

# ProScoop

HZOA  
Huisartsenzorg  
Oost-Achterhoek

gemeente  
Oost Gelre

gemeente  
Berkelland

gemeente  
Winterswijk

Gemeente  
Aalten

# POH Jeugd Oost-Achterhoek

*Eindrapportage monitoring 2019-2020*

Datum 12 april 2021

POH Jeugd Oost-Achterhoek | Proscop

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting.....</b>	<b>3</b>
<b>Inleiding .....</b>	<b>4</b>
Aanleiding .....	4
Doel van het project .....	4
Opzet van de monitoring .....	4
Varianten inzet POH Jeugd .....	5
<b>Registratiegegevens .....</b>	<b>6</b>
Aantal praktijken en jeugdigen .....	6
Instroom .....	8
Geslacht en leeftijd .....	8
Voornaamste klachten/problematiek .....	9
Consulten.....	10
Aantal verwijzingen.....	11
Wat zonder POH jeugd .....	13
<b>Cliëntperspectief: enquête en casusbeschrijving.....</b>	<b>14</b>
Enquête tevredenheid jeugdigen/ouders .....	14
Casusbeschrijving.....	17
<b>Perspectief professionals: enquête en evaluatie .....</b>	<b>19</b>
Enquête onder nieuwe POH's.....	19
Evaluatiegesprekken in de huisartspraktijk.....	21
<b>Financiële analyse inzet POH Jeugd .....</b>	<b>23</b>
<b>Conclusie.....</b>	<b>25</b>
<b>Aanbevelingen .....</b>	<b>26</b>

# Samenvatting

In april 2018 is het project 'Implementatie POH jeugd bij huisartsenpraktijken' gestart in de Oost Achterhoek. Het project is een samenwerking tussen de gemeenten Aalten, Berkelland, Oost-Gelre en Winterswijk en de Huisartsen Zorg Oost-Achterhoek (HZOA). Het project kent zijn oorsprong in een pilot die gemonitord is in 2016-2017. De uitvoering van het project en de monitoring zijn een lerend proces geweest.

Door inzet van een praktijkondersteuner jeugd (POH Jeugd) in een huisartsenpraktijk wordt beoogd om de zorg aan jeugdigen van 0 tot 18 jaar met psychosociale problematiek te verbeteren en de samenwerking tussen huisartsen, gemeente (OT/VMK-teams) en ketenpartners te versterken.

Het project kent vier doelstellingen. Eén van de doelen is om jeugdproblematiek zo vroeg mogelijk te signaleren. Een tweede doel van het project is om gericht te verwijzen naar voorliggend veld, ondersteuningsaanbod en aanvullend zorgaanbod. Daarnaast zijn doelen het reduceren van de inzet van specialistische zorg en het vergroten van de ervaren kwaliteit en effectiviteit van zorg door jeugdigen, ouders en betrokken professionals.

In de periode januari 2019 tot en met december 2020 [2 jaar] zijn in totaal 626 jeugdigen een traject gestart bij een POH Jeugd in de Oost-Achterhoek. Er zijn meer meisjes bij de POH Jeugd aangemeld dan jongens. Gemiddeld waren de jeugdigen 13,9 jaar. Van de 626 trajecten zijn 568 trajecten afgerond (58 lopende trajecten). Zo'n 60% van deze afgeronde trajecten is afgerond door de POH Jeugd zonder dat een verwijzing nodig was. De ondersteuning en begeleiding van de POH Jeugd was bij deze trajecten dus toereikend. Voor de overige trajecten was een doorverwijzing nodig (36%) of is een traject beëindigd door ouder of kind (4%). Door inzet van de POH's Jeugd zijn veel doorverwijzingen naar de basis of specialistische GGZ voorkomen: de huisarts gaf bij aanmelding van de jeugdige bij een POH Jeugd aan wat de huisarts aan hulp of ondersteuning had ingezet als er geen POH Jeugd zou zijn geweest. Uit deze registraties kwam naar voren dat meer dan de helft naar de basis (39%) of specialistische GGZ (19%) zou zijn verwezen als er geen inzet van POH Jeugd mogelijk was. Na inzet van de POH Jeugd is zo'n 16% van de jeugdigen naar de basis (7%) of specialistische (9%) GGZ verwezen. De pilot laat dus een forse reductie zien in het percentage doorverwijzingen, met name in basis en specialistische GGZ.

De belangrijkste succesfactoren volgens POH's Jeugd zijn gericht verwijzen, korte lijnen met de huisarts, passend (zorg) aanbod en snelle adequate hulpverlening. Verbeterpunten hadden voornamelijk betrekking op goede werk/procesafspraken maken. Ouders en jeugdigen zijn tevreden over de inzet van een POH Jeugd. Ouders gaven de inzet van een POH Jeugd gemiddeld een 8,3, jeugdigen gaven de POH Jeugd een 8,5. Over het algemeen zijn beide tevreden over de trajectduur. Ook bevelen zij de POH Jeugd aan bij andere jeugdigen met eenzelfde situatie.

De POH jeugd wordt ervaren als laagdrempelige toegang, snelle hulpverlening en waarbij vooral genormaliseerd wordt. Door inzet van een POH Jeugd kan eerder ingegrepen worden en zijn professionals eerder betrokken bij het probleem. De huisartsenpraktijk is goede vindplaats voor vraagstukken die minder complex zijn.

# Inleiding

## Aanleiding

De vier Oost-Achterhoekse gemeenten Aalten, Berkelland, Oost-Gelre en Winterswijk en de Huisartsen Zorg Oost-Achterhoek (HZOA) zijn in april 2018 samen het project 'Implementatie POH jeugd bij huisartsenpraktijken' gestart. Het project kent zijn oorsprong in een pilot die gemonitord is in 2016-2017.

Aanleiding voor de pilot was de invoer van de Jeugdwet in 2015, waardoor gemeenten verantwoordelijk werden voor het financieren en regisseren van de jeugdzorg. Gemeenten zijn hierdoor volop bezig goede en passende zorg dichtbij te organiseren. Door het inzetten van een praktijkondersteuner jeugd (POH Jeugd) in een huisartsenpraktijk wordt beoogd om de zorg aan jeugdigen van 0 tot 18 jaar met psychosociale problematiek te verbeteren en de samenwerking tussen huisartsen, gemeente (OT/VMK-teams) en ketenpartners te versterken.

De pilot startte met vier huisartsenpraktijken in de vier verschillende Oost-Achterhoekse gemeenten. Op basis van deze positieve uitkomsten is vanaf april 2018 begonnen om de inzet van POH Jeugd te stimuleren bij alle huisartsen in de regio. Op dit moment nemen 37 huisartsen deel aan het project in Oost-Achterhoek. Proscop is projectleider en voert de monitoring uit. De gemeenten maken de inzet van de POH Jeugd financieel mogelijk.

## Doel van het project

Het project heeft als doelstelling:

- Jeugdproblematiek zo vroeg mogelijk bij de huisarts te signaleren en waar mogelijk deze adequaat en laagdrempelig bij de huisarts te begeleiden.
- Indien nodig gericht te verwijzen naar voorliggend veld, ondersteuningsaanbod en aanvullend zorgaanbod.
- De inzet van specialistische zorg te reduceren.
- De ervaren kwaliteit en effectiviteit van zorg door jeugdigen, ouders, huisartsen, POH's Jeugd en wijkteams te verhogen.

## Opzet van de monitoring

De monitoring richt zich op bovenstaande doelstellingen van het project beschreven in het projectplan en geeft grofweg inzicht in de werkwijze en effecten van een POH Jeugd binnen huisartspraktijken. De monitoring is uitgevoerd ter afronding van het project en helpt om effecten op zowel klant, kwaliteit en kosten in kaart te brengen. Daarnaast is een borgingsplan opgesteld gedurende het laatste jaar van het project. Met dit document is toegewerkt naar de borging van het project per 1 april 2021. De monitoring is gestart in 2018. Vanaf juli 2019 is Proscop betrokken bij de monitoring<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> De monitoring en evaluatie zijn later opgestart dan het gehele project (projectleiding en implementatie).

De monitoring bestaat uit vier hoofdonderdelen:

1. Registratiegegevens door POH's: aantallen, problematiek en interventies
2. Cliëntperspectief: enquête jeugd/ouders en casusbeschrijving
3. Perspectief professionals: gesprekken huisartsenpraktijken en enquête samenwerking, succes- en verbeterpunten
4. Indicatiegegevens gemeenten: financiële analyse inzet POH Jeugd

In de rapportage die voor u ligt beschrijven wij de resultaten van alle monitoringsonderdelen, bestaande uit zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens. De monitoring bevat gegevens van 2019 en 2020.

### Varianten inzet POH Jeugd

Dit subhoofdstuk bevat een schematisch overzicht van de verschillende varianten POH Jeugd die zijn ingezet in de vier Achterhoekse gemeenten. Het verschil tussen de varianten zit hem vooral in het werken binnen of buiten de huisartsenpraktijk en de eindverantwoordelijkheid voor patiënt en medewerker.

Tabel 1: Varianten inzet van een POH Jeugd

	Opties	Eindverantwoordelijk voor inzet medewerker	Eindverantwoordelijk voor patiënt
1	Uitbreiding ureninzet huidige POH GGZ volwassenen (in dienst of gedetacheerd) naar POH Jeugd in de huisartspraktijk	Huisarts (want medewerker werkt in de praktijk)	Huisarts
2	Inzet medewerker ondersteuningsteam/wijkteam gemeente als POH Jeugd in de huisartspraktijk	Huisarts (want medewerker werkt in de praktijk)	Huisarts
3	(Inloop)sprekuren door medewerker ondersteuningsteam/wijkteam naast de praktijk (bijv. in verzamelgebouw/gezondheidscentrum)	Gemeente (want medewerker zet zich in vanuit wijkteam)	Gemeente
4	Verwijzing naar ondersteuningsteam/wijkteam (Werkzaam buiten de huisartspraktijk)	Gemeente (want medewerker zet zich in vanuit wijkteam)	Huisarts tot moment van overdracht

# Registratiegegevens

In dit hoofdstuk worden de registratiegegevens van het jaar 2019 en 2020 beschreven.

## *Toelichting*

Het aantal jeugdigen ingestroomd bij de POH Jeugd varieert sterk per huisartsenpraktijk. Er zijn verschillende factoren van invloed op deze resultaten en daar dient rekening mee gehouden te worden bij het interpreteren ervan. Hieronder volgt een opsomming van factoren die van invloed zijn op de instroom van het aantal jeugdigen per huisartspraktijk:

- De startdatum van de POH Jeugd in een huisartspraktijk (opstartfase)
- Het aantal uren dat een POH Jeugd werkzaam is in de huisartspraktijk
- Het aantal 0-24 jarigen binnen een huisartspraktijk en de populatiegrootte van de praktijk (normpraktijk)
- De zwaarte van de wijk waar de huisartsenpraktijk gevestigd is
- De variant van de inzet van de POH Jeugd in de huisartspraktijk

Zoals reeds beschreven is na de pilot (vanaf april 2018) gestart met de inzet van POH's Jeugd te stimuleren bij alle huisartsen in de regio. Een groot aantal huisartspraktijken is in 2019 gestart met het project POH Jeugd. Voor de resultaten van 2019 dient rekening te worden gehouden met het feit dat een groot aantal praktijken zich in de opstartende fase bevonden. Dit heeft met name invloed gehad op de instroom en het aantal jeugdigen.

Verder werkten vanaf maart 2020 veel POH's Jeugd vanwege de landelijke corona-maatregelen niet of minder in de huisartspraktijk. Dit heeft invloed gehad op de instroom van jeugdigen en de werkwijze van de POH Jeugd. Veel fysieke consulten zijn omgezet naar video of telefonische contacten. Bij het interpreteren van de resultaten van de registraties dient rekening te worden gehouden met de invloed die de landelijke Corona-maatregelen hebben gehad.

## Aantal praktijken en jeugdigen

Onderstaand overzicht toont de ontwikkeling van het aantal huisartsenpraktijken dat de afgelopen jaren is gestart met een POH jeugd. In de pilot is gestart met 5 huisartspraktijken. In 2019 is het aantal huisartsenpraktijken dat een POH jeugd heeft sterk toegenomen.

Tabel 2: Aantal huisartspraktijken met POH jeugd over periode 2016-2020

	2016	2017	2018	2019	2020
Aantal praktijken	5	6	6	13	15

In de periode januari 2019 tot en met december 2020 (2 jaar) zijn in totaal 626 jeugdigen een traject gestart bij een POH Jeugd. Tabel 3 toont per huisartsenpraktijk het aantal jeugdigen voor wie de POH Jeugd is ingezet in de periode januari t/m december 2019 en januari 2019 t/m december 2020. Daarnaast wordt het percentage jeugdigen dat na consultatie van een POH Jeugd alsnog is verwezen weergegeven per huisartspraktijk.

Gemiddeld wordt 36% van de jeugdigen na inzet van een POH Jeugd alsnog verwezen naar voorliggend veld, ondersteuningsaanbod en aanvullend zorgaanbod. Dit percentage ligt bij huisartsenpraktijken G, H en I opvallend hoger. Dit zijn alle drie praktijken met inzet variant 4. Echter dient bij deze praktijken te worden opgemerkt dat het gemiddeld aantal consulten lager is.

Tabel 3: Aantal jeugdigen en inzet POH Jeugd per huisartsenpraktijk 2019 -2020

	Huisartsen Praktijken	Percentage normpraktijk (2019)	Inzet POH-variant nr.	Aantal uren POH per week 2019	Totaal inclusie uniek individu t/m dec 2019	Totaal inclusie uniek individu t/m dec 2020	% jeugdigen dat na consultatie POH Jeugd alsnog werd doorverwezen (t/m dec 2020) <sup>23</sup>
<b>Gemeente Aalten</b>	A	132%	2	6	40	62	20%
	B	296%	2	8	71	124	17%
	C	436%	2	4	14	29 <sup>4</sup>	31%
	<i>Totaal</i>	-	-	18	125	215	-
<b>Gemeente Berkelland</b>	D	136%	1	2	8	12	17%
	E	590%	2	20	39	55 <sup>3</sup>	45%
	F	407%	2	4	6	31	42%
	G	138%	4	0,5	18	34	75%
	H	129%	4	0,5	0	13	87%
	I	224%	4	0,5	0	19	74%
	<i>Totaal</i>	-	-	26	71	164	-
<b>Gemeente Oost-Gelre</b>	J	128%	1	2	8	14	21%
	K	376%	1	4	30	44	44%
	L	374%	1	4 <sup>5</sup>	20	59	36%
	M	198%	2	2	6	23	30%
	<i>Totaal</i>	-	-	12	64	140	-
<b>Gemeente Winterswijk</b>	N	290%	1	4	45	65 <sup>3</sup>	32%
	O	339%	2	4	4	42	28%
	<i>Totaal</i>	-	-	8	49	107	-
<b>TOTAAL</b>	<b>15</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>64</b>	<b>309</b>	<b>626</b>	<b>36%</b>

<sup>2</sup> Het aantal verwijzingen per praktijk in verhouding tot het totaal aantal afgeronde trajecten per praktijk. Hierbij verwijst 'afgeronde trajecten' naar alle trajecten die zijn beëindigd zonder verwijzing, met verwijzing en beëindigd door kind/ouder.

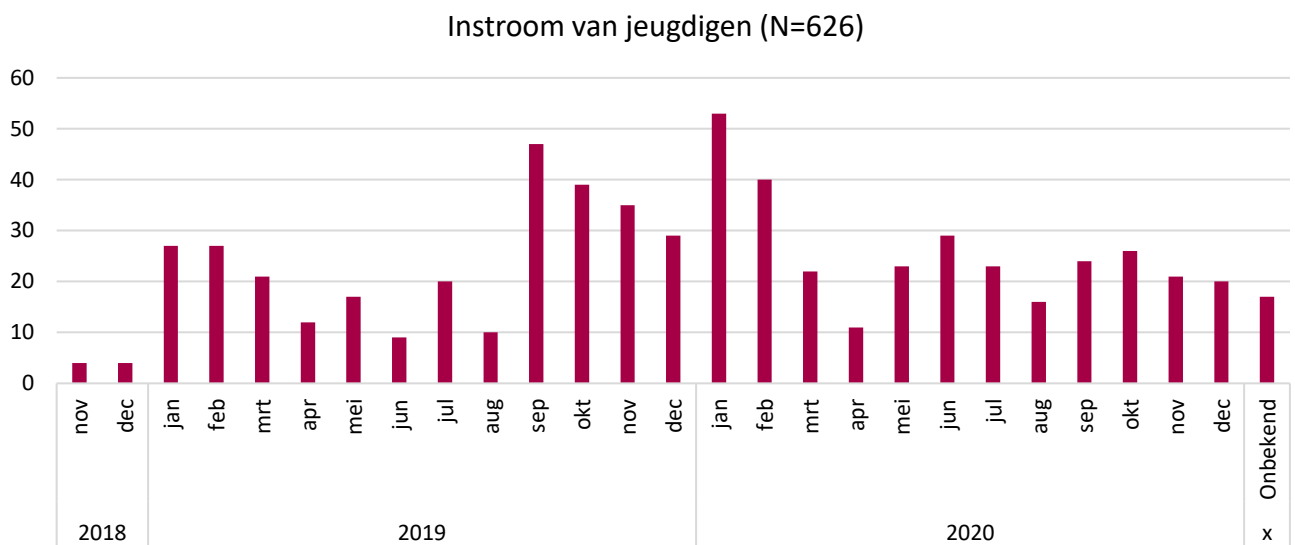
<sup>3</sup> Alle doorverwijzingen naar voorliggend veld, basis ggz, specialistische GGZ, specialistische Jeugdhulp, medisch specialist, jeugdconsulent en medewerker OT/VMK.

<sup>4</sup> Data tot en met juni 2020

<sup>5</sup> In jaar 2020 zijn 8 uur per week ingezet.

## Instream

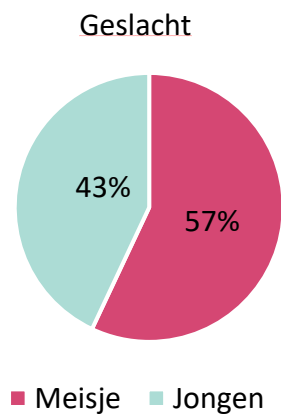
Onderstaande grafiek geeft de instroom van het aantal jeugdigen weer over een deel van 2018 en de gehele monitoringsperiode 2019-2020. De gegevens zijn gebaseerd op de datum van het eerste contact met een POH Jeugd. De aanmeldingen bij een POH Jeugd vinden verspreid over het gehele jaar plaats. In september 2019 t/m februari 2020 is de instroom van het aantal jeugdigen in het project het hoogst. Dit is grotendeels te verklaren door de toename van het aantal huisartspraktijken dat deelneemt aan het project. Sinds de corona-maatregelen is de instroom van het aantal jeugdigen sterk gedaald. Vanaf maart 2020 zijn aanzienlijk minder jeugdigen aangemeld.



Figuur 1. Instream van het jeugdigen over deel 2018, en januari 2019 t/m dec 2020

## Geslacht en leeftijd

In totaal is 43% van de jeugdigen die door een POH Jeugd is gezien een jongen en 57% een meisje. Meisjes die naar een POH Jeugd gingen waren gemiddeld 14,9 jaar oud en jongens 12,8 jaar. De gemiddelde leeftijd van de meisjes was circa 2 jaar hoger dan van de jongens.



Figuur 2. Geslacht van jeugdigen (in periode januari 2019 t/m december 2020)

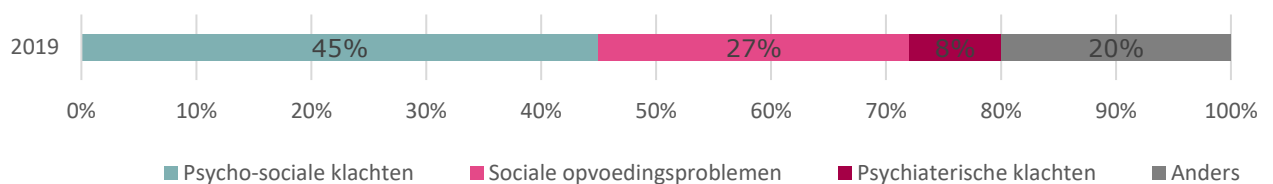


Dit verschil herkennen wij ook uit landelijk onderzoeken<sup>6</sup> rondom de POH Jeugd. Jongens lijken vaker op vroegere leeftijd sociaal onangepast gedrag zien waar ouders en/of school last van hebben.

Een aantal POH's Jeugd hebben cliënten van 18 jaar en ouder gezien. Voor deze cliënten is gekozen voor een POH Jeugd omdat de problematiek van deze cliënten beter aansloot bij de expertise van de POH Jeugd, dan bijvoorbeeld bij een POH GGZ. Het ging bijvoorbeeld om cliënten met niet aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking, of kind gerelateerde problematiek bij ouders. Ook is in een enkel geval iemand met een kinderwens naar de POH Jeugd gestuurd. Dit zien we terug bij meerdere huisartsenpraktijken. Zie bijlage I voor een uitsplitsing van gemiddelde leeftijd (min-max) per gemeente en huisartsenpraktijk

### Voornaamste klachten/problematiek

De voornaamste problematiek/klachten waarmee een jeugdigen bij de POH Jeugd komt werden sinds de pilot geregistreerd volgens coderingen (ICPC-codes) van het huisartsensysteem. Deze ICPC-codes worden veelal meegegeven door de huisarts bij het aanmelden van een jeugdige bij de POH Jeugd. Uit de registratiegegevens van 2019 valt op te maken dat de problematiek waarmee jeugdigen bij een POH Jeugd komen veelal psycho-sociale klachten zijn (45%), zoals angst en een gespannen gevoel. Daarnaast zijn veel van de hulpvragen gerelateerd aan problemen met ouders of het gezin, zoals scheiding en opvoedingsproblemen (27%). In figuur 3 zijn de klachten/problematiek waarmee de jeugdigen bij de POH Jeugd komt teruggebracht naar 4 hoofdcategorieën.

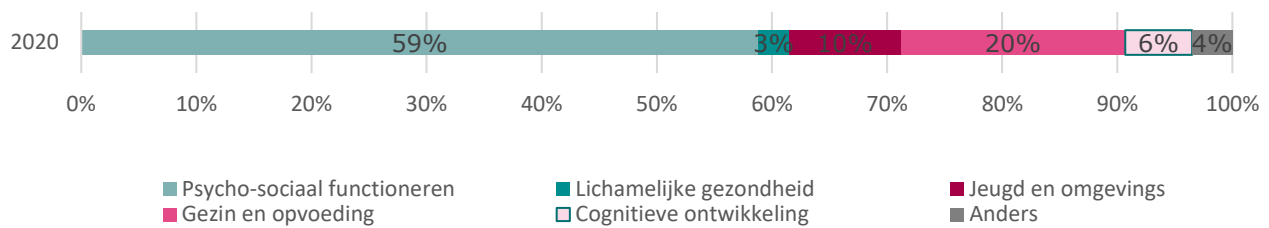


Figuur 3. Klachten/problematiek van jeugdigen in 2019 (gebaseerd op ICPC-codering)

De uitvoering van het project en de monitoring zijn een lerend proces geweest. Gedurende het project bleek registreren op basis van coderingen (ICPC-codes) van het huisartsensysteem niet altijd werkbaar. Daarnaast bleek uit de registraties dat de categorie "Anders" relatief hoog (20%) was (zie figuur 3). Deze categorie geeft niet voldoende inzicht in de problematiek die er speelt bij de jeugdigen. Om deze redenen zijn de categorieën opnieuw bepaald en zonder gebruik te maken van ICPC-codes. Vanaf 2020 registreerden alle POH's jeugd de problematiek van een jeugdige met de volgende categorieën:

- Psycho-sociaal functioneren
- Gezin en opvoeding
- Lichamelijke gezondheid
- Jeugd en omgeving
- Cognitieve ontwikkeling
- Anders

<sup>6</sup><http://www.jeugdhulpbijdehuisarts.nl/wp-content/uploads/2019/11/Rapport-onderzoek-Jeugdhulp-bij-de-Huisarts-november-2019-Accare-Molendrift-Karakter-1.pdf>



Figuur 4. Klachten/problematiek van jeugdigen in 2020 (gebaseerd op nieuwe categorieën)

Zo'n 59% van de problemen waarmee jeugdigen bij een POH Jeugd kwamen hadden betrekking op het psycho-sociaal functioneren. Daarnaast hadden veel hulpvragen betrekking op de situatie in het gezin of de opvoeding (20%).

## Consulten

De POH's Jeugd konden in het registratieformulier verschillende consulten, overleggen en telefonische contacten registreren. In totaal zijn 1835 verrichtingen met directe patiëntenzorg geregistreerd (consulten, telefonische contacten en oudergesprekken). Uit de registraties blijkt dat voornamelijk consulten kortdurend traject (932x) en consulten probleemverheldering (443x) plaatsvinden. Hierbij moet opgemerkt worden dat tijdens de Corona-periode een groot deel van de consulten via (beeld)bellen hebben plaats gevonden. Naast consulten vinden er ook veel telefonische contacten met ouders en/of kind plaats. Ook begeleidt de POH Jeugd regelmatig een jeugdige bij een verwijzing (78x) naar Jeugdzorg.

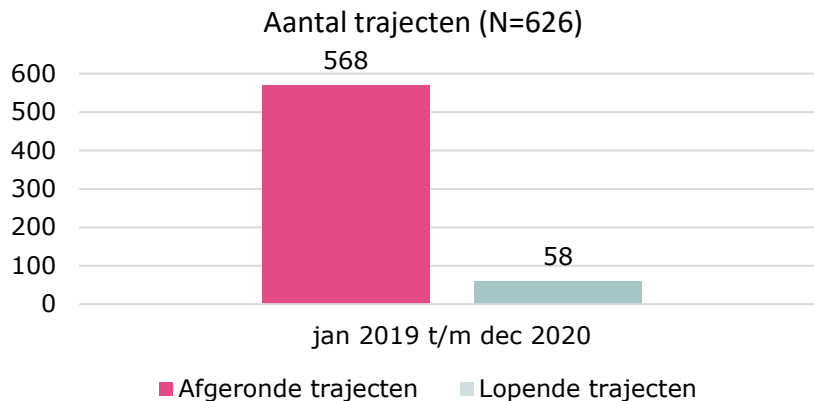
Tabel 4. Aantal geregistreerde verrichtingen in periode januari 2019 t/m december 2020

	Verrichtingen	Aantal keer geregistreerd
1.	Consult POH kortdurend traject	932
2.	Consult probleemverheldering	443
3.	Telefonisch contact met ouders/kind	169
4.	Consult opvoedondersteuning	168
5.	Consult begeleiding bij verwijzing	78

Een jeugdige die door de POH Jeugd werd gezien had in 2019 gemiddeld 3,3 consulten (consulten, telefonische contacten en oudergesprekken) met een POH Jeugd. Kijken we naar alle registraties t/m 2020 dan zien we dat gemiddeld 2,9 consulten (consulten, telefonische contacten en oudergesprekken) zijn gehouden met een jeugdige. Het varieert sterk per casus hoeveel contactmomenten er zijn met jeugdigen. Sommige jeugdigen hebben er baat bij om laagfrequent contact te houden met de POH Jeugd om te voorkomen dat ze basis of specialistische GGZ hulp nodig hebben. Door deze laagdrempelige vorm van zorg helpt de POH Jeugd deze jeugdigen weer op weg, door bijvoorbeeld het bieden van structuur, om ernstigere problematiek te voorkomen. Op deze manier kan de POH Jeugd maatwerk leveren.

## Aantal verwijzingen

In totaal zijn 626 jeugdigen een traject gestart bij een POH Jeugd in 2019-2020. In figuur 5 is te zien dat er 568 afgeronde trajecten<sup>7</sup> waren en nog 58 lopende trajecten<sup>8</sup>.



Figuur 5. Aantal clienttrajecten uitgesplitst naar afgeronde en lopende trajecten.

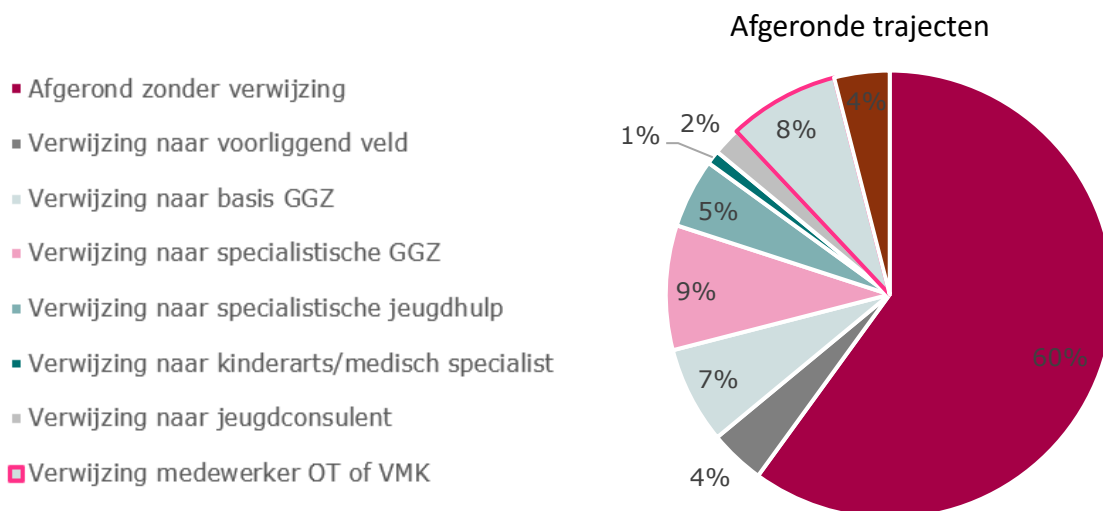
De POH's Jeugd registreren in het formulier wanneer een traject is afgerond zonder verwijzing en wanneer een verwijzing (na inzet POH Jeugd) wordt afgegeven. Hiermee wordt de afronding van de trajecten in kaart gebracht. In tabel 5 (volgende pagina) is te zien hoeveel trajecten zijn afgerond door de POH Jeugd zonder verwijzing en naar welke vorm van hulp de POH Jeugd heeft verwezen als een verwijzing nodig was.

Van de 568 afgeronde trajecten is de meerderheid afgehandeld door de POH Jeugd zelf. Zo'n 60% van de trajecten is afgerond door de POH Jeugd zonder dat een verwijzing nodig was. Zo'n 16% van de jeugdigen is naar de basis (7%) of specialistische (9%) GGZ verwezen. Bij 8% van de afgeronde trajecten is verwezen naar een medewerker van het OT of VMK-team. Bij deze casussen was meer tijd nodig om de hulpvraag in kaart te brengen.

---

<sup>7</sup> Afgeronde trajecten zijn trajecten beëindigd zonder verwijzing, trajecten beëindigd met verwijzing en alle trajecten met een verrichting t/m september 2020 waar niet is aangegeven hoe het traject is voltooid.

<sup>8</sup> Lopende trajecten zijn alle trajecten met een verrichting in oktober t/m december 2020 (laatste 3 maanden) en waarvan niet is aangegeven of het traject is voltooid. Dit is gedaan omdat deze trajecten nog in 2021 opgepakt kunnen worden.



Tabel 5. Verwijzing en afgeronde trajecten zonder verwijzing (in periode januari 2019 t/m december 2020)

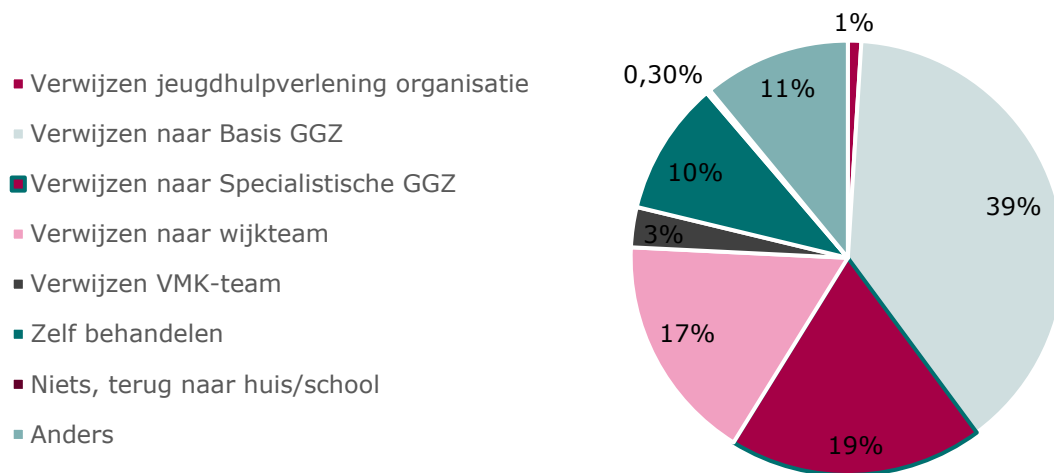
	Totaal	Percentage
Totaal aantal trajecten	626	-
Lopende trajecten	58	-
Afgeronde trajecten	568	100%
Afgerond zonder verwijzing <sup>9</sup>	343	60%
Verwijzing naar voorliggend veld	22	4%
Verwijzing naar basis GGZ	40	7%
Verwijzing naar specialistische GGZ	52	9%
Verwijzing naar specialistische jeugdhulp	26	5%
Verwijzing naar kinderarts/medisch specialist	6	1%
Verwijzing naar jeugdconsulent	13	2%
Verwijzing medewerker OT of VMK	43	8%
Kind/ouder beëindigd traject (bijv door no-show)	23	4%

<sup>9</sup> Bevat trajecten waarbij meer dan 3 maanden geen verrichting is geregistreerd en waarbij een verwijzing naar Jeugdhulp niet is geregistreerd.

## Wat zonder POH jeugd

Naast de klacht/problematiek geeft de huisarts bij aanmelding van de jeugdige aan wat de huisarts aan hulp of ondersteuning had ingezet als er geen POH Jeugd zou zijn geweest. De meerderheid van de jeugdigen zou naar de basis GGZ (39%) of specialistische GGZ (19%) zijn verwezen (zie tabel 6). In de categorie Anders vallen o.a.; verwijzing POH GGZ, overleg school en verwijzing naar een kinderarts.

### Wat had huisarts gedaan zonder POH?



Tabel 6. Wat had huisarts gedaan zonder POH Jeugd (periode januari 2019 t/m december 2020)

	Percentage
Verwijzen jeugdhulpverlening organisatie	1%
Verwijzen naar basis GGZ	39%
Verwijzen naar specialistische GGZ	19%
Verwijzen naar wijkteam	17%
Verwijzen naar VMK-team	3%
Zelf behandelen	10%
Niets, terug naar huis/school	0,3%
Anders	11%

# Cliëntperspectief: enquête en casusbeschrijving

In dit hoofdstuk richten we ons op het cliëntperspectief. Eerst worden ervaringen van jeugdigen en ouders beschreven die ondersteuning hebben gehad van een POH Jeugd. Deze informatie is verkregen via een tevredenheidsenquête. Ten slotte wordt er een casusbeschrijving over een jeugdige geïllustreerd, beschreven door een POH Jeugd en huisarts.

## Enquête tevredenheid jeugdigen/ouders

### Toelichting

In het najaar 2020 is een tevredenheid enquête onder jeugdigen en ouders uitgezet. De enquête is door 43 personen ingevuld, waarvan 25 jeugdigen en 18 ouders. De uitkomsten geven een impressie van de patiënttevredenheid.

### Rapportcijfers

Zowel jeugdigen als ouders zijn zeer tevreden over de POH Jeugd. De jeugdigen gaven gemiddeld een 8,5 (bereik 6-10) en ouders een 8,3 (bereik 6-10) als rapportcijfer. In onderstaande tabel zijn de rapportcijfers van zowel de pilot 2016-2017 als het project 2019-2020 weergegeven. De rapportcijfers zijn in beide gevallen hoog, maar de cijfers in het project 2019-2020 zijn iets lager dan in de pilot 2016-2017. Echter dient hier rekening gehouden te worden met het lagere aantal respondenten in de pilot periode 2016-2017. Een zeer hoog of laag cijfer (uitschieter) heeft bij een laag aantal respondenten (N) een grotere invloed op de gemiddelde score.

Tabel 7. Rapportcijfers van jeugdigen en ouders over tevredenheid POH Jeugd

	Jeugdigen	Ouders
Pilot Oost-Achterhoek 2016-2017	8,9 (N=11)	8,9 (N=15)
Project Oost-Achterhoek 2019-2020	8,5 (N=25)	8,3 (N=18)

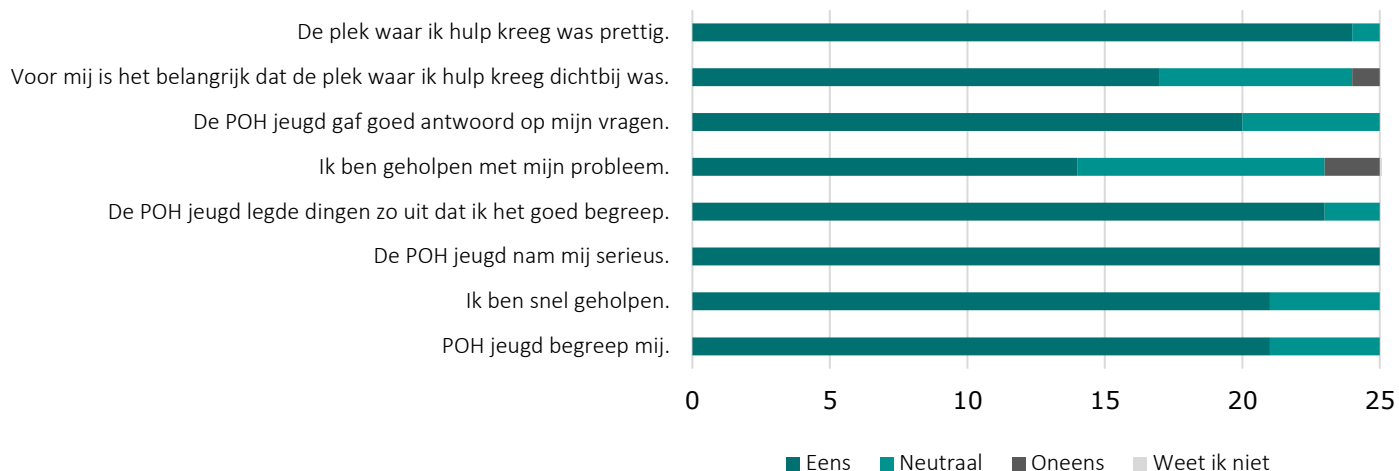
### Beoordeling hulp op basis van stellingen

De jeugdigen en ouders zijn bevraagd op verschillende stellingen. Hieruit kwam doorgaans naar voren dat;

- ✓ Ze zich begrepen voelden door de POH Jeugd
- ✓ De hulp/ondersteuning snel van start ging
- ✓ De POH Jeugd de dingen op een begrijpelijke manier kon uitleggen
- ✓ De POH Jeugd goed antwoord gaf op zijn/haar vragen
- ✓ De meesten vonden de plek waar ze hulp kregen prettig
- ✓ De meesten vonden het belangrijk dichtbij hulp te ontvangen
- ✓ Ze zich serieus genomen voelden door de POH Jeugd

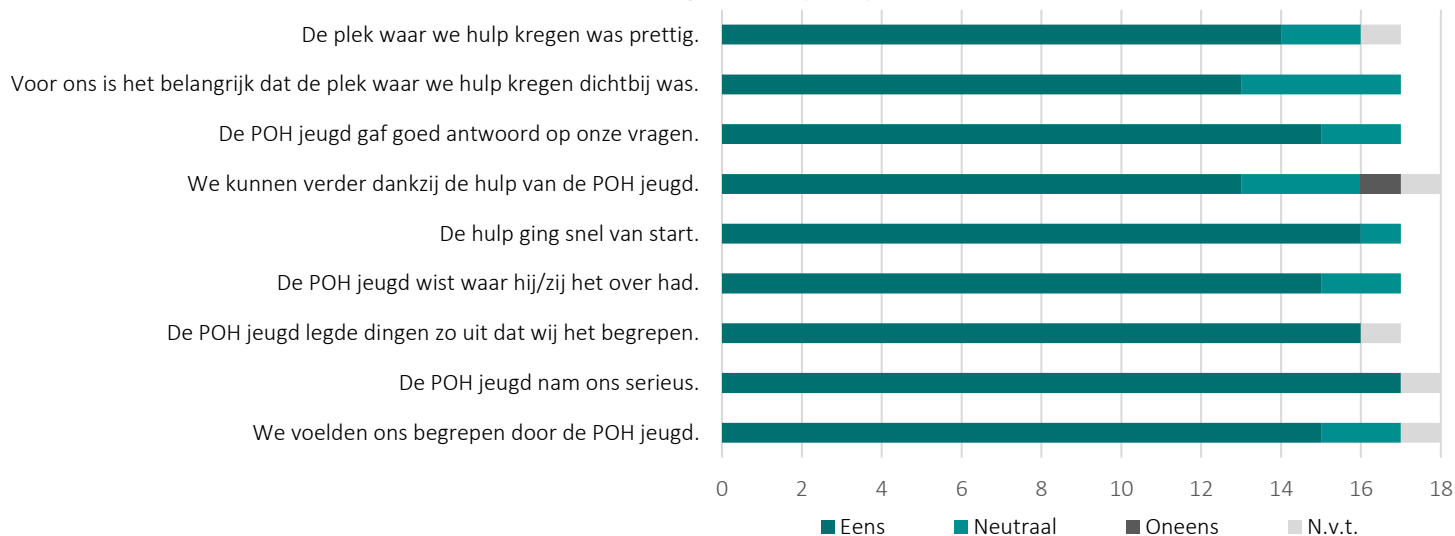
Alle jeugdigen waren in grote lijnen positief over de voorgelegde stellingen (zie volgende pagina). Opvallend was dat twee jeugdigen aangaven het oneens te zijn met de stelling "Ik ben geholpen met mijn probleem." Echter beide zijn verwezen naar een zorg(aanbieder), wat een verklaring kan zijn voor dat zij (nog) niet geholpen zijn met hun probleem op moment van invullen van de enquête.

Stellingen Jeugdigen (N= 25)



Ouders geven het volgende op de stellingen aan:

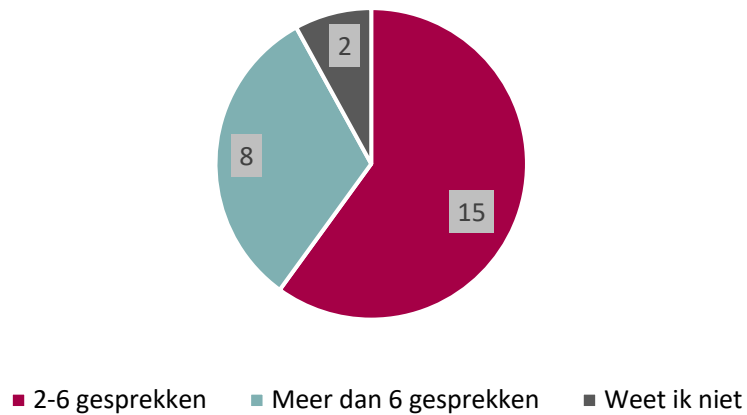
Stellingen Ouders (N= 18)



### Trajectduur, verwijzing en aanbevelen aan anderen

Het merendeel (80%) van de jeugdigen was tevreden over hun trajectduur en vonden het aantal gesprekken goed. Figuur 6 toont het aantal gesprekken dat de jeugdigen hebben gehad.

Aantal gesprekken (N=25)



Figuur 6. Aantal gesprekken per jeugdige (N=25)

Zes jeugdigen gaven aan te zijn doorgestuurd naar een (jeugd)zorgaanbieder. Het merendeel van deze jeugdigen (83%) was hier tevreden over.

De jeugdigen bevelen de POH Jeugd aan bij andere jeugdigen met eenzelfde situatie (cijfer 8,8; bereik 5-10). Eén jeugdige gaf het cijfer 5 en gaf hier geen verklaring voor gegeven. Zo'n 85% van de jeugdigen die de enquête heeft ingevuld geeft aan dat hun situatie (erg) is verbeterd.

Jeugdigen gaven over de POH Jeugd aan:

*"Ik vond het fijn dat ik met iemand kon praten die mij begreep"*  
[Jeugd]

*"Ik vond het fijn om iemand te hebben om mee te praten dat ze altijd naar je luistert."*  
[Jeugd]

Ook het merendeel van de ouders (67%) die de enquête hebben ingevuld is tevreden over de trajectduur (27% = weet ik niet, 6% = te kort). 16 van de 18 ouders geeft aan een gesprek te hebben gehad met de POH Jeugd. De meeste van hen had twee gesprekken met de POH Jeugd.

Zes ouders gaven aan dat hun zoon of dochter is doorgestuurd naar een zorgaanbieder en het merendeel (80%) is tevreden over het feit dat ze zijn doorgestuurd.

De meeste oudere geven aan dat hun situatie (erg) is verbeterd. Eén van de ouders geeft aan dat de situatie is verslechterd en geeft als verklaring: *"Op het moment dat we de gesprekken afronden ging het echt goed, alleen gedurende de weken erna merk je wel dat de situatie niet heel veel beter ging/gaat"*

De meeste ouders zouden de POH Jeugd aanbevelen aan mensen met eenzelfde situatie (cijfer 8,8; bereik 6-10). Ouders gaven over de POH Jeugd aan;



*“Het was fijn dat ze snel terecht kon, in de buurt. Dit probleem was voor onze dochter groot, maar voor de reguliere hulpverlening waarschijnlijk klein. Toch maakte het veel verschil dat ze snel haar ei kwijt kon en goede tips kreeg. Bij de reguliere hulpverlening was waarschijnlijk een wachtlijst geweest dus wij vonden dit erg prettig”*

[Ouder]

*“De POH begreep \*\* meteen goed. Hij voelde zich op zijn gemak bij haar. Dus vooral doorgaan! Wij zijn erg blij met het verloop en hoe \*\* het nu doet. Dank.”*

[Ouder]

## Casusbeschrijving

### Toelichting

In het kader van de kwalitatieve methode om POH jeugd te evalueren is gebruik gemaakt van een ‘case study’. Hierdoor wordt meer duidelijk van de concrete, contextuele kennis over een specifiek voorbeeld, oftewel case. Een analyse van een daadwerkelijk gebeurde situatie geeft de mogelijkheid om te achterhalen hoe een contact met jongere en ouders verloopt. Ook geeft het inzicht in welke zorg en ondersteuning de jongere ontving. De casus is geschreven door een POH jeugd die vanuit het ondersteuningsteam/wijkteam van gemeente als POH Jeugd in de huisartspraktijk werkt (variant 2). De casusbeschrijving bestaat uit twee delen: een korte situatieschets, beschrijving van de ingezette interventie, de betrokken partijen en het advies/resultaat beschreven door de POH Jeugd en de ervaren meerwaarde van een POH Jeugd beschreven door de huisarts.

### Casus I

#### Beschrijving POH Jeugd

Karin (gefingerde naam) is een meisje van 17 jaar die samen met haar moeder bij de huisarts komt. Ze is moe, heeft te kampen met stemmingswisselingen, zit niet lekker in haar vel en ervaart geen energie. Ze wil het liefst de hele dag in bed blijven liggen. Ze is blijven zitten in Havo 4 en heeft nu ook een minder leuke klas. Karin ervaart dat de scheiding van haar ouders er misschien ook wat mee te maken heeft, nu ongeveer 8 jaar geleden.

Karin maakt volgens de huisarts geen depressieve indruk. Ze lijkt de problemen een beetje weg te lachen, aldus de huisarts. De huisarts duidt de problematiek als stemmingsstoornis/ moeite met de scheiding van ouders. De huisarts indiceert eerst gesprekken met de POH jeugd om meer zicht te krijgen en voegt toe dat een verwijzing naar een 1<sup>ste</sup> lijns psycholoog ook tot de mogelijkheden behoort.

Een eerste kennismaking bestaat altijd uit aansluiten in de breedste zin van het woord bij de dagelijkse dag van, in dit geval, Karin. Dagelijkse bezigheden, school, de thuissituatie, hobby’s enz. Eveneens leg ik uit wie ik ben, wat ik doe en ik maak wederzijdse verwachtingen bespreekbaar. Karin vertelt al snel dat haar ouders gescheiden zijn en dat haar op dit moment haar vader haar het meest boos maakt. Karin is een puber met grootse emoties, hetgeen gezien haar leeftijd niet abnormaal is en een beetje bij haar ontwikkelingsfase hoort. Karin vindt van alles van hetgeen haar vader wel en/of niet doet. Karin is verbaal sterk, veroordeeld haar vader in duidelijke taal, maar dit kost haar zichtbaar veel energie.

In het tweede gesprek hebben we gepraat over de scheiding van haar ouders in het algemeen en hoe Karin hier tegenaan kijkt. Naar voren komt dat Karin vooral praat over de keuzes van haar ouders. Haar

aandacht gaat niet uit naar hoe zij zich voelt. We concluderen dat het altijd gaat over situaties die van haar ouders zijn en/of die tussen haar ouders spelen. Vragen als; heb jij hier invloed op en ben jij eigenaar van de problemen waar je op focust, komen centraal te staan.

De vervolggesprekken gaan over de realisatie dat Karin, onbewust en vanaf jonge leeftijd, als gevolg van de echtscheiding van haar ouders, zich altijd een mening heeft gevormd over het doen en laten van haar ouders. Dit is iets wat ze zichzelf eigen gemaakt heeft, maar wat haar omgeving inmiddels ook van haar verwacht. Karin heeft veel steun aan het feit te horen dat dit iets is wat veel kinderen doen n.a.v. een scheiding. Karin is zich meer gaan focussen op haar leven. Karin is zichzelf meer de vraag gaan stellen; wil ik me hierin mengen, ben ik hier verantwoordelijk voor of moet ik hier iets mee? Wat is eigenlijk van mij en wat is de verantwoordelijkheid van mijn ouders? Thema's als verdriet hebben vanwege deze ballast, het stellen van eigen grenzen en daarmee het luisteren naar jezelf kwamen aan de orde en deden Karin zichtbaar goed. Doordat Karin zich anders ging verhouden en minder energie stak in oordelen nam haar draagkracht weer toe. Karin kreeg weer plezier in dingen en voelde zich beter.

In het kort:

- In totaal hebben 9 gesprekken plaatsgevonden.
- Na een half jaar heeft Karin wederom een afspraak gemaakt. Er heeft toen nog 1 gesprek plaatsgevonden. Karin had na één gesprek weer voldoende tips en adviezen om minder te oordelen, meer situaties neutraal tegemoet te treden met meer focus eigen keuzes.
- I.v.m. de leeftijd van Karin heeft de POH jeugd in mindere mate contact gehad met ouders. Bij aanvang en verder niet meer. Dit omdat de resultaten hiernaar waren en de jeugdige dit ook graag zo wilde.
- Karin leerde met de POH jeugd haar eigen patronen kennen en kreeg zicht op de rol die ze had. Karin kreeg vat en regie op het stellen van grenzen, leerde focussen op wat zij wilde waardoor het ook op school beter ging.

Beschrijving huisarts

De POH jeugd kan in een vroege fase en ook snel worden ingezet. Op een moment dat wij als huisarts in eerste instantie worden geconfronteerd met een somatische klacht, maar waarbij psychosociale problemen het onderliggende probleem lijken. Een andere keuze is dan vaak om toch eerst het somatische stuk verder te onderzoeken/ ziektes uit te sluiten. En vervolgens (en hier werd al over gedacht) het GGZ spoor via een eerstelijns psycholoog. Omdat de POH jeugd snel en laagdrempelig in te zetten is voor ons. Wordt zowel verdere medicalisering van de somatiek voorkomen als een verwijzing naar eerstelijns GGZ. De winst voor deze client is evident: uiteindelijk wordt zonder al te veel omwegen en wachttijd haar probleem aangepakt en pakt zij snel de school en sociale leven weer op.

Analyse

Uit de casusbeschrijving blijkt dat de jeugdige door een aantal gesprekken in de huisartspraktijk is geholpen en weer verder kan met haar leven. Tijdens de gesprekken krijgt de jeugdige inzicht in haar gedrag en tips en adviezen. Kenmerkend voor de aanpak van de POH Jeugd is het normaliseren van het probleem van de jeugdige, door het probleem in het juiste perspectief te plaatsen. Door in een vroeg stadium bij de problematiek van deze jeugdige betrokken te zijn, heeft de POH Jeugd het probleem relatief klein kunnen houden en is een verwijzing naar de eerste lijn voorkomen.

# Perspectief professionals: enquête en evaluatie

De resultaten die in dit hoofdstuk worden beschreven komen voort uit een enquête onder nieuwe POH's en evaluatiegesprekken bij huisartspraktijken. Met deze informatie wordt het perspectief van de zorgverleners in kaart gebracht over het project POH Jeugd.

## Enquête onder nieuwe POH's

### Toelichting

In de pilotfase 2016-2017 is een tevredenheidsenquête uitgezet onder alle betrokken professionals. Voor de huidige monitoring is ervoor gekozen om alleen nieuwe POH's Jeugd via een tevredenheid enquête te bevragen, om dubbele uitvraag te voorkomen. In totaal hebben 7 POH's Jeugd die in 2019 zijn gestart de digitale enquête ingevuld.

### Samenwerking

De meeste nieuwe POH's ervaren een goede samenwerking met de huisarts. De POH's geven de samenwerking met de huisarts gemiddeld een score van 3,9 (schaal 0 tot 5, waarbij 5= zeer goed). Ook de samenwerking met de doktersassistente loopt goed (3,9). De POH Jeugd geven de samenwerking met de POH GGZ de laagste score (3,5). Eén van de POH's Jeugd geeft hierbij aan: *"De POH GGZ zie ik weinig door wisselende werkdagen. Het voorliggend veld mag beter in beeld komen. Met de GGZ-aanbieders heb ik veel contact."* De samenwerking met de scholen wordt goed tot zeer goed beoordeeld door de POH's Jeugd. Deze heeft een gemiddelde score van 4,5 (schaal 0 tot 5, waarbij 5= zeer goed).

### Algemene tevredenheid

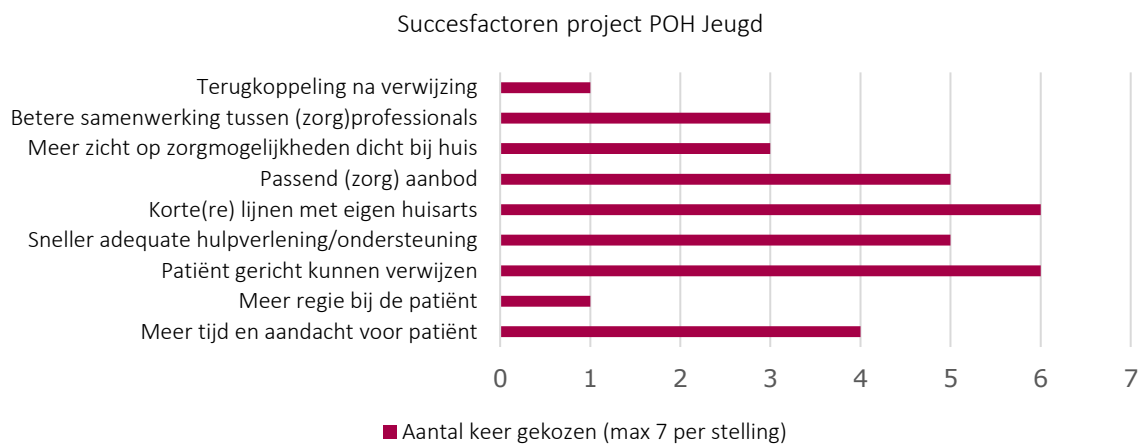
De POH's Jeugd zijn tevreden over het project POH Jeugd in de Oost-Achterhoek. Het gemiddelde rapportcijfer is een 7,6 (bereik: 6-9). Eén van de POH's heeft een rapportcijfer 6 gegeven en geeft aan: *"Ik geef het een 6 omdat er ruimte is voor verbetering; ik denk dat we nog meer betrokken kunnen worden, vaker verwezen kan worden naar VMK, en als ik meer tijd had voor het zorgvuldig voorbereiden van casuïstiek, ik ook meer op kon halen voor de huisartsen."* In onderstaande tabel zijn de rapportcijfers van betrokken professionals van zowel de pilot 2016-2017 als het project 2019-2020 weergegeven.

Tabel 8. Algemene tevredenheid van (nieuwe) POH's en huisartsen

	POH's en huisartsen	Nieuwe POH's
Pilot Oost-Achterhoek 2016-2017	7,1 (N=8)	x
Project Oost-Achterhoek 2019-2020	x	7,6 (N=7)

### Succes en verbeterpunten

Aan de POH's Jeugd is gevraagd wat volgens hen succesvol is aan het project. Figuur 1 geeft een overzicht van de succesfactoren en het aantal keer gekozen door de POH's (N=7). Het gerichter kunnen verwijzen van patiënten (= jeugdigen) en de korte lijnen met eigen huisarts werd als voornaamste succesfactor van het project genoemd. Daarnaast kwam het passend (zorg) aanbod en de snelle adequate hulpverlening als belangrijkste succesfactor naar voren.



Figuur 7. Succesfactoren van POH Jeugd

Een aantal POH's geven als toelichting op de succespunten aan:

- *“Meer gericht op normaliseren i.p.v. problematiseren en breed kijken (systemisch), kijken naar de vraag achter de vraag.”*
- *“Korte lijntjes met de huisarts en een snellere aanpak. Ook voorkomen dat mensen meteen naar de tweedelijnsvoorziening gaan. Huisarts ondersteunen om hierin een goede keuze/afweging te maken.”*
- *“Doordat er meer tijd is en vanuit mijn rol als POH Jeugd kan ik breed uitvragen en zo laagdrempelig met mensen mee kijken, dit scheelt soms een verwijzing naar GGZ omdat de vraag hem raakt op andere domeinen. Aan de andere kant kan ik voor verwijzingen met de huisarts meedenken vanuit mijn brede sociale kaart, zodat er meer passende aanbod gevonden kan worden. “*

Ook zijn verschillende verbeterpunten genoemd door de POH's Jeugd, waarvan de meeste betrekking hadden op goede werk/ procesafspraken maken. Zo gaf één van de POH's aan: *“Ik zou als beginnend POH Jeugd graag de richtlijnen/afspraken die met de huisartsen vanuit het project worden gemaakt bij aanvang willen hebben gehad”*. Daarnaast werd genoemd om kortere lijntjes met voorschoolse opvang (PO en VO) te creëren en huisartsen beter te informeren over de inhoud van de functie van een POH Jeugd.

## Evaluatiegesprekken in de huisartspraktijk

Als onderdeel van deze rapportage is er kwalitatieve informatie verzameld tijdens evaluatiegesprekken met nieuwe huisartspraktijken (6 maanden na de start van de POH Jeugd en daarna jaarlijks) en tijdens bijeenkomsten met de POH Jeugd. Een samenvatting van de ervaringen en ontwikkelpunten die tijdens de gesprekken zijn opgehaald staan hieronder beschreven als geleerde lessen:

### *Vertrouwen moet groeien*

Veel huisartsenpraktijken zijn in 2019 gestart. De samenwerking tussen huisartsen en POH Jeugd moet groeien. De POH jeugd zijn soms gedetacheerd via de gemeentelijke wijkteams en soms in dienst bij de huisarts(organisatie). In het begin was het vaak zoeken voor de POH jeugd vanuit gemeentelijke wijkteams; wat kan en mag ik wel en wat niet, waar kan ik terecht met vragen in de huisartsenpraktijk.

### *Wat is anders als POH jeugd i.p.v. lid OT/VMK team*

Een lid van het VMK/OT is meer regisseur van de zorg. Als POH jeugd is de medewerker in huisartsenpraktijk laagdrempelig benaderbaar en kan goed uitvragen, normaliseren en opvoedadvies geven. Mocht er veel (zorg)partijen bij een hulpvraag betrokken zijn en er is meer tijd nodig om de zorg in te regelen dan worden jongeren vaak bij OT/VMK team aangemeld. De leden van het OT/VMK team die als POH jeugd werken in de huisartsenpraktijk ervaren een andere manier van werken, zo wordt er veel van elkaar geleerd. De aanwezigheid van de POH jeugd in een huisartsenpraktijk helpt om de zorg en ondersteuning voor een jeugdige meer integraal te benaderen.

### *Overlegvormen*

Inhoudelijk overleg tussen huisarts en POH jeugd wordt soms structureel ingepland, maar ook incidenteel/ 'hapsnap' overleg, en alle vormen die er tussenin zitten, uitgevoerd. Dit is passend bij een cultuureel die er is in een huisartsenpraktijk.

Collegiaal overleg met POH GGZ is waardevol, vooral in het 'grijze' gebied psychiatrie/jeugdzorg.

Daarnaast passen pubers soms beter bij een POH GGZ. Door elkaar regelmatig te spreken ontstaat er wisselwerking in de deskundigheidsbevordering.

Het overleg met school is laagdrempelig. De match/wisselwerking met de leraar (of schoolsysteem) kan van invloed zijn op het functioneren van het kind, of kan niet passen bij het kind. De POH jeugd is vaak ook betrokken bij scholen of heeft daar een makkelijke ingang via collega OT/VMK. Ook het korte lijntje met VMK/OT is van toegevoegde waarde, er is het idee dat er zo een meer gezamenlijke aanpak ontstaat.

### *Verwijzingen*

Tijdens de evaluaties die er zijn geweest gaven de huisartsen aan minder door te sturen naar bijvoorbeeld een orthopedagoog. Er worden nog wel, zonder tussenkomst van POH jeugd, verwijzingen door huisartsen gedaan. Dit gebeurt in een crisissituatie, als de vraag van ouders/kind helder is zoals bijvoorbeeld bij specifieke diagnosestelling, of als duidelijk is dat het kind beter af met een verwijzing gespecialiseerde GGZ/kinderarts.

### *Zorg in tijden van COVID-19*

Ondanks de geluiden in de media is er niet in alle huisartsenpraktijken een toegenomen druk op het spreekuur gezien. Wel hebben de korte lijntjes met POH jeugd gewerkt voor kinderen in nood. Door laagdrempelig 'app-contact' met jongeren kon er in sommige gevallen snel geschakeld worden om de

juiste zorg/maatregelen in te zetten. Andere vragen hebben de huisartsen zelf opgepakt, echter is het algemene beeld dat de huisartsenpraktijk minder is bevraagd in het afgelopen jaar.

De kinderen die voor een eerste consult kwamen hadden vooral angst en paniek aanvallen. Deze konden goed door POH jeugd via beeldbellen worden opgepakt.

### *Herindicatie*

Vanuit gemeentelijk domein, als financier, zou het wenselijk zijn om de huisartsenzorg meer te betrekken bij de herindicatie. Dit is niet haalbaar gezien het dan vaak om een 'papieren' beoordeling zou gaan. Huisartsen gaven aan dat ze het ook niet wenselijk vinden omdat ouders/kind al vaak door zorgaanbieder zijn ingelicht dat er nog aanvullende behandeling nodig is. Door een extra consult bij huisarts/ POH jeugd zouden zowel de ouders, kind en zorgverlener extra belast worden. Daarom is het logischer om bij herindicatie de verantwoordelijkheid van het toetsen van de herindicatie bij de betalende instantie (de gemeente) te leggen en niet bij de uitvoerende (OT/VMK) instantie, die gedetacheerd is bij de huisarts.

### *Implementatie en randvoorwaarden*

De opzet van POH jeugd in de 15 huisartsenpraktijken is in de basis gelijk, echter wordt verschillend uitgevoerd. In het begin van de pilot hebben de huisartsen en POH jeugd een intensief begeleidingstraject gehad. Dit werd later losgelaten en de huisartsenpraktijken kregen de vrijheid om binnen hun eigen cultuur en werkmethode de inzet van de POH jeugd in te zetten. Door wisselingen in projectleiding enzovoort is dit niet altijd even duidelijk ingeregeld. Het laatste jaar is door aansturen en coaching vanuit coaching VMK/OT hier meer lijn ingebracht.

Facilitering van de POH jeugd binnen de huisartsenpraktijk was ook wisselend. Effectief gebruikten POH jeugd vaak telefoon/laptop enzovoort die beschikbaar werden gesteld door de werkgever.

### *Zorginhoudelijke meerwaarde*

De POH jeugd wordt ervaren als een laagdrempelige toegang waarbij vooral genormaliseerd wordt. De huisartsenpraktijk is goede vindplaats voor vraagstukken die minder complex zijn. Er kan eerder ingegrepen worden en je bent vroeger betrokken bij de situatie rond kinderen. Meer problemen worden zo in de kiem gesmoord/ klein houden. De zorg is laagdrempelig, een stap naar de huisarts wordt door ouders/kinderen is sneller gemaakt. Ze melden zich sneller zelf aan. Andere verwijzingen naar het VMK/OT gaan vaak via school of een andere instanties. Gemeente/ jeugdzorg lijken een hogere drempel te hebben ondanks de inspanningen van de gemeenten.

Anders werd nog als meerwaarde benoemd;

- het snel kunnen geven van begeleiding/ snelle aanpak,
- geen lange screening, geen wachtlijst,
- het geven van begeleiding bij verwijzing,
- goede terugkoppeling geven over de trajecten aan huisarts,
- overleggen met huisarts

### *Samenwerking*

De huisartsen gemiddeld ervaren met een POH Jeugd een aanwinst voor de huisartsenpraktijk. Wel is het van belang dat goed gekeken wordt naar de match tussen huisarts(praktijk) en POH jeugd. Dit is niet altijd gelukt ondanks de voorbereidende gesprekken tussen POH jeugd en kader arts en matching gesprekken met huisartsenpraktijk. Dit had te maken met verwachtingspatronen op inhoud en uitvoering van het werk, maar ook met verantwoordelijkheidsvraagstukken over arbeidsrechtelijke vraagstukken. Hier moet blijvende aandacht voor zijn.

# Financiële analyse inzet POH Jeugd

## *Toelichting*

Naast het monitoren van inhoudelijke doelen van de inzet POH Jeugd ontstond ook de wens om de financiële effecten van de inzet van een POH Jeugd in kaart te brengen.

Tijdens het opleveren van tussentijdse resultaten in 2020 is gebleken dat het lastig is om nauwkeurig inzicht verkrijgen in de indicaties van jeugdigen die geholpen zijn door een POH Jeugd. Dit komt onder andere doordat indicaties op naam van huisartsen (en niet op naam van de POH Jeugd) binnenkomen bij gemeenten. Daarnaast kan geen directe koppeling gemaakt worden tussen de registratiegegevens die door POH's Jeugd worden bijgehouden in het kader van het project en de indicatiegegevens van gemeenten verkregen uit INIT8. Een exacte benadering van de financiële impact van de POH Jeugd is daarom uit gebleven. Daaropvolgend is de behoefte ontstaan om een business case te maken waarin de mogelijke kostenbesparing van de inzet POH Jeugd inzichtelijk wordt gemaakt per gemeente.

## *Business case inzet POH jeugd*

De financiële analyse voor de inzet POH Jeugd is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- De financiële analyse geeft een reëel beeld van de doelmatigheid en meerwaarde van het project.
- De gekozen financiële analyse is op lange termijn door de vier gemeenten te gebruiken, doordat specifieke inzage in de registraties van POH's Jeugd niet nodig is.
- De gerealiseerde kosten voor het POH Jeugd project worden als financiële indicator gebruikt (in plaats van de verwachte kosten zoals opgenomen in de begroting).
- We gaan uit van de gemiddelde kosten van een GGZ-traject perceel 5 + 6, waarbij een GGZ-traject met verblijf niet wordt meegenomen. Dit zijn de productcodes 54009, 54010, 54011, 54012, 54013, 54014, 54015. Deze gemiddelde kosten van een GGZ-traject zijn per gemeente berekent.
- We gaan uit van de gemiddelde duur van een GGZ-traject perceel 5 + 6, waarbij een GGZ-traject met verblijf niet wordt meegenomen. Dit zijn de productcodes 54009, 54010, 54011, 54012, 54013, 54014, 54015.
- De financiële analyse is gebaseerd op het aantal jeugdigen die geïnccludeerd zijn in het project en gaat uit van het principe dat er trajecten zijn afgerond door de POH Jeugd zonder dat een verwijzing nodig was.
- De indicator *aantal jeugdigen geïnccludeerd* betreft het aantal unieke cliënten gezien door POH jeugd in kaart gebracht per gemeente.

Deze uitgangspunten zijn gezamenlijk met de vier gemeenten opgesteld.

## *Financiële impact POH jeugd project*

In deze rapportage wordt een financiële impact berekening beschreven op projectniveau; op basis van de 626 geïnccludeerde kinderen in het project en gemiddelde trajectprijzen van de vier Oost-Achterhoekse gemeenten samen. In verband met de lopende aanbesteding jeugdhulp van de regio Achterhoek is de onderbouwing van de berekening opgenomen in een vertrouwelijke bijlage bestemd voor gemeenten Aalten, Berkelland, Oost-Gelre en Winterswijk.

Met behulp van indicatiegegevens uit INIT8 zijn gemiddelde kosten voor een basis en specialistisch GGZ-traject bepaald voor de vier Oost-Achterhoekse gemeenten samen. Zoals ook in bovenstaande uitgangspunten beschreven, gaat het om basis en specialistische GGZ kosten zonder verblijf.

De financiële impact is berekend door de totale kosten van de basis en specialistische GGZ te berekenen na een traject met een POH Jeugd (scenario POH) en zonder inzet van een POH Jeugd (scenario huisarts). Uit de monitoringsgegevens blijkt dat na een traject met een POH Jeugd circa 7% is verwezen naar de basis GGZ en 9% naar de specialistische GGZ (scenario POH). Zonder inzet van een POH Jeugd zou 39% naar basis GGZ en 19% naar de specialistische GGZ zijn verwezen. Dit is gebaseerd op registraties die huisartsen aangaven bij aanmelding van de jeugdige bij een POH Jeugd. Namelijk, wat de huisarts aan hulp of ondersteuning had ingezet als er geen POH Jeugd zou zijn geweest.

De bruto opbrengst voor 626 kinderen is €370.949,45 (de onderbouwing is opgenomen in een vertrouwelijke bijlage). Dit is de financiële impact op verwijzingen naar basis en specialistische GGZ. Alle investeringskosten, zoals kosten voor huisartsen, werkgeverskosten van de POH jeugd en projectleiding van Proscop, zijn hier buiten beschouwing gelaten. Daarmee is geen inzicht gegeven in de netto opbrengst. Voor de invoering van POH Jeugd Oost-Achterhoek moet geïnvesteerd worden. Richting de borging van het project zijn hier afspraken over gemaakt. Gedurende de periode 2019-2020 is het aannemelijk dat de investeringskosten hoger gelegen hebben dan nodig is voor de structurele werkwijze. Dit komt onder andere door projectleiding, monitoringskosten en een grotere tijdsinvestering in samenwerking met huisartspraktijken, kaderarts, OT/VMK-teams in de opstartende fase. Bovendien zou voor een juiste benadering van de netto besparing ook de financiële meerwaarde (baten) van de verbeterde kwaliteit van zorg en samenwerking tussen professionals meegenomen moeten worden. Dit is echter moeilijk uit te drukken in financiële opbrengsten. Wanneer het project wordt omgezet naar reguliere zorg zal de financiering van de POH jeugd in de huisartsenpraktijk gedragen worden door gemeenten en zorgverzekeraar (Menzis).

De verwachte bruto opbrengst is veroorzaakt door een substitutie-effect van zorg; enerzijds doordat de POH Jeugd met lichte ondersteuning een doorverwijzing kan voorkomen. Zo blijkt uit de monitoring dat een meerderheid van de afgeronde trajecten is afgerond door de POH Jeugd zonder dat een verwijzing nodig was. Anderzijds door verschuiving van zorg van intensieve naar lichtere hulpverlening.

De verwachte financiële impact in verhouding tot de structurele kosten voor gemeenten die nodig zijn om de POH Jeugd te blijven inzetten zijn voornamelijk lastig in kaart te brengen. De berekende financiële impact in dit hoofdstuk is bedoeld als voeding voor gesprek en om de potentiële besparing te tonen. De uiteindelijke beslissing om te investeren in POH Jeugd is aan gemeenten.



## Conclusie

Al met al kan geconcludeerd worden dat werken met de POH Jeugd in de praktijk werkt. De ervaringen van jeugdigen en ouders met de POH Jeugd zijn positief. POH's ervaren een goede samenwerking met huisartsen. Voor het merendeel van de afgeronde trajecten door een POH Jeugd is geen verwijzing nodig. Uit registraties blijkt dat wanneer aanvullende zorg nog nodig is een jeugdige gericht wordt verwezen; er wordt door inzet van een POH jeugd minder naar basis- en specialistische GGZ verwezen.

### ***Minder en gerichtere verwijzingen***

In totaal zijn in 2 jaar (januari 2019 t/m december 2020) 626 jeugdigen een traject gestart bij een POH Jeugd. De meeste hulpvragen van deze jeugdigen hadden betrekking op het psycho-sociaal functioneren. De POH's Jeugd hebben van alle afgeronde trajecten zo'n 60% afgerond zonder verwijzing. Door de inzet van de POH's Jeugd is een daling zichtbaar (t.o.v. het advies van de huisarts) in het aantal jeugdigen dat verwezen is naar de basis of specialistische GGZ. Wanneer toch een verwijzing nodig is wordt tevens gericht verwezen. Met de komst van de POH Jeugd worden jeugdigen waarbij een verwijzing nodig is meer verwezen naar Jeugdhulp, het Sociaal Team en het voorliggend veld. Inzet POH Jeugd variant 4 verwijzen, ten opzichte van de overige varianten, relatief meer jeugdigen naar Jeugdzorg.

### ***Meerwaarde POH Jeugd***

De aanwezigheid van de POH jeugd in een huisartsenpraktijk helpt om de zorg en ondersteuning voor een jeugdige meer integraal te benaderen. Huisartsen ervaren over het algemeen de POH Jeugd als een meerwaarde voor de huisartspraktijk. De POH Jeugd biedt laagdrempelige toegang, snelle hulpverlening en normaliseert. Door inzet van een POH Jeugd kan laagfrequent worden ondersteund en zijn professionals eerder betrokken bij het probleem. Door middel van gesprekken en ondersteuning kan een jeugdige vaker zelf weer verder. In andere gevallen wordt de jeugdige begeleid naar een verwijzing. In sommige gevallen is de jeugdige gebaat bij langdurig laagfrequent contact met de POH Jeugd om te voorkomen dat basis of specialistische GGZ hulp nodig is. De POH Jeugd levert zo maatwerk.

### ***Tevredenheid professionals, jeugdigen en ouders***

De POH's Jeugd zijn tevreden over het project POH Jeugd. Het gericht kunnen verwijzen van jeugdigen, de korte lijnen met de huisarts, het passend (zorg) aanbod en de snelle adequate hulpverlening werden als belangrijkste succesfactoren genoemd. Uit de enquête onder ouders en jeugdigen kunnen we concluderen dat de inzet van een POH Jeugd positief is beoordeeld. Ouders en jeugdigen hebben hoge gemiddelde rapportcijfers gegeven en zijn over het algemeen tevreden over de trajectduur. Daarnaast voelden zowel ouders als jeugdigen zich begrepen en serieus genomen door de POH Jeugd.

### ***Kosteneffectiviteit***

De werkelijke kosteneffectiviteit van de POH Jeugd is vooralsnog lastig in kaart te brengen. De forse reductie van het aantal verwijzingen van jeugdigen naar de basis- en specialistische GGZ levert echter een forse bruto besparing op in de kosten van basis- en specialistische GGZ zonder verblijf. Deze verwachte bruto opbrengst wordt veroorzaakt door een substitutie-effect van zorg; enerzijds doordat de POH Jeugd met lichte ondersteuning een doorverwijzing kan voorkomen. Anderzijds door verschuiving van zorg van intensieve naar lichtere hulpverlening. De netto besparing is lastig te benaderen.

# Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen aanbevelingen gedaan worden om de werkwijze POH Jeugd verder te optimaliseren en de overgang van projectfase naar borging van structurele werkwijze te realiseren.

## *Borging kwaliteit POH Jeugd*

Maak bij de werving (en tijdens dienstverband) van een POH Jeugd gebruik van het kwaliteitsprofiel dat is vastgelegd in het borgingsplan [Borging POH Jeugd in huisartspraktijken in Oost-Achterhoek, def]. Om de kwaliteit van de POH jeugd te waarborgen is het van belang dat aan deze vastgelegde uitgangspunten in het kwaliteitsprofiel wordt voldaan, en de rollen en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen professionals voor de POH Jeugd helder zijn. Verder dient het registeren door POH's Jeugd goed aan te sluiten bij het dagelijks werk in de praktijk.

## *Heb oog voor matching tussen huisartspraktijk en POH Jeugd*

De POH Jeugd kan een grote meerwaarde zijn binnen de huisartsenpraktijk. Het is echter van belang dat goed gekeken wordt naar de match tussen huisarts(praktijk) en POH jeugd om dit te bevorderen. Uit de praktijkervaringen komt naar voren dat een goede match tussen huisarts en POH Jeugd van wezenlijk belang is voor een goed verloop en samenwerking van de POH Jeugd. Bespreek duidelijk elkaars verwachtingen met betrekking tot de inhoud en uitvoering van de functie van een POH Jeugd, de rollen en verantwoordelijkheden, en arbeidsrechtelijke kwesties. De samenwerking tussen huisartsen en POH Jeugd moet groeien. De POH jeugd zijn soms gedetacheerd via de gemeentelijke wijkteams en soms in dienst bij de huisarts(organisatie) zelf. Geef POH's Jeugd voldoende ruimte om te investeren in de samenwerking met huisartsen.

## *Stimuleer structurele overleggen tussen huisarts en POH jeugd*

Uit de evaluatiegesprekken met praktijken kwam naar voren dat inhoudelijk overleg tussen huisarts en POH jeugd soms structureel wordt ingepland, maar ook incidenteel overleg, en alle vormen die er tussenin zitten. Het is aan te bevelen om (in)formele overleggen tussen HA en POH jeugd structureel te agenderen. Overlegmomenten zijn waardevol voor zowel huisarts als POH Jeugd; voor de huisarts om geïnformeerd te blijven over de patiënt en om te leren van de expertise van de POH Jeugd.

## *Instroom*

De registraties laten een duidelijke afname zien van het aantal jeugdigen dat instroomt bij de POH Jeugd, sinds de landelijke corona-maatregelen zijn ingegaan. Ondanks dat de maatregelen rondom Covid-19 tijdelijk zijn, is het belangrijk dat de instroom naar een POH Jeugd een punt van aandacht blijft bij alle huisartsen. Blijvende alertheid van huisarts op mogelijkheden van POH jeugd om bijvoorbeeld kwetsbare gezinnen te begeleiden en laagdrempelig contact met jeugdigen te hebben via de 'app' is noodzakelijk.

## *Werken in de praktijk werkt*

Laagfrequente ondersteuning van een POH jeugd in een huisartsenpraktijk helpt om de zorg en ondersteuning voor een jeugdige meer integraal te benaderen. De huisartspraktijk is een goede vindplaats voor jeugdigen met minder complexe problematiek. Zet om deze reden in op varianten die werken in de huisartsenpraktijk.

## Bijlage I

Tabel: Totaal aantal jeugdigen en gemiddelde leeftijd (min-max) dat door de POH jeugd is gezien in de periode januari 2019 t/m december 2020 uitgesplitst naar gemeenten en huisartspraktijken

	Huisartsen praktijken	Totaal inclusie uniek individu t/m dec 2020	Gemiddelde leeftijd <sup>10</sup>	Min	Max
<b>Gemeente Aalten</b>	A	62	13,6	0	34
	B	124	13,8	0	38
	C	29	12,1	3	40
	<i>Totaal</i>	<i>215</i>	<i>13,5</i>	<i>0</i>	<i>40</i>
<b>Gemeente Berkelland</b>	D	12	14,9	7	18
	E	55	13,7	6	18
	F	31	14,8	4	47
	G	34	16,8	6	67
	H	13	17,3	10	41
	I	19	16,8	6	40
	<i>Totaal</i>	<i>164</i>	<i>15,1</i>	<i>4</i>	<i>67</i>
<b>Gemeente Oost-Gelre</b>	J	14	13,7	4	17
	K	44	12,8	0	17
	L	59	14,5	0	34
	M	23	12,4	0	19
	<i>Totaal</i>	<i>140</i>	<i>13,6</i>	<i>0</i>	<i>34</i>
<b>Gemeente Winterswijk</b>	N	65	13,0	4	18
	O	42	15	5	22
	<i>Totaal</i>	<i>107</i>	<i>13,7</i>	<i>4</i>	<i>22</i>
<b>TOTAAL</b>		<b>626</b>	<b>13,9</b>	<b>0</b>	<b>67</b>

<sup>10</sup> Gemiddelde leeftijd berekent op basis van geboortedatum en datum eerste consult POH Jeugd

# Colofon

POH Jeugd Oost-Achterhoek | Proscop

E-mailadres: [kyra.jansing@proscop.nl](mailto:kyra.jansing@proscop.nl) en [wilma.nijenhuis@proscop.nl](mailto:wilma.nijenhuis@proscop.nl)

Twitter

Linkedin

Dit is een publicatie van Proscop.

Citeren uit dit rapport is toegestaan met bronvermelding.

Het rapport is te downloaden via: [www.proscop.nl](http://www.proscop.nl)

Het rapport is op te vragen bij: **Proscop**

Dokter Klinkertweg 16  
8025 BS ZWOLLE

Uitgave, 12-4-2021



Dokter Klinkertweg 16

8025 BS Zwolle

(055) 505 86 10

[info@proscoop.nl](mailto:info@proscoop.nl)

[www.proscoop.nl](http://www.proscoop.nl)



[Twitter](#)



[LinkedIn](#)



[Facebook](#)