Evaluatie POH-Jeugd Borger-Odoorn

2018-2020

Datum 3 juni 2021

Carien Alingh en Janiek Hanken | Proscoop

Inhoudsopgave

Inleiding **1**

1. Onderzoeksopzet **2**

1.1 Onderzoeksvraag 2

1.2 Methode 2

2. Resultaten kwantitatieve analyse **4**

2.1 Deelnemende praktijken 4

2.2 Aantallen jeugdigen voor wie de POH-Jeugd is ingezet 4

2.3 Reden van aanmelding 5

2.4 Aantal gesprekken 5

2.5 Doorverwijzing huisarts en POH-Jeugd 6

3. Resultaten kwalitatieve analyse **8**

3.1 Meerwaarde van de POH-Jeugd 8

3.2 Werkwijze van de POH-Jeugd binnen de huisartsenpraktijk 8

3.3 Samenwerking tussen de POH'ers-Jeugd 9

3.4 Samenwerking tussen de POH-Jeugd en huisartsen 10

3.5 Samenwerking met de specialistische zorg 10

3.6 Constructie en financiering van de POH-Jeugd 11

3.7 Samenwerking met de gemeente in het kader van POH-Jeugd 11

3.8 Ervaringen ouders en jeugdigen 12

3.9 Toekomst van de POH-Jeugd in de gemeente Borger-Odoorn 14

4. Conclusie en aanbevelingen **15**

Bijlage 1: Tabellenboek **19**

Bijlage 2: Antwoorden respondenten vragenlijst huisartsen **25**

Bijlage 3: Varianten POH-Jeugd **27**

Inleiding

Sinds 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoer van de jeugdhulp. Gemeenten hebben daardoor nieuwe taken en verantwoordelijkheden gekregen. Huisartsen vormen een belangrijke schakel en spelen een grote rol in de doorverwijzing naar jeugdhulp. Huisartsen en gemeenten zijn hierdoor dichter bij elkaar komen te staan. Het medische en het sociale domein raken elkaar meer en meer. Bij huisartsen leven vragen over de zorg die zij mogen of moeten leveren en de gemeente heeft een direct belang gekregen bij de beschikbaarheid van voldoende en goede (psychische) zorg voor jeugdigen in de huisartsenpraktijk, passende doorverwijzing en een goede verbinding tussen de huisartsenpraktijk en het omliggende veld. Deze verbinding kan worden gezocht en gevonden door het inzetten van een POH-Jeugd.

In 2018 is de gemeente Border-Odoorn gestart met de inzet van de POH-Jeugd in drie huisartsenpraktijken (te weten de praktijken in Odoorn, Nieuw-Buinen en Tweede Exloërmond (gestopt in 2020)) en in 2019 is vervolgens een vierde praktijk aangesloten (de praktijk in Valthermond). Voor de overige huisartsenpraktijken in de gemeente is onbekend of en hoe zij binnen de praktijk invulling geven aan jeugdhulpvragen.

Zowel huisartsen als Stichting Sociale Teams kende veel waarde toe aan een goede samenwerking, met als doel om door de inzet van de POH-Jeugd hulpvragen af te vangen en te voorkomen dat (onnodig) zware jeugdhulp wordt ingezet. Dit werd als volgt geformuleerd:

> *'Het doel [van de inzet van de POH-Jeugd] is om zo doelmatig als mogelijk kinderen en jeugdigen (dan wel ouders met een vraag over hun kinderen) te ondersteunen in hun vraag. Hierbij willen we eenvoudig oppakken wat eenvoudig kan en professioneel waar dit nodig is.'*

Naast dit doel zijn er ook enkele subdoelen opgesteld die beoogd werden door de samenwerking tussen de huisarts en POH-Jeugd:

- Een beter (integraal) beeld over de gehele gezinssituatie van het kind/de jeugdige doordat de POH-Jeugd integraal naar vragen kijkt;
- Meer gebruik van voorliggende voorzieningen en eenvoudige oplossingen;
- Het versterken van de samenwerking tussen huisartsen en sociaal werkers;
- Verlichting van de werkdruk van huisartsen door afname van kinderen/jeugdigen op het spreekuur.

1. Onderzoeksopzet

1.1 Onderzoeksvraag

Hoofdvraag

- In hoeverre zijn de in de inleiding benoemde doelstellingen, die zijn opgesteld bij de start van de pilot POH-Jeugd in Borger-Odoorn, behaald?

Dat leidt tot de volgende deelvragen:

- Welke effecten heeft de inzet van de POH-Jeugd op (de kwaliteit van) de geleverde zorg en de doorverwijzingen naar zowel het voorliggend veld als specialistische hulp?
- Welke ervaringen en tevredenheid hebben betrokkenen met de inzet van de POH-Jeugd?

De evaluatie zal naast het beantwoorden van de vraagstellingen ook aanknopingspunten bieden voor de doorontwikkeling van de voorziening POH-Jeugd alsmede de wens om de pilot onderdeel te maken van het structurele aanbod voor jeugdigen binnen de gemeente Borger-Odoorn.

1.2 Methode

Voor de evaluatie is gebruik gemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden. Het gaat hierbij niet om wetenschappelijk onderzoek, maar om praktijkgericht onderzoek. De toegepaste werkwijze voor de evaluatie wordt hieronder omschreven.

Kwantitatief

Proscoop heeft de beschikbare gegevens vanuit de registraties die zijn bijgehouden door de POH'ers-Jeugd en vanuit de gemeentelijke administratie geanalyseerd. De resultaten van de analyses zijn gedeeld met de POH'ers-Jeugd en met hen besproken om duiding te geven aan de resultaten. De focus van de analyses lag op de volgende gegevens:

- Aantal jeugdigen gezien door de POH-Jeugd;
- Aantal consulten van de POH-Jeugd;
- Problematiek waarmee jeugdigen worden doorverwezen naar de POH-Jeugd;
- Aantal jeugdigen dat door de POH-Jeugd wordt doorverwezen en aantal jeugdigen dat door de POH-Jeugd zelf is behandeld;
- Inzet van specialistische zorg, op basis van de analyse van verwijsgegevens vanuit de gemeentelijke administratie.

De resultaten van de kwantitatieve analyse worden gepresenteerd in hoofdstuk 2.

Kwalitatief

Voor het kwalitatieve onderzoek zijn verschillende gesprekken gevoerd.

- Focusgroep met de POH'ers-Jeugd over de ervaringen van de POH-Jeugd, de samenwerking binnen de huisartsenpraktijk en de wensen ten aanzien van de toekomst van de POH-Jeugd.
- Een interview met de teamleider van Stichting Sociale Teams Borger-Odoorn over de POH-Jeugd, de ervaren samenwerking, de ervaren meerwaarde van de POH-Jeugd en de wensen ten aanzien van de POH-Jeugd in de toekomst.

- Twee interviews met aanbieders van specialistische zorg over de ervaren samenwerking en eventuele veranderingen in de aard en kwaliteit van de doorverwijzingen sinds de introductie van de POH-Jeugd.

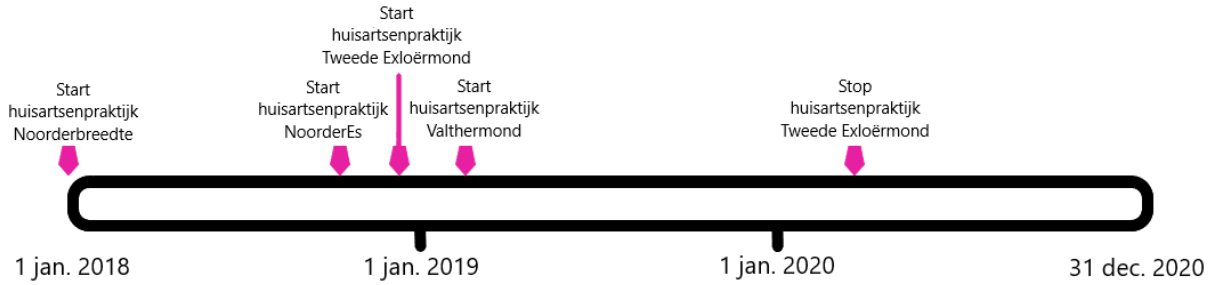
Daarnaast zijn vragenlijsten verspreid onder huisartsen en jeugdigen (vanaf 12 jaar) en/of hun ouders. De vragenlijsten hadden het doel om ervaringen, knelpunten en verbetersuggesties op te halen bij de betrokken partijen. De verkregen informatie is uiteindelijk gebundeld en uitgewerkt in hoofdstuk 3.

2. Resultaten kwantitatieve analyse

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van de kwantitatieve analyse weergegeven. In de tekst en de tabellen in dit hoofdstuk zijn de resultaten voor de jaren 2018, 2019 en 2020 samengevoegd. Voor gedetailleerder resultaten en resultaten per jaar kunt u bijlage 1 'het tabellenboek' raadplegen.

2.1 Deelnemende praktijken

In de afgelopen jaren hebben vier van de acht huisartsenpraktijken in de gemeente Borger-Odoorn gebruik gemaakt van de POH-Jeugd. De huisartsenpraktijken zijn niet allemaal op hetzelfde moment gestart met het inzetten van een POH-Jeugd binnen de praktijk. Figuur 1 geeft een tijdlijn weer van de huisartsenpraktijken die gestart zijn. Inmiddels heeft huisartsenpraktijk Tweede Exloërmond besloten om te stoppen met de inzet van de POH-Jeugd, ook dit is in de tijdlijn weergegeven. De verschillende start- (en stop-) data hebben invloed op de aantallen en vooral ook op verschillen tussen de jaartallen in de analyse die uitgevoerd is. Om deze reden worden de resultaten in dit hoofdstuk over de gehele periode weergegeven. Bij opvallende verschillen tussen jaartallen zal dit expliciet vermeld worden.



Figuur 1, tijdlijn van start- en stopdata van deelnemende praktijken

2.2 Aantallen jeugdigen voor wie de POH-Jeugd is ingezet

Tussen 1 januari 2018 en 31 december 2020 zijn in de gemeente Borger-Odoorn 149 jeugdigen door de POH-Jeugd gezien, zie tabel 1. Daarvan zijn 30 jeugdigen in 2018 gezien, 65 in 2019 en 54 in 2020. De POH'ers-Jeugd geven aan dat er sprake is geweest van een aanloopperiode, maar dat de mate waarin er sprake was van zo'n aanloopperiode wel verschilt per praktijk. Huisartsen wisten bij de start van de POH-Jeugd niet altijd even goed wat ze van de POH-Jeugd konden verwachten en er moest een samenwerkingsrelatie opgebouwd worden. Het merendeel van de jeugdigen dat is gezien door de POH-Jeugd viel in de leeftijdscategorieën 5-12 jaar en 13-18 jaar, respectievelijk 42,3% en 41,6%. Ook zijn er volwassenen ouder dan 24 jaar gezien. In de meeste gevallen ging het dan om ouders met vragen rondom hun kinderen, zoals opvoedvragen.

Tabel 1, Jeugdigen voor wie de POH-Jeugd is ingezet in de periode 2018-2020

Aantal jeugdigen voor wie de POH-Jeugd is ingezet	
Totaal aantal jeugdigen	149
Leeftijd	
Gemiddelde leeftijd[1] (spreiding)	12,9 jaar (2 – 48 jaar)
Aantal 0-4 jarigen (%)	4 (2,7)
Aantal 5-12 jarigen (%)	63 (42,3)
Aantal 13-18 jarigen (%)	62 (41,6)
Aantal 19-24 jarigen (%)	5 (3,4)
Aantal > 24 jaar (%)	14 (9,4)
Aantal leeftijd onbekend (%)	1 (0,7)

1) De gemiddelde leeftijd is berekend over de leeftijden die bekend waren. Van 9 jeugdigen/volwassenen was de leeftijd niet bekend, in de meeste gevallen stond er dan 'volwassene' vermeld. Wanneer 'volwassene' vermeld stond, zijn personen bij de onderverdeling naar leeftijdscategorieën in deze tabel meegeteld in de categorie 'Aantal >24 jaar'.

2.3 Reden van aanmelding

In de registratiegegevens van de POH'ers-Jeugd is de reden van aanmelding vermeld in een open veld. De reden van aanmelding is in het kader van deze evaluatie geclusterd en deze clustering is weergegeven in tabel 2. Hierin is te zien dat 'gedrag gerelateerde vragen' het meest gezien worden door de POH-Jeugd. Hier vallen ook opvoedvragen van ouders onder. In 2018 werd dit opgevolgd door 'somatische/lichamelijke klachten', waar dit in 2019 en 2020 werd opgevolgd door 'echtscheiding/gezin gerelateerde klachten'.

Tabel 2, Top 10 redenen waarvoor de POH-Jeugd werd ingezet in de periode 2018-2020

	Reden van aanmelding (geclusterd)	Aantal jeugdigen	% (N=149)
1	Gedrag gerelateerde vragen	39	26,2
2	Echtscheiding/gezin gerelateerde klachten	27	18,1
3	Verwerkingsproblemen	17	11,4
4	Angst gerelateerde klachten	13	8,7
5	Spannings-gerelateerde klachten	10	6,7
6	Stemmings-gerelateerde klachten	10	6,7
7	Sociale problematiek	9	6,0
8	Somatische/lichamelijke klachten	9	6,0
9	Overige	8	5,4
10	Tweede aanmelding	7	4,7

2.4 Aantal gesprekken

In totaal hebben de POH'ers-Jeugd 537 gesprekken gevoerd met jeugdigen en/of hun ouders, zie tabel 3. De spreiding in het aantal gesprekken per jeugdige is groot, namelijk tussen de 1 en 12 gesprekken. Hierbij valt op dat er één praktijk is waar gemiddeld meer gesprekken per kind plaatsvonden (zie bijlage 1 tabel 3 a/b/c). De POH-Jeugd die in deze praktijk werkzaam is, gaf aan dat ze soms kortdurende behandeling aanbiedt aan jeugdigen, waar enkele andere POH'ers-Jeugd aangeven dit minder te doen. Dit zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor het hogere gemiddelde van het aantal gesprekken per jeugdige. Over het algemeen vinden er tijdens de contactmomenten systeemgesprekken en gesprekken voor probleemoriëntatie/-verheldering plaats.

Tabel 3, Aantal contactmomenten POH-Jeugd in de periode 2018-2020

	Totaal aantal geregistreerde contactmomenten	Aantal jeugdigen voor wie een contactmoment is geregistreerd	Aantal contactmomenten per jeugdige		
			Gemiddeld	min.	max.
Totaal aantal contactmomenten	537	149	3,7	1	12

2.5 Doorverwijzing huisarts en POH-Jeugd

In 2018 heeft de POH-Jeugd 50,0% van de casuïstiek die werd gezien op het spreekuur zelf afgehandeld (gebaseerd op de registratie van één praktijk). In 2019 nam dit percentage toe en kon de POH-Jeugd meer vragen zelf afhandelen. In 2019 en 2020 werd respectievelijk 36,9% en 46,3% van de jeugdigen die werden gezien door de POH-Jeugd alsnog doorverwezen. De POH'ers-Jeugd hebben in hun registratie bijgehouden waar ze de jeugdigen naar doorverwezen, zie tabel 4. De meeste jeugdigen zijn door de POH-Jeugd doorverwezen naar het sociaal team, namelijk 16 jeugdigen ofwel 25% van het totaal aantal doorverwijzingen dat is geregistreerd door de POH-Jeugd. Het valt op dat procentueel het aandeel verwijzingen naar het sociaal team toeneemt door de jaren heen. In 2018 werd er niet doorverwezen naar het sociaal team (deze cijfers zijn echter gebaseerd op de registratie van slechts één POH-Jeugd), in 2019 zes keer (ofwel 25,0% van alle doorverwijzingen in 2019) en in 2020 gaat het om tien doorverwijzingen (ofwel 40,0% van de doorverwijzingen van 2020).
De POH'ers-Jeugd geven aan dat zij de regisseursfunctie die ze hebben echt als een meerwaarde zien van de functie POH-Jeugd. De POH'ers beschikken over een brede sociale kaart en zijn op de hoogte van de wachttijden van de zorgaanbieders. Daarnaast weten ze welke zorgaanbieders binnen de gemeente Borger-Odoorn gecontracteerd zijn. De POH-Jeugd weegt deze informatie mee wanneer een jeugdige verwezen moet worden. De POH'ers hebben het beeld dat huisartsen hier geen (of in elk geval minder goed) zicht op hebben en dat zij deze aspecten daarom niet altijd goed kunnen meenemen in hun afweging bij een verwijzing naar specialistische zorg.

Tabel 4, Totaal aantal doorverwijzingen door de POH-Jeugd en weergave top-10 aanbieders van specialistische zorg, geregistreerd door POH-Jeugd

	Aantal jeugdigen	% (N=64)
Verwijzing na tussenkomst van de POH-Jeugd	64	
Sociaal team	16	25,0
Accare	9	14,1
Interpsy	5	7,8
Lentis GGZ	5	7,8
Kies	4	6,3
Yorneo	3	4,7
Advies behandeling psycholoog	2	3,1
GGZ	2	3,1
ViaTrox	2	3,1
Villa Pinedo	2	3,1

De gemeentelijke registratie laat zien hoeveel indicaties er in de gemeente Borger-Odoorn voor specialistische zorg voor jeugdigen zijn aangevraagd. Hierbij wordt binnen de gemeente onderscheid gemaakt naar soort verwijzers, namelijk: rechter/Gli's, gemeente, huisartsen, jeugdarts/medisch

specialist en zelfverwijzers. In 2018 was 42,9% van de indicaties afkomstig van huisartsen werkzaam in de gemeente Borger-Odoorn. In 2019 en 2020 ging het om respectievelijk 43,3% en 42,7%. In de periode 1 januari 2018 tot en met 31 december 2020 ging het in totaal om 956 indicaties die door huisartsen zijn aangevraagd voor de inzet van specialistische hulp. Het totaal aantal indicaties is de som van het aantal nieuwe indicaties en het aantal herindicaties. Het komt dus voor dat één verwijsvraag/hulpvraag binnen het totaal aantal indicaties vaker terugkomt: eerst als nieuwe indicatie en een later jaar als herindicatie. Als we naar het aantal unieke cliënten kijken over de periode 2018 tot en met 2020 en we de jeugdigen die, vanwege de aanvraag van meerdere indicaties en/of herindicaties, dubbel meegeteld worden eruit halen, komen we op 501 unieke cliënten die door huisartsen zijn verwezen naar specialistische hulp. Tabel 5 geeft weer voor welke tien aanbieders van specialistische zorg de meeste indicaties door huisartsen zijn aangevraagd in deze periode. Accare heeft in deze periode de meeste indicaties (41,1%) ontvangen van de huisartsen. Uit de registraties van de POH'ers-Jeugd blijkt dat zij, op het sociaal team na, ook de meeste doorverwijzingen naar Accare (14,1%) sturen. De vijf aanbieders van specialistische zorg met de meeste indicaties van huisartsen, komen ook terug in de top-10 vanuit de registratie van de POH'ers-Jeugd.

Tabel 5, Top-10 aanbieders van specialistische zorg bij indicaties aangevraagd door de huisartsen in de periode 2018-2020

	Aantal jeugdigen	Percentage (N=956)
Indicaties afkomstig van huisartsen	956	
Accare	393	41,1
Stichting GGZ Drenthe	135	14,1
Stichting Lentis Maatschappelijke Onderneming	90	9,4
Stichting Yorneo	48	5,0
Inter-psy B.V. (GGZ)	43	4,5
Molendrift bv	29	3,0
Psychologiepraktijk Lotgerink	25	2,6
Het Centrum Ontwikkeling en Educatie	25	2,6
PEP-Wiersma J-GGz	21	2,2
Cedin Zorg BV	17	1,8

Voor de praktijken die zowel in 2019 als 2020 volledig met een POH-Jeugd werkten (huisartsenpraktijken Odoorn en Nieuw-Buinen) is weergegeven hoeveel indicaties er in deze praktijken zijn aangevraagd door huisartsen in vergelijking met de praktijken waar geen of gedeeltelijk in deze periode een POH-Jeugd werkzaam was, zie tabel 6. In 2019 was 17,6% van de aangevraagde indicaties afkomstig van de praktijken waar het gehele jaar een POH-Jeugd werkzaam was. In 2020 ging het om 17,5% van alle indicaties aangevraagd door de huisartsen in de gemeente Borger-Odoorn. Hieruit blijkt dat tussen 2019 en 2020, procentueel gezien, de doorverwijzingen van de praktijken werkzaam met een POH-Jeugd nauwelijks is veranderd ten opzichte van de praktijken die niet werkten met een POH-Jeugd. Het is echter lastig om hier conclusies aan te verbinden aangezien er geen cijfers bekend zijn van de periode vóór de introductie van de POH-Jeugd en er vele andere factoren van invloed kunnen zijn op dit gegeven, zoals het aantal jeugdigen in een wijk.

Tabel 6, Aantal indicaties aangevraagd door huisartsen (op basis van de gemeentelijke administratie)

	2019		2020	
	Aantal	%	Aantal	%
Huisartsenpraktijken met POH-Jeugd (Odoorn en Nieuw-Buinen)	62	17,6	63	17,5
Huisartsenpraktijken zonder POH-Jeugd (zes huisartsenpraktijken)	291	82,4	296	82,5

3. Resultaten kwalitatieve analyse

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de vragenlijsten die zijn verspreid onder huisartsen, ouders en jeugdigen, de focusgroep met POH'ers-Jeugd en de interviews met Stichting Sociale Teams en aanbieders van specialistische zorg thematisch weergegeven. In bijlage 2 is meer gedetailleerde informatie beschikbaar betreffende de resultaten van de vragenlijsten onder huisartsen.

3.1 Meerwaarde van de POH-Jeugd

De betrokken huisartsen en POH'ers-Jeugd zijn unaniem in hun oordeel dat kinderen of jeugdigen met opvoed-, opgroei-, psychische of psychosociale problemen betere zorg en ondersteuning krijgen door de inzet van de POH-Jeugd in de huisartsenpraktijk. Ook aanbieders van specialistische zorg en de teamleider van Stichting Sociale Teams Borger-Odoorn onderstrepen de meerwaarde van de POH-Jeugd. Meerwaarde van de POH-Jeugd is volgens betrokkenen dat de POH-Jeugd laagdrempelige ondersteuning biedt, dat jeugdigen en/of hun ouders snel bij de POH-Jeugd terecht kunnen en dat de POH-Jeugd meer tijd en ruimte heeft als een huisarts om het probleem goed uit te diepen en systemisch te kijken wat het betreffende gezin nodig heeft. De POH-Jeugd draagt bovendien bij aan het (waar mogelijk) normaliseren van problemen en het voorkomen van de inzet van zwaardere, specialistische zorg (o.a. door het bieden van kortdurende behandeling), en kan jeugdigen die wel specialistische zorg nodig hebben gericht verwijzen. Door de uitgebreide kennis die de POH-Jeugd heeft van de sociale kaart kan bij een doorverwijzing rekening gehouden worden met onder andere wachtlijsten en contractafspraken van de gemeente en worden tevens de mogelijkheden binnen voorliggende jeugdhulp meegenomen. Daarnaast ervaren huisartsen de korte lijnen tussen de POH-Jeugd en de huisarts als prettig, net als de specifieke expertise die de POH-Jeugd toevoegt aan de huisartsenpraktijk. Alle betrokken huisartsen geven aan dat zij (zeer) tevreden zijn over de vakinhoudelijke expertise van de POH-Jeugd en de kennis van de sociale kaart en dat zij de indruk hebben dat de inzet van de POH-Jeugd hen tijd bespaart.

3.2 Werkwijze van de POH-Jeugd binnen de huisartsenpraktijk

Op dit moment varieert het per huisartsenpraktijk en per POH hoe de functie van POH-Jeugd precies wordt ingevuld. De mogelijkheid om op die manier maatwerk te leveren wordt door de POH'ers enerzijds als een groot goed ervaren. Anderzijds is er behoefte aan meer duidelijkheid over de verwachtingen ten aanzien van de invulling van de functie en eenduidigheid in de werkwijze. Met andere woorden, er is behoefte aan een zekere mate van formalisatie van de functie.

Onderstaande tabel geeft weer hoe de POH-Jeugd door de huisarts wordt ingezet binnen de praktijk. Enkele huisartsen verwijzen alle jeugdigen met opvoed-, opgroei-, psychische of psychosociale problemen door naar de POH-Jeugd, ook wanneer zij verwachten dat uiteindelijk meer specialistische zorg nodig is. Andere huisartsen pakken vragen deels zelf op en maken per casus de afweging of de jeugdige baat heeft bij ondersteuning door de POH-Jeugd of ondersteuning door een andere professional. Daarbij zien we tevens variatie in het type vragen waarvoor de POH-Jeugd wordt ingezet: voornamelijk opvoed/opgroeivragen of het bredere scala van opvoed-, opgroei-, psychische of psychosociale problemen. Datzelfde geldt voor de vrijheid die POH'ers krijgen om jeugdigen zo nodig zelf te verwijzen naar voorliggende voorzieningen en/of specialistische zorg.

Tabel 7, Inzet van de POH-Jeugd door de huisarts

Wanneer ik op het spreekuur een kind of jeugdige zie met opvoed-, opgroei-, psychische en/of psychosociale problematiek ...	Aantal huisartsen	Percentage
... pak ik de vraag in eerste instantie zelf op en verwijs ik daarna zo nodig door naar de POH-Jeugd of een aanbieder van specialistische hulp	2	33,33%
... stuur ik het kind of de jeugdige altijd door naar de POH-Jeugd, ook als ik verwacht dat het kind of de jeugdige uiteindelijk meer specialistische hulp nodig heeft.	2	33,33%
... stuur ik het kind, afhankelijk van de aard van de problematiek, door naar de POH-Jeugd of naar een aanbieder voor specialistische hulp.	1	16,67%
Anders, namelijk: … probeer ik eerst zelf de vraag te verhelderen en verwijs ik daarna door naar de POH-Jeugd om mee te kijken d.m.v. verdere probleemverheldering, het waar mogelijk bieden van begeleiding en waar nodig gericht doorverwijzen van de jeugdige	1	16,67%

POH'ers-Jeugd geven aan dat het voor huisartsen nog niet altijd voldoende helder is wat zij als POH-Jeugd allemaal kunnen doen en voor welke vragen jeugdigen en/of hun ouders kunnen worden verwezen naar de POH-Jeugd. Daarbij zou het volgens hen helpen wanneer huisartsen onderling meer ervaringen uitwisselen en wanneer de visie van de gemeente ten aanzien van de inzet van de POH-Jeugd helderder wordt geformuleerd en gecommuniceerd. Op die manier kan het potentieel van de POH-Jeugd nog beter worden benut.

De POH'ers-Jeugd geven op dit moment allemaal naar eigen inzicht invulling aan de functie van POH-Jeugd. Alle POH'ers voeren gesprekken om het probleem van de jeugdige te verhelderen en systemisch in kaart te brengen. Voor laag-complexe zorg bieden zij vervolgens zelf in meer of mindere mate kortdurende begeleiding aan. Voor hoog-complexe zorg wordt, op basis van de kennis van de sociale kaart binnen zowel voorliggende als specialistische jeugdhulp, gericht doorverwezen. De mate waarin overbruggingszorg wordt geboden en de mate waarin POH'ers zelf doorverwijzen varieert per POH.

De POH-Jeugd is op dit moment vier uur per week per deelnemende huisartsenpraktijk beschikbaar. Huisartsen zijn redelijk tot zeer tevreden over de beschikbaarheid van de POH, waarbij minder positieve geluiden voornamelijk gekoppeld worden aan de beperkte zichtbaarheid van de POH-Jeugd in de praktijk in verband met corona-maatregelen. POH'ers-Jeugd geven aan dat het van moment tot moment verschilt of de beschikbare tijd voldoende is om de patiëntenzorg te kunnen leveren. Van collega-POH'ers in andere gemeenten horen zij dat de POH-Jeugd daar soms meer ruimte heeft voor het bieden van kortdurende behandeling, dit zou in de ogen van de POH'ers-Jeugd ook van meerwaarde kunnen zijn in de gemeente Borger-Odoorn. Daarnaast wordt het wenselijk geacht om meer indirecte tijd beschikbaar te hebben, bijvoorbeeld voor (casus-gebonden) overleg met scholen, intercollegiaal overleg etc.

3.3 Samenwerking tussen de POH'ers-Jeugd

Mede door corona, hebben de POH'ers-Jeugd onderling momenteel weinig contact met elkaar, terwijl zij het wel als meerwaarde zien om ervaringen uit te wisselen en van elkaar te leren. Bij de start van het project is een intervisiegroep opgezet waar onder andere vragen werden besproken als 'hoe doen we ons werk?' en 'hoe ziet onze rol er uit?'. Bij deze intervisie merkten de POH'ers dat het door de verschillen in de werkwijze tussen de huisartsenpraktijken en tussen de POH'ers lastig was om ervaringen onderling

goed uit te wisselen. Zij misten een duidelijke lijn vanuit de gemeente ten aanzien van wat er van de POH-Jeugd wordt verwacht, en daarmee een helder kader waarbinnen van elkaar kan worden geleerd en waarbinnen maatwerk mogelijk is. Bij de intervisiebijeenkomsten werd tevens ondersteuning door bijvoorbeeld een intervisieleider gemist. Daarbij speelt de vraag mee bij wie de verantwoordelijkheid ligt voor eventuele ondersteuning van intervisie en/of (bij-)scholing van POH'ers: bij de gemeente, de huisartsen of de sociale teams? (zie ook paragraaf 3.6 Constructie en financiering van de POH-Jeugd)

3.4 Samenwerking tussen de POH-Jeugd en huisartsen

Alle huisartsen stellen dat zij (veel) vertrouwen hebben in hun POH-Jeugd en (zeer) tevreden zijn over de onderlinge samenwerking. Voor één van de huisartsenpraktijken geldt dat er al voor de komst van de POH-Jeugd een nauwe samenwerking was met het sociaal team doordat beide in hetzelfde gebouw zijn gevestigd. De POH die in deze praktijk werkzaam is, is ook heel tevreden over de samenwerking met de huisartsen en de mogelijkheden om casuïstiek te bespreken of gezamenlijk te sparren. Voor de andere twee huisartsenpraktijken waar nu een POH-Jeugd werkzaam is, was de samenwerking met het sociaal team voorheen nihil. Hoewel de lijnen met deze huisartsen korter zijn geworden en het onderlinge vertrouwen groeit, zien de betrokken POH'ers ook nog ruimte voor verbetering in het onderlinge contact en de communicatie. Het daadwerkelijk vormgeven van deze samenwerking kost tijd. Bij de start van de POH-Jeugd wisten veel huisartsen niet goed wat zij van de POH-Jeugd konden verwachten. Hoewel dit inmiddels verbeterd is, vraagt dit volgens de POH'ers-Jeugd blijvende aandacht. Enerzijds door voor alle betrokkenen meer duidelijkheid te scheppen over het doel en de invulling van de functie POH-Jeugd, anderzijds door op casusniveau ad hoc af te stemmen.
Vanuit de Stichting Sociale Teams is er op dit moment vrijwel geen contact met de individuele huisartsenpraktijken.

3.5 Samenwerking met de specialistische zorg

Onder aanbieders van specialistische zorg is er nog veel onbekendheid over het bestaan van de POH-Jeugd in de gemeente Borger-Odoorn. Aanbieders van specialistische zorg geven aan veel verwijzingen vanuit de sociale teams te krijgen binnen de gemeente Borger-Odoorn. Ze ervaren een goede samenwerking met de sociale teams en noemen dit een pluspunt in vergelijking met andere gemeenten. Er worden korte lijnen ervaren met de sociale teams en verwijsbrieven afkomstig van het sociaal team zijn kwalitatief goed uitgewerkt. In verwijzingen die afkomstig zijn van huisartsen is voor aanbieders van specialistische zorg vaak niet duidelijk of er een POH-Jeugd betrokken is geweest. Het kan juist van meerwaarde zijn om de door de POH-Jeugd verkregen informatie mee te sturen bij een verwijzing, waardoor het voor een aanbieder van specialistische zorg makkelijker wordt om de juiste zorg en ondersteuning in te zetten. Hier zien aanbieders van specialistische zorg nog wel een verbeterpunt voor de toekomst.

Op dit moment vindt er weinig overleg plaats tussen aanbieders van specialistische zorg en huisartsen. Je zou een wisselwerking in de samenwerking willen creëren door onderling contact te hebben bij aanmelding, maar juist ook bij het afsluiten van een traject om eventuele nazorg te kunnen bespreken. Hier zou de POH-Jeugd een rol in kunnen vervullen en het zou volgens aanbieders van specialistische zorg goed zijn om hier onderling afspraken over te maken. Verschillende aanbieders van specialistische zorg willen bovendien zelf meer investeren aan de voorkant van een traject. Door meer tijd te besteden aan de vraag welke hulp en ondersteuning (en daarmee ook welke aanbieder) het meest passend is, voorkom je dat een jeugdige niet (direct) op de juiste plek terecht komt. Aanbieders van specialistische zorg zouden daarom rond een verwijzing graag meer contact willen hebben met verwijzers en bieden deze mogelijkheid ook aan in de vorm van consultatie. Dit maakt dat er laagdrempeliger contact gelegd kan

worden om even af te stemmen en met elkaar mee te denken om zo tot de juiste plek voor een jeugdige te komen. Daarnaast staan de aanbieders van specialistische zorg met wie in het kader van deze evaluatie is gesproken ook open voor een actievere betrokkenheid bij de voorziening POH-Jeugd, bijvoorbeeld door het ondersteunen van POH'ers-Jeugd in de vorm van coaching of door het leveren van een POH-Jeugd.

3.6 Constructie en financiering van de POH-Jeugd

In de gemeente Borger-Odoorn is er voor gekozen om de POH-Jeugd te werven binnen de sociale teams. Binnen de huidige constructie wordt de personele inzet voor de POH-Jeugd betaald uit de reguliere middelen van Stichting Sociale Teams (4 uur per praktijk per week, voor maximaal drie praktijken) en ontvangen de huisartsen van de gemeente een vergoeding voor het beschikbaar stellen van een ruimte voor de POH-Jeugd en de inzet van assistentes voor het plannen van afspraken. Huisartsen zijn, voor zover zij hier überhaupt van op de hoogte zijn (33% antwoordde 'weet niet / n.v.t.'), wisselend 'tevreden noch ontevreden' of 'tevreden' over de huidige (onkosten)vergoeding die zij ontvangen. Vanuit de Stichting Sociale Teams wordt aangegeven dat bovengenoemde financieringsafspraken zijn gemaakt in het kader van een kortdurende pilot. Echter de looptijd van de pilot betreft inmiddels drie jaar en de afspraken zijn in die tijd stilzwijgend verlengd. Er is behoefte aan een herbeoordeling van de huidige constructie. Wanneer er structurele inzet voor de POH-Jeugd vanuit de sociale teams wordt gevraagd zou dit bijvoorbeeld meegenomen moeten worden in de opdracht van de sociale teams. Wanneer er vanuit andere huisartsenpraktijken interesse is om eveneens gebruik te maken van de POH-Jeugd – en die interesse is er – zal gekeken moeten worden naar extra formatie en passende financiering.

Binnen de huidige constructie zijn de medewerkers van de sociale teams voor de uren dat zij werkzaam zijn als POH-Jeugd als het ware gedetacheerd bij de huisartsenpraktijk. Onder deze constructie ligt echter geen formele overeenkomst, en er zijn geen heldere afspraken gemaakt over welke verantwoordelijkheden de Stichting Sociale Teams, de huisartsen en de gemeente binnen deze constructie dragen. Vanuit de Stichting Sociale Teams wordt bijvoorbeeld aangegeven dat huisartsen de scholing e.d. van de POH'ers-Jeugd zouden faciliteren. Huisartsen daarentegen zien hun verantwoordelijkheid op het vlak van het faciliteren van comfortabele werkruimte, een goed werkklimaat, goede verwijzingen naar de POH-Jeugd en bij terugkoppeling zo nodig een goede afwikkeling en/of doorverwijzing. Huisartsen ervaren de huidige constructie waarbij een POH-Jeugd is gedetacheerd vanuit de sociale teams als prettig.

In de gemeente Borger-Odoorn is er, bij de start van de voorziening POH-Jeugd, voor gekozen om de POH-Jeugd te werven binnen de sociale teams. Betrokkenen zijn hierover overwegend positief. Vanuit andere gemeenten weten we dat er ook andere constructies mogelijk zijn (zie ook bijlage 3). Afhankelijk van de achtergrond en het kennisniveau van de POH-Jeugd betreffende kind- en jeugd-problematiek en psychische problematiek kan een POH vragen in meer of mindere mate zelf oppakken en zelf (kortdurende) behandeling aanbieden. Hierbij wordt ervaring in zelf behandelen en kennis van kind- en jeugdproblematiek als belangrijke factor genoemd. Ervaring leert dat bij de keuze voor een constructie vooral aansluiting op de lokale context van groot belang is.

3.7 Samenwerking met de gemeente in het kader van POH-Jeugd

Enkele huisartsen (33%) geven aan onvoldoende zicht te hebben op de samenwerking met de gemeente in het kader van de POH-Jeugd. Zij steken daarbij ook de hand in eigen boezem in de zin dat het hen aan tijd ontbrak om zelf nauw betrokken te zijn bij het tot stand komen van de POH-Jeugd voorziening in de gemeente Borger-Odoorn. Dit heeft echter invloed op de mate waarin huisartsen de meerwaarde en mogelijkheden van de POH-Jeugd goed kennen en daarmee hoe de POH-Jeugd in de huisartsenpraktijk

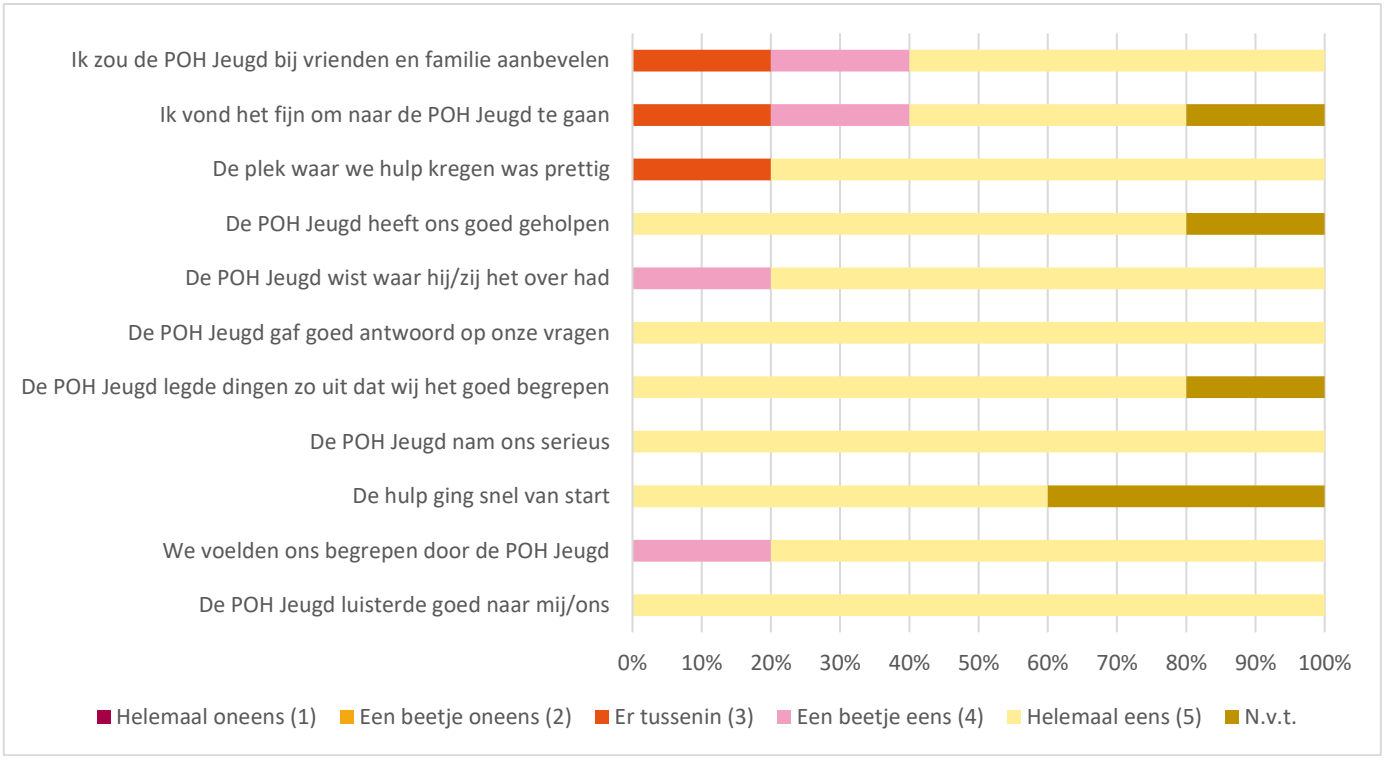
wordt ingezet. De helft van de betrokken huisartsen geeft aan voldoende meegenomen te zijn bij het opzetten van de POH-Jeugd en een zelfde percentage is tevreden over de huidige samenwerking met de gemeente in het kader van dit project. Onder de aanbieders van specialistische zorg met wie in het kader van deze evaluatie contact is gezocht was er geen of nauwelijks bekendheid dat de gemeente Borger-Odoorn was gestart met het inzetten van een POH-Jeugd in de huisartsenpraktijk.

Vanuit de POH'ers-Jeugd en de Stichting Sociale teams wordt aangegeven dat de samenwerking met de gemeente over het algemeen heel goed is. Echter in het kader van POH-Jeugd ervaren zij onvoldoende visie en betrokkenheid van de gemeente. De samenwerking in het kader van de POH-Jeugd kent een ongelukkig verloop door frequente personele wisselingen binnen de gemeente en een sterk persoonsafhankelijke invulling van de betrokkenheid vanuit de gemeente. Er is vanuit de POH'ers-Jeugd en de Stichting Sociale Teams behoefte aan een duidelijk plan, inclusief KPI's en afspraken over de randvoorwaarden en verantwoordelijkheidsverdeling. Vragen die leven zijn bijvoorbeeld: welk doel heeft de gemeente met de inzet van de POH-Jeugd?; wat verwacht de gemeente in de praktijk van de POH-Jeugd?; wat doet de POH-Jeugd wel of juist niet?; en hoe moet worden omgegaan met het meenemen van een gezin naar het sociale team? Tevens is er behoefte aan betrokkenheid en interesse vanuit de gemeente en regelmatige afstemming tussen de gemeente, huisartsen en de Stichting Sociale Teams over de POH-Jeugd. In de afgelopen twee jaar heeft een dergelijk overleg niet plaatsgevonden.

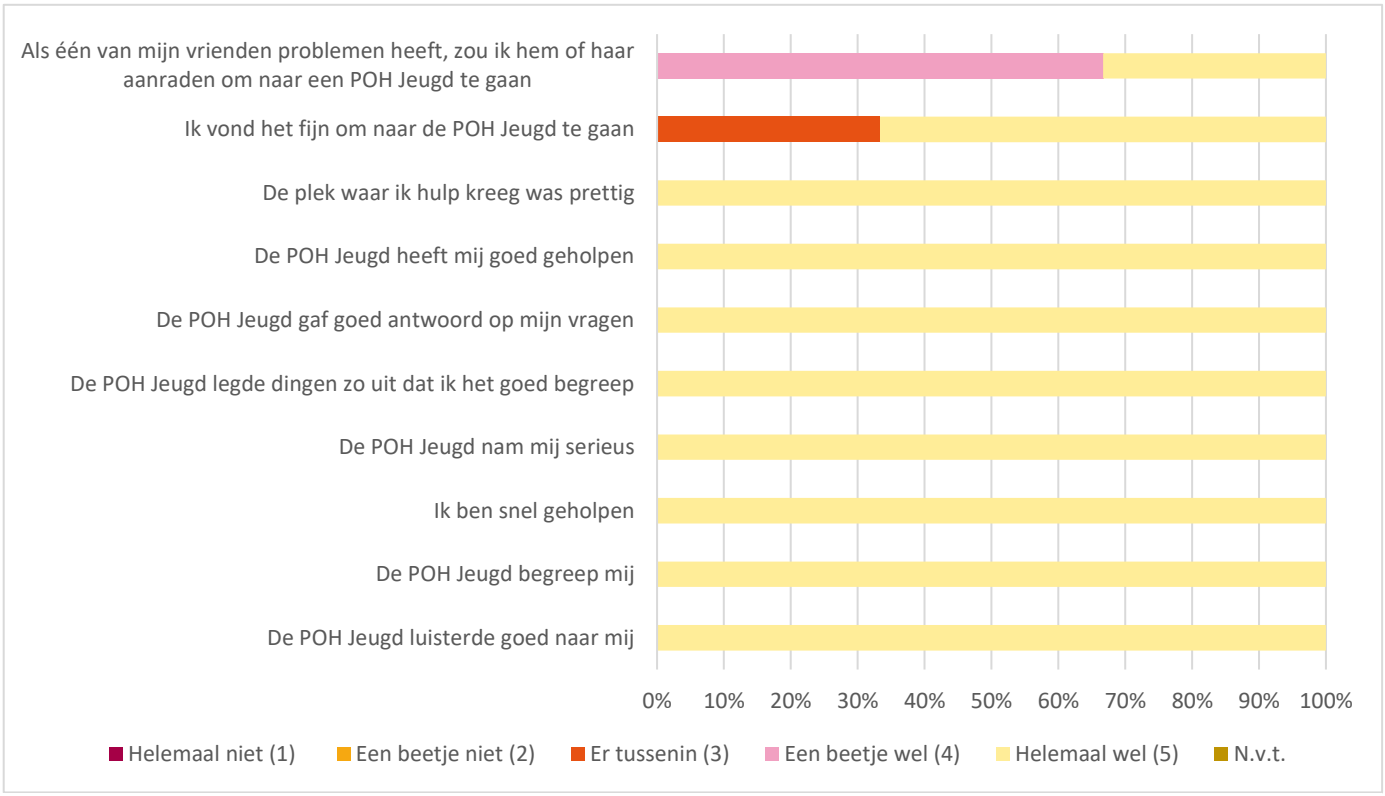
3.8 Ervaringen ouders en jeugdigen

In totaal hebben vijf ouders en drie jeugdigen de vragenlijst over hun ervaringen met de POH-Jeugd ingevuld. Ondanks dat de aantallen klein zijn, verwachten we dat de uitkomsten (redelijk) generaliseerbaar zijn. De resultaten sluiten namelijk aan bij de uitkomsten die we eerder in andere gemeenten zagen waar ook een uitvraag is gedaan naar de ervaringen met de POH-Jeugd bij ouders en jeugdigen.

Zowel ouders als jeugdigen zijn heel positief over het contact met de POH-Jeugd, zie figuur 2 en 3. Ouders zijn het er unaniem (helemaal) mee eens dat de POH-Jeugd goed antwoord gaf op de vragen, ouders en jeugdigen serieus nam en dat de POH-Jeugd goed luisterde. Ouders waren iets meer verdeeld over de vragen 'ik zou de POH-Jeugd bij vrienden en familie aanbevelen' en 'ik vond het fijn om naar de POH-Jeugd te gaan', maar gemiddeld kregen deze stellingen nog steeds een score van respectievelijk een 4.4 en 4.3 (op een schaal van 1 tot 5). Ditzelfde geldt voor jeugdigen. Ook zij gaven de stellingen 'als één van mijn vrienden problemen heeft, zou ik hem of haar aanraden om naar een POH Jeugd te gaan' en 'ik vond het fijn om naar de POH Jeugd te gaan' de laagste scores met voor beide een 4.3 (op een schaal van 1 tot 5). Alle andere stellingen werden door jeugdigen met een 5 beoordeeld (op een schaal van 1 tot 5).



Figuur 2, uitkomsten stellingen ouders



Figuur 3, uitkomsten stellingen jeugdigen

Ouders waren overwegend tevreden over de duur van het traject bij de POH-Jeugd. Gemiddeld kreeg de POH-Jeugd een rapportcijfer 7.8 van ouders (op een schaal van 1 tot 10). Als onderbouwing hiervoor werd aangegeven dat ouders het fijn vonden dat het contact laagdrempelig was, dat de POH-Jeugd betrokken was, dat het contact prettig verliep, en dat de POH-Jeugd goed aansluiting vond bij de jeugdige en de jeugdige op zijn/haar gemak wist te stellen. Vanuit de jeugdigen kwam een soortgelijke onderbouwing. Ze gaven aan dat de POH-Jeugd goed luisterde, op een fijne manier antwoord gaf op vragen en dat de POH de jeugdige goed begreep. De jeugdigen gaven de POH dan ook een gemiddeld rapportcijfer van een 8.3. Zowel ouders als jeugdigen hebben geen verbeterpunten voor de POH-Jeugd genoemd.

3.9 Toekomst van de POH-Jeugd in de gemeente Borger-Odoorn

De huisartsen en POH'ers-Jeugd die betrokken zijn bij deze evaluatie zijn enthousiast over de voorziening POH-Jeugd en zien graag dat deze blijft bestaan binnen de huisartsenpraktijk en dat de pilot onderdeel wordt van het structurele aanbod voor jeugdigen binnen de gemeente Borger-Odoorn. Zoals één van de huisartsen zei: "Ik zou het alle collega's in de gemeente gunnen".

Om de pilot onderdeel te laten maken van het structurele aanbod voor jeugdigen binnen de gemeente Borger-Odoorn wordt het belangrijk geacht dat er heldere afspraken worden gemaakt die tevens goed worden vastgelegd, bijvoorbeeld over de verantwoordelijkheidsverdeling, de onderlinge samenwerking, kwaliteit, KPI's, scholing, financiering en toekomstige monitoring en evaluaties. Daarnaast is regelmatige afstemming tussen de gemeente, sociale teams en huisartsen wenselijk.

4. Conclusie en aanbevelingen

Conclusie

Samenvattend zien we dat zowel huisartsen, POH'ers-Jeugd, ouders als jeugdigen enthousiast zijn over de inzet van de POH-Jeugd binnen huisartsenpraktijken in de gemeente Borger-Odoorn. Huisartsen en POH'ers-Jeugd zijn unaniem in hun oordeel dat kinderen of jeugdigen met opvoed-, opgroei-, psychische en/of psychosociale problemen betere zorg en ondersteuning krijgen door de inzet van de POH-Jeugd in de huisartsenpraktijk. En ouders en jeugdigen geven de POH-Jeugd respectievelijk een rapportcijfer 7.8 en 8.3. Pluspunten die worden genoemd zijn dat de POH-Jeugd laagdrempelige zorg en ondersteuning kan bieden aan jeugdige en gezin, dat jeugdigen snel bij de POH terecht kunnen en dat de POH meer tijd heeft voor de patiënt dan de huisarts zelf. Betrokkenen ervaren dat dit leidt tot een betere vraagverheldering, minder inzet van (onnodige) specialistische zorg en gerichtere verwijzingen wanneer wel specialistische zorg nodig is. Huisartsen geven bovendien aan dat de inzet van de POH-Jeugd hen tijd bespaart.

Tussen 2018 en 2020 werd de POH-Jeugd in de betrokken huisartsenpraktijken in de gemeente Borger-Odoorn voor in totaal 149 jeugdigen ingezet. In 2018 werd 50% van de vraagstukken waarbij de POH-Jeugd betrokken was door de POH zelf opgepakt; in 2019 en 2020 werd respectievelijk 63,1% en 44,4% van de jeugdigen door de POH-Jeugd zelf opgepakt.

Aanbevelingen

Alle betrokkenen die we in het kader van dit onderzoek hebben gesproken zijn enthousiast over de voorziening POH-Jeugd en zien graag dat dit een vervolg krijgt. Daarbij is de nadrukkelijke wens om van informele samenwerking binnen de pilot over te gaan naar een structureel beschikbare voorziening met een meer geformaliseerde functie POH-Jeugd. In deze paragraaf zullen aanbevelingen worden gedaan om de POH-Jeugd voorziening in de gemeente Borger-Odoorn verder te optimaliseren en de overgang van pilotfase naar structureel aanbod voor jeugdigen binnen de gemeente Borger-Odoorn te realiseren.

Van pilot naar structureel aanbod

- Verken de mogelijkheden om de huidige pilot in te bedden in het structurele aanbod voor jeugdigen binnen de gemeente Borger-Odoorn zodat de inzet van de POH-Jeugd in de huisartsenpraktijken gedurende lange(re) tijd geborgd is. Weeg daarbij zowel kwaliteits- als kosteneffectiviteitsaspecten mee.

- Verken de mogelijkheden om de voorziening POH-Jeugd uit te breiden naar andere huisartsenpraktijken binnen de gemeente Borger-Odoorn. Heb daarbij oog voor de wensen, behoeften en mogelijkheden van zowel de huisartsen als de aanbieder van de voorziening POH-Jeugd.

- Schep duidelijkheid over de visie op de inzet van de POH-Jeugd, verwachtingen ten aanzien van de invulling van de functie en verwachtingen ten aanzien van de onderlinge samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling. Afspraken zijn op dit moment veelal informeel geregeld,

formaliseer deze zodat de kaders waarbinnen de voorziening POH-Jeugd in de gemeente Borger-Odoorn wordt uitgevoerd voor iedereen helder zijn.

Structurelere samenwerking tussen gemeente, huisartsen en POH'ers-Jeugd

- De gemeente Borger-Odoorn is eindverantwoordelijk voor de uitvoering van de POH-Jeugd voorziening. Neem als gemeente een duidelijke rol als formeel opdrachtgever en stel vanuit deze verantwoordelijkheid heldere kaders waarbinnen de voorziening invulling kan krijgen (o.a. formuleren van een heldere visie ten aanzien van de voorziening POH-Jeugd).

- Hoewel de gemeente Borger-Odoorn eindverantwoordelijk is voor de POH-Jeugd voorziening, verdient het de aanbeveling om gewenste of noodzakelijke aanpassingen gezamenlijk met alle betrokkenen te bespreken en te komen tot gedeelde keuzes en afspraken, die passen binnen het gestelde kader, maar ook mede gebaseerd zijn op wensen, behoeften en voorkeuren van betrokkenen.

- Creëer structurele overlegmomenten tussen de gemeente, huisartsen en de aanbieder van de voorziening POH-Jeugd over de voortgang en mogelijke verbeterpunten ten aanzien van de voorziening POH-Jeugd. Las hiervoor bijvoorbeeld een kernoverleg in en leg de centrale besluitvorming binnen de POH-Jeugd voorziening zoveel als mogelijk in dit kernoverleg.

- Betrek de betrokken huisartsen en POH'ers-Jeugd nadrukkelijk in de overlegstructuur. Nadrukkelijke betrokkenheid stimuleert draagvlak voor te maken afspraken binnen de POH-Jeugd voorziening, bevordert eenduidig werken en verbetert de samenwerkingsrelatie tussen de gemeente en betrokken professionals.

- Maak afspraken met betrokken huisartsen en POH'ers-Jeugd over de manier waarop (nieuwe) huisartsen en waarnemers bekend worden gemaakt met de werking van de POH-Jeugd voorziening, zodat de voorziening POH-Jeugd zo optimaal mogelijk gebruikt kan worden. Heb daarbij ook oog voor de vraag hoe huisartsen onderling van elkaar kunnen leren en hoe POH'ers-Jeugd onderling van elkaar kunnen leren.

- Verken mogelijkheden om de samenwerking tussen huisartsen en de sociale teams, ook buiten de voorziening POH-Jeugd om, te versterken.

Heldere verwachtingen ten aanzien van de POH-Jeugd

- Stel als gemeente heldere kaders op waarbinnen de voorziening POH-Jeugd invulling kan krijgen. Maak daarbij onderscheid tussen aspecten die bijvoorbeeld vanuit kwaliteits- en kosteneffectiviteitsperspectief uniform geregeld en gehanteerd moeten worden door alle betrokkenen en aspecten waarbij ruimte is voor persoonlijke invulling en/of kleuring.

- Maak afspraken over de verwachtingen ten aanzien van de invulling van de functie POH-Jeugd en leg deze vast. Op dit moment is het onduidelijk wat er exact van de POH-Jeugd wordt verwacht waardoor er per praktijk en/of per POH-Jeugd verschillen in de werkwijze ontstaan. Besteed hierbij bijvoorbeeld aandacht aan: welke vragen de POH-Jeugd wel/niet oppakt; flexibele inzet van de POH-Jeugd binnen een praktijk; de verhouding directe (patiëntgebonden) en indirecte tijd; de verhouding werkzaamheden POH-Jeugd en werkzaamheden sociaal team; hoe om te gaan met vragen die je als POH-Jeugd wilt meenemen richting het sociaal team etc.

- Bespreek met huisartsen de verschillen in werkwijzen betreffende de inzet van de POH-Jeugd en kom (indien gewenst) tot meer uniformiteit met betrekking tot het verwijzen naar de POH-Jeugd, het betrekken van de POH-Jeugd en momenten voor (in)formeel overleg tussen huisarts en de POH-Jeugd.

- Neem alle betrokkenen (huisartsen, POH'ers-Jeugd, en waar nodig ook sociale teams en aanbieders van specialistische zorg) nadrukkelijk mee in de planvorming en breng hen op de hoogte van afspraken die worden gemaakt rondom de voorziening POH-Jeugd.

- Ga na welke mogelijkheden er zijn om de functie POH-Jeugd verder te professionaliseren en inhoudelijk te versterken. Maak bijvoorbeeld gebruik van intervisiebijeenkomsten voor POH'ers-Jeugd. Verschillende aanbieders van specialistische zorg bieden hun expertise aan, bijvoorbeeld als sparringpartner op casusniveau of in de vorm van bij-/nascholing.

- Verken welke overwegingen huisartsen en POH'ers-Jeugd meenemen bij de keuze voor een verwijzing van een jeugdige met opvoed-, opgroei-, psychische en/of psychosociale problemen naar een specifieke aanbieder en kijk hoe jeugdigen nog beter en tijdig de juiste zorg op de juiste plek kunnen ontvangen. Heb bij dit laatste ook oog voor samenwerkingsafspraken die gemeenten hebben met aanbieders van specialistische zorg.

- Verduidelijk voor alle betrokkenen (huisartsen, POH'ers-Jeugd en aanbieders van specialistische zorg) de rol die de POH-Jeugd kan spelen bij de verwijzing van een jeugdige naar specialistische hulp en maak hier zo nodig afspraken over.

Aandacht voor toekomstige constructie en financiering POH-Jeugd

- Verken wie binnen de context van de gemeente Borger-Odoorn de meest passende aanbieder is voor de voorziening POH-Jeugd. Uit dit onderzoek zijn geen aanwijzingen naar voren gekomen dat Stichting Sociale Teams geen passende aanbieder is, alle betrokkenen zijn tevreden over de inzet, betrokkenheid en expertise (zowel inhoudelijk als qua sociale kaart) van de POH'ers-Jeugd. Vanuit aanbieders voor specialistische zorg is er wel interesse om eveneens een rol te spelen binnen de voorziening.

- Maak als gemeente, huisartsen en aanbieder van de voorziening POH-Jeugd concrete afspraken over de onderlinge rollen, taakverdeling en verantwoordelijkheden binnen de voorziening POH-Jeugd en leg deze vast. Besteed hierbij bijvoorbeeld aandacht aan intervisie en scholing van de POH'ers-Jeugd.

- Maak heldere afspraken over de financiering van de inzet van de POH-Jeugd. Neem deze afspraken zo mogelijk mee in reguliere contractafspraken en bekijk welke extra inzet en financiering nodig zijn om de voorziening POH-Jeugd in alle (geïnteresseerde) huisartsenpraktijken in de gemeente te kunnen aanbieden.

Vormgeven van toekomstige evaluaties

- Draag zorg voor een meer uniforme en complete registratie van gegevens door de POH-Jeugd. Denk daarbij bijvoorbeeld aan:
    - Registreer standaard de leeftijd en het geslacht van een jeugdige;

  - Registreer gesprekken met ouders op naam van het kind;
  - Maak bij het registreren van de ‘reden van aanmelding’ gebruik van een keuzemenu in plaats van een vrij veld.

- Vraag ervaringen van ouders en jeugdigen, indien gewenst, (periodiek) direct na een afsluitend consult uit in plaats van eenmalig tijdens een evaluatiemoment. Dit zal de respons vergroten. Gezien de huidige resultaten en de mate waarin deze in lijn liggen met bevindingen in andere gemeenten is het de vraag of het noodzakelijk is om de ervaringen continu te monitoren.

- Vervang het vrije veld voor het invoeren van de naam van de huisarts(praktijk) in de gemeentelijke administratie door een keuzemenu zodat beter inzichtelijk wordt welke verwijzingen van welke praktijk afkomstig zijn. Registreer zo mogelijk ook of een POH-Jeugd bij de verwijzing betrokken is geweest.

- Maak binnen de gemeentelijke administratie onderscheid tussen het aantal nieuwe indicaties en het aantal herindicaties.

- Probeer in toekomstige evaluaties cijfers uit de gemeentelijke administratie over meerdere jaren mee te nemen om op die manier trends in indicaties voor inzet van specialistische zorg, en daarmee mogelijk effecten van de inzet van de POH-Jeugd, inzichtelijk te maken.

Bijlage 1: Tabellenboek

Tabel 1a: Totaal aantal jeugdigen dat door de POH jeugd is gezien in de periode januari t/m december 2018

Huisartsen-praktijk	Aantal jeugdigen voor wie een POH Jeugd geconsulteerd is	Aantal jeugdigen voor wie een POH Jeugd geconsulteerd is per leeftijdscategorie					
		0-4	5-12	13-18	19-24	> 24[1]	Onb.
1.	-	-	-	-	-	-	-
2.	1	0	0	1	0	0	0
3.	-	-	-	-	-	-	-
4.	29	0	19	10	0	0	0
TOTAAL	30	0	19	11	0	0	0

Tabel 1b: Totaal aantal jeugdigen dat door de POH jeugd is gezien in de periode januari t/m december 2019

Huisartsen-praktijk	Aantal jeugdigen voor wie een POH Jeugd geconsulteerd is	Aantal jeugdigen voor wie een POH Jeugd geconsulteerd is per leeftijdscategorie					
		0-4	5-12	13-18	19-24	> 24[1]	Onb.
1.	16	0	4	8	0	3	1
2.	15	0	2	5	3	5	0
3.	6	0	4	2	0	0	0
4.	28	1	15	12	0	0	0
TOTAAL	65	1	25	27	3	8	1

Tabel 1c: Totaal aantal jeugdigen dat door de POH jeugd is gezien in de periode januari t/m december 2020

Huisartsen-praktijk	Aantal jeugdigen voor wie een POH Jeugd geconsulteerd is	Aantal jeugdigen voor wie een POH Jeugd geconsulteerd is per leeftijdscategorie					
		0-4	5-12	13-18	19-24	> 24[1]	Onb.
1.	20	0	5	8	1	6	0
2.	1	0	1	0	0	0	0
3.	12	1	2	8	1	0	0
4.	21	2	11	8	0	0	0
TOTAAL	54	3	19	24	2	6	0

1) In sommige gevallen stond er bij leeftijd 'volwassene' vermeld, deze personen zijn bij de onderverdeling naar leeftijdscategorieën in deze tabel meegeteld in de categorie 'Aantal >24 jaar'. Veelal betreft dit ouders die vragen hebben rondom hun kinderen, bijv. ouders met opvoedvragen.

Tabel 2a: Reden van aanmelding 2018[2]

	Reden van aanmelding	**Aantal**
1.	Gedrag gerelateerde vragen	10
2.	Somatische/lichamelijke klachten	4
3.	Echtscheiding gerelateerde klachten	3
4.	Angst gerelateerde klachten	3
5.	Spanning gerelateerde klachten	3
6.	Verwerkingsproblemen	3
7.	Stemming gerelateerde klachten	2
8.	Overige	2

Tabel 2b: Reden van aanmelding 2019[2]

	Reden van aanmelding	**Aantal**
1.	Gedrag gerelateerde vragen	16
2.	Echtscheiding/gezin gerelateerde klachten	12
3.	Verwerkingsproblemen	9
4.	Sociale problematiek	8
5.	Angst gerelateerde klachten	6
6.	Overige	4
7.	Stemming gerelateerde klachten	3
8.	Somatische/lichamelijke klachten	3
9.	Spanning gerelateerde klachten	2
10.	Tweede aanmelding	2

Tabel 2c: Reden van aanmelding 2020[2]

	Reden van aanmelding	**Aantal**
1.	Gedrag gerelateerde vragen	13
2.	Echtscheiding/gezin gerelateerde klachten	12
3.	Spanning gerelateerde klachten	5
4.	Stemming gerelateerde klachten	5
5.	Verwerkingsproblemen	5
6.	Tweede aanmelding	5
7.	Angst gerelateerde klachten	4
8.	Somatische/lichamelijke klachten	2
9.	Overige	2
10.	Sociale problematiek	1

2) Hierbij zitten ook de vragen van ouders (>24 jaar), bijv. ouders met opvoedvragen.

Tabel 3a: Aantal gesprekken bij jeugdigen voor wie de POH-jeugd is geconsulteerd 2018

	Aantal jeugdigen	Gemiddeld	SD	Min.	Max.	Totaal
1.	-	-	-	-	-	-
2.	1	4	4	4	4	4
3.	-	-	-	-	-	-
4.	29	5,5	2,03	2	10	160

Tabel 3b: Aantal gesprekken bij jeugdigen voor wie de POH-jeugd is geconsulteerd 2019

	Aantal jeugdigen	Gemiddeld	SD	Min.	Max.	Totaal
1.	16	3,0	1,3	1	6	48
2.	15	3,0	1,5	1	5	45
3.	6	2,8	1,8	1	6	17
4.	28	3,8	2,5	1	12	107

Tabel 3c: Aantal gesprekken bij jeugdigen voor wie de POH-jeugd is geconsulteerd 2020

	Aantal jeugdigen	Gemiddeld	SD	Min.	Max.	Totaal
1.	20	2,6	1,3	1	5	51
2.[3]	1	.	.	.	.	.
3.[4]	12	2,9	1,1	1	5	29
4.	21	3,6	2,3	1	10	76

3) Aantal gesprekken onbekend
4) Voor 2 jeugdigen is het aantal gesprekken onbekend

Tabel 4a: Verwijzing na consultatie van de POH-jeugd 2018

	Aantal jeugdigen	Percentage van totaal aantal jeugdigen voor wie de POH-jeugd is geconsulteerd (N=30)
Totaal aantal verwijzingen	15	50,0%
Lentis GGZ	3	20,0%
Interpsy	2	13,3%
Yorneo	2	13,3%
Accare	1	6,7%
Cool to be fit	1	6,7%
Kickboks les	1	6,7%
Kies	1	6,7%
Stepwork	1	6,7%
To get there	1	6,7%
ViaTrox	1	6,7%
Vila Pinedo	1	6,7%
Lentis GGZ	3	20,0%

Tabel 4b: Verwijzing na consultatie van de POH-jeugd 2019

	Aantal jeugdigen	Percentage van totaal aantal jeugdigen voor wie de POH-jeugd is geconsulteerd (N=65)
Totaal aantal verwijzingen	24	36,9%
Sociaal team	6	25,0%
Accare	5	20,8%
Being with Horses	1	4,2%
Bloom & co	1	4,2%
(Informatie)boekje aangeraden	1	4,2%
De Toegang Emmen	1	4,2%
GGZ	1	4,2%
Horizon begeleiding	1	4,2%
Interpsy	1	4,2%
Kies	1	4,2%
Lentis GGZ	1	4,2%
ViaTrox	1	4,2%
Vila Pinedo	1	4,2%
Welstad Stadskanaal	1	4,2%
Yorneo	1	4,2%

Tabel 4c: Verwijzing na consultatie van de POH-jeugd 2020

	Aantal jeugdigen	Percentage van totaal aantal jeugdigen voor wie de POH-jeugd is geconsulteerd (N=54)
Totaal aantal verwijzingen	25	46,3%
Sociaal team	10	40,0%
Accare	3	12,0%
Advies behandeling psycholoog	2	8,0%
Interpsy	2	8,0%
Kies	2	8,0%
CJGV Coevorden	1	4,0%
Diëtist/fysio	1	4,0%
GGZ	1	4,0%
Home start	1	4,0%
Lentis	1	4,0%
Preventiemedewerker	1	4,0%

Tabel 5: aantal indicaties voor de gemeente Borger-Odoorn aangevraagd door de huisartsen in 2018 - 2020

Verwijzer	2018	2019	2020
Huisarts	244	353	359

Tabel 6: aantal unieke cliënten doorverwezen door de huisartsen in 2018 - 2020

Verwijzer	2018	2019	2020
Huisarts	208	290	316

Tabel 7, verschil verwijzingen huisartsenpraktijken met POH-Jeugd en zonder POH-Jeugd

	2019		2020	
	Aantal verwijzingen	% (van totaal aantal verwijzingen door huisarts)	Aantal verwijzingen	% (van totaal aantal verwijzingen door huisarts)
Praktijken Nieuw-Buinen en Odoorn (Met POH)	62	17,6	63	17,5
Praktijken zonder POH (+ Tweede Exloërmond en Valthermond)	291	82,4	296	82,5
Totaal	353	100,0	359	100,0

Tabel 8a: top-10[5] zorgaanbieders waarnaar huisartsen doorverwezen in 2018

	Zorgaanbieder	Aantal verwijzingen	% van totaal aantal verwijzingen (N=244)
1	Accare	90	36,9
2	Stichting GGZ Drenthe	44	18,0
3	Stichting Lentis Maatschappelijke Onderneming	28	11,5
4	Stichting Yorneo	14	5,7
5	Psychologiepraktijk Lotgerink	10	4,1
6	Inter-psy B.V. (GGZ)	9	3,7
7	Molendrift bv	7	2,9
8	OCRN	7	2,9
9	PEP-Wiersma J-GGz	6	2,5

5) Op nummer 10 staan 6 zorgaanbieders elk met 3 verwijzingen, vandaar geen nummer 10 meegenomen in 2018.

Tabel 8b: top-10 zorgaanbieders waarnaar huisartsen doorverwezen in 2019

	Zorgaanbieder	Aantal verwijzingen	% van totaal aantal verwijzingen (N=353)
1	Accare	160	45,3
2	Stichting GGZ Drenthe	55	15,6
3	Stichting Lentis Maatschappelijke Onderneming	27	7,6
4	Stichting Yorneo	17	4,8
5	Inter-psy B.V. (GGZ)	13	3,7
6	Psychologiepraktijk Lotgerink	9	2,5
7	Molendrift bv	7	2,0
8	Het Centrum Ontwikkeling en Educatie	6	1,7
9	Samen Sterk Zorg (S.S.Z.)	6	1,7
10[6]	Westerweelde Pedagogisch Centrum	5	1,4
	Cedin Zorg BV		
	OCRN		

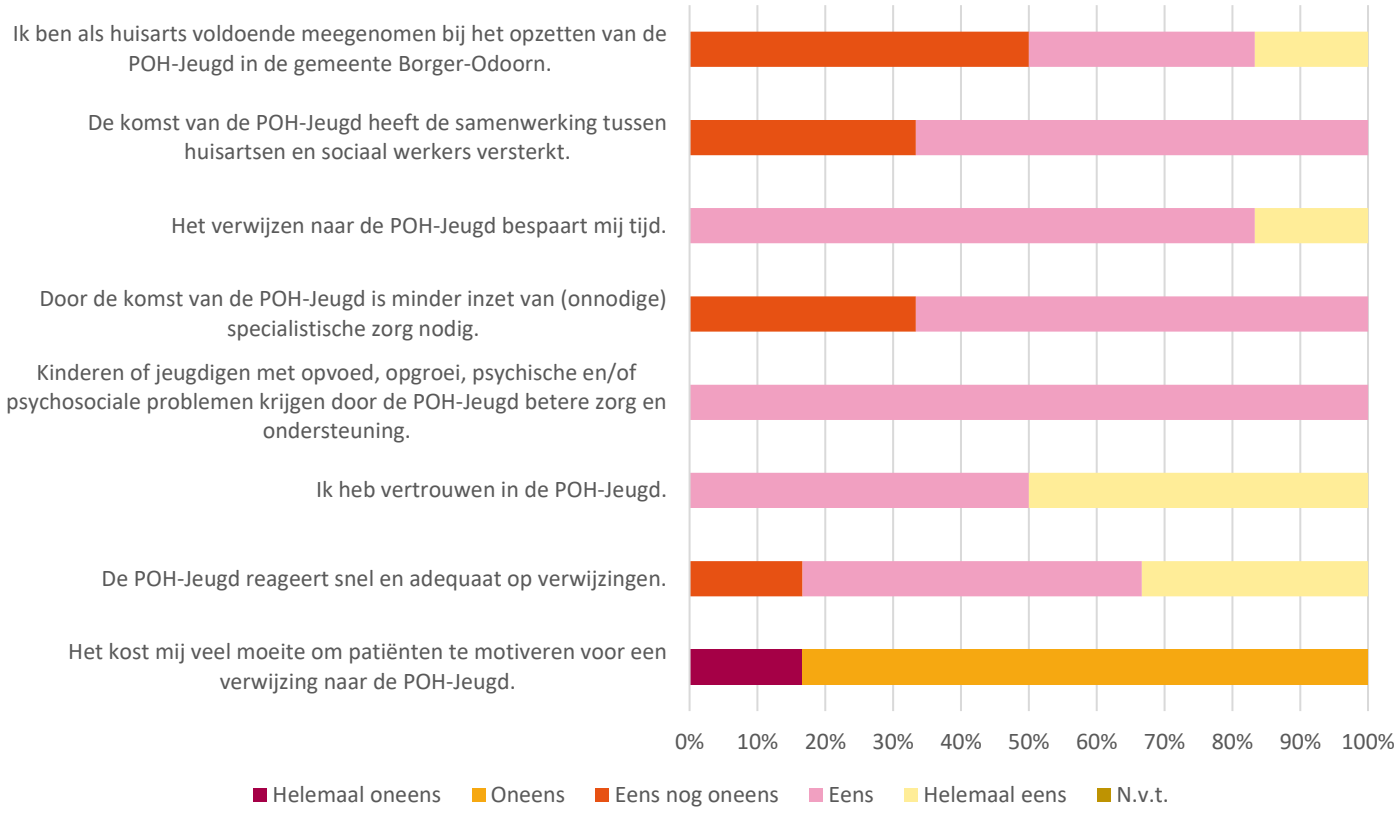
6) De zorgaanbieders op 10, 11 en 12 hebben hetzelfde aantal verwijzingen, vandaar voor 2020 op nummer 10 3 zorgaanbieders genoteerd

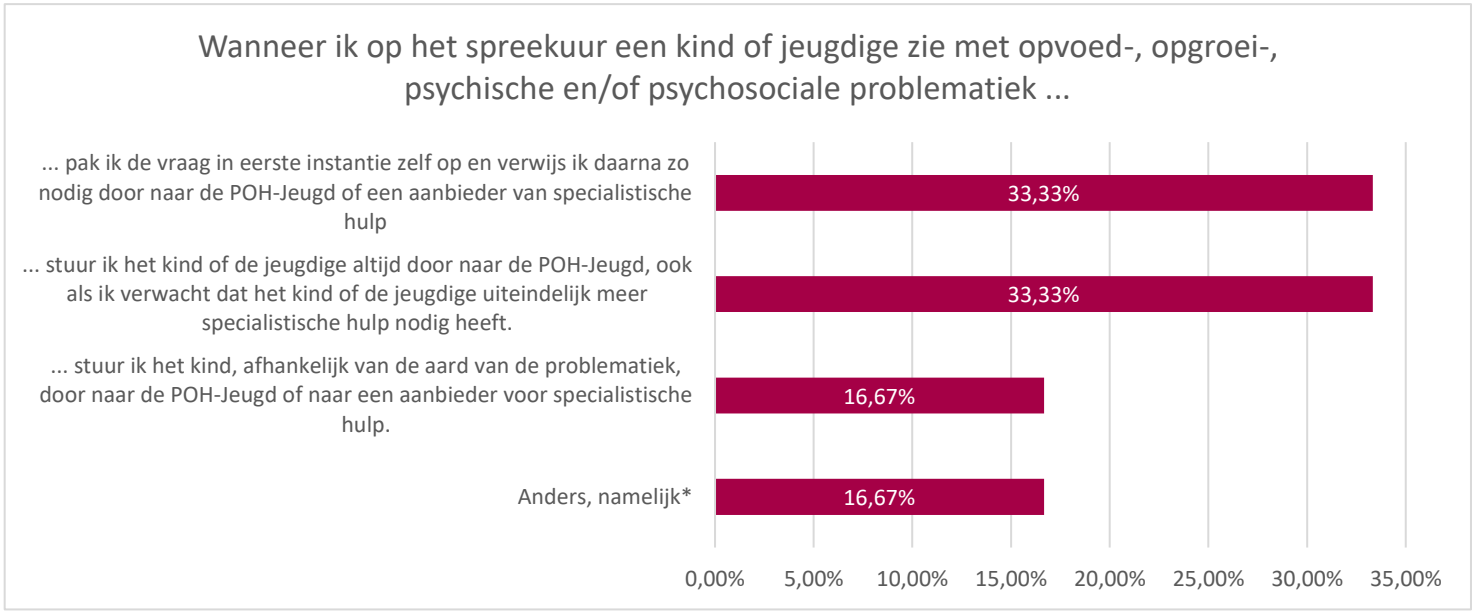
Tabel 8c: top-10 zorgaanbieders waarnaar huisartsen doorverwezen in 2020

	Zorgaanbieder	Aantal verwijzingen	% van totaal aantal verwijzingen (N=359)
1	Accare	143	39,8
2	Stichting GGZ Drenthe	36	10,0
3	Stichting Lentis Maatschappelijke Onderneming	35	9,7
4	Inter-psy B.V. (GGZ)	21	5,8
5	Stichting Yorneo	17	4,7
6	Het Centrum Ontwikkeling en Educatie	16	4,5
7	Molendrift bv	15	4,2
8	PEP-Wiersma J-GGz	11	3,1
9	Cedin Zorg BV	9	2,5
10	Westerweelde Pedagogisch Centrum	8	2,2

Bijlage 2: Antwoorden respondenten vragenlijst huisartsen

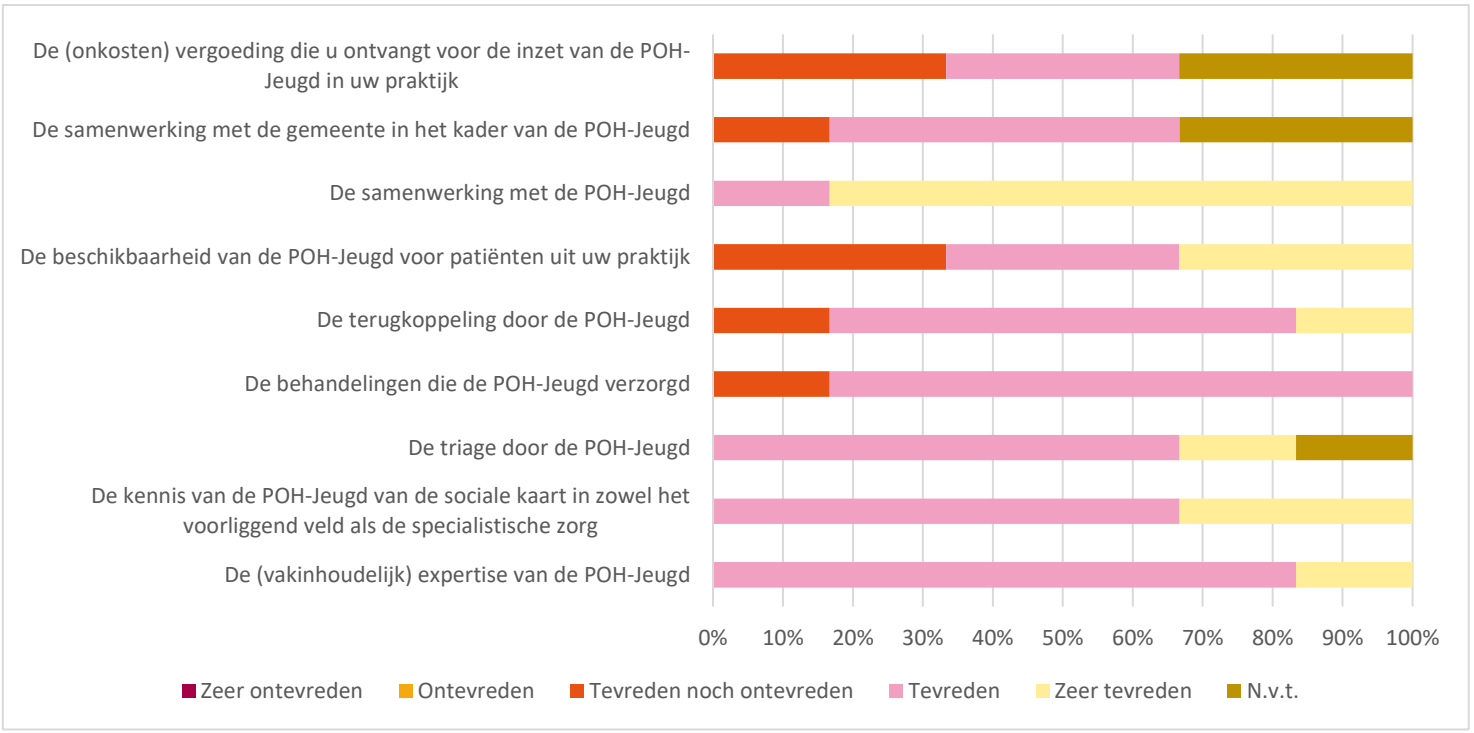
Respons vragenlijst huisartsen: 6
Stellingen (eens/oneens):





* Ik probeer eerst zelf de vraag duidelijk te krijgen. Verwijs daarna graag door naar de POH-jeugd omdat die meer tijd heeft om zich te verdiepen. Zij kan ook goed kijken of zijzelf kan helpen bij de zorgvraag of bekijken of er meer zorg nodig is en dan ook bepalen welke partij daar dan de beste aansluiting bij is.

Mate van tevredenheid vragen:



Bijlage 3: Varianten POH-Jeugd

Beknopte analyse verschillende werkmodellen POH-Jeugd, opgesteld t.b.v. Evaluatie pilot POH-Jeugd in Assen, november 2018.

Binnen huisartspraktijken wordt op veel verschillende plaatsen in Nederland ervaring en kennis opgedaan met het inzetten van een ondersteuner van de huisartsenpraktijk rond het thema kind- en jeugdproblematiek. Enkele van deze werkmodellen worden hier beschreven en er wordt een weergave gegeven van de ervaringen, effecten en kosten, voor zover dit bekend is binnen de Proscoop-regio. Basis hiervan vormt de 'Monitor pilots kind- en jeugdhulp in de regio Achterhoek' uit 2017, aangevuld met praktijkervaringen in verschillende projecten binnen de regio van Proscoop. Binnen het werkgebied van Proscoop hebben we grofweg ervaring kunnen opdoen met de volgende werkmodellen:

- De inzet van een specialistisch ondersteuner huisartsenzorg jeugd GGZ (SOH-jGGZ)
- De inzet van een praktijkondersteuner huisartsenzorg jeugd (POH-Jeugd)
- De inzet van een wijkteammedewerker gekoppeld aan een huisartsenpraktijk

Hieronder geven we een korte beschrijving van deze werkmodellen, waarbij we in gaan op: de achtergrond van de ondersteuner; de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid; de toeleiding; de rol van deze professional in de praktijk; de contacten met anderen in de keten; waar bekend, de rol van consulenten; en de effecten en kosten.

De SOH-jGGZ

De specialistisch ondersteuner jeugd GGZ is een model dat veel door specialistisch zorgaanbieders op het vlak van jeugd-GGZ wordt ontwikkeld en aangeboden. Enkele voorbeelden zijn Karakter en GGZ-instellingen in de regio (bijvoorbeeld GGNet, Accare). Over het algemeen gaat het hierbij om hoogopgeleide professionals die zelf behandelaar zijn, vaak een GZ-psycholoog kind en jeugd, dus academisch opgeleid. Kenmerkend van deze professional is dat deze specialistisch denkt en kijkt naar klachten en problematiek. Over het algemeen wordt deze SOH-jGGZ als ondersteuner van de huisarts gepositioneerd binnen de huisartsenpraktijk: ze zitten fysiek in de praktijk, waardoor de lijntjes voor kort overleg en afstemming kort zijn. De SOH-jGGZ rapporteert (uitzonderingen daargelaten) in een eigen dossier, niet in het HIS (huisartsen informatiesysteem). Zij zijn ook zelf verantwoordelijk voor het eigen functioneren, conform de eisen die de eigen beroepsgroep en beroepscode daaraan stelt. De huisarts draagt geen inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor het advies en/of de kortdurende behandeling die deze SOH-jGGZ in de huisartsenpraktijk geeft. De SOH-jGGZ werkt ook niet onder regie van de huisarts. De aansprakelijkheid voor het handelen ligt bij de professional (of de organisatie waar deze in dienst is).
De SOH-jGGZ krijgt jeugdigen met problematiek aangereikt door de huisarts. Vaak heeft de huisarts hierbij al een (sterk) vermoeden van psychiatrische problematiek. De SOH-jGGZ screent en triageert vervolgens zelf deze problematiek, maakt een inschatting of dit door hem/haar zelf kortdurend is te behandelen binnen de huisartsenpraktijk of niet. Hierbij wordt, indien relevant, ook contact gezocht met bijvoorbeeld school om een goed beeld van de jeugdige te krijgen. Indien kortdurende behandeling mogelijk is, wordt dit door de SOH-jGGZ opgepakt. Indien dit niet mogelijk is (vb. te complexe problematiek), dan wordt de huisarts geadviseerd alsnog te verwijzen, met daarbij vaak een verwijsadvies richting aanbod dat kan

passen. Wat we hierbij vaak zien, is dat de huisarts bij casuïstiek die alsnog verwezen wordt, een dergelijke casuïstiek niet meer voor legt aan de SOH, maar deze zelf direct gaat verwijzen. De SOH-jGGZ heeft vaak een goed netwerk en contacten met en binnen de GGZ. De contacten met scholen, voorliggende voorzieningen, wijkteams en dergelijke komen over het algemeen minder vanzelfsprekend of niet tot stand. Inzet van consulenten is bij deze werkvorm niet aan de orde, de specialist is immers al ingezet.
De kosten voor de inzet van een SOH-jGGZ zijn wat hoger, dan die van een POH-Jeugd, omdat de loonkosten hoger zijn. Het aantal verwijzingen vanuit de huisartsenpraktijk naar de jeugd GGZ neemt af. Daarbij zien we dat de SOH-jGGZ, in vergelijking met een POH-Jeugd, meer verwijzingen naar de specialistische en basis GGZ genereert. Voor een overzicht zie de tabel aan het eind.

De POH-Jeugd

De praktijkondersteuner Jeugd is een werkmodel, dat is ontwikkeld binnen een huisartsenpraktijk in Enschede en op effectiviteit is onderzocht door het NIVEL (2013). Deze manier van werken wordt toenemend in praktijken in Nederland toegepast, waardoor de ervaring hiermee groeit. Tegelijkertijd zien we hierin ook diverse werkvarianten, vaak ook gebaseerd op de lokale situatie, wensen en mogelijkheden van de huisartsenpraktijk en mate van samenwerking met gemeente en andere partijen. De POH-Jeugd is over het algemeen een professional met expertise en ervaring in het ambulante jeugdwerk of (jeugd)GGZ. Soms gaat het hierbij om een al in de praktijk werkende POH-GGZ met expertise (vaak een SPV-er) en ervaring met jeugdproblematiek, soms om een medewerker vanuit het wijkteam van de gemeente. Deze professional heeft vaak een achtergrond in maatschappelijk werk, SPH, dus op HBO-niveau. De keuze hiervoor hangt vaak samen met de mogelijkheden in de huisartsenpraktijk, de doelen die beoogd worden en de aard van de vraagstelling en populatie van de huisartsenpraktijk. Kern van dit werkmodel is dat de professional een generalist is met toegevoegde kennis en ervaring. In dit werkmodel wordt de generalist (huisarts) dus versterkt met een generalist (POH-Jeugd) die meer specifieke kennis, ervaring en vooral ook capaciteit toevoegt.
De POH-Jeugd werkt vaak in het HIS, heeft een werkplek in de huisartsenpraktijk, maakt onderdeel uit van het huisartsenteam en werkt onder regie en verantwoordelijkheid van de huisarts. De toeleiding naar deze POH-Jeugd verloopt via de huisarts. Het gaat hierbij om jeugdigen die met (terugkerende) klachten bij de huisarts komen en waarbij mogelijk meer aan de hand is. De vraagstelling aan de POH-Jeugd is daarmee vaak breder dan bij de SOH-jGGZ. Kenmerkend voor de POH-Jeugd is dat deze de probleemverkenning doet, advies geeft aan jeugdige en ouders, ook opvoedkundig. Daarnaast geeft de POH-Jeugd wanneer nodig handvatten om als jeugdige en ouder om te gaan met de klachten, of deze te verhelpen; indien de problematiek psychiatrisch is, wordt de huisarts geadviseerd om alsnog te verwijzen. Daarbij speelt de POH-Jeugd een belangrijke rol in het voorbereiden van deze verwijzing (motivatie voor behandeling, zoeken naar passende aanbieder). In de werkwijze van de POH-Jeugd zit integraal opgenomen dat deze de sociale kaart rondom jeugd vanuit de huisartsenpraktijk opbouwt en onderhoudt. Evaluaties laten zien dat de samenwerking vanuit de huisartspraktijken met scholen, wijkteams, voorliggende voorzieningen en GGZ-aanbieders sterk verbetert. In aantallen gezien hebben de POH-ers ook veelvuldige contacten met betrokkenen in de jeugdketen, vaak op basis van casuïstiek. Dit maakt dat binnen de keten veel meer afspraken worden gemaakt én afgestemd wordt over de aanpak, rollen en terugkoppeling.
Omdat de POH-Jeugd zelf ook een generalist is, heeft het inzetten van consulenten (bijv. K-J psychiater, systeemtherapeut, GZ-psycholoog K en J) meerwaarde. Hiermee wordt ervaring opgedaan op verschillende plekken in het land. Tot nu toe zijn de ervaringen positief, het bevordert de samenwerking, geeft extra mogelijkheden om jeugdigen in de huisartspraktijk te blijven behandelen en begeleiden, of

juist een specifiek advies om gericht te verwijzen. Getalsmatig is dit nog niet voldoende onderbouwd om dit goed te kunnen evalueren.
Qua kosten, vergelijkend met de SOH-jGGZ, is de inzet POH-Jeugd per uur wat goedkoper, omdat de loonkosten lager zijn, bij vergelijkbare kosten voor de huisartspraktijk zelf (ruimte, inzet huisarts, medewerkers). Bij de inzet van een POH-Jeugd neemt het aantal verwijzingen naar de jeugd GGZ drastisch af. De POH-Jeugd laat gemiddeld minder verwijzingen zien, dan de inzet van een SOH-jGGZ. Zie de tabel aan het eind.

De wijkteammedewerker bij de huisartsenpraktijk

In deze werkvorm wordt een medewerker vanuit het wijkteam jeugd als het ware aangeboden aan de huisartsenpraktijk. Soms zit deze medewerker fysiek in de huisartsenpraktijk zelf, maar meestal niet. De huisarts en de betreffende wijkteammedewerker maken specifieke afspraken over toeleiding, oppakken en terugkoppelen van casuïstiek vanuit de huisartsenpraktijk. Deze werkvorm wordt vaak door gemeenten gepositioneerd als een POH-Jeugd, maar is dit feitelijk niet. Deze medewerker blijft werken in het sociaal domein, niet onder regie en verantwoordelijkheid van de huisarts. Deze medewerker hanteert ook een eigen dossier, zoals in het wijkteam gebruikelijk. Feitelijk is een korte verwijslijn voor verdere verkenning van problematiek rondom de jeugdige met het wijkteam gecreëerd. De reden om deze werkvorm te kiezen kan divers zijn, maar de belangrijkste redenen zijn:

- De huisarts heeft geen ruimte beschikbaar in de praktijk voor een POH-Jeugd (al kan dit soms ook anders worden opgelost);
- De huisarts wil niet de verantwoordelijkheid op zich nemen voor de inzet van een POH-Jeugd;
- Er is geen overeenstemming over de kostenregeling voor inzet in de huisartsenpraktijk;
- De gemeente wil de aansturing van de medewerker liever niet delen.

De medewerker kan, via de gemeentelijke kanalen, alsnog een verwijzing doen. Ook de huisarts kan dit doen, al dan niet na ruggenspraak met de medewerker. De medewerker maakt geen deel uit van de huisartsenpraktijk en maakt gebruik van zijn of haar eigen netwerk. Vaak worden afspraken gemaakt over terugkoppeling na overdracht door de huisarts. De huisartsenpraktijk zelf ontwikkelt geen inhoudelijk beleid op jeugdige- en jeugdproblematiek en maakt in die zin ook geen actief deel uit van het jeugdnetwerk in de omgeving om verdere afspraken te maken.
Qua verwijscijfers is nog weinig zicht op de effecten van deze werkwijze. Het aantal verwijzingen vanuit de huisartspraktijk zal afnemen (immers, de medewerker pakt een en ander op en zal zo nodig ook zelf verwijzen, dat komt niet meer op conto van de huisarts). Echter, we weten niet, wat het effect is van de verwijzing door de huisarts naar het wijkteam. Het wijkteam heeft een heel andere werkwijze dan in de huisartsenpraktijk en is daarmee niet een op een te vergelijken.

Overzicht ervaringen en kosten

In onderstaande tabel geven we een korte weergave van enkele ervaringen en kosten met de verschillende werkmodellen.

Tabel: Kosten en percentage verwijzingen voor de diverse werkmodellen

Werkmodel	% verwijzing BGGZ/SGGZ na inclusie in werkvorm	Retrospectief % verwijzing BGGZ/SGGZ zonder interventie	Kosten per kindtraject
SOH-jGGZ	± 40 %	Niet bekend	± € 900
POH-Jeugd	± 17 %	± 58%	± € 700
POH-Jeugd light (wijkteam)	± 25 %	± 67 %	± € 2000

Uit: Monitor Achterhoek 2017, waarbij de cijfers rondom de inzet van een SOH-jGGZ afkomstig zijn van de Karakter Academie, projecten in de gemeente Oude IJsselstreek, deze komen overeen met ervaringen in Ede.

De kostprijs van de inzet vanuit het wijkteam is aanzienlijk hoger, omdat dit uitgaat van het gegeven dat het wijkteam een andere werkwijze heeft dan de gemiddelde huisartsenpraktijk. Die laatste gaat uit van korte interventies, consulten. Wijkteams werken meer vanuit breder casuïstiek oppakken, keukentafelgesprekken, inbrengen in team, meer betrekken van aanvullende gezins- of systeemproblematiek, waar meer tijd in gaat zitten. Tegelijkertijd is in deze kosten niet het gebruik van ruimtes en faciliteiten in een huisartsenpraktijk en eventuele overlegtijd van een huisarts meegenomen (is ook vaak niet aan de orde).



Dokter Klinkertweg 16 8025 BS Zwolle (055) 505 86 10 info@proscoop.nl www.proscoop.nl

Twitter
LinkedIn
Facebook