

Evaluatie POH-jeugd

Regionale analyse ter evaluatie van de POH-jeugd

Ons kenmerk
Versie

DOC-250112991
1

INHOUD

Inleiding	3
<i>Leeswijzer</i>	3
<i>Doel van het convenant</i>	3
Methodologie	4
Theoretisch kader	5
<i>Theorie</i>	5
Analyse	6
<i>Samenwerken</i>	6
<i>Zorgkwaliteit</i>	6
<i>Aantal behandelingen</i>	7
<i>Administratieve lasten</i>	7
<i>Algemene reacties</i>	8
Conclusie	8
<i>Aanbevelingen</i>	9
<i>Reflectie</i>	9
Bijlage 1. Convenant	10
Bijlage 2. Beleidsvoorstel evaluatie POH-jeugd	0

Inleiding

Op 29 maart 2023 is het convenant tussen de gemeenten in de regio Gooi en Vechtstreek en het RHOGO getekend ten behoeve van de structurele inzet van de POH-jeugd bij huisartsenpraktijken in de regio. De RHOGO is een vereniging voor de gevestigde praktiserende en geregistreerde huisartsen in het Gooi en omstreken. Inmiddels zet de regio nu twee jaar in op praktijkondersteuners jeugd en het handhaven van dit convenant. Daarbij was de kernboodschap dat jeugdigen met behoefte aan (zorg gerelateerde) ondersteuning vaak eerder bij de huisarts komen met hun probleem. De toegankelijkheid van huisartszorg staat echter door verschillende ontwikkelingen toenemend onder druk. Ook vragen niet alle problemen om een medisch antwoord. De gemeente kan dan beter geschikt zijn voor het bieden van passende ondersteuning. Daarnaast zijn er groepen jeugdigen die vaker te maken hebben met een stapeling van problematiek en hebben huisartsen en gemeenten binnen een versnipperd zorglandschap grote uitdagingen in het bieden van passende hulp aan deze kwetsbare jeugdigen. Hierdoor krijgt niet iedereen altijd op tijd de zorg die nodig is. Dit heeft een negatieve invloed op de (ervaren) kwaliteit van leven van deze mensen en op de samenleving in het algemeen. Met het vaststellen van dit convenant en de evaluatie die we doen, werken aan een betere aansluiting van zorgbehoefte en ondersteuning bij huisartsen. Dit rapport beschrijft dan ook een toets de beschreven doelstellingen.

Leeswijzer

In dit rapport treft u een heldere analyse, waarbij we eerst beschrijven wat het doel is van dit convenant. Daarna nemen we u mee in de methodologie. Hier beschrijven we welke methode we hebben gebruikt om tot de analyse te komen en wat de voor- en nadelen hiervan zijn. Dan volgt een stukje theorie en de analyse zelf. Deze sluiten we af met een conclusie en het beleidsvoorstel. Uiteraard vind u het convenant zelf in de bijlage.

Doel van het convenant

In de Jeugdwet is in artikel 2.6 geregeld dat op basis van afspraken met o.a. de huisartsen de jeugdhulp toegankelijk is na verwijzing van een jeugdarts. Namens de betrokken colleges heeft de Regio Gooi en Vechtstreek in 2015 binnen een convenant met de huisartsen in de regio afspraken gemaakt over de voorwaarden waaronder en de wijze waarop dit verwijzingsrecht wordt ingevuld. Dit convenant was na 7 jaar aan vernieuwing en verbreding toe.

Op 9 juni 2022 is door het portefeuillehoudersoverleg sociaal domein van de Regio Gooi en Vechtstreek (PFHO) opdracht en richting gegeven om een nieuwe samenwerkingsovereenkomst met de regionale huisartsen op te stellen, deze overeenkomst sociaal domein breed te maken en daarin ook aandacht te schenken aan data-uitwisseling en de rol van de Praktijkondersteuner bij de huisarts (POH). Dit convenant past in en heeft sterke samenhang met de samenwerkingsagenda tussen zorgverzekeraar Zilveren Kruis en de gemeenten die eind oktober 2022 is vastgesteld.

In september 2022 heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) samen met 13 partijen in de zorg het Integraal Zorgakkoord 'Samen werken aan gezonde zorg' (IZA) ondertekend. December dat jaar volgden ook de gemeenten. In het IZA staat beschreven dat partijen samenwerken om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren en de zorg van goede kwaliteit en betaalbaar te houden. Het convenant met het RHOGO dient bij te dragen aan het realiseren van de volgende (beleids)doelstellingen:

1. Vermindering van het aantal onnodige verwijzingen in de zorg door o.a. het afremmen van ongewenste medicalisering.
2. Gezamenlijk inzetten op gezondheid en welzijn door middel van preventie en ondersteuning, zodat zorgvragen voorkomen worden of minder zwaar worden.
3. Het verbeteren van de samenwerking tussen medische, verpleegkundige en gemeentelijke beroepskrachten die betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning aan kwetsbare inwoners.

Methodologie

Binnen dit convenant hebben we gebruik gemaakt van een enquête. We kiezen voor een kwantitatieve methode, omdat we regionaal een groot aantal huisartsen hebben. De enquête moet zorgen voor een hogere responsratio, dan wanneer er kwalitatief wordt geïnterviewd op de resultaten. Daarnaast is er, omdat een enquête vraag stellend beperkend werkt, ruimte gelaten voor de verhalen die respondenten over de samenwerking, het succes of juist het tegenovergestelde, kwijt wilden.

We hebben geen jeugdigen gevraagd, omdat dit technisch niet uitvoerbaar is en medewerkers daardoor kwetsbaar zouden kunnen zijn op het moment dat cliënten hun behandelaar gaan beoordelen. Het gaat hier dus om een evaluatie met een professioneel karakter. Hiervoor zijn huisartsen, consultants, managers uitvoeringsdiensten, gedragswetenschappers, praktijkondersteuners jeugd en doktersassistenten gevraagd. Dit hebben we gedaan voor de gemeenten Blaricum, Laren, Hilversum, Wijdemeren, Huizen en Gooise Meren.

Als we kijken naar de respons, zien we een aantal hiaten. Zodoende zien we dat er een vrij brede respons is gekomen vanuit de huisartsen, namelijk vijftien ingevulde (53%) enquêtes. Er hebben vier consultants deelgenomen aan de enquête. Drie managers van de uitvoeringsdiensten hebben deelgenomen en twee gedragswetenschappers. De respons vanuit de POH-jeugd is echter wel teleurstellend, want maar vier praktijkondersteuners jeugd hebben, na diverse herinneringen, de enquête ingevuld..

Desalniettemin is de responsratio representatief aan het geheel, waardoor er een betrouwbare analyse kan worden geschreven op het geheel. Hiermee wordt er tegemoet gekomen aan de afspraken in het convenant, hoewel deze vrij gedateerd zijn.

We beseffen namelijk tegelijkertijd dat de afspraken, zoals deze twee jaar geleden zijn gemaakt, niet meer representatief zijn aan de realiteit. Dit heeft te maken met het feit dat de POH-jeugd veelal lokaal wordt ingezet en deze niet regionaal in dienst is. Hierdoor was er tevens een grote afhankelijkheid van lokale gemeenten in het zoeken van toenadering.

Theoretisch kader

Binnen een evaluatie is het belangrijk om niet zomaar vragen te stellen op basis van doelstellingen, maar deze ook theoretisch te onderbouwen. Om tot de correcte vraagstelling te komen, maken we dus gebruik van literatuur. Er wordt een kort theoretisch kader geschetst op basis van wat wetenschappers hebben onderzocht naar aanleiding van de POH-jeugd. Uit deze theorie zijn de vragen die gesteld zijn aan de respondenten gedistilleerd, waardoor getoetst kan worden of hun observaties overeenkomen met hetgeen er binnen de regio Gooi en Vechtstreek gebeurt.

De afgelopen jaren investeren steeds meer gemeenten in het inzetten van een professional met expertise over de jeugdhulp. Deze professionals, zoals POH-Jeugd, OJG (ondersteuner jeugd gezin) of SOH-jGGZ (specialistisch ondersteuner huisartsenzorg jeugd-ggz), werken enkele uren per week in de huisartsenpraktijk. Hun werk heeft drie belangrijke doelen:

1. Het ondersteunen van de huisarts bij beslissingen over passende zorg.
2. Het bieden van snelle hulp bij de huisarts in korte trajecten, waarbij de professional eigen kennis en ervaring inzet.
3. Het voorkomen van onnodige verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp.

Theorie

Uit het onderzoek blijkt onder andere dat deze professionals gemiddeld 41% van de jeugdigen zelf in een laagintensief traject afdoende kunnen helpen, zodat het niet tot een verwijzing komt. Daarbij is het wel van groot belang dat de professional beschikt over voldoende expertise om een goede probleemschatting te maken, zodat een jeugdige direct de juiste zorg krijgt of in de juiste wachtrij komt. Ook verdient het borgen van de laagdrempeligheid aandacht: jeugdigen moeten snel terecht kunnen, op een plek vlak bij huis en waar nodig snel kunnen doorstromen naar passende vervolgzorg (Jeugdhulp in de praktijk - Dijkshoorn, P., Koster, S., en Verschuren, P (2022)).

Deze analyse wordt bevestigd door Spijk-de Jonge (2021) en hun onderzoek, waaruit blijkt dat 59% van de jeugdigen direct of na hulp bij de praktijkondersteuner werd doorverwezen. Verwijzingen gingen in grote gevallen richting de specialistische GGZ. Trajecten bij de POH-jeugd werden volgens hen in 48% van de gevallen afgesloten na één of twee contacten en 82% na maximaal vijf contacten. Daarnaast zien we dat 49% binnen 3 weken werd afgesloten, terwijl 76% binnen tien weken werd afgesloten. Op basis van deze informatie zal er binnen de enquête worden gevraagd naar de duur van het traject, het aantal contactmomenten en de verwijzingen na het contact. Daarnaast blijkt dat het aantal verwijzingen na behandeling door de POH-jeugd ook daalde.

Daarnaast beschrijft Zwaanswijk (2020) in het stuk *'Verwijspatronen POH-s-Jeugd. Jongens vaker naar specialistische jeugdhulp'*, dat het inzetten van een POH-jeugd iets doet met de kwaliteit van zorg op het moment dat er een POH-jeugd aanwezig is. Deze heeft meer tijd voor de jeugdige en kan hierdoor tevens een betere inschatting maken met betrekking tot de zorg die nodig is, dan wanneer het traject bij de huisarts wordt afgerond.

Daarnaast beschrijft Serra (2020) in het stuk *'Praktijkondersteuner jeugd bij de huisarts: betere zorg én geld besparen'* dat veelal casuïstiek ook afgesloten kan worden door de POH-jeugd, waar elders een doorverwijzing noodzakelijk was. Dit geldt dan veelal in casuïstiek met echtscheidingen, maar gaat niet op wanneer er sprake is van gedragsproblematiek.

Verder zullen we op basis van het onderzoek *'GGZ dichtbij'* (2015, van Serra et al.) kijken naar verantwoordelijkheden. Hierbij stellen we de vragen wanneer de huisarts zich verantwoordelijk voelt en wanneer de huisarts een onderwerp, zoals medicatiebegeleiding of effecten van een niet-medicamenteuze behandeling ziet als de verantwoordelijkheid van de praktijkondersteuner jeugd.

Op basis van dit onderzoek wordt ook de vraag gesteld of de POH-jeugd kan worden ingezet als overbruggingszorg en of dit dan ook binnen de regio Gooi en Vechtstreek gebeurt. Hierbij zullen we ook kijken hoe dit is verdeeld als het gaat om complexe casuïstiek.

Verder zien we dat er binnen verschillende regio's ook anders wordt omgegaan met de POH-jeugd bij huisartsen. Dit heeft vooral betrekking op de vergoeding aan de huisartsen en het wel of niet in dienst nemen van een POH-jeugd door gemeenten. De verwachting is dan ook dat hier landelijk afspraken voor worden gemaakt en dit zal worden belegd in wetgeving. Dit laat nog even op zich wachten. Enige uniformiteit is echter wel wenselijk, hierdoor wordt ook uitgevraagd welke vergoeding gemeenten geven aan de POH-jeugd.

Tot slot zullen er technische vragen worden gesteld op basis van administratieve lasten, gebruik van systemen en het gebruik van technische middelen.

Analyse

Samenwerken

Wanneer we kijken naar de algemene beoordeling van de POH-jeugd, is er gekozen voor een uitvraag waarbij de respondent maximaal vijf sterren kan geven. De POH-jeugd wordt door respondenten gemiddeld beoordeeld met een 4.58. Dat betekent dat de inzet van de POH-jeugd als zeer fijn wordt ervaren. De opbouw van antwoorden bestaat uit 15 maal vijf sterren en elf keer vier sterren. Hierdoor kunnen we stellen dat de algemene beoordeling van de POH-jeugd als succesvol wordt ervaren. Wanneer er dieper wordt ingezoomd op de samenwerking rondom de inzet van de POH-jeugd, is 50% van de respons uitstekend, 45% goed en 5% neutraal. De laatste 5% representeert maar één respondent. De samenwerking met de huisarts, wordt binnen de regio voornamelijk als 'goed' ervaren, gezien de responsratio hierop 67% is. De overige antwoorden verdelen zichzelf onder neutraal en niet van toepassing. De samenwerking op het gebied van de praktijkondersteuner jeugd met de jeugdconsulent wordt door 50% van de respondenten als goed ervaren. 13% ziet de samenwerking met de jeugdconsulent als uitstekend en de overige verdelen zich over neutraal en niet van toepassing. De samenwerking op het gebied van de POH-jeugd kan zich voornamelijk verbeteren op het gebied van een duidelijke terugkoppeling aan de huisarts door de POH-jeugd. Daarnaast is er meer behoefte aan elkaar kennen en beschikbaarheid van de POH-jeugd.

Dit zien we echter niet geheel terug als we kijken naar de beschikbaarheid van de praktijkondersteuner voor overleg of samenwerking. Hierbij geeft 81% van de respondenten aan dat de praktijkondersteuner voldoende beschikbaar is. 8% vindt van niet, terwijl de rest het als niet van toepassing beschouwd. Daarbij zien we een sterke variatie van gevraagde tijd voor overleg tussen huisarts en POH. Waarbij er soms bijna geen behoefte is aan overleg, maar de meeste huisartsen en praktijkondersteuners aangeven tussen de 15 en 60 minuten nodig te hebben voor overleg. Hierbij wordt veelal ingezet op 'niet structureel contact', maar op wanneer het nodig is. Als we kijken of de gemeente voldoende beschikbaar is voor overleg of samenwerking, zien we een wat grotere verdeling. 27% (6 respondenten) vindt de gemeente voldoende beschikbaar, 32% onvoldoende (7 respondenten) en 9 respondenten vinden het niet van toepassing, wat verklaarbaar is, gezien de enquête ook is ingevuld door ambtenaren en dit terug te herleiden is in de data.. Samenwerking en overleg vindt over het algemeen plaats wanneer er sprake is van complexe casuïstiek en collegiaal overleg rondom doorverwijzingen. Samenwerken blijft iteratief, waardoor de verbetering nog steeds plaatsvindt.

Zorgkwaliteit

Wanneer er wordt gekeken naar de meerwaarde van de POH-jeugd, zien veel respondenten dat de inzet goed past in het kader van normaliseren. Het gaat hier om beschikkingsvrije snelle en vrij inzetbare hulp. Waarbij de kwaliteit van zorg, door de expertise van de praktijkondersteuner, hoog ligt. Hierbij helpt het tevens dat de lijnen kort zijn en veel hulpvragen opgepakt kunnen worden door de expertise van de praktijkondersteuner. Daarbij is er wel een grote behoefte aan meer inzet vanuit de POH-jeugd en is het fijn als de POH-jeugd ook zelf kan doorverwijzen. Gevolg is daarbij dat dit kan leiden tot het in dienst nemen van meer POH'ers jeugd. Dit schijnt niet bij iedere POH-jeugd het geval te zijn. Het vergroten van de inzet, wordt causaal in verband gebracht met het verkleinen van de wachtlijsten bij jeugdhulpspecialisten. Daarbij zien respondenten veelal ook dat er een verbetering is van de kwaliteit van zorg. De advisering vanuit de POH-jeugd wordt overigens door 19 respondenten als goed ervaren en door vijf respondenten als uitstekend.

Wanneer er dieper wordt ingezoomd op de data, is te zien dat er een causaal verband bestaat tussen de inzet van de POH-jeugd en een reductie van het aantal verwijzingen richting specialistische jeugdhulp, waarbij huisartsen kunnen aantonen dat waar jeugdigen in eerste instantie naar een psycholoog zouden worden verwezen, nu voldoende hebben aan de ondersteuning van de POH-jeugd. Wanneer er uiteindelijk een verwijzing nodig is, is deze volgens hen ook beter afgestemd. De POH-jeugd wordt dan ook als deskundig ervaren. Dit in combinatie met het netwerk, blijkt voor huisartsen een goede combinatie. Daarbij komt weer naar boven dat de inzet van de POH-jeugd bijdraagt aan de opdracht om te normaliseren. Daarbij schrijven respondenten dat het gratis,

laagdrempelige en vooral snelle zorg is, die vaak zwaardere en duurdere zorg voorkomt. Het inzetten van de POH-jeugd draagt effectief bij aan beschikkingsvrije toegankelijke jeugdzorg.

Toch zijn er ook verbeterpunten, namelijk het aantal inzetbare uren en vervanging op het moment dat de vaste POH-jeugd uitvalt, dit komt overeen met de wens voor meer continuïteit. Daarbij zouden huisartsen ook graag zien dat het onderwijs beter wordt betrokken in het kader van ADHD behandelingen. Wanneer onderwijs ter sprake komt, blijkt ook uit eerder onderzoek dat de meeste doorverwijzingen richting jeugdzorg doorkomen vanuit het onderwijs, hierdoor is een betere aansluiting op en met het onderwijs noodzakelijk. Hier zou de jeugdarts eventueel een rol in kunnen spelen. De jeugdarts kan afpellen of het label ADHD van toepassing is, of dat er andere omgevingsfactoren een rol spelen.

Wanneer we een bruggetje maken naar ADHD-zorg, zien we dat voorlichting over de effecten van bijwerkingen van een medicamenteuze behandeling, veelal niet wordt gezien als de verantwoordelijkheid van de POH-jeugd. 27% ziet dit als de verantwoordelijkheid van de huisarts, terwijl 42% van de respondenten dit ziet als een taak van de medisch specialist. Wanneer wordt ingezoomd op de niet medicamenteuze behandeling, dus psycho-educatie, is te zien dat 42% van de respondenten vindt dat dit onder de verantwoordelijkheid van de POH-jeugd valt. Slechts één respondent vindt dit iets voor de huisarts en vier respondenten zijn van mening dat de medisch specialist ook hier aan zet is¹. De overige respondenten, vinden dit situationeel.

Aantal behandelingen

Het aantal behandelingen van de POH-jeugd varieert tussen de vier en tien. Waarbij de meeste respondenten aangeven dat ze genoeg hebben aan vijf behandelingen, is er één uitschieter die er minimaal tien nodig heeft. Uiteraard varieert het aantal behandelingen per casus en daarbij geldt dat hoe complexer de casus, hoe langer de jeugdige bij de POH-jeugd blijft. Dit is opvallend, aangezien we ook hebben gekeken naar de POH-jeugd in het kader van overbruggingszorg. Hierbij geeft 30% van de respondenten aan dat de POH-jeugd vaak wordt ingezet als overbruggingszorg, 43% geeft aan dat het soms voorkomt, 17% geeft aan dat het weinig voorkomt en 2% geeft aan dat het nooit voorkomt. Daarbij zijn er uiteraard ook gedachten over het aantal behandelingen dat idealiter wordt ingezet, waarbij 55% van de respondenten aangeeft dat de POH-jeugd stopt na vijf behandeling. 25% na zeven. Slechts 5% stopt idealiter na drie behandelingen. Waarbij 15% geen streefgetal heeft. Daarbij is ook te zien dat de POH-jeugd niet fulltime aanwezig is in de huisartsenpraktijk. Gemiddeld werkt een POH-jeugd 24 uur per week, verdeeld over meerdere praktijken.

Administratieve lasten

De administratieve last voor de POH-jeugd met betrekking tot het adviseren van de jeugdconsulent wordt door 60% van de respondenten als gemiddeld ervaren. 30% van de respondenten ervaart de administratieve last als laag en één respondent ervaart de administratieve last als hoog. Waarbij de administratieve last van de POH-jeugd ten behoeve van de huisartsen door 82% van de respondenten als gemiddeld wordt ervaren en door 18% als laag.

Daarbij zien we tevens dat veel POH's-Jeugd gebruik maken van de systemen van de huisarts, namelijk Medicom. Twee huisartsen gebruiken HIS. Op één respondent na, geven tevens alle respondenten aan dat de POH-jeugd gebruik maakt van zowel gemeentelijke middelen als die van de huisartsen. Denk hierbij aan een laptop en telefoon. Dit in verband met de ondersteuning van Medicom of HIS, wat niet mogelijk is op een gemeentelijke apparaat.

Als het gaat om de vergoeding aan huisartsen, blijft er onduidelijkheid ontstaan. Waarbij twee huisartsen aangeven dat ze €12,50 per uur ontvangen en €2,50 aan risicomarge. Vier respondenten geven aan geen vergoeding te ontvangen en één respondent geeft aan te stoppen met de inzet van de POH-jeugd als deze geen vergoeding meer krijgt. Verder vindt één van de huisartsen dat de vergoeding

¹ Er wordt op dit moment een gesprek gevoerd ten behoeve van de verantwoordelijkheden van jeugdartsen. Het voorschrijven van medicatie is hier onderdeel van. Het zou in de toekomst mogelijk kunnen zijn dat de jeugdartsen een rol gaan spelen in de medicatiebegeleiding van de jeugdige als het gaat om ADHD.

momenteel te laag is. In totaal 7 respondenten geven aan een vergoeding te krijgen, waarvan één respondenten geen idee heeft en het ook niet geheel relevant vindt.

Algemene reacties

Daarnaast is er binnen de enquête ook ruimte geweest om nog een algemene reactie te geven ten behoeve van de inzet POH-jeugd. Waarbij respondent 1 het volgende aangeeft:

"De inzet van de POH-jeugd is een waardevolle toevoeging binnen de jeugdzorg. Op een snelle en laagdrempelige manier kan hulp geboden worden wat als preventieve zorg kan werken. Daarnaast krijgen cliënten waar nodig passende hulp bij de geschikte zorgaanbieder wat uiteindelijk kan leiden tot vermindering van kosten (respondent 1)"

Dit citaat somt een veelvoud aan eerdere reacties samen, waarbij er elders ook behoeften ontstaan tot het in dienst nemen van een POH-jeugd, maar ook het volgende citaat:

"POH-jeugd geeft overzicht vaak als tussenstap in het woud van aanbod in de jeugdzorg of soms is er geen vervolgstap nodig. In Laren is lastig dat we ook jeugd uit Eemnes hebben en daar helaas ook geen POH-jeugd beschikbaar is (respondent 3)!"

Kortom, er is door de enquête heen te lezen dat er een grotere behoefte is ontstaan rondom de inzet van de POH-jeugd, waarbij een respondent, die zelf POH-jeugd is, wel het volgende wil meegeven:

"Wanneer wij meer geschoold worden zouden we als POH J nog meer zelf kunnen oppakken. Denk aan EMDR, systemisch werken, Psycho educatie ADHD/ASS (respondent 9)"

Tot slot eindigt de analyse met het volgende citaat:

"Doe iets aan kinderen op elektrische fietsen, zorg dat kinderen meer naar sportclubs gaan; bewegen is ook goed voor de mentale gezondheid! En doe iets aan beeldschermtijden, dit is een oproep richting het sociale domein en de overheid (respondent 5)."

Dekkend netwerk POH-jeugd

In het convenant is als doelstelling opgenomen dat er in iedere huisartspraktijk een POH-jeugd actief is. In de praktijk is gebleken dat dit in Hilversum is gelukt, maar dat er niet overal gebruik van werd gemaakt. Hier is gekozen voor een dekkend netwerk, waarbij twee huisartsenpraktijken te weinig vraag hebben om hier ook een POH-jeugd in te zetten. De HBEL heeft op dit moment 100% dekking. Gooise Meren werkt nog aan een bredere dekking, omdat er nog geen volledige dekking is. Gemeente Wijdemeren heeft een jeugdconsulent bij de huisartsen in Loosdrecht, Kortenhoef, 's-Gravenland en Nederhorst. Verder zal er in de nabije toekomst ook ingezet worden op een gedragswetenschapper bij het jeugdteam ter verdere ondersteuning als POH-jeugd in deze plaatsen.

Conclusie

Dit rapport heeft een uitgebreide analyse geboden op de inzet van de POH-jeugd binnen de regio Gooi en Vechtstreek. De algemene conclusie die gesteld kan worden op basis van de verzamelde data, is dat er een grote tevredenheid is rondom de inzet van de POH-jeugd. Aan het begin van dit rapport is geconstateerd dat er moet worden geëvalueerd op basis van drie indicatoren.

De eerste indicator is: **het verminderen van het aantal onnodige verwijzingen in de zorg door o.a. het afremmen van ongewenste medicalisering**. Op basis van de data is zichtbaar gemaakt dat de inzet van de POH-jeugd bijdraagt aan het reduceren van het aantal verwijzingen richting specialistische jeugdzorg. Waarbij ongewenste medicalisering een vaag begrip is, maar aangezien de POH-jeugd geen medicamenteuze behandeling voorschrijft, kunnen we toch concluderen dat wanneer jeugdigen minder worden doorverwezen en problematiek vroegtijdig wordt opgelost, er ook minder snel een medicamenteuze behandeling aan te pas zal komen.

De tweede indicator: **gezamenlijk inzetten op gezondheid en welzijn door middel van preventie en ondersteuning, zodat zorgvragen voorkomen worden of minder zwaar worden**. Hier kan tevens op worden geconcludeerd dat het de POH-jeugd lukt. Daarbij wordt de POH-jeugd ingezet als preventief middel en is in de analyse te lezen dat het zichtbaar effectief is voor huisartsen, dat verwijzingen die

normaal gedaan worden, nu kunnen worden vervangen door een aantal sessies met de POH-jeugd. Daarbij is het belangrijk om te vermelden dat dit niet opgaat voor alle jeugdigen en specialistische jeugdhulp vaak wel nodig blijft bij specifieke hulpvragen.

De derde indicator was **het verbeteren van de samenwerking tussen medische, verpleegkundige en gemeentelijke beroepskrachten, die betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning aan kwetsbare jeugdigen**. Op basis van de data kunnen we concluderen dat dit een iteratief proces blijkt. Te zien is dat de samenwerking sterk is verbeterd en dat deze zich blijft verbeteren.²

Naast de bovenstaande indicatoren, was er ook een aantal doelstellingen, vanuit het theoretisch kader, waaronder: **het ondersteunen van de huisarts bij beslissingen over passende zorg**. We zien dat dit veelvuldig gebeurt en dat dit als prettig wordt ervaren door de huisarts, waarbij de huisarts het verwijzen uit handen durft te geven en vertrouwen heeft in de ervaring en kunde van de POH-jeugd. Daarnaast is duidelijk te lezen op basis van de tweede theoretische doelstelling **het bieden van snelle hulp bij de huisarts in korte trajecten, waarbij de professional eigen kennis en ervaring inzet**, dat hierop kan worden geconcludeerd dat dit een van de successen is bij het inzetten van de POH-jeugd. Dit geldt ook voor de laatste theoretische doelstelling, namelijk **het voorkomen van onnodige verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp**.

Concluderend kunnen we dus stellen dat het aanstellen van de POH-jeugd succesvol bijdraagt aan de doelen die zijn gesteld voorafgaande het convenant.

Aanbevelingen

Uit het rapport komt een aantal aanbevelingen voort. Men geeft aan behoefte te hebben aan een grotere beschikbaarheid van de POH-jeugd. Dit heeft enerzijds te maken met het aantal uren per POH-jeugd in de huisartsenpraktijk, anderzijds heeft dit te maken met het feit dat nog niet overal een POH-jeugd beschikbaar is. Hier moet dan wel gekeken worden naar het aantal fte dat wordt ingezet. Daarnaast zien we dat er behoefte is aan een vorm van training voor de POH-jeugd om ze nog beter in staat te stellen jeugdigen te behandelen³. Het is mogelijk om hier te kijken naar maatwerk en behoefte. Het advies is om na te denken over een gelijke vergoeding aan huisartsen in de regio en de vraag of er een vergoeding nodig is in gezamenlijkheid met huisartsen. Er wordt nu verschillend beleid gevoerd door gemeenten, waarbij sommige gemeenten helemaal geen vergoeding bieden. Tot slot kunnen sommige POH-jeugd niet zelfstandig verwijzen. Hier is wel een grote behoefte aan. Het is mogelijk om hierover in gesprek te gaan. Te zien is dat de POH-jeugd ook wordt ingezet als overbruggingszorg, waardoor zorgtrajecten na behandeling korter worden en jongeren hulp krijgen, wanneer deze bij een aanbieder niet beschikbaar is. Hierdoor is het een aanbeveling om deze overbruggingszorg ook te legitimeren.

Reflectie

Dit rapport weerspiegelt grotendeels de denkwijze van de verschillende huisartsen en gemeentelijke ambtenaren met betrekking tot de POH-jeugd. Positief hieraan is wel dat de evaluatie kritisch is ingevuld en er daardoor een betrouwbaar rapport voorligt.

² Waarbij de bijvangst is dat de samenwerking met de GOC (gezins- en opvoedcoach) ook verbetering met zich meebrengt. De POH werkt kindgericht en de GOC oudergericht. In samenwerking met elkaar kunnen zij het gezinsproces versterken waarbij de inzet van het voorveld benut wordt.

³ Het RET (Regionaal Expertise Team) is bezig met vier voorstellen rondom het opleiden en trainen van de POH-jeugd. Het gaat hier om: het hebben van een "levende sociale kaart", Regionaal bieden van begeleidde intervisie, gedragswetenschapper van het RET koppelen aan de POH-ers en vakinhoudelijke training organiseren.

Bijlage 1. Convenant

Overlegstructuur en Monitoring voortgang (dit bouwt deels voort op al langer bestaande regionale en lokale overlegstructuren)

1. Minimaal twee keer per jaar initieert de beleidsmedewerker jeugd/wmo tussen de beleidsadviseurs jeugd en Wmo en een afgevaardigde/gemandateerde van de huisartsen een overleg gericht op het maken van samenwerkings- en verwijfsafspraken; aan de hand van de onderwerpen en agenda wordt hieraan ook een bestuurlijk overleg gekoppeld tussen de wethouders, dossierhouders jeugd en de (kaderhuisarts van) RHOGO; Doel van het overleg: monitoren van lokale ontwikkelingen, uitwisselen aandachtspunten, adviseren over aanpak;
2. De uitvoeringsdienst (Jeugd) heeft vanuit de uitvoering een centraal contactpersoon voor de huisartsen in iedere gemeente. Er is op initiatief van de wijkcoördinator en contactpersoon van de gemeente 2 keer per jaar een casuïstiekbespreking tussen medewerkers van gemeentelijke uitvoering/wijkteam en de huisartsen, zodat partijen inzicht krijgen in elkaars mogelijkheden, werkwijzen en visie op zorg. Als op individueel bewonersniveau een casus vastloopt nemen contactpersoon van de gemeente en wijkcoördinator van de huisartsen met elkaar contact op om te bezien hoe dat opgelost kan worden.
3. De RHOGO ondersteunt en realiseert het onderlinge contact vanuit de wijken en monitort de samenwerkingsafspraken vanuit de huisartsen en zal aan de bel te trekken bij knelpunten;
4. Gemeenten zorgen voor een goed en inzichtelijk overzicht van het door hun ingekochte aanbod.
5. De uitvoeringsdiensten en de huisartsen zoeken contact met elkaar bij complexe problematiek om met elkaar tot goede zorgverlening te komen;
6. Gemeenten streven ernaar om samenwerkings- en verwijfsafspraken zoveel mogelijk via een vast format te doen. Daar waar lokale uitzonderingen van toepassing zijn wordt dit expliciet toegevoegd aan een overeenkomst (80-20 regel). De kerngroep zit zich in om in 2023 te komen tot een vast format voor de regio.

Bijlage 2. Afspraken met betrekking tot Verwijzing door huisartsen, jeugdartsen, en medisch specialisten.

In de Jeugdwet is het verwijfsrecht van de arts opgenomen in artikel 2.6.: Het college is er in ieder geval verantwoordelijk voor dat: (lid g) "jeugdhulp ook toegankelijk is na verwijzing door de huisarts, de medisch specialist en de jeugdarts, onverminderd de daarbij te hanteren professionele standaard als bedoeld in artikel 453 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek." Op grond van artikel 2.7.4 van de Jeugdwet krijgen huisartsen de bevoegdheid om onder voorwaarden naar alle vormen van jeugdhulp te verwijzen. Zowel de gemeente als de arts heeft het recht om een jeugdige tot 18 jaar toegang te verschaffen tot passende jeugdhulp.

De toegang tot die hulp is geregeld door de gemeente, die daarvoor hulpverlening heeft ingekocht bij zorgaanbieders. Huisartsen en POH GGZ en Jeugd kunnen verwijzen naar:

1. Basisvoorzieningen ('open' en in principe gratis voorzieningen van niet-medische aard, zoals jeugd- en jongerenwerk, opvoedondersteuning, Veilig Thuis, vertrouwenspersoon, kindertelefoon);
2. De uitvoeringsdiensten van de gemeente(n); Enkel daar waar verwacht wordt dat dit door de inwoner/patiënt niet als een extra stap wordt ervaren maar vanwege de brede insteek van de gemeente meerwaarde biedt;
3. Individuele (specialistische) voorzieningen op basis van het door de gemeente(n) gecontracteerde hulpaanbod;

Afspraken met betrekking tot organisatie en inrichting POH GGZ Jeugd

De gemeente is conform de Jeugdwet verantwoordelijk voor de preventie, hulp en zorg bij opgroeien opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen. De huisarts biedt basiszorg en heeft de rol van poortwachter. Partijen zien de afgelopen jaren dat het aantal indicaties, de omvang en uitnutting van toenemen bij de ambulante jeugd GGZ. Belangrijke verwijzers naar ambulante jeugd ggz zijn huisartsen en in mindere mate de gemeente. Huisartsen en gemeente hebben de behoefte aan een alternatief voor een deel van de geïndiceerde jeugd ggz. Om zo passende hulp te bieden en om

verwijzingen naar jeugdhulp te verminderen. Uit eerdere pilots is gebleken dat de inzet van een POH GGZ jeugd (praktijkondersteuner huisarts) een veelbelovend alternatief is.

Positie van de POH GGZ Jeugd

- De POH GGZ jeugd wordt bij voorkeur gedetacheerd bij de huisartsenpraktijken. Overwegingen hierbij zijn dat op deze manier de korte lijnen en samenwerking met huisartsen goed worden vormgegeven, inwoners vertrouwen hebben in een zorgprofessional die vanuit deze locaties werkt, en deze positionering goede mogelijkheden biedt voor zorgverlening en registratie.

- Afhankelijk van hoe de POH GGZ jeugd is ingebed, werkt de POH-er onder regie en verantwoordelijkheid van de huisarts, voor zover er werkzaamheden worden uitgevoerd in opdracht van de huisarts. De huisartsen zijn niet verantwoordelijk voor het formele werkgeverschap (zaken als vakantie en vrije dagen opnemen, ziektebegeleiding, functioneringsgesprekken, arbeidsvoorwaarden). Is de POH GGZ jeugd door de gemeente elders ingebed, bij bijvoorbeeld het team Jeugd en Gezin van de regio, dan heeft de huisarts ook geen functionele aansturing. Deze is elders belegd.

- De POH GGZ jeugd komt in dienst van de gemeente. Afhankelijk van waar de POH-er is ingebed, denk aan een wijkteam van de gemeente of het team Jeugd en Gezin van de regio wordt de POH-er gedetacheerd naar de groepspraktijken. Hiervoor is een aparte detacheringsovereenkomst overeengekomen. In deze overeenkomst is de positionering, aansturing en verantwoordelijkheden van partijen uitgewerkt.

Afbakening doelgroep

De POH-er richt zich op relatief eenvoudige hulpvragen van jeugdigen die nog niet de leeftijd van 18 jaar hebben bereikt, waarvoor geen specialistische GGZ nodig is en die door een generalistische jeugdhulpverlener te geven is. Ook kan er overbruggingszorg worden geleverd wanneer er sprake is van een wachtlijst bij de specialistische GGZ.

Afbakening functie

Voor de functie is een afbakening naar rol en inhoud relevant.

- Afbakening naar rol: de POH GGZ jeugd doet aan screening en biedt zelf kortdurende behandelingen (uitgangspunt is een intake, gevolgd door 5 tot 8 gesprekken); verwijst zo nodig door naar (lokale) ondersteuning; werkt zo nodig op casusniveau samen met gemeentelijke consultants en gemeentelijke begeleiders. De huisarts en gemeentelijke jeugdconsultanten verwijzen door naar geïndiceerde jeugdhulp, de POH GGZ jeugd kan hierbij adviseren.

- Via monitoring en evaluatie wordt de ontwikkeling van de cliëntstroom in de gaten gehouden en waar nodig op geacteerd. Denk hierbij aan bijvoorbeeld een aanzuigende werking door de lokale aanwezigheid van de POH GGZ jeugd. Dit geldt tevens voor de omvang van de functie ten opzichte van de omvang van de vraag. Zo kan een grotere behoefte tot wachtlijsten leiden of inzet van geïndiceerde ondersteuning.

Randvoorwaarden

- De groepspraktijken zijn verantwoordelijk voor de randvoorwaarden die nodig zijn voor de uitvoering van de activiteiten van de POH GGZ jeugd op de betreffende locaties van de groepspraktijk, zoals werkruimte, computer, telefoon, toegang tot en kunnen gebruiken van registratiesystemen.

- De benodigde kennisontwikkeling, bijscholing, intervisie en SKJ registratie van de POH GGZ jeugd is de verantwoordelijkheid van de gemeente. De praktijken hebben een adviserende rol.

Verantwoordelijkheden en financiële verplichtingen van partijen Groepspraktijken - Aansturing van de POH GGZ jeugd, voor zover het de activiteiten binnen de praktijk betreft.

- Randvoorwaarden beschikbaar stellen voor het uitvoeren van deze activiteiten, zoals werkruimte, computer, telefoon, toegang tot en kunnen gebruiken van registratiesystemen. - Registratie van de relevante informatie die nodig is voor monitoring en evaluatie.

Gemeente en/of organisatie waar de POH-er is ingebed

- Financiering van de POH GGZ jeugd.

- Aansturing van de POH GGZ jeugd, wat betreft het algemene functioneren.

- Kennisontwikkeling, bijscholing, intervisie en SKJ registratie POH GGZ jeugd.
- De gemeente stelt geen middelen beschikbaar voor het gebruik van werkruimte binnen de praktijk. - Wanneer de praktijk niet over een ruimte beschikt, zoekt de gemeente naar een alternatieve werkruimte. - Bij onduidelijkheden over de kosten treden partijen met elkaar in overleg.

Gezamenlijk - Uitvoeren tussentijdse evaluatie

Bijlage 2. Beleidsvoorstel evaluatie POH-jeugd

Algemeen	
Aan	
Van	Robin Goercharn
Datum	Klik hier als u een datum wilt invoeren.
Verspreiden	Nee
Kenmerk	DOC-250112991

Beslispunt

- 1) Ter kennisgeving aannemen van de evaluatie POH-jeugd.
- 2) Kennisnemen van de aanbevelingen uit het rapport evaluatie POH-jeugd.
- 3) Opdracht geven om regionaal te onderzoeken wat er mogelijk is rondom het regionaal opleiden, organiseren van intervisie en trainen van de POH-jeugd.

Kernboodschap

De inzet van de praktijk ondersteuner huisartsen-jeugd (hierna POH-jeugd) binnen de regio Gooi en Vechtstreek is geëvalueerd. Voor de evaluatie is gebruik gemaakt van een enquête. Hier hebben verschillende stakeholders op kunnen reageren, waaronder: consultants, POH-jeugd, huisartsen en managers uitvoeringsdiensten. De inzet van de POH-jeugd is volgens stakeholders zeer succesvol en de doelen voorafgaande het convenant dat regelde dat er een POH-jeugd bij huisartsen kwam, zijn behaald met de inzet. Toch zijn er aanbevelingen, namelijk lokaal een bredere fte inzet van de POH-jeugd, meer uren beschikbaar stellen van de POH-jeugd en de mogelijkheid voor de POH-jeugd om zelf door te verwijzen naar specialistische jeugdhulp. Regionaal worden er ook kansen gezien, namelijk het stroomlijnen van de vergoedingen aan huisartsen en elkaar versterken op het gebied van training en opleidingen⁴.

Aanleiding

Op 29 maart 2023 is het convenant tussen de gemeenten in de regio Gooi en Vechtstreek en het RHOGO getekend ten behoeve van de structurele inzet van de POH-jeugd bij huisartsenpraktijken in de regio. Het RHOGO is een vereniging voor de gevestigde praktiserende en geregistreerde huisartsen in het Gooi en omstreken. Inmiddels zet de regio nu twee jaar in op praktijkondersteuners jeugd en het handhaven van dit convenant. In het convenant staat dat na twee jaar een evaluatie dient plaats te vinden rondom de inzet van de POH-jeugd. Door kennis te nemen van bijgevoegd rapport, komen we afspraken, zoals gemaakt in het getekende convenant, na.

Doel

Door kennis te nemen van de evaluatie, stellen we vast dat de doelen, zoals beschreven in 2023, succesvol zijn behaald door middel van de inzet POH-jeugd. Hier volgen nogmaals de vastgestelde doelen, voorafgaande het convenant:

- Vermindering van het aantal onnodig verwijzen in de zorg door o.a. het afremmen van ongewenste medicalisering.
- Gezamenlijk inzetten op gezondheid en welzijn door middel van preventie en ondersteuning, zodat zorgvragen voorkomen worden of minder zwaar worden.
- Verbeterde samenwerking tussen medische, verpleegkundige en gemeentelijke beroepskrachten die betrokken zijn bij de zorgen ondersteuning aan kwetsbare inwoners

Argumenten

1.1. De regio komt afspraken na zoals beschreven in het convenant.

In het convenant staat beschreven dat er een evaluatie plaatsvindt rondom de inzet van de POH-jeugd. Door hiervan kennis te nemen, erkent de regio het succes van de inzet POH-jeugd.

2.1 Door aan de slag te gaan met de aanbevelingen, verbetert de regio de dienstverlening richting

⁴ Zoals eerder vermeld in het rapport, ziet het RET mogelijkheden tot het ondersteunen en faciliteren van opleidingen en trainingen aan de POH-jeugd.

jeugdigen.

De doelen zoals die worden beschreven en waarop getoetst is, laten zien dat de regio niet alleen een besparing maakt op specialistische jeugdhulp, maar ook een flink aantal doelen behaald zoals beschreven in de hervormingsagenda, namelijk snelle inzetbare (gratis) zorg dichtbij de jeugdige. Door aan de slag te gaan met de aanbevelingen, vergroot de regio de reikwijdte.

Kanttekeningen

1.1 De enquête is ingevuld door 28 respondenten.

Echter biedt het rapport een mooie afspiegeling van de werkelijkheid, gezien de spreiding van de verschillende functies die de enquête hebben ingevuld.

Financiën

Er hangen geen financiële gevolgen aan dit voorstel.

Uitvoering

Uitvoering van de uitkomsten in dit rapport, zijn deels lokaal. Voor het regionaal organiseren van trainingen en opleidingen, zullen beleidsadviseurs in gesprek gaan met het RET.

Bijlagen

1. Rapport evaluatie POH-jeugd.