twee of drie personen.

² Andersson Elffers Felix (2015). JGGZ-keten Leeuwarden. Inrichting 3 pilots. AEF, Utrecht.

³ Overall waar zij/haar staat kan ook hij/hem worden gelezen.

Laagdrempelig zorgaanbod

Naast het terugdringen van het aantal (onjuiste) doorverwijzingen noemen verschillende respondenten dat de pilot tot doel heeft een laagdrempelig zorgaanbod te kunnen bieden aan kinderen/jongeren met psychische problematiek en hun ouders. Door de inzet van een POH-Jeugd kan in de setting van de huisartsenpraktijk een passend, snel en adequaat hulpaanbod worden gerealiseerd.

Samenwerking tussen huisartspraktijken en ketenpartners

Enkele respondenten merken op dat de pilot daarnaast bedoeld is om de verbinding tussen de huisartsenpraktijken enerzijds en de ketenpartners anderzijds te versterken. De POH-Jeugd kan in de contacten met ketenpartners fungeren als vertegenwoordiger van de huisartsenpraktijk.

3.2 Invulling functie POH-Jeugd

Aan de huisartsen, de POH-ers en de directeur behandelzaken van Kinnik zijn vragen gesteld over de invulling van de functie POH-Jeugd in de praktijk. Daarbij is ten eerste aan de orde gekomen welke taken de POH-Jeugd moet vervullen. Daarnaast is ingegaan op de capaciteit en op de kennis en expertise van de POH-Jeugd.

Takenpakket POH-Jeugd

De respondenten maken bij het beschrijven van het takenpakket van de POH-Jeugd onderscheid tussen enerzijds het voeren van gesprekken met kinderen/jeugdigen en hun ouders en anderzijds het leggen en onderhouden van contact met ketenpartners.

Gesprekken met kinderen/jeugdigen en hun ouders

Van de POH-Jeugd wordt verwacht dat zij gesprekken voert met de kinderen/jeugdigen en hun ouders die door de huisartsen naar de POH-Jeugd worden doorverwezen. Het gaat daarbij om jongeren met psychische, psychiatrisch en/of psychosociale klachten. In deze gesprekken maakt de POH-Jeugd om te beginnen een inschatting van de problematiek en inventariseert zij welke zorg nodig is. Daarbij zijn er grofweg twee opties: 1. het zelf begeleiden van de jongeren en ouders door middel van een kortdurend traject of 2. het doorverwijzen van de jongeren naar een andere zorgaanbieder.

- Zelf begeleiden

Bij lichte of laag-complexe problematiek, die naar inschatting van de POH-Jeugd in een kortdurend traject verholpen kan worden, voert de POH-Jeugd de begeleiding zelf uit door middel van een aantal gesprekken met de jeugdige en/of de ouders.

- Doorverwijzen

Bij een deel van de patiënten die bij de POH-Jeugd komen, maakt de POH-Jeugd de inschatting dat de patiënt doorverwezen moet worden. Van de POH-Jeugd wordt verwacht dat zij beschikt over voldoende kennis over het zorgaanbod c.q. de sociale

kaart om daarbij een goede inschatting te maken van de beste plek voor de jongeren. Dat kan een instelling zijn voor tweedelijns GGZ, maar kan ook een instelling zijn voor jeugdhulp, het wijkteam, een eerstelijns psycholoog of een instelling voor jongeren met een verstandelijke beperking. De uiteindelijke beslissing om door te verwijzen en de keuze voor een instelling of aanbieder komt tot stand in overleg met de jongeren en/of zijn ouders en wordt overlegd met de huisarts, die daarin de eindverantwoordelijk heeft.

Contacten met ketenpartners

Verschillende betrokkenen geven aan dat de POH-Jeugd - naast het begeleiden van jongeren en hun ouders - ook als taak heeft contact te leggen en te onderhouden met ketenpartners. Daarbij wordt in het bijzonder het contact met scholen, GGD en wijkteams genoemd. Van de POH-Jeugd wordt verwacht dat zij fungeert als spil tussen de huisartsen en de ketenpartners, bijvoorbeeld door regelmatig aan te schuiven bij (casus)overleggen. In paragraaf 3.4 wordt hierop nader ingegaan.

Capaciteit

Bij de start van de pilot is bij elk van de drie groepspraktijken (elk bestaande uit drie of vier huisartsenpraktijken) een POH-Jeugd aangesteld voor zes uur per week. Bij twee van de drie groepspraktijken is het aantal uren vanaf januari 2016 verhoogd naar acht uur per week vanwege de toegenomen werkdruk. Bij de andere praktijk is zes uur per week vooralsnog ruim voldoende is om aan de vraag te voldoen. Volgens de respondenten wordt dit verschil veroorzaakt door de oudere patiëntenpopulatie in deze laatste groepspraktijk.

Voor twee praktijken geldt dat de POH-Jeugd haar werkzaamheden als POH-Jeugd concentreert op één dag. Bij één praktijk is de POH-er werkzaam als POH-Jeugd en als POH-GGZ (voor volwassenen), waardoor zij meerdere dagen op de praktijk aanwezig is. Hierdoor heeft zij, in tegenstelling tot de andere POH-ers, de mogelijkheid haar uren als POH-Jeugd flexibel over de week te verspreiden.

Verdeling uren

De POH-Jeugd verdeelt haar beschikbare uren over cliëntcontact enerzijds en contacten met ketenpartners anderzijds. Voor twee praktijken geldt dat de tijdsbesteding voor cliëntcontact sinds de start van de pilot is toegenomen, terwijl de tijdsbesteding voor het investeren in contact met ketenpartners is afgenomen. Dit kan worden verklaard door de toegenomen caseload van de POH-ers, waardoor het cliëntencontact meer tijd vergt. Daarnaast is volgens enkele respondenten de noodzaak van het investeren in contacten met ketenpartners gedurende de pilot afgenomen, aangezien de POH-ers en de ketenpartners elkaar inmiddels kennen en elkaar weten te vinden.

Voor één praktijk geldt dat POH-Jeugd ook in een later stadium van de pilot verhoudingsgewijs nog veel tijd heeft besteed aan contactlegging met ketenpartners, hetgeen te verklaren is door een wisseling van de POH-Jeugd begin 2016 vanwege

zwangerschapsverlof. De vervanger van de POH-er heeft opnieuw een kennismakingsronde moeten maken langs de ketenpartners.

Kennis en expertise

Twee POH-ers hebben een opleiding orthopedagogiek afgerond en beschikken over ervaring binnen de kinderspsychiatrie. Zij worden beiden vanuit Kinnik gedetacheerd als POH-er. Eén POH-er is een afgestudeerd psycholoog met affiniteit voor jeugd, die in loondienst is bij de huisartsenpraktijk als POH-GGZ en POH-Jeugd. Zowel de huisartsen als de POH-ers zelf geven aan dat ze beschikken over voldoende kennis en expertise om hun werkzaamheden als POH-Jeugd goed uit te voeren.

Wel wordt door enkele betrokkenen opgemerkt dat het voor de POH-Jeugd soms lastig is om in te schatten bij welke problematiek zij zelf begeleiding kan bieden en wanneer een doorverwijzing wenselijk is. Hiervoor is geen duidelijke richtlijn beschikbaar, mede omdat er (nog) geen specifieke opleiding beschikbaar is voor POH-Jeugd, zoals deze er al wel is voor POH-GGZ voor volwassenen. De problematiek waarmee jongeren bij een POH-Jeugd terecht komen is bovendien zeer divers en valt in sommige gevallen buiten het terrein waarmee de POH-Jeugd veel ervaring heeft. In dergelijke gevallen is het voor de POH-er lastiger de ernst en complexiteit van de problematiek in te schatten, hetgeen de beslissing om al dan niet door te verwijzen kan bemoeilijken.

Twee respondenten geven aan dat het aantal cliënten dat de POH-Jeugd zelf kan begeleiden zou toenemen wanneer de POH-ers worden toegerust met meer kennis over cognitieve gedragstherapie. Een andere betrokkene vraagt zich daarentegen af of zoiets wenselijk is: de POH-Jeugd moet juist zo generalistisch mogelijk ingezet worden. Voorkomen moet worden dat de POH-Jeugd de rol gaat vervullen van een (tweedelijns) behandelaar, zo geeft deze respondent aan. Deze discussie sluit aan bij een breder vraagstuk over de scheidslijn tussen de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet en de zorg die valt onder de Jeugdwet, waarover het ministerie van VWS in 2015 richtlijnen heeft opgesteld.⁴

3.3 Samenwerking tussen huisartsen en POH-Jeugd

De samenwerking tussen de huisarts en de POH-Jeugd wordt door de betrokken huisartsen en POH-ers positief beoordeeld. Met name het laagdrempelige, persoonlijke contact en de korte lijnen – de huisartsen en POH-ers zitten letterlijk bij elkaar aan de koffietafel - worden daarbij genoemd als positieve aspecten. De respondenten geven aan dat de samenwerking gedurende de pilot is gegroeid doordat de betrokkenen elkaar beter hebben leren kennen.

⁴ Zorginstituut Nederland (2015). Kindergeneeskunde (Afbakening Jeugdwet en Zorgverzekeringswet). Zorginstituut Nederland, Diemen.

Overlegstructuur

De huisartsen en POH-ers is gevraagd of er, naast het contact in de wandelgangen en aan de koffietafel, een vaste overlegstructuur is waarin de huisartsen en POH-Jeugd de casussen van de POH-Jeugd bespreken. Dit blijkt per groepspraktijk te verschillen.

Voor één van de praktijken geldt dat de POH-Jeugd is aangehaakt bij de al bestaande overlegstructuur tussen de huisartsen en de POH-GGZ. Deze POH-ers hebben met elke huisarts uit deze groepspraktijk maandelijks overleg, waarbij alle casussen van de POH-ers met de huisarts worden besproken. Voor een andere praktijk geldt dat er geen vaste overlegmomenten zijn tussen de huisarts en de POH-Jeugd, maar dat er overleg kan plaatsvinden wanneer daar behoefte aan is. Ook voor derde praktijk in de pilot geldt dat er geen vaste overlegmomenten zijn tussen de POH-Jeugd en de huisartsen. In deze praktijk werkt de POH-Jeugd zeer zelfstandig en wordt zij vrij gelaten in haar keuzes. De POH-Jeugd in deze praktijk geeft overigens aan dat zij het prettiger zou vinden wanneer een structureel overleg zou plaatsvinden, te meer omdat zij één van de huisartsen vrijwel nooit spreekt aangezien deze huisarts niet werkt op de dag dat de POH-Jeugd aanwezig is.

De diversiteit in de mate waarin de huisarts en de POH-Jeugd inhoudelijk overleggen wordt ook zichtbaar in het besluitvormingsproces bij doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg. Zoals opgemerkt in paragraaf 3.2 overlegt de POH-Jeugd bij een doorverwijzing altijd met de huisarts van de patiënt, aangezien de huisarts hierin in het kader van de beroepsaansprakelijkheid de eindverantwoordelijkheid draagt. Echter, waar dit overleg met de huisarts in de ene praktijk een inhoudelijk karakter heeft, waarbij het oordeel van de huisarts uit hoofde van zijn kennis en betrokkenheid bij het gezin wordt meegenomen in de besluitvorming, betreft dit overleg met de huisarts in een andere praktijk vooral een formaliteit. Voor inhoudelijk overleg over het al dan niet doorverwijzen van een patiënt overlegt de POH-er in de laatstgenoemde praktijk eerder met een inhoudelijk expert uit de Jeugd GGZ dan met de huisarts.

Afwegingen huisarts bij overdracht aan POH-J

De huisartsen is gevraagd wat voor hen overwegingen zijn om een jongere door te verwijzen naar de POH-Jeugd. De drie geïnterviewde huisartsen geven aan dat zij in principe alle kinderen en jongeren die op hun spreekuur komen met (vermoedelijk) psychische of psychiatrische problematiek doorverwijzen naar de POH-Jeugd. Het zelf oppakken c.q. behandelen van deze problematiek door de huisarts komt vrijwel niet meer voor. Eén van de huisartsen merkt daarover op dat de consultduur bij een huisarts te kort is om dieper in te gaan op de problematiek en dat bovendien de deskundigheid van de POH-Jeugd op het terrein van kinder- en jeugdproblematiek veel groter is.

Wel komt het in enkele gevallen voor dat de huisarts een patiënt zelf rechtstreeks doorverwijst naar gespecialiseerde zorg, zonder tussenkomst van de POH-Jeugd. Dit gebeurt bijvoorbeeld in gevallen waarbij er sprake is van evidente psychiatrische problematiek. Ook in het geval van een crisissituatie, die niet kan wachten tot het eerstvolgende spreekuur van de POH-Jeugd, kan de huisarts kiezen voor een

rechtstreekse doorverwijzing. Daarnaast komt het voor dat een jongere en/of de ouders bij de huisarts komen met een duidelijk verzoek voor doorverwijzing naar een bepaalde instantie. Over het algemeen probeert de huisarts in deze gevallen de jongere en ouders ervan te overtuigen dat een gesprek met de POH-Jeugd zinvol is, omdat deze beter kan inschatten welk vervolgtraject het meest passend is. In sommige gevallen kan de huisarts er echter voor kiezen de voorkeur van de jongere en zijn ouders te volgen, bijvoorbeeld wanneer de jeugdige eerder in behandeling is geweest bij een bepaalde instelling. Tussenkoms van de POH-Jeugd is in deze situaties niet noodzakelijke.

Hoe vaak het voorkomt dat huisartsen zelf nog doorverwijzen naar de GGZ is voor de huisartsen lastig aan te geven. Twee huisartsen schatten dat één tot twee van de tien consulten die in aanmerking zouden komen voor de POH-Jeugd door de huisarts zelf rechtstreeks wordt doorverwezen. De derde huisarts geeft aan dat het nauwelijks voorkomt, zonder daarbij een percentage te noemen.⁵

3.4 Samenwerking tussen POH-Jeugd en ketenpartners

Een belangrijke doelstelling van de pilot POH-Jeugd is het versterken van de samenwerking tussen de huisartsen enerzijds en de wijkteams, GGD en het onderwijs anderzijds.⁶ De POH-Jeugd fungeert daarbij als vertegenwoordiger van de huisartsenpraktijk. Aan de geïnterviewden is gevraagd hoe deze samenwerking in de praktijk verloopt.

Vormgeving samenwerking

De POH-ers geven aan dat zij met name in de beginfase van de pilot veel tijd hebben geïnvesteerd in de contactlegging met de GGD, het wijkteam en scholen. Zowel de POH-ers als diverse andere geïnterviewden die contact hebben gehad zijn van mening dat deze samenwerking in algemene zin momenteel redelijk tot goed verloopt en nog steeds groeiende is.

Wijkteam en school

Alle POH-ers hebben bij de start van de pilot kennis gemaakt met het wijkteam van de wijk waar hun huisartsenpraktijk is gevestigd. Met het wijkteam hebben ze afspraken gemaakt over het periodiek bijwonen van bijeenkomsten van het wijkteam. Twee POH-ers sluiten circa eens per maand aan bij casuïstiekbespreking van het wijkteam, terwijl één POH-er eens per zes weken aansluit bij een overleg op één van de scholen in de wijk, waarbij ook het wijkteam aanwezig is. Daarnaast sluit zij incidenteel aan bij overleg van het wijkteam.

⁵ De registratiegegevens, die in hoofdstuk 2 aan de orde zijn gekomen, bevatten geen informatie hierover.

⁶ Gemeente Leeuwarden (2015). JGGZ-keten Leeuwarden. Werkplan 3 pilots POH-Jeugd. Gemeente Leeuwarden, Leeuwarden.

Volgens de POH-ers en de betrokkenen van het wijkteam heeft de aanwezigheid van de POH-Jeugd bij overleg van het wijkteam met name ten doel onderlinge bekendheid te realiseren. Door elkaar persoonlijk te kennen en van elkaar te weten waar men mee bezig bent, kan daar waar nodig laagdrempelig contact met elkaar worden gezocht. Daarnaast worden de overleggen van het wijkteam waarbij de POH-er aanwezig is gebruikt om de casuïstiek te bespreken waarin zowel de POH-Jeugd als het wijkteam actief is. In de praktijk gaat het daarbij om een gering aantal casussen (zie verderop). Tot slot kan de POH-Jeugd tijdens het overleg gevraagd worden om mee te denken over de casuïstiek die in het overleg van het wijkteam aan de orde komt waarbij de POH-Jeugd zelf niet actief betrokken is. Overigens wordt door enkele betrokkenen opgemerkt dat deze laatste functie in feite niet nodig is, aangezien het wijkteam zelf beschikt over een orthopedagoog die ze kunnen consulteren bij (vermoedens van) psychische of psychiatrische problematiek bij een jeugdige.

Enkele betrokkenen merken op dat de POH-Jeugd te maken heeft met meerdere wijkteams, aangezien niet alle patiënten uit de huisartsenpraktijk in dezelfde wijk wonen. Hierdoor zou de POH-Jeugd eigenlijk bij meerdere wijkteams moeten aansluiten. Een bijkomstige, complicerende factor is dat de overleggen van het wijkteam niet altijd plaatsvinden op de dagen dat de POH-Jeugd in de praktijk werkzaam is.

GGD

Van de GGD is per POH-Jeugd één GGD-verpleegkundige aangewezen als contactpersoon. Tussen deze GGD-verpleegkundige en de POH-Jeugd vindt geen structureel periodiek overleg plaats, maar wel hebben zij met enige regelmaat onderling contact voor het uitwisselen van informatie of advies. De frequentie en intensiteit van het contact verschilt per praktijk. Door één POH-Jeugd wordt opgemerkt dat zij meer dan zij nu doet gebruik zou kunnen maken van de kennis die bij de verpleegkundige van de GGD aanwezig is, maar dat dit momenteel nog niet als automatisme in haar werkwijze is opgenomen.

Doorverwijzing van ketenpartners naar huisarts/POH-Jeugd

Door alle betrokkenen wordt aangegeven dat het aantal doorverwijzingen door ketenpartners naar de huisarts/POH-Jeugd gering is, met name vanuit het wijkteam. Wel komt het geregeld voor dat ouders op advies van school bij de huisarts komen vanwege psychische klachten of problematisch gedrag van hun zoon of dochter, waarbij de huisarts deze jongere en ouders vervolgens doorverwijst naar de POH-Jeugd. Door één POH-er wordt aangegeven dat de GGD-verpleegkundige een aantal keer een cliënt naar de POH-er heeft doorverwezen.

Het geringe aantal doorverwijzing vanuit het wijkteam komt volgens verschillende betrokkenen voornamelijk door de overlap in expertise en doorverwijsmogelijkheden van de huisarts/POH-jeugd enerzijds en het wijkteam anderzijds. Door één van de wijkteammanagers wordt aangegeven dat het wijkteam beschikt over een orthopedagoog en een gedragswetenschapper die zij kunnen consulteren bij psychische of psychiatrische problematiek van een jeugdige. Wanneer men binnen het

wijkteam niet in staat is de benodigde begeleiding te bieden wordt gespecialiseerde zorg ingeschakeld. Dit kan zonder tussenkomst van de huisarts of POH-Jeugd. Het doorverwijzen naar een POH-Jeugd heeft volgens deze respondent in dergelijke situaties geen meerwaarde, omdat ook deze POH-Jeugd de patiënt zou moeten doorverwijzen naar gespecialiseerde zorg.

Daarnaast geven enkele betrokkenen aan dat er kort geleden een nieuwe pilot is gestart, onder de titel 'Kortdurende Ambulante Ondersteuning', waarbij wijkteams de mogelijkheid wordt geboden om medewerkers uit de tweedelijnszorg in te schakelen voor een kort traject bij psychische of psychiatrische problematiek van een jeugdige. De pilot is, evenals de pilot POH-Jeugd, gericht op het bieden van laagdrempelige zorg en het voorkomen van onnodige doorverwijzingen naar tweedelijnszorg. Gezien deze optie ligt een doorverwijzing vanuit de wijkteams naar de huisarts/POH-Jeugd minder voor de hand.

In feite, zo merken enkele geïnterviewden op, vormen de wijkteams enerzijds en de huisartsen/POH-Jeugd anderzijds twee parallelle routes voor de toegang tot gespecialiseerde zorg. Welke route wordt bewandeld is onder meer afhankelijk van de persoonlijke keuze van de jongere en zijn ouders en de aanwezigheid van multiproblematiek. Over het algemeen geldt dat het wijkteam de groep cliënten bereikt waarbij er sprake is van problematiek op meerdere leefgebieden en een verminderde zelfredzaamheid, terwijl de meer zelfredzame cliënten met laag-complexe problematiek eerder de route via de huisarts zullen bewandelen. Deze afzonderlijke routes en het feit dat in beide routes een grotendeels andere doelgroep wordt bereikt draagt bij aan het geringe aantal doorverwijzingen vanuit het wijkteam, zo stellen deze geïnterviewden.

Doorverwijzing van huisarts/POH-Jeugd naar wijkteam

Wanneer in een gezinssituaties meer problemen blijken te spelen dan alleen de psychische problematiek van de jongeren kan de POH-Jeugd besluiten om een cliënt door te verwijzen naar het wijkteam. Daarnaast kan de POH-Jeugd na afronding van een begeleidingstraject een jongere overdragen aan het wijkteam, zodat het wijkteam bij deze jongere c.q. dit gezin een vinger aan de pols kan houden. Doorverwijzing of overdracht naar het wijkteam gebeurt altijd in overleg met de huisarts en jongere en/of zijn ouders.

Door verschillende geïnterviewden wordt opgemerkt dat een dergelijke doorverwijzing of overdracht gedurende de pilot een aantal keer is voorgekomen. Enkele geven aan dat dit een verbetering is ten opzicht van de situatie van voor de pilot, aangezien huisartsen zelf vrijwel nooit een gezin doorverwezen naar het wijkteam.

Eén van de POH-ers merkt op dat in gezinnen waarin er sprake is van multiproblematiek het wijkteam vaak al betrokken is voordat het gezin bij de POH-jeugd komt. In dat geval is doorverwijzing naar het wijkteam niet aan de orde. Wel vindt in dergelijke gevallen onderlinge afstemming plaats tussen de POH-Jeugd en

het wijkteam. Daarnaast wordt door één van de geïnterviewden opgemerkt dat ouders terughoudend reageren wanneer de POH-Jeugd bij afronding vraagt of zij hun gegevens mag doorgeven aan het wijkteam. Een deel van de ouders vindt het niet prettig om in ‘het systeem’ van het wijkteam terecht te komen.

3.5 Succesfactoren en aandachtspunten

In deze paragraaf wordt ten eerste nader ingegaan op de succesfactoren van de pilot. Vervolgens komen enkele aandachtspunten aan de orde. Een aantal van deze succesfactoren en aandachtspunten is in de voorgaande paragrafen al zijdelings aan bod gekomen, maar wordt hieronder voor de volledigheid opnieuw kort benoemd.

Succesfactoren

Alle geïnterviewden beoordelen de pilot in algemene zin als positief tot zeer positief. De POH-Jeugd wordt gezien als een waardevolle toevoeging binnen het sociale domein. De inzet van een POH-Jeugd leidt volgens de betrokkenen tot een toename van de kwaliteit van de eerstelijnszorg voor kinderen met psychische en psychosociale problematiek.

De betrokkenen benoemen verschillende succesfactoren van de pilot. Ten eerste vormt het laagdrempelige karakter volgens het merendeel van de geïnterviewden een belangrijke succesfactor. Het feit dat de jeugdige en zijn ouders dicht bij huis geholpen kunnen worden binnen de setting van de huisartsenpraktijk maakt dat de hulpverlening voor hen minder ingrijpend is. Daarnaast levert deze laagdrempelige vorm van hulp een kostenbesparing op in vergelijking met de zorg in een specialistische setting, zo is de verwachting. Verschillende betrokkenen geven aan dat het aantal doorverwijzingen naar de specialistische zorg door de pilot volgens hen is afgenomen.

Ook vormen de korte lijnen tussen de huisarts en de POH-Jeugd een belangrijke succesfactor, zo merken verschillende betrokkenen op. De onderlinge afstemming tussen de huisarts en de POH-Jeugd maakt het mogelijk om de kennis van de huisarts over de achtergrond en de omgeving van de jeugdige mee te nemen in het begeleidingstraject van de POH-Jeugd. Daarnaast is door de inbedding van de POH-Jeugd in de huisartsenpraktijk het nazorgtraject gewaarborgd: het kind of de jeugdige en zijn ouders blijven patiënten bij de huisarts. Indien nodig kan de huisarts hen opnieuw laagdrempelig naar de POH-Jeugd doorverwijzen.

Verschillende betrokkenen geven aan dat ook de kennis van de POH-Jeugd over de sociale kaart een belangrijke succesfactor vormt. Zoals eerder aangegeven hebben huisartsen een minder goed overzicht van het brede zorgaanbod voor kinderen en jeugdigen met psychische, psychiatrische of psychosociale problematiek. De POH-Jeugd fungeert als centraal loket voor zowel de huisartsen als de kinderen en hun ouders, om van daaruit na te gaan welk traject of welke aanbieder het meest passend is.

Tot slot wordt het contact tussen de POH-Jeugd en de ketenpartners door enkele geïnterviewden genoemd als succesfactor. Hoewel het aantal casussen waarbij zowel de POH-Jeugd als de ketenpartners betrokken zijn gering is en ook het aantal wederzijdse doorverwijzingen beperkt blijft, is het contact tussen de huisartsenpraktijk en de ketenpartners sinds de start van de pilot aanzienlijk intensiever dan voor de pilot het geval was.

Aandachtspunten

Naast succesfactoren benoemen de betrokkenen ook enkele aandachtspunten. Ten eerste merken enkele geïnterviewden op dat het voor de POH-Jeugd soms lastig is om te beoordelen in welke situaties zij de begeleiding van een kind of jongere zelf kan doen en in welke gevallen een doorverwijzing wenselijk is. Heldere kaders en richtlijnen hiervoor ontbreken, waardoor de POH-Jeugd is aangewezen op haar eigen inschatting.

In de samenwerking tussen de POH-Jeugd en de netwerkpartners wordt de geografische indeling van de netwerkpartners als complicerende factor ervaren. In Leeuwarden functioneren veel huisartsen stadsbreed, waardoor ze niet goed aan één gebied te koppelen zijn (Andersson, Elffers en Felix 2015). De geografische indeling van de wijkteams komt dan ook niet overeen met de dekking van de huisartsenpraktijk. Dit heeft tot gevolg dat de POH-Jeugd te maken heeft met meerdere wijkteams, terwijl het wijkteam te maken heeft met meerdere huisartsen (met en zonder POH-Jeugd). Hetzelfde probleem doet zich voor bij de samenwerking met de verpleegkundigen van de GGD. De GGD heeft, om dit probleem het hoofd te bieden, drie verpleegkundigen aangewezen die als contactpersoon fungeren voor de POH-ers, maar in feite zou de POH-Jeugd – afgaande op de gebiedsteams van de GGD – met meerdere verpleegkundigen moeten samenwerken en vice versa. Deze verschillen in reikwijdte bemoeilijken de onderlinge samenwerking.

Enkele betrokkenen noemen de kosteneffectiviteit van het project als aandachtspunt. De huidige werkwijze van de POH-Jeugd is kostbaar en mogelijk op dit moment nog niet voor alle praktijken rendabel. De verwachting is dat het aantal verwijzingen naar specialistische zorg afneemt. Tegelijkertijd kan de aanwezigheid van een POH-Jeugd een drempelverlagende werking hebben waardoor het aantal cliënten dat wordt doorverwezen naar een POH-Jeugd groter is dan voorheen door de huisarts werd doorverwezen naar de specialistische zorg.

Door één van de betrokkenen wordt opgemerkt dat de aansprakelijkheid van de POH-Jeugd in de huidige vormgeving een aandachtspunt vormt. Aangezien de POH-Jeugd gefinancierd wordt vanuit de gemeente is het de vraag wie er aansprakelijk is, bijvoorbeeld in het geval van een klacht.

Uitbreiding van de pilot

Alle betrokkenen zijn van mening dat de pilot geschikt is om uit te breiden naar andere praktijken in de stad. Aandachtspunt daarbij is het betrekken van kleine huisartsenpraktijken (de zogenaamde eenpitters). Deze praktijken hebben mogelijk te

weinig potentiële patiënten voor de POH-Jeugd om deze voor een aantal uur in de week te kunnen aanstellen. Aan dit probleem kan tegemoet worden gekomen door voor de patiënten van verschillende huisartsen één gezamenlijke POH-Jeugd aan te stellen, die op de locatie van één van deze praktijken spreekuur houdt. De vraag is echter of dat mogelijk is zonder het laagdrempelige karakter van de POH-Jeugd aan te tasten.

Daarnaast merkt één van de respondenten op dat, bij een uitbreiding van de pilot, nagedacht kan worden over het inzetten van POH-ers met een andere achtergrond. Naast medewerkers vanuit een GGZ-instelling zouden volgens deze respondent ook medewerkers vanuit instellingen voor jongeren met een lichtverstandelijke beperking en instellingen voor jeugdhulp – al dan niet met enige bijscholing - geschikt kunnen zijn als POH-Jeugd.

4. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In opdracht van de gemeente Leeuwarden heeft onderzoeks- en adviesbureau INTRAVAL een eerste evaluatie uitgevoerd van de pilot POH-Jeugd in Leeuwarden. Daarvoor zijn registratiegegevens opgevraagd en geanalyseerd en gesprekken gevoerd met negen betrokkenen (POH-ers, huisartsen en overige betrokkenen) van de drie groepspraktijken waar de pilot in april 2015 is gestart. Hieronder worden aan de hand van de beide onderzoeksvragen de belangrijkste bevindingen puntsgewijs weergegeven.

4.1 Doorverwijzingen

Is het aantal doorverwijzingen naar de basis- en specialistische GGZ daadwerkelijk afgenomen door de inzet van de POH-Jeugd?

Doorverwijzingen naar specialistische zorg

- Verschillende betrokkenen geven aan dat zij verwachten dat het aantal doorverwijzingen door de inzet van de POH-Jeugd is afgenomen. Daar waar de huisartsen in de periode vóór de POH-Jeugd kinderen/jongeren met psychosociale, psychische of (vermoedelijke) psychiatrische klachten vaak rechtstreeks doorverwezen naar de tweedelijnszorg, verwijzen ze deze kinderen/jongeren nu in het overgrote deel van de gevallen door naar de POH-Jeugd. De POH-Jeugd kan bij een deel van de problematiek zelf begeleiding bieden, waardoor een doorverwijzing niet nodig is.
- Sinds de start van de pilot zijn bij de drie groepspraktijken in totaal 168 kinderen en jongeren door de huisarts doorverwezen naar de POH-Jeugd. Van deze 168 jeugdigen zijn er 48 (29%) doorgestuurd naar specialistische zorg en drie (2%) naar wijkteams. De POH-er heeft zelf 67 jeugdigen (40%) begeleid. Bij de overige 50 jeugdigen (30%) bleek verdere begeleiding of behandeling niet nodig te zijn.
- Omdat we niet kunnen beschikken over vergelijkbare registratiegegevens van de periode voor de pilot of van praktijken zonder POH-Jeugd is het niet mogelijk om vast te stellen met welk percentage het aantal doorverwijzing is afgenomen door de inzet van de POH-Jeugd.
- De aanwezigheid van een POH-Jeugd kan een drempelverlagende werking hebben waardoor het aantal cliënten dat wordt doorverwezen naar een POH-Jeugd groter is dan voorheen door de huisarts werd doorverwezen naar de specialistische zorg. Dit blijkt ook uit het feit zo'n 30% van de jeugdigen die op het spreekuur van de POH-Jeugd verschijnen geen verdere begeleiding of behandeling nodig blijkt te hebben.
- De POH-Jeugd beschikt over ruime kennis over het zorgaanbod voor kinderen en jongeren met psychische, psychiatrische en psychosociale klachten. In de gevallen dat een doorverwijzing wel nodig is, is de POH-Jeugd daardoor – in vergelijking

met de huisartsen – beter in staat een goede inschatting te maken voor een passend aanbod voor de jongere. De verwachting is dat daarmee het aantal onjuiste doorverwijzingen door de pilot is afgenomen. Er zijn geen (registratie)gegevens beschikbaar waarmee dit kan worden aangetoond.

- Wanneer een jongeren wordt doorverwezen is dat niet per definitie naar een tweedelijns GGZ-instelling, maar kan het ook gaan om een instelling voor jeugdhulp, een wijkteam, een eerstelijns psycholoog of een instelling voor jongeren met een verstandelijke beperking.
- Het komt in enkele gevallen voor dat de huisarts een jeugdige patiënt zelf rechtstreeks doorverwijst naar gespecialiseerde zorg, zonder tussenkomst van de POH-Jeugd. Dit gebeurt bijvoorbeeld in gevallen waarbij er sprake is van evidente psychiatrische problematiek of een crisissituatie.

Capaciteit, kennis en expertise

- Bij twee van de drie praktijken is de inzet van de POH-Jeugd per januari 2016 verhoogd van 6 naar 8 uur per week. Bij de andere praktijk is zes uur vooralsnog ruim voldoende om aan de vraag te voldoen. Overigens blijkt uit de registratiegegevens dat het aantal doorverwijzingen door huisartsen naar de POH-Jeugd en het aantal uitgevoerde consulten in deze praktijk nauwelijks afwijkt van de beide andere praktijken.
- De POH-ers beschikken over voldoende kennis en expertise om hun werkzaamheden goed te kunnen uitvoeren. Wanneer de POH-Jeugd zou worden toegerust met meer kennis over cognitieve gedragstherapie kan de reikwijdte van de POH-Jeugd toenemen en het aantal doorverwijzingen naar specialistische zorg verder afnemen. De vraag is of dit wenselijk is, aangezien de POH-er daarmee in zekere zin de rol gaat vervullen van een (tweedelijns) behandelaar.
- Voor de POH-Jeugd is het soms lastig om te beoordelen in welke situaties zij de begeleiding van een kind of jongere zelf kan doen en in welke gevallen een doorverwijzing gewenst is. Heldere kaders en richtlijnen hiervoor ontbreken, maar zouden wel wenselijk zijn.

Samenwerking tussen huisartsen en POH-Jeugd

- De huisartsen en de POH-ers beoordelen hun onderlinge samenwerking positief. Per praktijk verschilt de mate waarin de huisarts en de POH-Jeugd structureel inhoudelijk overleggen over de patiënten waarbij de POH-Jeugd betrokken is. In het kader van de beroepsaansprakelijkheid is de huisarts eindverantwoordelijk en is inhoudelijk overleg daarom van belang.

4.2 Samenwerking ketenpartners

Is er een betere samenwerking tot stand gekomen tussen de huisartsenparktijken en de ketenpartners?

- De POH-ers hebben met name in de beginfase van de pilot veel tijd geïnvesteerd in de kennismaking met de ketenpartners (GGD, wijkteam en scholen). De samenwerking verloopt over het algemeen redelijk tot goed.
- Het aantal doorverwijzingen door ketenpartners naar de huisarts/POH-Jeugd is gering, met name door het wijkteam. Ook het aantal casussen dat door de POH-Jeugd naar het wijkteam is doorverwezen is met drie gevallen beperkt. Wel komt het een enkele keer voor dat (het gezin van) een cliënt van de POH-Jeugd ook begeleiding krijgt door het wijkteam. In dergelijke gevallen wordt deze casus besproken tijdens een periodiek casuoverleg.
- Het geringe aantal doorverwijzingen wordt volgens diverse betrokkenen veroorzaakt door de overlap in expertise en doorverwijsmogelijkheden van de huisarts/POH-Jeugd enerzijds en het wijkteam anderzijds. In feite vormen ze twee parallelle routes voor de toegang tot gespecialiseerde zorg. Welke route wordt bewandeld is onder meer afhankelijk van de persoonlijke keuze van de jongere en zijn ouders en de aanwezigheid van multiproblematiek. Over het algemeen bereikt het wijkteam cliënten waarbij sprake is van problematiek op meerdere leefgebieden, terwijl de meer zelfredzame cliënten met laag-complexe problematiek eerder de route via de huisarts zullen nemen.
- Hoewel het aantal casussen waarbij zowel de POH-Jeugd als de ketenpartners betrokken zijn gering is en het aantal wederzijdse doorverwijzingen beperkt blijft, is het contact tussen de huisartsenpraktijk en de ketenpartners sinds de start van de pilot aanzienlijk intensiever dan voor de pilot het geval was.
- De geografische indeling van de werkgebieden van de netwerkpartners vormt een complicerende factor voor de samenwerking tussen de POH-Jeugd en de ketenpartners. Zo komt de geografische indeling van de wijkteams niet overeen met de dekking van de huisartsenpraktijk. Dit heeft tot gevolg dat de POH-Jeugd te maken heeft met meerdere wijkteams, terwijl het wijkteam te maken heeft met meerdere huisartsen (met en zonder POH-Jeugd). Hetzelfde probleem doet zich voor bij de samenwerking met de verpleegkundigen van de GGD.

4.3 Ten slotte

- Alle betrokkenen beoordelen de pilot in algemene zin als positief tot zeer positief. De POH-Jeugd wordt gezien als een waardevolle toevoeging binnen het sociale domein. Het leidt tot een toename van de kwaliteit van de eerstelijnszorg voor kinderen en jongeren met psychische en psychosociale problematiek. De betrokkenen zijn dan ook van mening dat de pilot geschikt is om uit te breiden naar andere praktijken binnen Leeuwarden.

- Het laagdrempelige karakter, de korte lijnen tussen de POH-Jeugd en de huisarts, de kennis van de POH-Jeugd over de sociale kaart en het contact tussen de POH-Jeugd en de ketenpartners vormen volgens de betrokkenen belangrijke succesfactoren van de pilot.
- De verschillen in geografische indeling van de huisartsenpraktijken enerzijds en ketenpartners anderzijds, heldere kaders en richtlijnen voor het werkterrein van de POH-Jeugd en de mogelijk drempelverlagende werking van de POH-Jeugd kunnen als verbeterpunten c.q. aandachtspunten worden benoemd.

COLOFON

April 2016

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever

Tekst:	M. Boendermaker, J. Snippe, B. Bieleman
Opmaak:	M. Haaijer
Drukker:	Copy-Copy Groningen
Opdrachtgever:	Gemeente Leeuwarden

ISBN: 978 90 8874 219 4

© St. INTRAVAL

Postadres

Postbus 1781
9701 BT Groningen
E-mail info@intraval.nl

www.intraval.nl

Kantoor Groningen
St. Jansstraat 2C
Telefoon 050 - 313 40 52
Fax 050 - 312 75 26

Kantoor Rotterdam
Goudsesingel 68
Telefoon 010 - 425 92 12
Fax 010 - 476 83 76

