Raadsbrief

Hillegom

Praktijkondersteuner Jeugd bij de huisarts (POHJ)

aan:	de raad van de gemeente Hillegom
zaaknummer:	Z-21-212323
datum collegevergadering:	12 oktober 2021
portefeuillehouder:	Jan van Rijn
behandelend ambtenaar:	Willeke van der Werf
embargo:	☐

Aanleiding
Sinds de transitie van de jeugdhulp in 2015 heeft de gemeente samen met veel organisaties gewerkt aan laagdrempelige hulp bij opvoeden en opgroeien: de transformatie. Ondanks de goed toegankelijke lichte hulp en ondersteuning bij Voor ieder 1 en het CJG, blijft de groep kinderen en jeugdigen die gebruik maakt van de specialistische jeugdhulp onverminderd hoog, en daardoor de uitgaven ook.
Wat daarbij een grote rol speelt, is dat veel ouders met zorgen over opgroeien, gedrag en opvoeden ervoor kiezen om naar de huisarts te gaan. Daardoor is de huisarts, naast de gemeentelijke toegang, een belangrijke verwijzer voor niet vrij toegankelijke specialistische jeugdhulp, en richting Jeugd-GGZ de grootste verwijzer.
De huisartsenpraktijk is dan ook een belangrijke plek om preventie in de eerste lijn vorm te geven en in te zetten op het verkleinen van het beroep op zorg in de tweede lijn. Op grond van zijn of haar medische professionaliteit en beeld van de achterliggende gezinsproblematiek bij kind- en/of opvoedproblemen kan de huisarts doorverwijzen naar alle vormen van jeugdhulp. Tegelijkertijd blijkt het voor de huisartsen niet zo makkelijk om psychosociale of psychiatrische problematiek bij jeugdigen goed te onderkennen en gericht te verwijzen naar de meest geschikte jeugdhulp. De huisartsen geven zelf aan hier onvoldoende mogelijkheden voor te hebben en onvoldoende tijd, met een consultduur van hooguit een kwartier.
Huisartsen verwijzen daardoor dan rechtstreeks naar specialistische zorg waar andere niet-specialistische hulp misschien meer op zijn plaats had kunnen zijn.

De huisartsen in Hillegom waren zich bewust van de situatie in de jeugdzorg en hun rol daarbij als verwijzer. Zij zijn daarom nauw betrokken geweest bij de opzet van de pilot Praktijkondersteuner Jeugd bij de huisarts die eind 2019 startte voor de duur van 2 jaar. In deze periode, die duurt tot 31 december 2021, houdt de POH-J 14 uur spreekuur per week. Het spreekuur vindt deels plaats bij in twee huisartsenpraktijken en bij VoorIeder1 in dienstencentrum Elsbroek.

De huisartsen geven aan dat zij, met uitzondering van overduidelijke crisissituaties, hun jeugdigen in de afgelopen periode al vooral naar de Praktijkondersteuner Jeugd verwijzen. Zij waarderen de inzet van de praktijkondersteuner en willen die situatie graag voortzetten. Ook is er begrip dat in het kader van evaluatie van de pilot ook verbetermogelijkheden en een verdere ontwikkeling van de inzet worden besproken.

Rol en beoogd effect van een POH-Jeugd GGZ
De POH Jeugd is in staat om psychische/psychosociale problematiek bij jeugdigen te signaleren, goed in kaart te brengen en kortdurend te begeleiden. De POH Jeugd heeft ruim tijd voor een uitgebreide intake en krijgt zo een gedetailleerder beeld van de hulpvraag/problematiek: soms is een verwijzing niet de juiste oplossing, maar kan met kortdurende, laagdrempelige begeleiding de jeugdige weer verder. Begeleiding die de huisarts niet kan bieden.
De inzet van de POH Jeugd kan zo bijdragen aan het inzetten van zo licht mogelijke passende hulp, aan het beter en sneller verwijzen naar de juiste hulpverlener en het terugdringen van het aantal doorverwijzingen naar specialistische hulp. De POH Jeugd werkt daarbij samen met de partners die ook betrokken zijn bij jeugdigen en gezinnen, zoals het CJG, Voor ieder 1 (JGT), jeugdhulp en onderwijs.
Met de inzet van de POH Jeugd streven we een kwaliteitsverbetering na van hulpverlening en verwijzingen (de juiste hulp op de juiste plek), maar ook een besparing op de kosten van jeugdhulp, doordat het aantal verwijzingen (door de huisarts) naar specialistische hulp afneemt.
Tenslotte bevordert de inzet van de POH Jeugd ook de samenwerking tussen huisartsen en de lokale (netwerk)partners.

De POH Jeugd als pilot
De pilot POH Jeugd in Hillegom was onderdeel van een serie pilots in de regio Holland Rijnland die in 2019 en 2020 zijn gestart, als één van de interventies van het Regionaal Transformatieplan Jeugd. Vanuit het transformatiefonds zijn daarvoor aan de deelnemende gemeenten (beperkte) middelen beschikbaar gesteld. Vanuit Holland Rijnland is aan onderzoeksbureau Rebel de opdracht verleend om 9 pilots in 7 gemeenten te monitoren, en daarbij te letten op kosten(-besparing), effecten en werkwijze van de POH Jeugd. Eind mei van dit jaar is het eindrapport van dit onderzoek opgeleverd door Rebel, het is als bijlage toegevoegd aan deze raadsbrief.

Wat zijn de bevindingen uit het onderzoeksrapport van Rebel?
In totaal zijn 9 pilots met 11 POH's Jeugd in 7 gemeenten gemonitord. Zij zijn in 2020 goed voor 531 behandeltrajecten. Van dit aantal werd 37% door de POH Jeugd doorverwezen naar specialistische jeugdhulp en in 10% van de gevallen was er sprake van overbruggingshulp vanwege een wachtlijst voor de benodigde jeugdhulp. Opgeteld werd dus 47% van de jeugdigen die werd gezien door de POH Jeugd doorverwezen. Er werd 42% zelf behandeld en in 11% was het onduidelijk/anders. Deze uitkomsten liggen in lijn met de eerdere landelijke onderzoeken. Een korte samenvatting van deze onderzoeken is als bijlage toegevoegd aan deze raadsbrief.
Uitspraken over de effectiviteit en werkwijze van de betrokken POH Jeugd heeft Rebel door de kleine steekproef niet kunnen doen. Bovendien bleek de tijdsduur van de steekproef te kort voor inzicht in kosteneffecten (veel pilots startten later).
Op basis van regionale jeugdhulpcijfers is te zien dat de vraag naar jeugdzorg in Holland Rijnland tijdens de gemonitorde periode feitelijk is gestegen: 1418 verwijzingen door de huisarts in 2018 en 1739 in 2020.
Mogelijke oorzaken voor de grotere vraag zijn Corona, een aanzuigende werking door het aanbod van de POH Jeugd en mogelijk een effect van 'stepped care': eerst inzet door de POH Jeugd en daarna alsnog doorverwijzen naar jeugdhulp, dan ontstaat een stapeling van kosten. Inzicht per gemeente hierover kon niet worden gegeven, wel blijkt ook uit het rapport dat de situaties van de betrokken POH Jeugd onderling sterk verschillen. De besparing van vermeden trajecten in totaal wordt door Rebel voorzichtig geschat tussen de €170.000,- en €205.000,- op basis van data uit 2020. De inzet van de POH Jeugd

heeft zich voor de regio samen (m.u.v. een enkele gemeente) daarmee nog niet terugverdiend.

De onderzoekers van Rebel denken dat de POH Jeugd de potentie heeft zichzelf te kunnen terugverdienen. Binnen Holland Rijnland vervangt de inzet van de POH Jeugd vooral de basisGGZ-aanvragen en in mindere mate de specialistische zorg. Ook dit is in lijn met de bevindingen uit de eerdere onderzoeken. Het deskundigheidsniveau is mede verantwoordelijk voor het succes, maar heel grote besparingen verwachten de onderzoekers niet. Een belangrijk detail is daarbij wel dat veel pilots zich in een opstartfase bevonden op het moment van onderzoek. Op dit moment gaat 70% van alle verwijzingen in de regio nog steeds rechtstreeks via de huisarts, zonder tussenkomst van de POH Jeugd, en hebben de betrokken POH's Jeugd dus hooguit invloed op 30% van alle potentiële zorgaanvragen, waarvan ongeveer de helft niet wordt doorverwezen, maar hulp krijgt van de POH-J. De onderzoekers van Rebel signaleerden de volgende kwalitatieve effecten: huisartsen, ouders en jeugdigen zijn tevreden over de inzet en geboden ondersteuning, er is een snelle inzet van hulp, korte lijnen en de normalisering die dat oplevert worden positief ervaren. En het jeugdhulpgebruik mag dan in de periode van de pilots zijn toegenomen, procentueel gezien is het aandeel verwijzingen door de huisarts iets afgenomen. Het lukt de POH Jeugd dus om bij zo'n 40% van de trajecten een verwijzing te voorkomen. Dit zijn cliënten die de huisarts wél zou hebben doorverwezen.

Conclusies van Rebel
Eind mei heeft Rebel het eindrapport gepresenteerd. Wat is de maatschappelijke meerwaarde van de POH Jeugd en is de beoogde kostenbesparing gerealiseerd?

- Een POH-J bij de huisarts biedt laagdrempelige kortdurende hulp van goede kwaliteit.
- Er wordt minder doorverwezen naar specialistische hulp. Als toch een verwijzing nodig is, dan is die gerichter: jeugdigen komen sneller bij de juiste hulpverlening uit (first time right).
- De POH-J biedt 'overbruggingshulp' bij wachtlijsten.
- De POH-J begeleidt een groep jeugdigen, die anders in de Jeugd GGZ terecht zou komen.
- De POH-J wordt gezien als een succesvolle beheersmaatregel bij lichte GGZ zorg.

Het Rebel rapport laat zien dat de inzet van de POH Jeugd in Holland Rijnland nog geen besparing heeft opgeleverd. De pilot in Hillegom is gestart op 1 september 2019, de monitoring door Rebel liep tot 1 april 2021 en er was Corona. Desondanks is de verwachting dat de POH Jeugd op den duur zichtbaar de aanvragen voor kostbare jeugdhulp kan verminderen. De inzet van de POH-J in Hillegom loopt nog door tot eind 2021. De leereffecten van deze pilot worden meegenomen bij de doorontwikkeling van de inzet van de POH-J.

De inzet van de POH-J is kansrijker als de volgende risico's worden verkleind of vermeden:

- In de pilot-periode kon de POH-J maar zo'n 30% van alle jeugdigen zien die met hun hulpvraag naar de huisarts kwamen. De andere 70% werd alsnog direct door de huisarts verwezen. Hoe meer jeugdigen de POH-J kan zien, hoe groter het aandeel kortdurende trajecten in plaats van verwijzingen naar jeugdhulp.
- Preventie en vroegsignalering kunnen ook kostenverhogend uitpakken voor gemeenten doordat aanbod ook vraag creëert (zie AEF rapport).
- De POH Jeugd is vooral succesvol bij kortdurende trajecten, die snel/direct kunnen starten. Wanneer zij jeugdigen langer behandelen dan verdwijnt dit voordeel.

- ‘Stepped care’ moet zoveel mogelijk worden voorkomen: eerst een traject bij de POH Jeugd en vervolgens alsnog verwijzing naar specialistische jeugdhulp leidt tot kostenverhoging.

Wat goed is om te weten over het onderzoek van Rebel
Het Rebel-onderzoek kent een aantal beperkingen. Ten eerste is de populatie POH’s Jeugd (N=11) eigenlijk te klein om het onderzoek te kunnen vergelijken met andere (grotere) onderzoeken en om de resultaten te kunnen generaliseren, bijvoorbeeld naar een situatie in heel Holland Rijnland als alle huisartsen mee zouden doen. Ten tweede kunnen er eigenlijk geen conclusies worden getrokken over werkwijzen en effecten van de POH-J, zoals was toegezegd. Dat komt ook omdat de verschillen tussen de pilots behoorlijk zijn en het aantal onderzochte POH-J’s te beperkt is.

Het vervolg
Uit de ervaringen met de pilots; het rapport van Rebel, gesprekken met de POH’s Jeugd en huisartsen en met de kennis uit de genoemde grotere onderzoeken kunnen we constateren dat de inzet van de POH Jeugd weliswaar nu nog geen besparing in de uitgaven op jeugdhulp heeft opgeleverd, maar wel een verbetering in kwaliteit van zorg (hoge tevredenheid, betere verwijzingen) én het lukt de POH Jeugd om zo’n 40% van de jeugdigen zelf te helpen, waardoor specialistische jeugdhulp niet nodig is. De resultaten waren anders dan vooraf gehoopt, dat is jammer, maar de evaluatie biedt aanknopingspunten om in de toekomst tot betere resultaten te komen, ook omdat de pilot nog kort liep. Redenen genoeg om de inzet van een POH Jeugd als wenselijk en kansrijk te zien, en er een vervolg aan te geven. En dat gaan we doen in pilotsfeer tot eind 2023. Met de kennis die we nu hebben weten we dat de vervolginzet dan wel een sterkere regie op de doelstellingen nodig heeft. De functie POH Jeugd moet worden doorontwikkeld, met aandacht voor de volgende punten:

- De ‘Poortwachtersfunctie’ van de POH-J moet omhoog: de POH-J zou zoveel mogelijk van de jeugdigen die zich melden bij de huisarts moeten zien.
- De POH-J heeft een duidelijker opdracht en kaders nodig: voor snellere, juiste beslissingen en een zo efficiënt mogelijk inzet van tijd en middelen.
- De POH-J moet meer tijd krijgen om het netwerk en de sociale kaart te verkennen en ermee samen te werken: voor betere en efficiëntere begeleiding aan de jeugdige en meer inzicht in normaliseren en afschalen. Met het netwerk wordt dan onder andere bedoeld: onderwijs, kinderopvang, Voor ieder 1 en CJG, jongerenwerk en andere lokale organisaties en verenigingen.
- Intervisie en kennisuitwisseling met andere POH-J’s is belangrijk en zinvol.
- De POH-J werkt bij voorkeur ín de huisartsenpraktijk: dat verbetert de samenwerking en versterkt het vertrouwen en de welwillendheid van de cliënt in de POH-J.
- De gemeentelijke regie en monitoring worden versterkt: resultaten kunnen zo goed in de gaten worden gehouden en waar nodig kunnen de kaders worden bijgesteld.

Om aan bovenstaande punten te kunnen voldoen, is voldoende inzet van de POH-J nodig. Op basis van het aantal jeugdigen in Hillegom, bijna 5000, is een inzet van 14-18 uur POH Jeugd nodig om de poortwachtersfunctie zoals boven benoemd, goed uit te kunnen oefenen (AEF: 1 tot 1,2 fte per 10.000 jeugdigen). Dat komt neer op 0,5 fte, iets meer dan de huidige inzet. Momenteel vinden gesprekken en voorbereidingen plaats om deze inzet met ingang van 2022 te kunnen realiseren. De financiële uitwerking hiervan krijgt een plaats in de gemeentelijke begroting die in november aan u wordt gepresenteerd.

Bijlagen:

1. Rapport van Rebel: De POH-GGZ Jeugd in Holland Rijnland.
2. Een overzicht van de belangrijkste uitkomsten uit andere grote onderzoeken.

De POH-GGZ Jeugd in Holland Rijnland

Onderzoek naar de maatschappelijke meerwaarde van de POH-GGZ Jeugd

ABEL

Inhoud

1. Opdracht en aanpak
2. Theoretisch kader: effectenboom
3. Startfoto
4. Input: zorgvraag en doelgroep POH-J
5. Throughput: inzet van de POH-J
6. Output: effect op verwijzingen
7. Verklarende factoren: lokale, regionale en maatschappelijke context
8. Conclusies en Aanbevelingen

BIJLAGEN

1

Opdracht en aanpak

De opdracht

Maatschappelijke business cases Transformatieplan Jeugd Holland Rijnland

MBC's Transformatieplan Jeugd

Vanaf 2019 wordt er door diverse partijen in de regio Holland Rijnland gewerkt aan het maken van maatschappelijke business cases (hierna: MBC's) voor de verschillende onderdelen van het Transformatieplan Jeugd. Rebel helpt bij het maken van deze MBC's.

Eén van de interventies betreft de inzet van een praktijkondersteuner GGZ Jeugd (hierna POH-J) bij de huisarts.

De meerwaarde van een POH-Jeugd bij de huisarts

De inzet van een POH-J kan bijdragen aan het inzetten van de meest passende hulp (first time right) na een integrale triage en het bieden van laagdrempelige jeugdhulp bij de huisarts, waarmee onnodige verwijzingen naar tweedelijns jeugdhulp worden voorkomen. Ook moet de inzet zorgen voor meer verbinding tussen de huisarts en de lokale teams. In verschillende gemeenten in Nederland is reeds gestart met de inzet van jeugdhulp bij de huisarts. In diverse rapportages – waaronder de eerste evaluatie van de Jeugdwet en het recent verschenen onderzoek 'Stelsel in Groei' naar financiële tekorten in de jeugdhulp – wordt de POH-jeugd als kansrijke en kosteneffectieve interventie aangemerkt.

Inzicht in werkwijze en effecten POH-Jeugd

Deze maatschappelijke business case beoogt inzicht te geven in de werkwijze van de POH-Jeugd; wat zijn de werkzame mechanismen en randvoorwaarden voor een succesvolle inzet van de POH-J?

Daarnaast worden de kwalitatieve en kwantitatieve effecten van de POH-J in beeld gebracht. Waar mogelijk worden deze effecten gekwantificeerd, om te bezien of de inzet van een POH-J kosteneffectief is. Uitgangspunt is dat de POH-jeugd zichzelf minimaal terugverdient en als gevolg van vermeden verwijzingen naar tweedelijns jeugdhulp op termijn zelfs een kostenbesparend effect heeft.

Op basis hiervan kunnen gemeenten en regio inrichtingskeuzes maken, sturen op de effectiviteit en beslissen over de doorontwikkeling c.q. structurele inbedding van de POH-J in het Holland Rijnlandse zorglandschap.

Een regionale business case van verschillende lokale pilots

Vanuit het Regionale tansformatiebudget is geld beschikbaar gesteld aan de Holland Rijnland gemeenten om een pilot POH-J in te richten. De wijze waarop invulling is gegeven aan de gemeentelijke pilots verschilt; zowel qua positionering van de POH-J, het aantal huisartsen(praktijken) dat meedoet en rol en taakopvatting van de POH-J.

Dit betreft een regionale MBC; de effecten van de gemeentelijke pilots zijn via een uniform* format gemonitord, en worden primair op niveau van de regio gepresenteerd. Tegelijkertijd wordt wel recht gedaan aan verschillen tussen gemeenten, door deze op enkele punten uit te lichten.

* Katwijk is eerder gestart met de POH-J en heeft een eigen monitor ingericht

Methodiek en aanpak

Regionale MBC, met oog voor lokale context

Maatschappelijke Business Case

- Een maatschappelijke business case is een manier om de huidige en toekomstige, voordelige en nadelige effecten die de leden van de maatschappij als gevolg van een project, plan, of beleidsmaatregel ondervinden, tegen elkaar af te wegen door ze (zoveel als mogelijk en zinvol) in geldtermen uit te drukken, over een bepaalde periode.
- Anders gezegd, een MBC is een verschillenanalyse. In deze MBC worden de pilotresultaten (2020) afgezet tegen het nulalternatief (wereld zonder POH-J, 2018).
- Een MBC geeft inzicht in de maatschappelijke kosten en baten. Dat inzicht is veel meer dan één cijfer, geeft duiding aan hoe deze kosten en baten ontstaan, hoe deze zich vervolgens manifesteren en hoe betrokkenen daar gezamenlijk op kunnen sturen.
- De toepassing van de MBC-methodiek is daarom veel meer dan een rekenexercitie. Door samen met betrokkenen te reflecteren, daarvan te leren en vervolgens te optimaliseren is het voor de regio en afzonderlijke gemeenten mogelijk meer regie te voeren en richting te geven aan plannen, interventies en de transformatieopgave als geheel.

Aanpak op hoofdlijnen

Dit onderzoek bestaat uit een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Op hoofdlijnen hebben we de volgende stappen uitgevoerd:

- Opstellen analysekader (effectenboom) en toets bij de betrokken beleidsambtenaren. Op deze wijze zijn de causale relaties tussen interventie en effecten geoperationaliseerd.
- Uitvoeren nulmeting: Regionale en lokale startfoto's o.b.v. regionale data TWO, waarbij 2018 als basisjaar is gebruikt.
- Inrichten monitoring: opstellen indicatorenset en monitoringsformat, werkinstructie POH-J, tussenmeting, eindmeting.
- Interviews met de POH-J's in de verschillende gemeenten.
- Lokale werksessies met POH-J's, huisartsen, beleidsambtenaren, JGT-medewerkers en andere betrokken zorgprofessionals.
- Diverse bijeenkomsten c.q. werksessies met de regionale werkgroep
- Eindmeting op basis van de monitoringsgegevens t/m maart 2021 en de regionale TWO data 2020.

Methodiek en aanpak

MBC op basis van 6 pilots

Disclaimer

Van de 8 pilots zijn uiteindelijk 6 pilots meegenomen in deze business case. Dit heeft te maken met de late startdatum van enkele pilots waardoor onvoldoende data kon worden verzameld en met het feit dat de monitoring niet overal is ingericht.

De data van 2020 dienen op een aantal punten met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. COVID heeft invloed gehad op zorgvraag en toegankelijkheid van de zorg, waardoor toe of afname van deze zorgvraag niet zondermeer toegerekend kan worden aan de inzet van de POH-J. Daarnaast zijn de data van 2020 nog niet compleet, omdat bij afronding van dit onderzoek nog niet alle facturen van 2020 binnen waren.

Een uitgebreide methodologische verantwoording en verdieping op de dataset is opgenomen in bijlage 1 en 3.

Leeswijzer

Deze rapportage is als volgt opgebouwd. Het volgende hoofdstuk beschrijft de startfoto. In hoofdstuk 4 beschrijven we het theoretisch kader van de MBC; een zogenaamde effectenboom, waarin de interventie, de mechanismen en effecten van de interventie in samenhang zijn weergeven. Daarna beschrijven we de bevindingen na 1 jaar monitoren en evalueren. We maken daarbij onderscheid naar input (omvang en aard van de zorgvraag), throughput (de inzet van de POH- en de samenwerking met andere zorgprofessionals) en de output (welke effecten zien we, specifiek in de verwijzingen naar 2e lijns jeugdhulpverlening). Vervolgens zoomen we in op relevante contextfactoren en we sluiten af met de conclusies en aanbevelingen voor de doorontwikkeling.

2

Theoretisch kader: effectenboom

Methodiek van de MBC

De inhoud van de maatschappelijke business case

Effectenboom

Een belangrijke stap in het opstellen van een MBC is het maken van een effectenboom. De effectenboom is in zekere zin het theoretisch kader waarin de interventie wordt ontleed en de causale relaties tussen interventie en maatschappelijk effect stapsgewijs in beeld wordt gebracht.

De effectenboom kent vier volgordelijke onderdelen:

1. *Interventie:* beknopte beschrijving en afbakening van de interventie, in dit geval de pilot POH-J
2. *Mechanismen:* inventarisatie van onderscheidende kenmerken van de pilot, ofwel de mechanismen die tot effecten leiden.
3. *Effecten:* inventarisatie van de kwalitatieve effecten die van de interventie uitgaan
4. *Kwantificering van effecten:* effecten die zich logischerwijs ook vertalen in een financieel effect, in een verandering in kosten of opbrengsten. Niet alle effecten lenen zich voor kwantificering, omdat zij niet onderbouwd te vertalen zijn in financiële consequenties. Denk bijvoorbeeld aan het welzijn van een jeugdige, of de belasting van de professionals.

Hierna is de effectenboom voor de interventie POH-J uitgewerkt.

Effectenboom

Interventie

Beschrijving
Inzet POH-jeugd bij de huisartsenpraktijken, al dan niet aangevuld met extra uren voor het JGT

Doelgroep
Alle jeugdigen die met een jeugdhulpvraag (in de breedste zin) bij de huisarts komen

Bereik
Alle praktijken in Katwijk Lisse en Oegstgeest.
Hillegom (87,5%), Teylingen (50%), Noordwijk (37,5%), Leiden (5%)

Mechanismen

- Integrale vraagverheldering
- Screening (triage) & diagnostiek
- Inzet preventieve jeugdhulp
- Inzet overbruggingshulp
- Korte lijnen met het voorliggend veld
- Directe inzet kortdurende Jeugdhulp door POH jeugd
- Vinger aan de pols

Kwalitatieve effecten

- Matched care: direct juiste hulp
- Dichter in leefomgeving jeugdige
- Betere samenwerking HA en JGT
- Aanzuigende werking
- Sneller hulp
- Normaliserend
- Sneller afschalen

Kwantitatieve effecten

- Kosten inzet POH
- Kosten extra inzet JGT
- Hogere zorgvraag
- Minder opschaling naar specialistische zorg
- Minder stapeling
- Minder escalatie van problematiek
- Minder recidive
- Korter traject

Toelichting effectenboom

Interventie, mechanismen, effecten

De interventie

In de eerste kolom is de interventie beschreven. Deze ziet op de inzet van een POH-J; een jeugdhulpprofessional bij de huisartsenpraktijk. Het profiel van de POH-J kan per gemeente verschillen. Daarnaast zien we verschillen in positionering en situering van de POH-J. De POH-J kan in dienst zijn van het JGT, maar ook direct onder de zorgroep of huisartsenpraktijk vallen. De POH-J werkt soms op locatie van de huisartsenpraktijk, maar kan ook werken vanuit een school, CJG, jeugdgezondheidscentrum of anderszins.

In principe werkt de POH-J voor alle jeugdigen die met een jeugdhulpvraag (in de breedste zin) bij de huisarts komen. Ook hier kan het bereik per gemeente verschillen; afhankelijk van het aantal aangesloten praktijken bij de pilot en van de keuzes die huisartsen maken in de verwijzing van jeugdigen naar de POH-J.

Van mechanismen naar effecten

De POH-J wordt verondersteld aan integrale vraagverheldering te doen en heeft hiervoor ook meer tijd dan de huisarts. Soms voert de POH-J ook zelfstandig licht diagnostisch onderzoek uit. Hierdoor kan de meest passende zorg worden ingezet. Dit kan ingeval van gezinsproblematiek betekenen dat wordt verwezen naar het JGT, ingeval van complexe problematiek of specialistische diagnostiek wordt verwezen naar de jeugd GGZ, maar het kan ook betekenen dat de POH-J zelf een kortdurend ondersteuningstraject inzet of dat ouders en de jeugdige na één gesprek zelfstandig verder kunnen, al dan niet met inzet van het voorliggend veld. Daarmee verandert het dominante verwijspatroon van huisarts naar jeugd GGZ.

Daarnaast heeft de POH-J korte lijnen met het voorliggend veld, al dan niet omdat de POH-J op verschillende locaties in het voorliggend veld werkt en soms zowel werkzaam is als POH-J en JGT'er. Hierdoor vervult de POH-J een brugfunctie tussen de huisarts en het JGT, wat de samenwerking ten goede komt.

De POH-J is door haar positionering bij de huisarts laagdrempelig en kan vaak direct (< 2 weken) ondersteuning bieden. Tegelijkertijd kan hier een aanzuigende werking vanuit gaan, omdat gezinnen die voorheen niet bij de jeugdhulpverlening aanklopten, nu wel de stap naar hulp zetten. Ook het bieden van overbruggingshulp als gevolg van vaak lange wachttijden bij de J-GGZ, leidt tot extra inzet van hulp. Anderzijds heeft het snel inzetten van ondersteuning mogelijk een de-escalerend effect wat zich vertaalt in minder crisisinzet en acute hulpvragen.

Tot slot biedt de POH-J een 'vinger aan de pols'-functie. De POH-J kan nazorg bieden; na een ondersteuningstraject door de POH-J zelf, maar bijvoorbeeld ook na een intensief specialistisch tweedelijns zorgtraject. Omdat jeugdigen vaak langjarig patiënt zijn bij dezelfde huisarts kan terugkerende problematiek snel gesignaleerd worden, waardoor de kans op terugval wordt verkleind. Dit is echter een langetermijneffect, dat niet binnen de looptijd van deze monitoring in beeld kan worden gebracht.

Bevindingen

Input, throughput en output

Hiervoor is het theoretisch kader van deze MBC toegelicht. Hierna volgt de analyse van de pilots. Te beginnen met de **startfoto**. De startfoto beschrijft de inrichting van de pilots in de verschillende gemeenten en de nulmeting op basis van de regionale TWO data 2018. Daarna volgen de bevindingen van de pilot op basis van de monitoring door de POH-J's, aangevuld met informatie uit de interviews met POH-J's en groepsinterviews met het lokale zorgveld, en een analyse van de regionale TWO data 2020.

Deze analyse is als volgt opgebouwd:

1. **Input:** omvang en aard van de zorgvraag. Hoeveel jeugdigen komen er bij de POH-J, wat zijn relevante kenmerken van deze groep en met welke zorgvraag komen ze bij de POH-J.

2. **Throughput:** ziet toe op de inzet en werkwijze van de POH. En op de samenwerking met de huisarts, het JGT en andere zorgprofessionals. In de effectenboom is dit aangeduid als 'mechanismen'.
   Met aandacht voor 'wat werkt' en onder welke voorwaarden of omstandigheden het werkt.

3. **Output:** welke effecten zien we? We gaan eerst in op de kwantitatieve effecten: ontwikkeling van de omvang van de zorgvraag, de verwijzingen naar 2e lijns jeugdhulp en de daarmee vanuit het perspectief van de jeugdige de zorgprofessionals.

Onderdeel 1 en 2 primair gebaseerd op de analyses van de monitoring; alle POH-J's hebben een uniform monitoringsformat bijgehouden van alle cases die bij hen terecht zijn gekomen. In totaal betreft het 755 cases. Aangevuld met informatie opgehaald in interviews met POH-J's en groepsgesprekken met lokale zorgprofessionals waaronder huisartsen en JGT medewerkers.

Onderdeel 3 is gebaseerd op een verschillenanalyse van de TWO data 2018 – 2020, aangevuld met de monitoringsgegevens.

3

Startfoto

Inrichting pilots

Scope en lokale variëteit

Scope regionale MBC

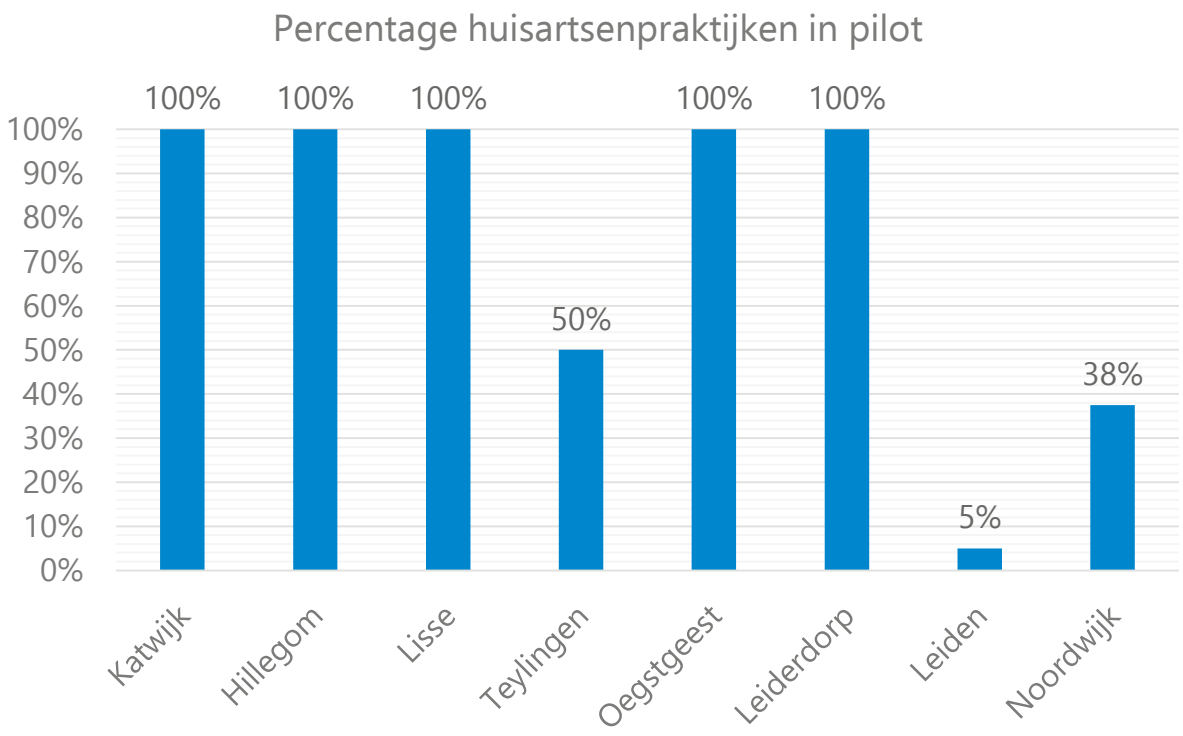
Er zijn pilots ingericht in 9 gemeenten in de regio Holland Rijnland. De scope van deze MBC heeft betrekking op 7 gemeenten, te weten: Katwijk, Hillegom, Lisse, Teylingen, Oegstgeest, Leiden, en Noordwijk. *

Leiderdorp en Zoeterwoude zijn niet opgenomen. Dat heeft te maken met de startdatum van de POH-J; ingeval deze pas laat in jaar 2020 is gestart is het niet mogelijk een goede vergelijking te maken tussen een jaar zonder POH-J (2018) en een jaar met POH-J (2020).

Daarnaast is niet in alle pilots op uniforme en structurele wijze data verzameld aan de hand van het monitoringsformat, waardoor deze pilots niet of slechts beperkt geïncludeerd kunnen worden in de regionale MBC.

Lokale verschillen

De pilots zijn op verschillende wijzen ingericht. De achtergrond van de POH-J, positionering, capaciteit, en het aantal huisartsenpraktijken dat meedoet met de pilot variëren. In deze startfoto worden de belangrijkste elementen per gemeente beschreven.



* In Teylingen doen de dorpskernen Warmond en Voorhout mee, Sassenheim niet.

In Leiden doen 2 huisartspraktijken mee met de pilot. Volgens de zorgkaart Nederland zijn er 39 huisartspraktijken in Leiden, waardoor het percentage deelnemende huisartspraktijken neerkomt op 5%.

In Noordwijk doen de praktijken in Noordwijkerhout en Noordwijk Zee mee.

Kenmerken pilots

Kosten, aantal professionals en capaciteit

Gemeente	Kosten pilot per jaar	Bijzonderheden	Aantal POH-J's	Aantal uren per week	Dienstverband/werkgeverschap
Katwijk	€179.200,-	In Katwijk worden de kosten voor de POH-J deels betaald door de zorggroep.	2 POH-J's	50 uur (1.4 FTE)	Zorggroep Katwijk
Hillegom	€38.948,-		Gestart met 2, nu 1 POH-J	14 uur	JGT via detachering Suppohrt
Lisse	Kostenneutraal	Kostenneutraal doordat de uren zijn weggehaald bij het JGT.	1	4 uur	JGT via moederorganisatie Curium
Teylingen	€ 46.203,-		2	12 uur (Warmond 4, Voorhout 8)	Zorggroep Voorhout
Oegstgeest	€100.00,-		1	32 uur	JGT Detachering via de zorgfabriek
Leiden	€ 40.167	Twee uur per praktijk betaald vanuit Coöperatie JGT en twee uur per praktijk betaald door gemeente. Kosten POH GGZ in één van de praktijken eveneens gefinancierd door gemeenten.	2 per praktijk 1 POH GGZ J	8 uur voor 2 POH-J's POH GGZ J heeft 6 uur extra	JGT, via moederorganisatie Kwadraad of Cardea
Noordwijk	€69.536,-		2	2020: 10 uur POH-J + 16 uur JGT 2021: 18 uur POH-J + 10 uur JGT	JGT

Profiel POH-Jeugd

Opleidingsniveau en ervaring

Gemeente	Professional 1	Professional 2
Katwijk	Orthopedagoog (WO)	Psycholoog (WO)
Hillegom	Opleiding tot psycholoog en integratief kindertherapeut (WO) Ervaring: eigen praktijk voor kindertherapie.	Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH)/ met aanvullend meerdere post HBO opleidingen.
Lisse	Opleiding in kinder- en jeugdpsychiatrie (HBO). Ervaring: kinder- en jeugd-GGZ en JGT. Specialisatie: ADHD, persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen.	
Teylingen	Opleiding tot sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Ervaring: kinderpsychiatrie en POH-GGZ voor volwassenen.	Opleiding tot POH-GGZ. Ervaring: cognitieve gedragstherapie, en POH-GGZ volwassenen.
Oegstgeest	Ontwikkelingspsycholoog met ervaring als POH-J in een andere gemeente (WO).	
Leiden	Veel jeugdzorgervaring (HBO)	
Noordwijk	Psycholoog (WO)	Psycholoog (WO)

* In een aantal gemeenten is er sprake geweest van personele wisselingen tijdens de pilot. In dat geval hebben we de informatie over de achtergrond van de professionals uit de werksessie met Rebel en de gemeenten gebruikt.

Fysieke positionering POH-Jeugd

Drie varianten

POH'er zit bij de huisartsenpraktijk

- **Lisse:** In een medisch centrum
- **Warmond (Teylingen):** Bij de huisartspraktijk
- **Katwijk**: Bij de zorggroep
- **Leiden**: Bij iedere huisartspraktijk een dagdeel

POH'er zit bij het JGT/CJG

- **Voorhout (Teylingen):** Bij het CJG

POH'er zit zowel bij huisarts als bij JGT/CJG

- **Noordwijk:** Deels bij 3 huisartsen, deels bij JGT.
- **Hillegom:** 80% verdeeld over de praktijken, namens 1 praktijk in CJG
- **Oegstgeest:** grotendeels bij huisartsen, deels ook bij JGT

Positionering naast POH-GGZ

In 2 deelnemende gemeenten (Katwijk en in 1 praktijk in Leiden) is er naast de POH-J ook een POH-GGZ van de betrokken huisartsenpraktijk onderdeel van de pilot.

In beide gemeenten werken deze nauw samen en bieden beiden ondersteuning aan de jeugdigen.

Ondanks dat deze POH-GGZ officieel geen POH-J is, is in deze MBC zowel casuïstiek van de POH-GGZ als van de POH-J opgenomen.

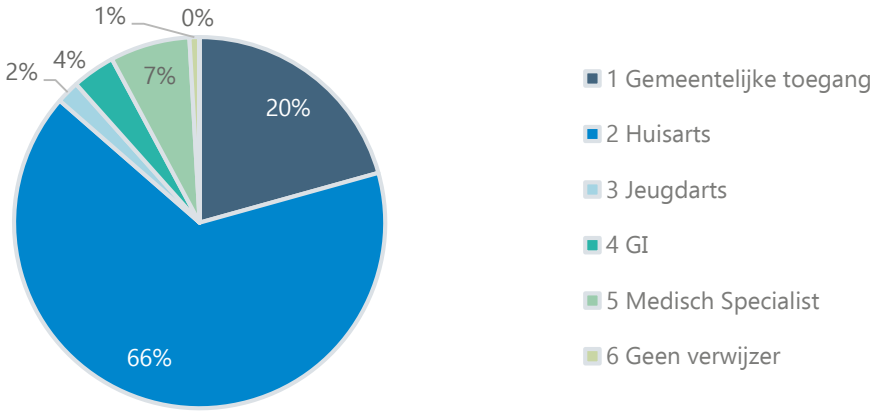
Huisartsverwijzingen 2018

Verwijzingen en daarmee samenhangende kosten

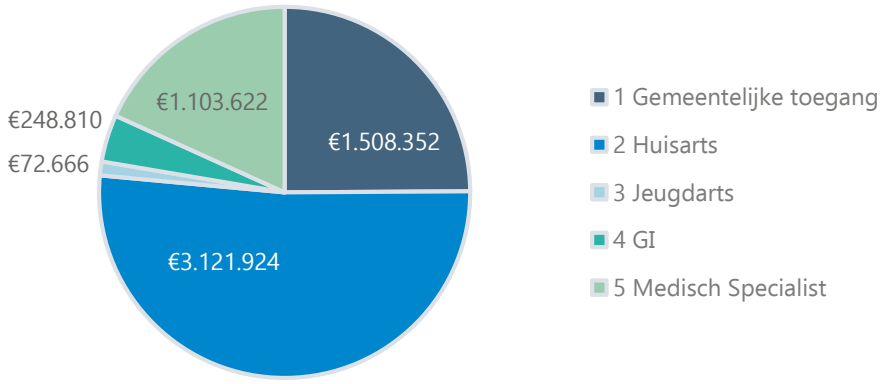
- De inzet van een POH-J bij de huisarts beoogt onder andere het aantal verwijzingen naar tweedelijns jeugdhulp te beperken c.q. beïnvloeden. Om een goede vergelijking te kunnen maken tussen de 'wereld zonder POH-J' en 'met POH-J', is een nulmeting uitgevoerd. 2018 is hiervoor als basisjaar genomen.
- In deze MBC wordt specifiek gekeken naar verwijzingen naar de Jeugd-GGZ en een deel van de Jeugd- en Opvoedingshulp (zie bijlage 2 voor een specificering van deze zorgvormen).
- Binnen de scope van de pilot (zie bijlage 3) was de huisarts in 2018 in 66% van de verwijzingen naar deze typen jeugdhulp de verwijzer. * In absolute aantallen betreft het 1418 verwijzingen door de huisarts. Andere verwijzers zijn de gemeentelijke toegang (wijkteams, JGT's, etc.), de jeugdarts, gecertificeerde instellingen (GI's) en medisch specialisten.
- De totale kosten van de tweedelijns zorgtrajecten die voortvloeiden uit deze 1418 verwijzen waren € 3.121.924.-. Dat betreft 51% van de totale zorgkosten (binnen deze scope) die € 6.117.008.- bedroegen.
- Jeugd-GGZ en J&O trajecten die volgen op een huisartsverwijzing, zijn gemiddeld goedkoper dan trajecten die voortvloeien uit andere verwijslijnen. Dit komt doordat de huisarts relatief vaak naar de BGGZ verwijst, waar andere aanbieders vaker naar SGGZ, HSGGZ of J&O trajecten verwijzen.

* De deelnemende huisartspraktijken in Leiden zijn hierin niet opgenomen, omdat deze niet uit de data konden worden gefilterd. Zie hiervoor bijlage 3

Verwijzingen door huisarts t.o.v. andere verwijzers in 2018



Zorgkosten o.b.v. verwijzer (indien bekend) in 2018



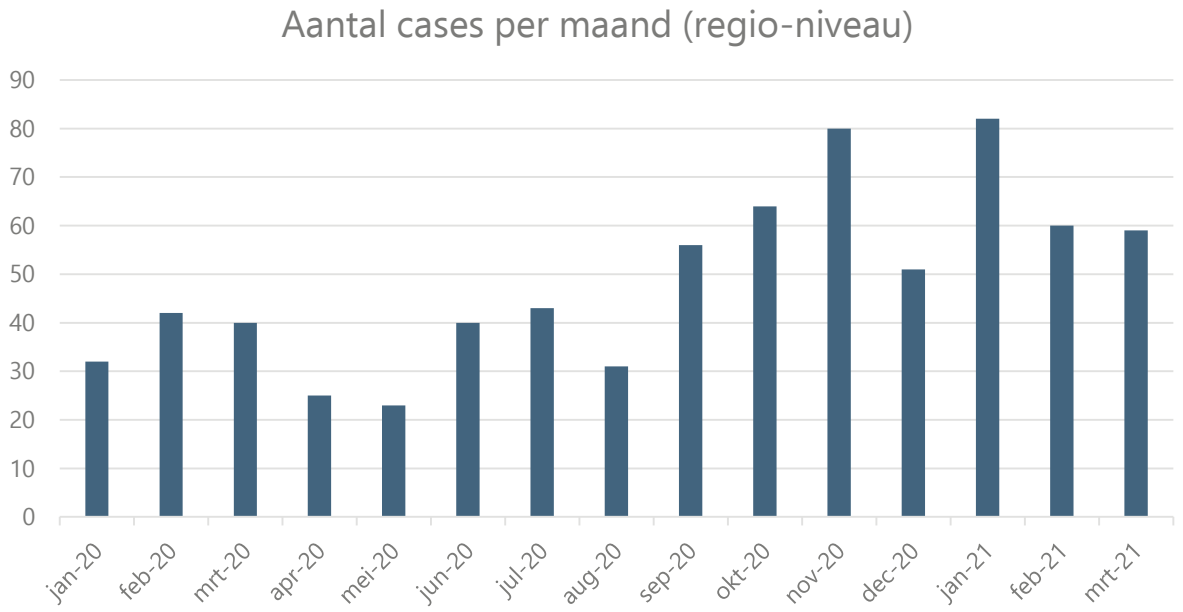
4

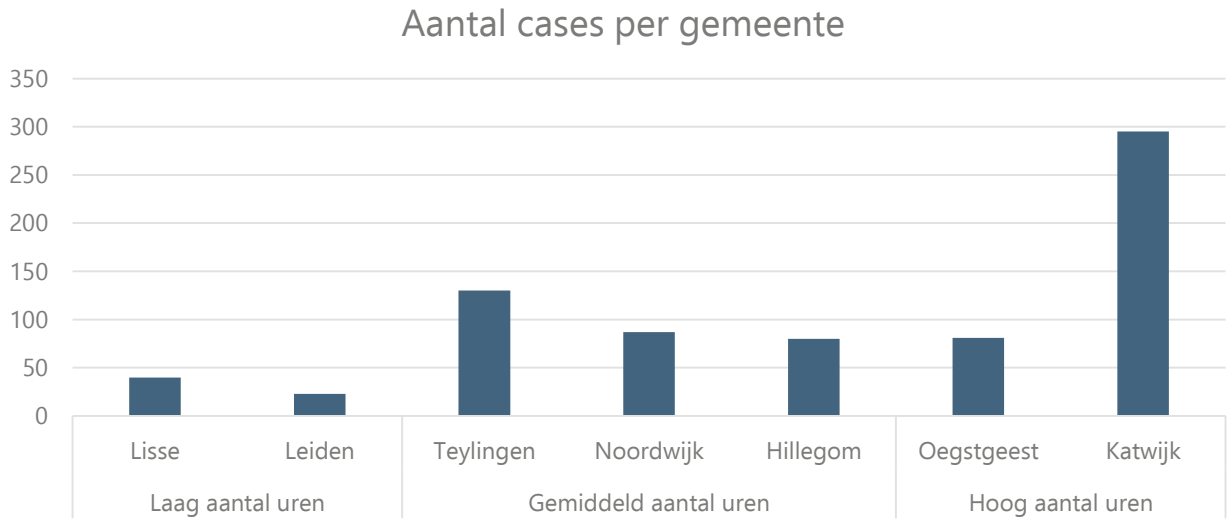
INPUT
Zorgvraag & doelgroep POH-J

Omvang zorgvraag

Aantal cliënten bij de POH-J

- In de periode 2020 t/m eerste kwartaal 2021 hebben de POH-J's ten minste 755 cliënten gezien (het daadwerkelijk aantal ligt waarschijnlijk hoger; zie pagina 12 over verzameling data).
- Naarmate de duur van de pilots vordert, zien we een toenemende caseload. In de gesprekken met POH-J's wordt aangegeven dat dit komt door de opstarttijd als nieuwe professional.
- Doordat de gemeenten op verschillende momenten zijn gestart, verschilt het ingroeipad in de tijd. Ook is er tijdens de eerste lockdown een dip te zien in het aantal cases en na de eerste coronagolf een duidelijke toename.
- In het laatste halfjaar (oktober 2020 – maart 2021) zien we een verband tussen het aantal uren inzet van de POH-J's in de gemeenten en het aantal cases dat is behandeld. Gemeenten met een beperkt aantal uren POH-J behandelen minder cases dan gemeenten waar meer uren POH-J beschikbaar zijn.
- We maken onderscheid tussen gemeenten met een laag aantal POH-J uren (minder dan 10 uur per week in de gemeente) gemiddeld aantal POH-J uren (tussen de 10 en 20 uur per week) en hoog aantal POH-J uren (meer dan 30 uur per week)
- Daarnaast telt de factor starttijd ook mee bij het totaal aantal cases over 2020. Zo is de gemeente Katwijk al in 2019 begonnen, en was daar dus binnen de looptijd van de monitoring geen sprake meer van een ingroeipad.

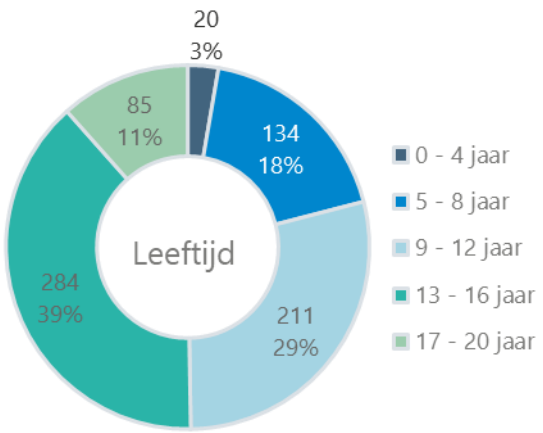


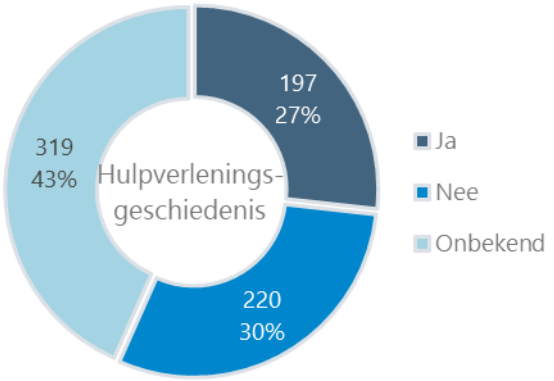


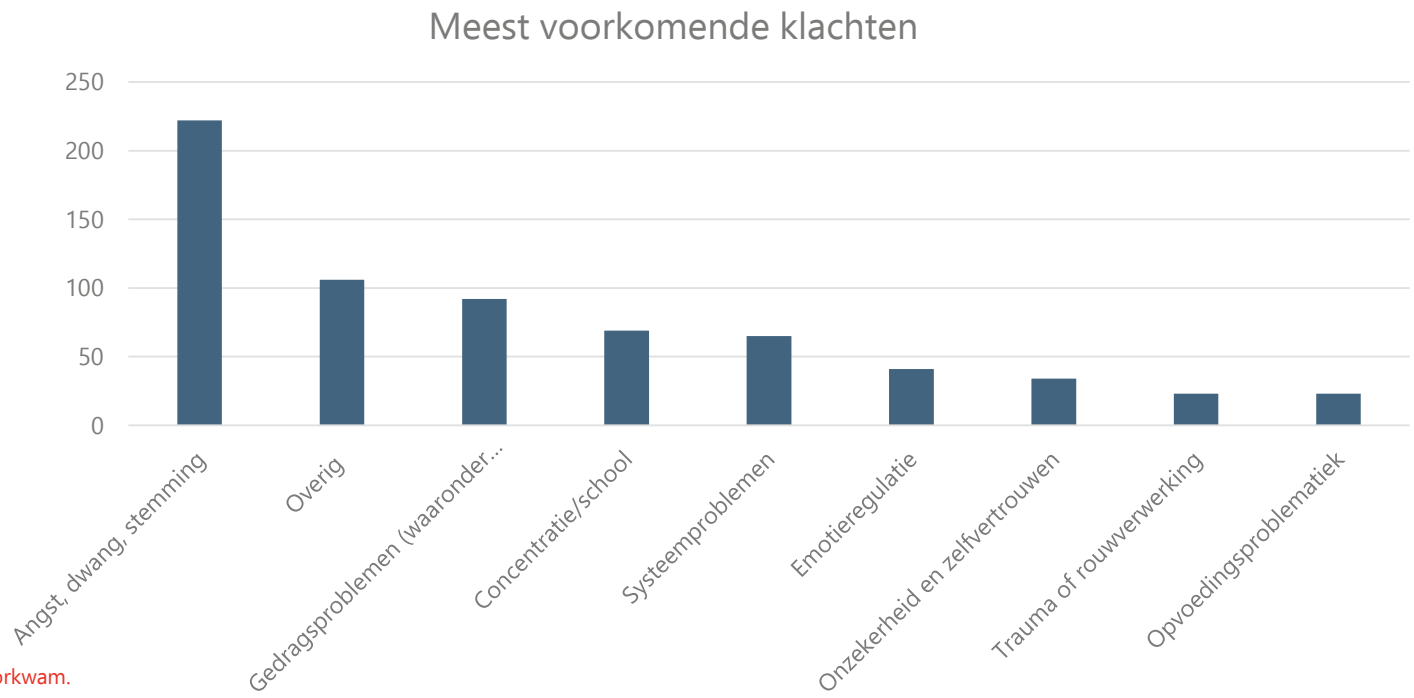
Aard van de zorgvraag

Type cliënten

- De cliënten van de POH-J's zijn vaak tieners, en iets vaker zijn het meisjes (412) dan jongens (323).
- In ruim de helft van de cases is informatie bekend over de hulpverleningsgeschiedenis. Circa de helft van die groep jeugdigen heeft een hulpverleningsgeschiedenis. Bij het overgrote deel (123) ging dit om dezelfde problematiek als waar het kind op dat moment mee naar de POH-J is gekomen.
- Soms is sprake van problematiek bij gezinsleden of andere problematiek bij het kind. Een enkele keer wordt aangegeven dat er op dit moment al hulpverlening wordt ingezet.
- De cliënten van de POH-J hebben veel verschillende klachten. Wel is er één categorie die veruit het meest voorkomt: angst, dwang of stemming. Dat is vergelijkbaar met het onderzoek van Accare, Molendrift en Karakter (2019) waarin 2439 cases zijn geanalyseerd. Het merendeel van de klachten had betrekking op emotionele problemen waaronder angst stemming- en verwerkingsproblemen en gedragsproblematiek.







* De categorie overig is heel groot doordat deze in de Katwijkse monitoring vaak voorkwam.

5

THROUGHPUT
inzet van de POH-J

Inzet POH-J

Takenpakket POH-J en zwaartepunt van de inzet

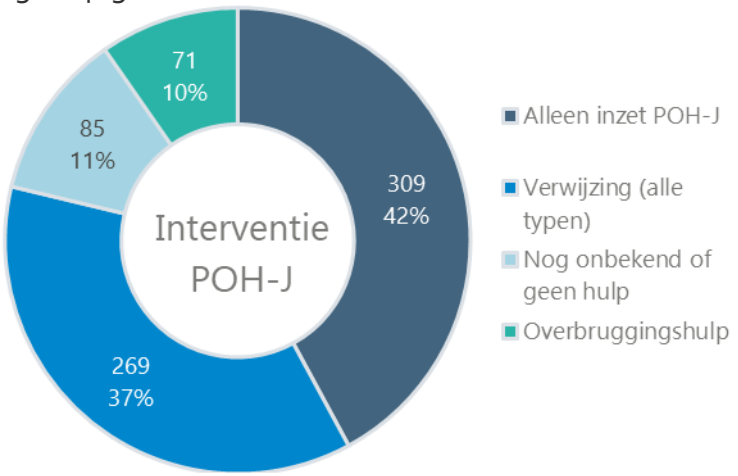
Takenpakket POH-J

Bij de start van de pilots is in geen van de gemeenten en vastomlijnd takenpakket meegegeven aan de POH-J. Een van de doelen van de pilot is om werkende weg te ontdekken waar en hoe de POH-J de meeste waarde kan toevoegen aan het reeds bestaande zorglandschap. Overall wordt het volgende spectrum aan taken omschreven:

- Integrale vraagverheldering en diagnostiek
- Inzet van overbruggingshulp
- Zelfstandig begeleiden en/of behandelen van problematiek
- Verwijzen; waarbij de veronderstelling is dat de POH-J als gevolg van de integrale vraagverheldering anders c.q. breder verwijst dan de huisarts (zwaartepunt J-GGZ).
- Normaliseren; verwijzen naar preventieve hulp, dan wel jeugdige en ouders met 1 gesprek zelfstandig op weg helpen zonder dat aanvullende hulp nodig is.

Zwaartepunt van de inzet ligt op begeleiding en behandeling door de POH-J

Het type inzet fluctueert over de maanden, maar laat vanaf medio 2020 een vrij gelijkmatig beeld zien waar het de eigenstandige inzet van de POH-J betreft. Vanaf dat moment ligt dit op zo'n 50%. Over de gehele monitoringsperiode bezien behandelt de POH-J 42% van de cases zelf. Dit kan per POH-J sterk verschillen, van maximaal 84% tot minimaal 13% van de cliënten die zelf is behandeld (waarbij het grootste deel van de POH-J's wel rond de 40% zit). Gemiddeld wordt 37% van alle jeugdigen alsnog doorverwezen. In 10% van de cases wordt overbruggingshulp geboden en is te verwachten dat hier een tweedelijns zorgtraject op volgt. Deze percentages liggen lager dan het onderzoek van Accare et al. op basis van 2439 POH-J cases. Hierin werd 47% doorverwezen en in 12% van de cases overbruggingshulp geboden.



Inzet POH-J

Takenpakket

Naar een meer afgebakend takenpakket

In geen van de deelnemende gemeenten heeft de POH-J bij aanvang een duidelijke opdracht meegekregen. POH-J's geven aan nog zoekend te zijn in hun rol en takenpakket, al wordt dat met de tijd wel scherper. Wat doe je zelf, wanneer verwijs je door? En hoe lang begeleid je zelf, zijn vragen die bij deze afbakening horen.

In de interviews wordt hierover het volgende opgemerkt:

- Bij de start had de POH-J de neiging om veel zelf op te pakken; soms ook wel te veel op stoel van het CJG gaan zitten en preventieve jeugdhulp uitvoeren.
- Lichte diagnostiek (angst, stemming) doe ik soms zelf, maar bij het vermoeden van psychiatrie volgt altijd een verwijzing voor diagnostiek door S-GGZ.
- Ik verwijs naar de naar B-GGZ als er geen beweging in komt na een aantal gesprekken maar de problematiek niet heel ernstig is. Naar S-GGZ bij dreiging suïcidaliteit, ernstige depressie, vermoeden persoonlijkheidsproblematiek. Naar het JGT bij complexe multi-problematiek. zorgen over veiligheid, vechtscheiding.

Het is afhankelijk van de deskundigheid en expertise van de POH wat ze zelf doen en welke werkwijze ze daarin hanteren.

Over het algemeen wordt door alle POH-J's benoemd dat langer durende en/of specialistische en/of een hele specifieke therapie en/of psychiatrisch onderzoek een reden is om door te verwijzen.

In Katwijk is een format voor een beknopt behandelplan met concrete doelen opgesteld, evenals een functieprofiel voor de POH-J. Dit wordt door de professionals zelf als prettig ervaren, omdat het concrete kaders biedt om je rol goed in te vullen en tegelijkertijd nog voldoende vrijheid geeft om per casus te doen wat nodig is.

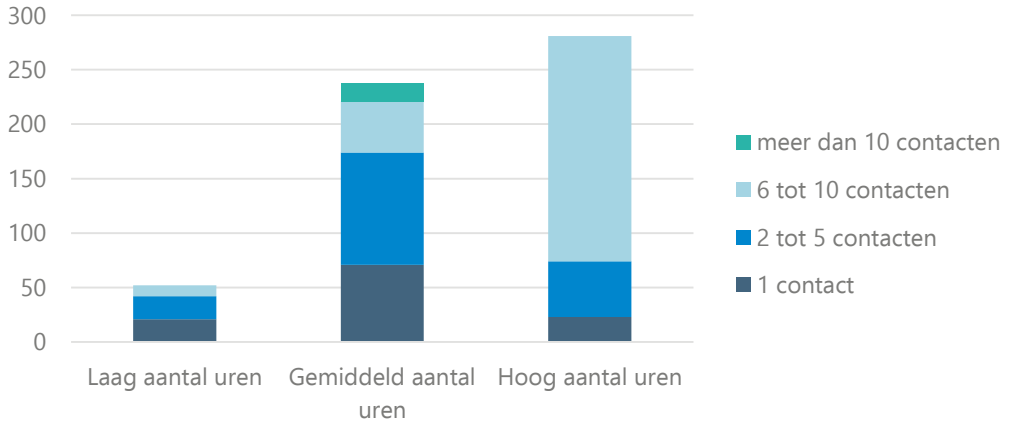
Inhoudelijke uitwisseling met collega POH-J's over de taakopvatting van de POH-J, mede in relatie tot het JGT en tweedelijnshulpverlening zou ons inziens helpend zijn.

Inzet POH-J

Samenhang beschikbare capaciteit en intensiteit van de inzet

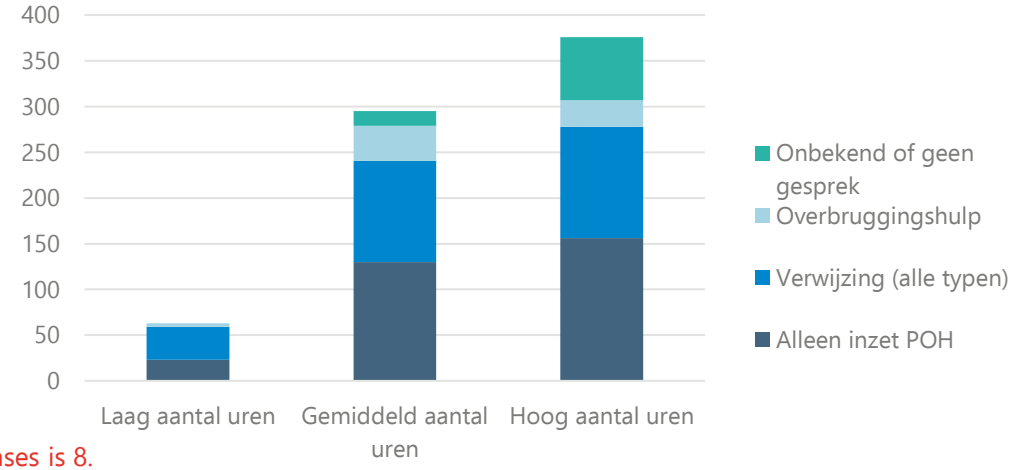
- In de gemeenten met veel uren POH-J, zien we dat ook relatief meer intensieve trajecten worden ingezet. Onderstaande grafiek laat het aantal trajecten zien waar de POH-J zelf ondersteuning/behandeling heeft geboden, verdeeld naar het aantal contactmomenten per casus. Wat opvalt is dat in gemeenten met veel uren POH-J, de POH-J in 73%* van de cases die ze zelf behandelt 6 tot 10 contactmomenten heeft, t.o.v. 19% in gemeenten waar het aantal uren POH-J inzet beperkt is.
- In de interviews geven de POH-J's aan dat een contactmoment gemiddeld 45 minuten duurt en dat ze met 6 cliënten per dag 'vol' zitten.

Aantal contactmomenten per casus afgezet tegen aantal 'gecontracteerde' POH-J uren



- De POH-J kan naast zelf ondersteuning bieden ook doorverwijzen of na 1 contactmoment constateren dat er geen sprake is van een jeugdhulpvraag. Wanneer we het aantal uren POH-J inzet per week, afzetten tegen het totale palet aan in te zetten interventies, zien we geen sterk verband tussen meer beschikbare uren POH-J en het inzetten van een zelfstandig POH-J zorgtraject. Ingeval veel uren POH-J beschikbaar zijn lijkt de POH-J iets vaker zelf kortdurende behandeling of begeleiding te bieden. ** Dit zou er op kunnen wijzen dat de keuze van de POH-J welke inzet zij pleegt, niet alleen afhangt van de zorgvraag van de client, maar ook samenhangt met de beschikbare capaciteit.

Interventie per casus afgezet tegen aantal 'gecontracteerde' POH-J uren

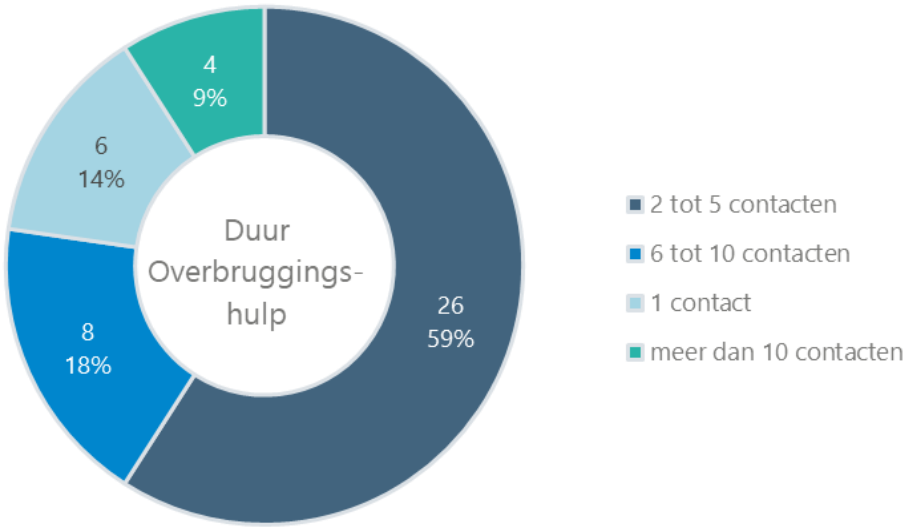


* De exacte verdeling in Katwijk is onbekend, het gemiddeld aantal contactmomenten bij afgeronde cases is 8.
** Het aantal onbekende trajecten wordt verklaard door een groot aantal nog lopende trajecten in Katwijk.

Inzet POH-J

Inzet van overbruggingshulp

- De POH-J kan ook overbruggingshulp bieden ingeval er sprake is van een (lange) wachttijd voor een bepaalde vorm van tweedelijns jeugdhulp.
- In de gehele monitoringsperiode is 71 keer overbruggingshulp ingezet door de POH-J. dit betreft circa 10% van alle casuïstiek.
- Vaak wordt een beperkt aantal contacten ingezet als overbruggingshulp. In 73% van de gevallen gaat het om minder dan 5 contactmomenten.
- Overbruggingshulp wordt door het hele jaar heen ingezet. In het eerste kwartaal van 2020 gaat het om een hoger percentage van de totale caseload dan de rest van het jaar. Wel loopt het percentage begin 2021 weer op. Mogelijk is hier tevens sprake van een corona-effect.
- De lange wachttijden in de jeugd-ggz en het bereiken van budgetplafonds worden door de POH-J's zelf genoemd als belangrijkste reden voor de inzet van overbruggingshulp. Hierdoor komen meer S-GGZ vraagstukken bij de POH-J terecht. De POH-J kan hier wel iets in betekenen qua opstart en overbrugging, maar een dergelijk specialistisch traject nooit helemaal vervangen.

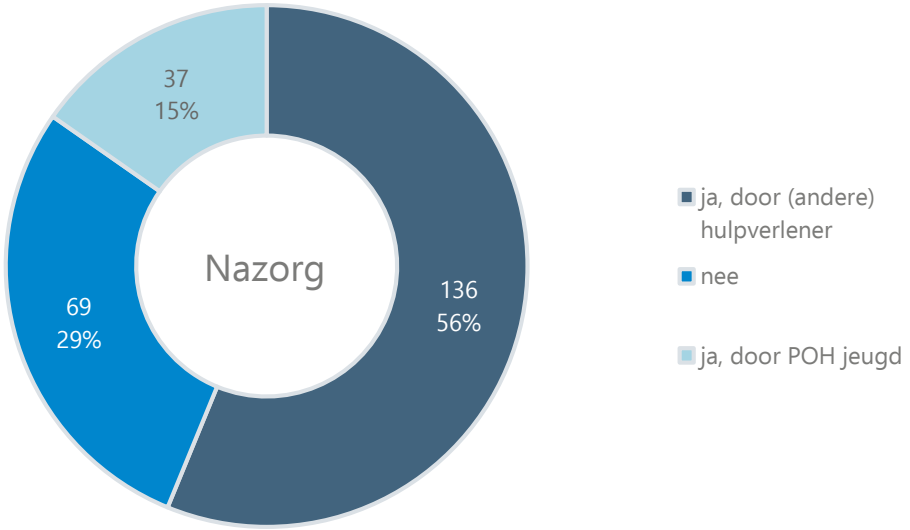


Grafieken exclusief data uit Katwijk

Inzet POH

Inzet van nazorg

- In de monitoring is slechts in 1/3e van de gevallen aangegeven of er sprake is geweest van nazorg na de betrokkenheid van de POH-J (243 keer). Deels komt dit omdat dit in de monitoring van Katwijk niet wordt bijgehouden.
- In ruim de helft van de gevallen gaat het om nazorg door een andere hulpverlener (136). Dat betreft dan vrijwel altijd nazorg als afsluiting van een jeugdhulptraject na verwijzing door de POH-J, en niet door de POH-J zelf.
- Er werd 37 keer door de POH-J zelf nazorg geboden. Dit betrof casuïstiek van meerdere POH-J's, uit 5 verschillende gemeenten.
- In de werksessies gaf 1 POH-J aan standaard nazorg te bieden: door een appje of telefoontje na een aantal maanden. Andere POH-J's gaven juist aan dat ze dit aan de huisarts overlieten, omdat die het gezin later weer op spreekuur zou krijgen en vaak meerjarig bij een jeugdige c.q. gezin betrokken is.
- Goede samenwerking en korte lijnen tussen de POH-J en de huisarts maakt dat beter vinger aan de pols kan worden gehouden. De huisarts ziet in het dossier wanneer de POH-J afsluit of doorverwijst. Als een van de ouders later bij de huisarts op spreekuur komt, kan deze laagdrempelig informeren hoe het met de jeugdige gaat.



Samenwerking met de huisarts

Doorzetten casuïstiek, fysieke aanwezigheid en gezamenlijk informatiesysteem

- Overall is de werkwijze dat een casus eerst langs de huisarts gaat en de huisarts vervolgens doorzet naar de POH-J. De huisarts kent het kind en gezin vaak al langere tijd en kan op basis van die historie een inschatting maken wanneer het wenselijk is om door te verwijzen naar de POH-J.
- Uit de interviews en werksessies komen twee primaire redenen naar voren voor de huisarts om door te zetten naar de POH-J:
  - Vraagverheldering ingeval niet duidelijk is wat de hulpvraag is en wat er precies nodig is.
  - Wanneer er duidelijk sprake is van een gezins-/opvoedvraag
- De huisarts verwijst nog steeds direct door naar tweedelijns jeugdhulp – veelal GGZ. De geïnterviewde huisartsen geven aan dit te doen in gevallen waarin klip en klaar is dat sprake is van GGZ problematiek, in geval van spoed zoals suïcidaliteit, en wanneer diagnostiek nodig is.
- Ook pakt de huisarts een lichte casus weleens zelf op, al dan niet met advies van de POH-J.
- POH-J's ervaren verschil in de hoeveelheid casuïstiek die vanuit de huisartsen wordt doorgezet. Sommige POHJ's krijgen van alle huisartsen aanmeldingen, maar van sommige ook weinig of geen. Onbekend maakt ook hier onbemind. Met de huisartsen die al affiniteit hebben met het onderwerp en in het voortraject van de pilot betrokken waren is de samenwerking veelal beter en intensiever.
- Daarnaast is het voor een goede samenwerking belangrijk dat de POH-J op locatie van de huisarts aanwezig is. Waar dat het geval is geven zowel de huisarts als POH-J aan dat ze regelmatig bij elkaar binnen lopen om even te sparren over een casus en af te stemmen waar de casus het beste past. Als gevolg van COVID heeft een aantal POH-J's lange tijd niet op locatie kunnen werken, wat het opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie heeft bemoeilijkt c.q. vertraagd.
- Sommige POH-J's kunnen in het systeem van de huisarts werken, anderen niet. Het wordt als knelpunt ervaren wanneer dat niet kan. Het is prettig wanneer de POH-J kan aanvullen in het journaal. Op deze wijze ontstaat er een directe terugkoppeling en weet de huisarts altijd wat er gebeurt in een casus en wat de status is.

Samenwerking met de huisarts

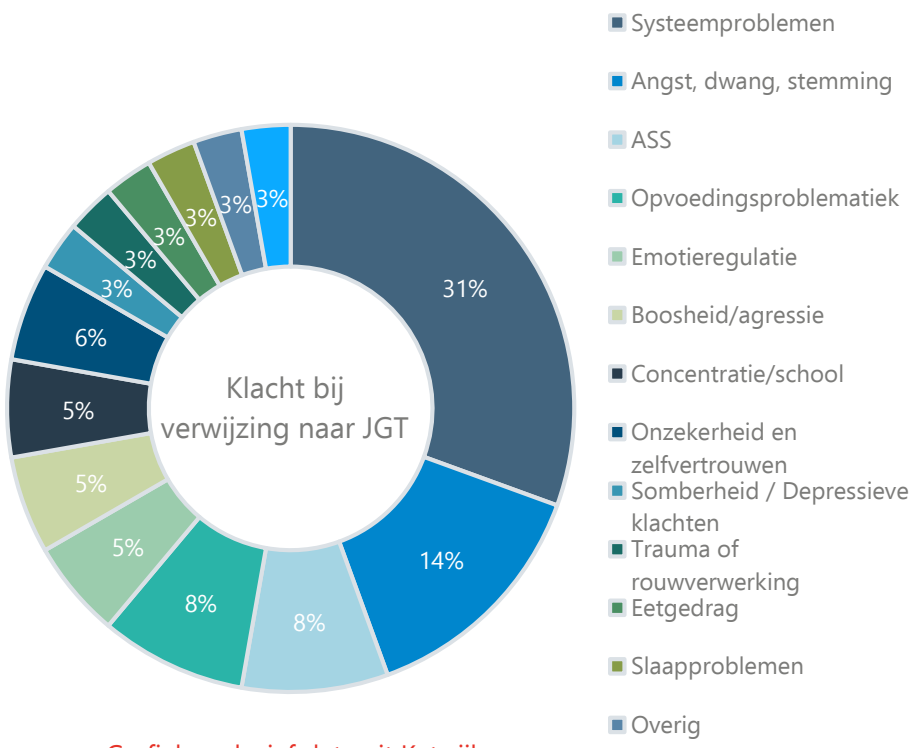
Multidisciplinaire samenwerking, ontzorgen

- Daarnaast werken sommige huisartsenpraktijken met een POH-GGZ. Soms fungeert de POH-GGZ ook als voorportaal voor de POH-J. Om te veel schakels voor de jeugdige te voorkomen, is die werkwijze in de loop van de tijd afgeschaft. De werkzaamheden van de POH-GGZ kunnen overlappen met die van de POH-jeugd. Tegelijkertijd kunnen ze elkaar ook versterken.
- In één van de huisartsenpraktijken in Leiden maakten de huisartsen regelmatig gebruik van advisering door de POH-J. Omdat deze cases niet doorgezet zijn naar de POH-J, komt dit niet naar voren in de monitor.
- In Katwijk is de samenwerking breder dan alleen tussen POH-J en huisarts. Daar vinden multidisciplinaire overleggen plaats waar ingeval van complee casuistiek afstemming tussen de POH-j, POH GGZ, Huisarts en psycholoog plaatsvindt.
- Door enkele huisartsen is genoemd dat door de komst van de POH-J het contact met het JGT verbeterd is, omdat huisartsen nu beter zicht hebben op de werkwijze van het JGT.
- De door ons geinterviewde huisartsen geven aan zich ontzorgd te voelen door de komst van de POH-J. De POH-J heeft veel meer tijd voor vraagverheldering, specifieke jeugdhulpkennis, en door de komst van de POH-J is voor de huisarts veel transparanter geworden wat er vervolgens met een casus gebeurt.

Samenwerking met het JGT

Verwijzingen van de POH-J naar het JGT

- Het aantal verwijzingen naar het JGT is beperkt (36 keer in totaal), 13% van het totaal aantal verwijzingen door alle POH-J's in 2020 en 2021. In Katwijk wordt er geen onderscheid gemaakt in de monitoring tussen een verwijzing naar preventieve hulp of JGT, dus het aantal kan hoger liggen.
- Het JGT wordt voor heel veel type klachten ingeschakeld. Wel zien we dat het bij doorverwijzingen naar het JGT relatief vaak gaat om systeemproblematiek.
- Bij aanvang van de pilot was de veronderstelling dat de tussenkomst van de POH-J tot meer verwijzingen naar het JGT zou leiden; substitutie van J-GGZ naar JGT inzet. Echter, het is de vraag of deze substitutie altijd als normaliserend kan worden aangemerkt. Een JGT traject is vaak redelijk intensief en gemiddeld duurder van een basis GGZ traject. Daarbij wordt het JGT door ouders soms als stigmatiserend gezien.
- In een van de praktijken in Leiden stuurt de huisarts soms direct casuïstiek door naar de JGT'er verbonden aan de school van de jeugdige. Dan is tussenkomst van de POH-J niet nodig.



Grafiek exclusief data uit Katwijk

Samenwerking met het JGT

- Uit de interviews komt een wisselend beeld naar voren over de samenwerking met het JGT; sommige POH-J's zijn positief, anderen geven aan dat nog zoeken is a.g.v. onbekendheid met elkaar, andere werkwijzen en een verschillende kijk op de problematiek.
- Soms overlegt de POH-J met het JGT over een casus; bijvoorbeeld ingeval van complexe problematiek waar al veel hulpverleners bij betrokken zijn. Al is dat binnen de looptijd van deze monitoring niet vaak voorgekomen.
- De samenwerking werkt beide kanten op: het JGT stuurt jeugdigen met enkelvoudige kindgebonden problematiek naar de POH-J en de POH-J verwijst bij gezinsproblematiek door naar het JGT. Mooi samenwerkingsvoorbeeld betreft een casus waarbij de POH-J de angstbehandeling deed en het JGT de contacten met school en de gezinsbegeleiding.
- In sommige gemeenten sluit de POH-J aan bij teamvergaderingen van het JGT en soms is de POH-J naast POH ook werkzaam als JGT'er. In dat geval zijn de lijnen kort, en neemt de POH-J ook weleens casuïstiek mee naar het JGT; vaak als de inschatting is dat het een langlopend traject wordt.
- In een aantal gesprekken is aangegeven dat sommige ouders tijdens het JGT bij de huisarts aankloppen, omdat ze niet tevreden zijn met de geboden hulp of aanvullende hulp willen. Dan helpt het dat er korte lijnen zijn met de POH-J.

Succesfactoren inzet POH-J

Snel, laagdrempelig, normaliserend, verbindend, ontzorgend

- **Snelheid**
  - Overal het algemeen kunnen jeugdigen binnen 2 weken terecht bij de POH-J.
  - In een enkel geval is in de monitoringsformats door de POH aangegeven dat een kind werd doorverwezen omdat de wachttijd bij de POH te lang werd.
- De POH-J wordt als **laagdrempelig** ervaren. In bijna alle gesprekken is dit als belangrijke succesfactor bestempeld. De huisartsenpraktijk wordt door veel ouders als laagdrempelig gezien; dichtbij huis en een bekende en daarmee vertrouwde omgeving. Het JGT ervaren sommige ouders als stigmatiserend. Uit de gesprekken kwam naar voren dat ouders en jeugdigen die voorheen niet open stonden voor hulp, via de route POH-J wel de weg naar ondersteuning weten te vinden.
- **Normaliserend** door de wijze waarop de POH-J de problematiek van de jeugdige benadert; coachend, ondersteunend en gericht op zelfredzaamheid. Waardoor ouders en de jeugdige regelmatig na 1 of enkele contacten weer zelfstandig verder kunnen.
- De POH-J vervult een **brugfunctie tussen de huisarts en het JGT.** Waar de samenwerking tussen huisarts en JGT voorheen niet overal even goed was, is deze met de komst van de POH-J op sommige plekken verbeterd. Huisartsen geven aan dat ze door de rapportage en/of terugkoppeling van de POH-J beter zicht hebben gekregen op wat er met een casus gebeurt en daardoor ook eerder geneigd zijn door te verwijzen naar het JGT als er gezinsproblematiek speelt. *'Het is nu geen black box meer'.*
- De POH-J **ontzorgt de huisarts**. Enerzijds door de ruimere tijd die zij hebben om aan vraagverheldering te doen: een uur tegenover 10 minuten. Anderzijds door het samen sparren over een casus, waarbij de POH-J specifieke jeugdhulpkennis inbrengt.

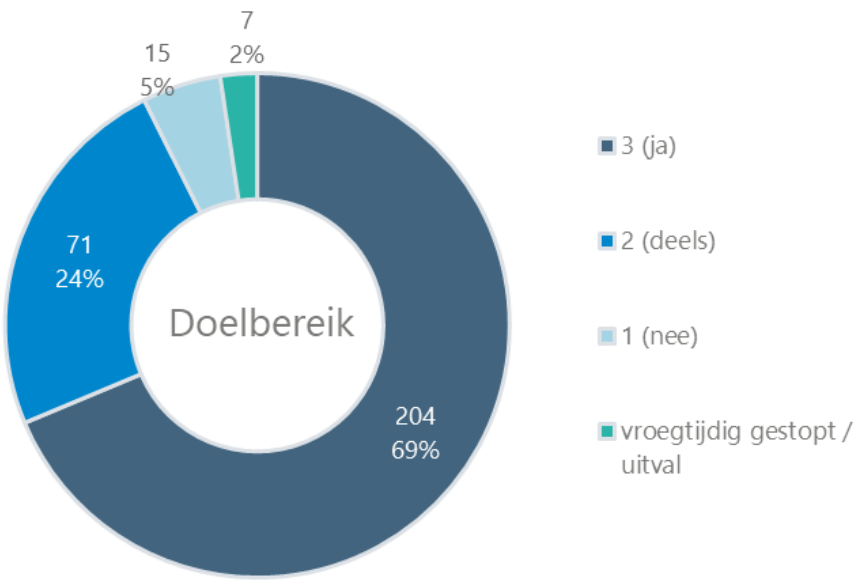
Deze factoren komen overeen met de kwalitatieve effecten zoals beschreven in de effectenboom. Of de POH-J ook bijdraagt aan matched care en of specialistische aanbieders sneller kunnen afschalen door de komst van de POH-J hebben we in deze evaluatie niet vast kunnen stellen.

6

OUTPUT
Doelbereik inzet POH-J en kwantitatieve effecten

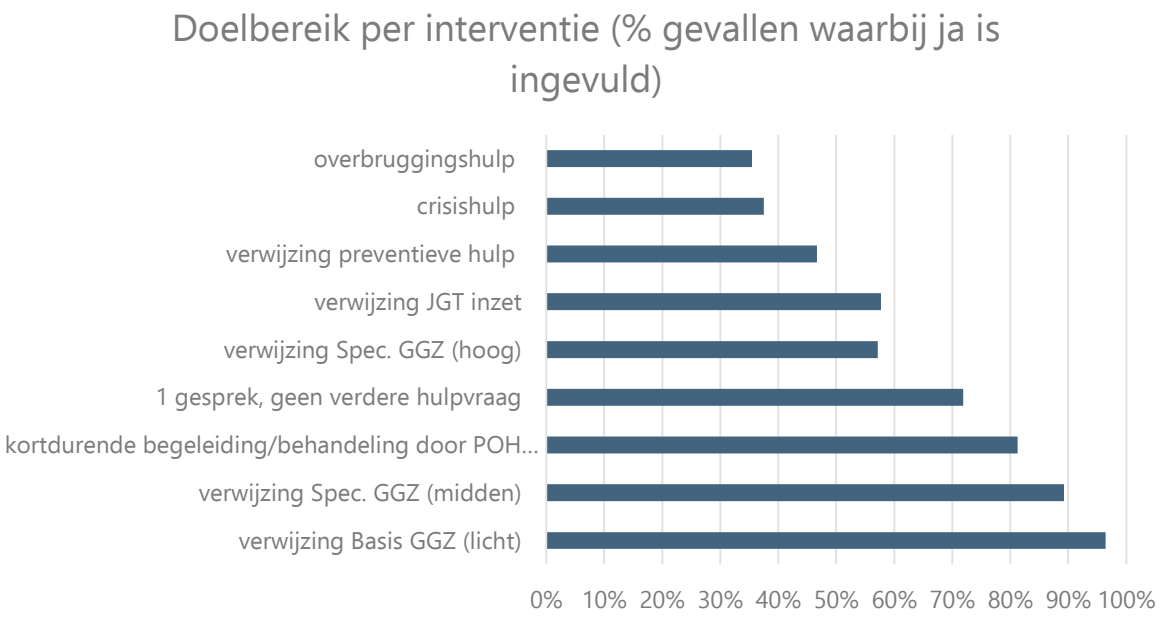
Doelbereik na inzet POH-J

- De POH-J's is in de monitoring gevraagd om voor elk traject het doel van het traject aan te geven.
- De POH-J's hebben veel verschillende doelen geformuleerd. Sommige noemden het type behandeling dat werd ingezet (CGT, EMDR, opvoedondersteuning), anderen noemden vooral vraagverheldering (klachten inzichtelijk maken, er wordt duidelijk wat er nodig) en weer anderen noemden het doel voor het kind (een positief zelfbeeld krijgen, onderlinge relaties (gezin) verbeteren).
- Vervolgens werd hen ook gevraagd na het traject een inschatting te maken van het doelbereik (*self assessment*). In ruim een derde van de cases is dit in de monitoring ingevuld (297 keer). Dat wordt deels verklaard door de monitoring van Katwijk waarin deze indicator ontbreekt. Ook gaf een aantal POH-J's aan het moeilijk te vinden een eigen inschatting te maken van het doelbereik, en dit daarom niet in te vullen.
- Doelbereik kan op twee manieren uitgelegd worden: 1) duurzaam verder kunnen na ondersteuning door de POH-J of 2) een passende verwijzing (*matched care*).
- In ruim twee derde van de gevallen werd aangegeven dat het doel was behaald. In 93 gevallen werd aangegeven dat het doel deels of niet is behaald. Bij een verwijzing naar Basis GGZ werd relatief het vaakst aangegeven dat het doel wel was bereikt (t.o.v. niet of deels), bij overbruggingshulp het minst vaak.



Doelbereik na inzet POH-J

- Uit de interviews blijkt dat de POH-J regelmatig na 2 a 3 gesprekken al verbetering ziet. Ook geeft men aan dat ouders vaak beter begrijpen wat nodig is voor hun kind en de verbinding tussen kind en ouder verbeterd wordt door de inzet van de POH-J .
- Kinderen komen na verwijzing beter op hun plek. Voor de POH-J moest de huisarts soms meerdere keren een verwijzing maken voor een kind, dat gebeurt nu minder.
- Als ouders niet meer openstaan voor het JGT is de POH-J een mooi alternatief om toch met de jeugdige (en ouders) aan de slag te gaan.
- Wanneer het doel niet of deels is bereikt, kan dat verschillende redenen hebben. In de monitoring is daarover o.a. het volgende aangegeven:
  - Ouder of jeugdige heeft twijfels over de behandeling
  - Geen behoefte aan (verdere) hulp
  - Alsnog verwijzing na 6 a 10 contacten POH-J
  - Ingezette behandeling/begeleiding sloeg niet aan



Kwantitatieve effecten

Vermeden tweedelijns jeugdhulptrajecten

- In de effectenboom zijn de verwachte effecten van de POH-J opgenomen. De laatste kolom bevat de effecten die kunnen worden gekwantificeerd en mogelijk ook deels gemonetariseerd. Een aantal van deze effecten heeft een kostenopdrijvend effect (rood) een en aantal effecten leidt tot besparingen op de zorgkosten (in groen). In dit hoofdstuk gaan we nader in op deze kwantitatieve effecten.
- Naast de kwalitatieve effecten die beoogd worden met de POH-J, is het uitgangspunt dat de POH-J zich minimaal terug verdient, en op termijn tot besparingen op de zorgkosten leidt.
- Van aannames naar onderbouwde inzichten en effecten: Veel eerder uitgevoerde onderzoeken naar de effecten van de POH-J zijn deels gebaseerd op aannames en potentiële effecten. Deze MBC en de daarvoor ingerichte monitoring heeft tot doel om zoveel mogelijk onderbouwde praktijkresultaten te presenteren. Waar deze onderbouwing ontbreekt, onthouden wij ons van uitspraken over effectiviteit.
- Op basis van de beschikbare data ligt het zwaartepunt van deze analyse op het 'substitutie-effect'; mate waarin de POH-J de inzet van tweedelijns zorg voorkomt dan wel vervangt.*
- Hierna wordt de impact van de POH-J op verwijzingen naar tweedelijns jeugdhulp beschreven: het aantal verwijzingen en type verwijzingen. Daarna wordt de potentiële besparing op zorgkosten berekend in geval de inzet van een POH-J traject een verwijzing naar basis of specialistische GGZ voorkomt.

Kosten inzet POH

Kosten extra inzet JGT

Hogere zorgvraag

Minder opschaling naar specialistische zorg

Minder stapeling

Minder escalatie van problematiek

Minder recidive

Korter traject

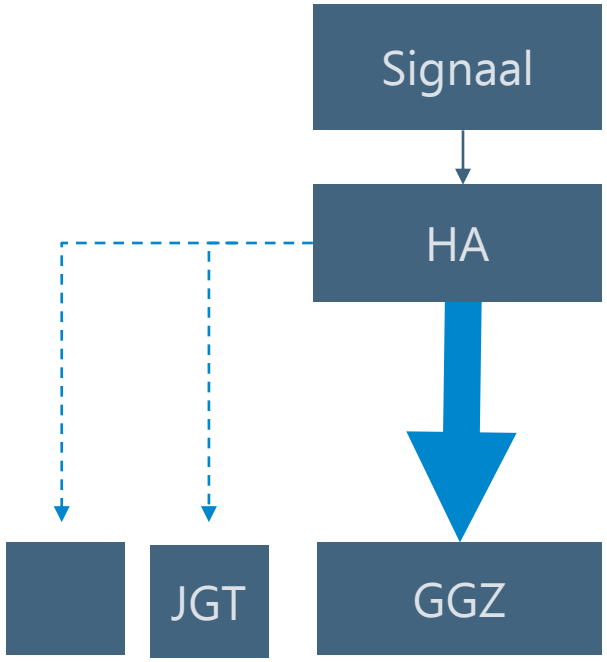
*De monitoringstermijn is nog te kort om uitspraken te kunnen doen over vermindering van recidive (terugkerende zorgvraag). Als gevolg van achterstallige facturatie hebben we nog geen zicht op de trajectduur in 2020. Crisis komt beperkt voor in de data en wordt regelmatig onder een andere productcode geregistreerd. Stapeling van trajecten is niet c.q. beperkt uit de data af te leiden. De verwijzingen naar het JGT zijn wel door de POH-Js gemonitord, maar worden niet geregistreerd in de regionale TWO data waardoor een zuivere vergelijking tussen 2018 en 2020 niet te maken is.

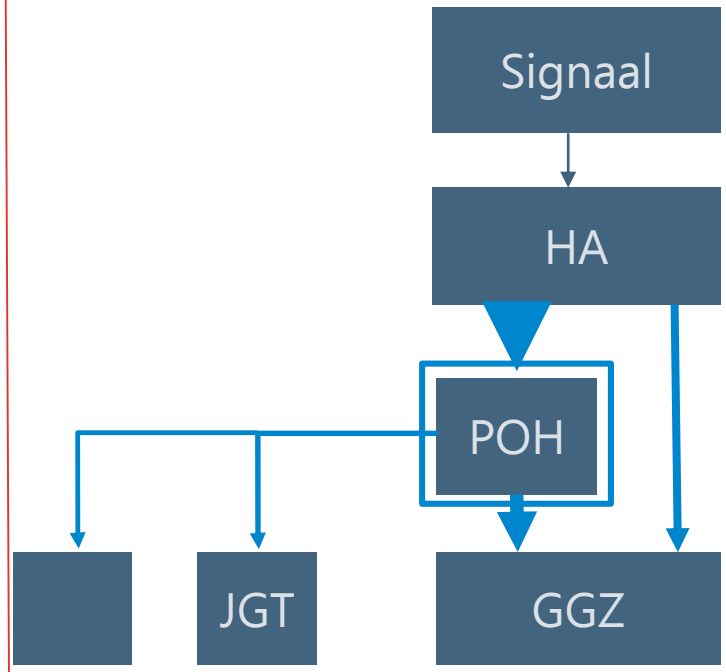
Invloed van de POH-J op verwijsstromen

Verschillenanalyse: met en zonder pilot

Zonder pilot:
Dominante verwijslijn van HA naar GGZ

Met pilot:
Minder rechtstreekse verwijzing naar GGZ, deels afgevangen door POH-inzet





In de situatie zonder POH-J is de huisarts verantwoordelijk voor 74% van alle verwijzingen naar de tweedelijns jeugd-GGZ. Daarnaast kijken we in deze MBC ook naar de huisartsverwijzingen naar een deel van de ambulante jeugd & opvoedhulp. De huisarts is hier verantwoordelijk voor 21% van de verwijzingen. Er wordt door de huisarts zeer beperkt naar het JGT verwezen (dit laatste wordt niet als zodanig geregistreerd door TWO).

In de situatie met POH-J komen ouders & jeugdigen met een jeugdhulpvraag nog steeds eerst bij de huisarts, maar zet de huisarts de vraag door naar de POH-J ingeval het een jeugdhulpvraag betreft; de huisarts doet de eerste triage.

Dat betekent niet automatisch dat alle jeugdhulpvragen vanaf dat moment via de POH-J lopen; de huisarts kan nog steeds besluiten om direct naar de J-GGZ te verwijzen. Bijvoorbeeld als klip-en-klaar is dat het een J-GGZ vraag betreft, ingeval van spoed of als specialistische diagnostiek nodig is. Huisartsen kunnen hier een individuele afweging in maken. Bij aanvang van de pilot was de verwachting dat het merendeel van de jeugdhulpvragen door de huisarts wordt verwezen naar de POH-J.

Eenmaal bij de POH-J is de veronderstelling dat deze vaker zal verwijzen naar het JGT, of voorliggend veld. Daarnaast kan de POH-J een deel van de vragen zelf oppakken. Met als gevolg minder verwijzingen naar de J-GGZ. Of en in hoeverre deze verwijsstromen veranderen a.g.v. van de pilot kunnen we objectiveren aan de hand van regionale data over verwijsstromen. Dit doen we door de jaren 2018 (zonder pilot) en 2020 (met pilot) met elkaar te vergelijken.

Invloed van de POH-J op totale verwijsstroom huisarts

...minder groot dan verwacht

Vergelijking verwijzingen 2018 en 2020

Zoals eerder in dit rapport is toegelicht (zie startfoto) is binnen de scope van deze pilots ook gekeken naar het totaal aantal verwijzingen door de huisarts. Daarbij is een vergelijking gemaakt tussen het aantal verwijzingen in 2018 en 2020 (verdere toelichtingen en opmerkingen in bijlage 3).

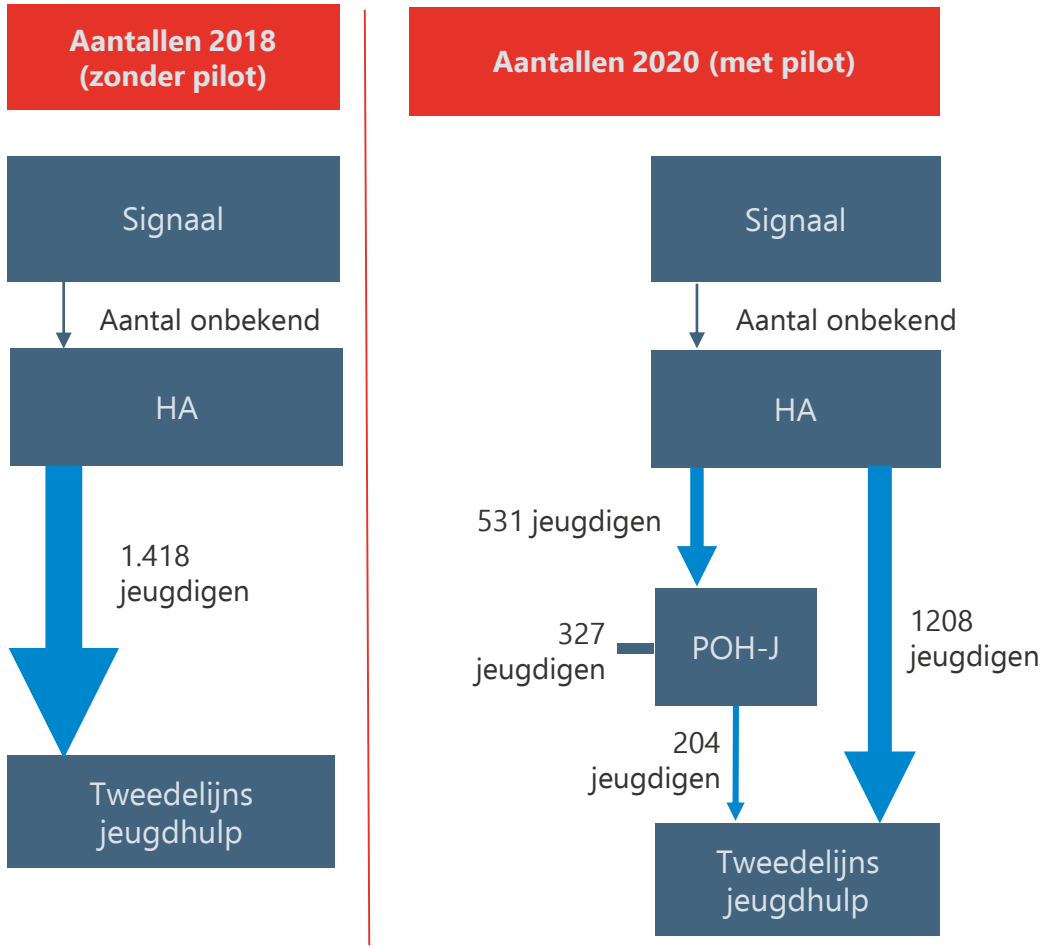
Aantal huisartsverwijzingen gelijk gebleven

Uit de voorlopige regionale data 2020 blijkt dat het totaal aantal verwijzingen door huisartsen binnen de scope ongeveer gelijk is gebleven: van 1.418 in 2018 naar 1.412 in 2020). Er is geen zicht op het aantal kinderen dat door de huisarts zelf geholpen wordt of vanuit de huisarts doorverwezen is naar preventieve hulp of JGT.

De huisarts is in 2020 verantwoordelijk voor 67% van alle verwijzingen naar J-GGZ, t.o.v. 74% in 2018. dit is vooral gelegen in een toename van het aandeel J-GGZ verwijzingen door de gemeentelijke toegang.

Toename jeugdhulpvragen bij de huisarts

Daarnaast blijkt uit de monitoring van de POH-J's dat de huisartsen in 2020 531 jeugdigen hebben doorgezet naar de POH-J (dit aantal ligt lager dan het totale aantal van 755, omdat de jeugdigen van 2021 niet zijn meegenomen). 327 van hen zijn door de POH-J zelf ondersteund of verwezen naar preventieve hulp of het JGT. De 204 jeugdigen die de POH-J alsnog verwezen heeft, maken deel uit van de 1.412 huisartsverwijzingen in 2020. Daarmee schatten we de totale jeugdhulpvraag bij de huisartsen in 2020 op zo'n 1739 kinderen: 1.412 + 327.



Invloed van de POH-J op totale verwijsstroom huisarts (2)

...minder groot dan verwacht

Aanzuigende werking POH-J of algehele toename zorgvraag?

Kortom, de jeugdhulpvraag die binnenkomt via de huisarts – al dan niet met tussenkomst van de POH-J – is tijdens de pilot (2020) groter dan in het jaar zonder POH-J pilot (2018). Dat zou kunnen duiden op een aanzuigende werking. In de interviews is regelmatig gewezen op de laagdrempeligheid van de POH-J, waardoor een groep ouders de weg naar de hulpverlening weet te vinden die niet automatisch bij het JGT aankloppen. Ook kan het zo zijn dat de algehele zorgvraag is toegenomen. Een meerjarige trendanalyse is nodig om hier sluitende uitspraken over te kunnen doen.

30% van de jeugdhulpvragen bij de huisarts komt bij de POH-J terecht

Van de in totaal 1739 jeugdigen die in 2020 via de huisartsenroute binnenkomen is slechts een beperkt deel gezien door de POH-J (531 jeugdigen). Terwijl de veronderstelling was dat het overgrote deel van de jeugdhulpvragen door de huisartsen zouden worden doorgezet naar de POH-J.

Veelgebruikte berekeningen over de kosteneffectiviteit van de POH-J zijn gebaseerd op onderzoeken die zich sec hebben gericht op de cliëntenstroom van de POH-J. In die berekeningen wordt de aanname gedaan dat (bijna) alle jeugdhulpcasuïstiek van de huisarts naar de POH-J wordt doorgezet. Die aanname wordt in dit onderzoek niet bevestigd.

Mogelijk wordt dit percentage op termijn nog wel wat hoger a.g.v. ingroeiperiode waardoor nog niet alle huisartsen bekend zijn met de POH-J en de COVID situatie die opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie met de huisarts heeft bemoeilijkt. POH-J's geven aan dat ze op dit moment van een deel van de huisartsen nog geen of zeer beperkt casuïstiek doorgestuurd krijgen.

Verwijzingen naar tweedelijns jeugdhulp via de POH-J beperkt

Tegelijkertijd zien we dat het aantal jeugdigen dat via de POH-J naar de J-GGZ wordt verwezen aanzienlijk kleiner is, dan de verwijzingen via de huisarts; in slechts 204 gevallen (38%) is via de POH-J verwezen.*

Daarmee zou je kunnen veronderstellen dat er mogelijk wel een afname in de verwijzingen was opgetreden als een groter percentage van de jeugdigen gezien zou zijn door de POH-J. Huisartsen voeren echter al een eerste triage uit en zetten specifieke casuïstiek door naar de POH-J, waarvan ze verwachten dat de POH-J hier iets in kan betekenen. Wanneer meer cases doorsturen naar de POH-J betekent dat hier ook een groot deel zeer complexe casuïstiek bij zit, betekent dit dat de POH-J vervolgens ook een groter deel zal doorverwijzen. Er kan niet zonder meer aangenomen worden dat de verhouding zelf behandelen versus doorverwijzen door de POH-J hetzelfde blijft als huisartsen een groter deel van de cases doorzetten naar de POH-J.

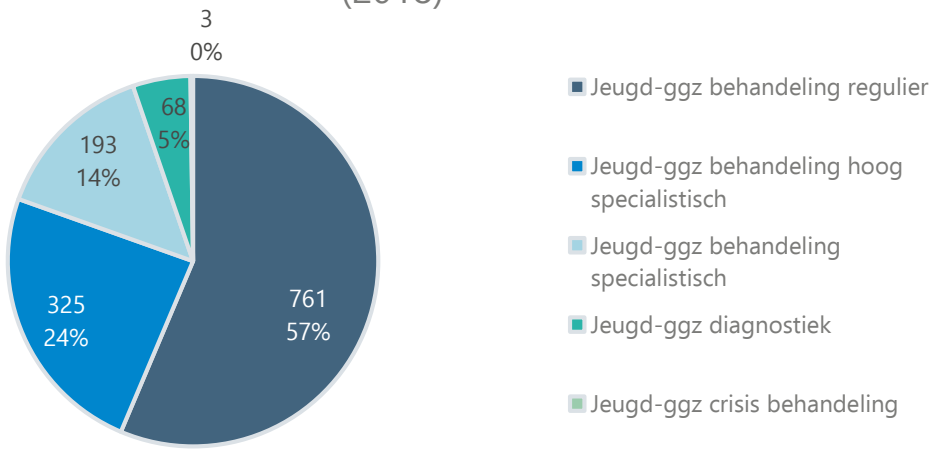
* We kijken hier enkel naar de verwijzingen naar J-GGZ en overbruggingshulp als 'tussenstop' voor een J-GGZ traject, en niet naar de andere verwijzingen (zoals die naar preventieve hulp of het JGT). Daarmee wijkt dit percentage af van de eerder genoemde 37% verwijzingen door de POH-J).

Verwijzingen door de POH-J

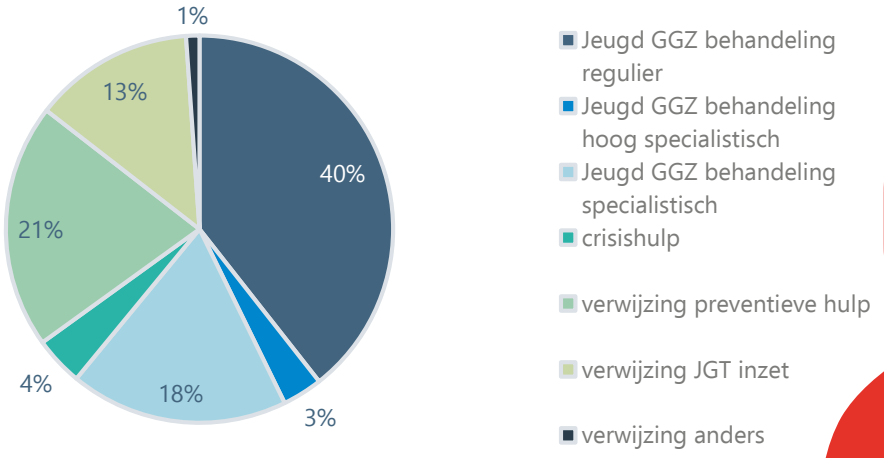
Verhouding verwijzingen

- Wanneer we naar de casuïstiek van zowel 2020 als 2021 kijken, zien we dat de POH-J's zo'n 269 keer enige vorm van verwijzing hebben ingezet (ongeveer 1/3e van het totaal aantal cases)
- We zien dat wanneer de POH-J naar Jeugd GGZ verwijst, de verhouding basis en specialistische ggz in sterke mate overeenkomt met dat van de huisartsen.
- Een uitzondering is dat POH-J's maar heel beperkt aangeven naar hoog specialistische GGZ te verwijzen, en dat huisartsen dit vaker doen. Huisartsen geven ook aan dat wanneer voor hen direct duidelijk is dat sprake is van een complexe GGZ vraag en/of specialistische diagnostiek nodig is, ze veelal direct doorverwijzen naar de GGZ, zonder tussenkomst van de POH-J. Dit kan het hogere percentage verwijzingen naar hoog-specialistische GGZ door de huisarts verklaren. Daarnaast is hier mogelijk sprake van een registratie-effect, omdat niet voor alle POH-J duidelijk is wat het verschil is tussen specialistische en hoog specialistische GGZ.
- We zien ook dat de POH naast verwijzingen naar de Jeugd GGZ, ook verwijst naar preventieve hulp en het JGT. Er is geen inzicht in het aantal verwijzingen door de huisarts zelf naar dit type hulp, wel kwam in de werksessies naar voren dat er slechts beperkt door de huisarts naar het JGT wordt verwezen.
- In Katwijk wordt geen onderscheid gemaakt tussen preventieve hulp en JGT, een verwijzing naar preventieve hulp kan daarom ook op een verwijzing naar JGT wijzen.

Verhouding verwijzingen huisarts naar Jeugd GGZ (2018)



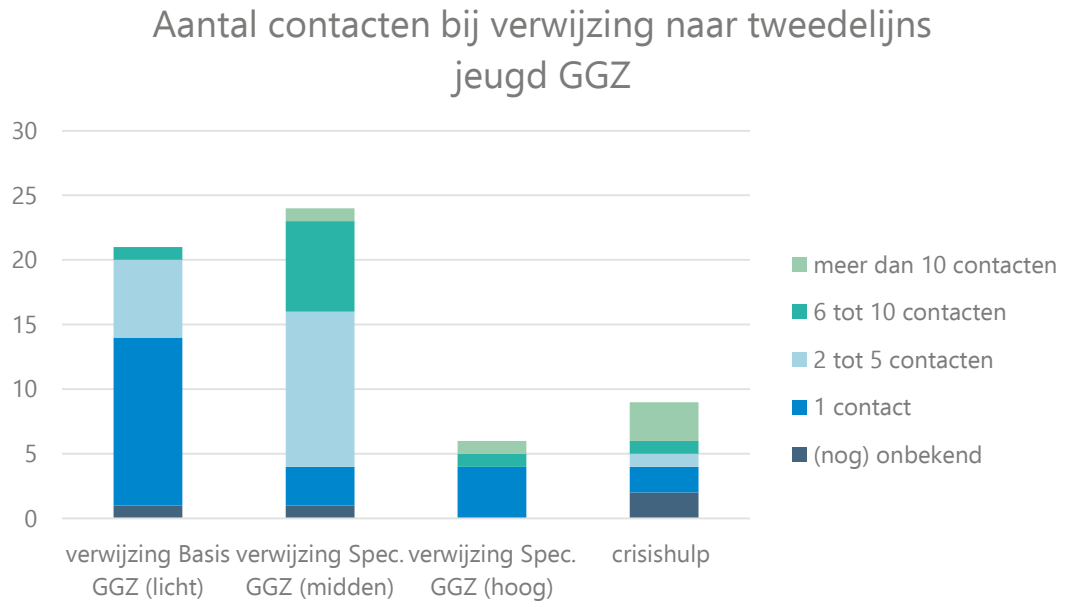
Verhouding verwijzingen door POH (2020 + 2021)



Verwijzingen door de POH-J

Aantal contactmomenten vóór de verwijzing

- De POH-J verwijst niet altijd direct of na 1 contactmoment door. Uit de monitoring blijkt dat het grootste deel van de verwijzingen naar Basis GGZ na 1 contactmoment plaatsvindt, en maar een enkele keer na 6 tot10 contacten. Verwijzing naar specialistische GGZ gebeurt zelden na 1 contact, maar het meest na 2 tot 5 contacten.
- Uit de toelichting in het monitoringsformat blijkt dat dit soms komt, omdat het kind op de wachtlijst van de GGZ wordt geplaatst. Verdere ondersteuning door de POH-J is dan eigenlijk overbruggingshulp, maar wordt niet als zodanig geregistreerd, omdat het in eerste instantie een verwijzing betrof.
- Daarnaast wordt in de monitoring vaak genoemd dat de hulpvraag of problematiek is verduidelijkt tijdens de inzet door de POH-J; mogelijk zijn hier meerdere contactmomenten voor nodig. Ook in de interviews geven de POH-J's aan dat ze de indruk hebben passender te kunnen verwijzen, met name omdat ze meer tijd hebben voor de vraagverheldering.
- We kunnen op basis van de monitoring niet objectiveren of deze uitgebreide vraagverheldering ook tot meer passende verwijzingen leidt; ook wel *'matched care'*. Mogelijk leidt de tussenkomst in sommige gevallen tot *stepped care*; eerst lichte inzet door de POH-J en als na enkele contactmomenten blijkt dat meer specialistische dan wel intensievere inzet nodig is een verwijzing naar specialistische jeugdhulp. Dat laatste is nadrukkelijk niet de insteek van de pilot; leidt tot een extra schakel in een zorgtraject en heeft daarmee een kostenopdrijvend effect.
- In de doorontwikkeling van de pilot verdient het aanbeveling dit nader te verdiepen en onder andere tweedelijns zorgaanbieders waar naar doorwezen te bevragen naar hun ervaringen op dit punt. In het onderzoek 'Stelsel in Groei' (AEF, 2021) waarin o.a. de financiële effecten van de POH-J zijn onderzocht, geven GGZ-instellingen aan dat de verwijzingen van POH-J's over het algemeen passender zijn dan die van huisartsen. Vrijwel alle bevraagde aanbieders gaven aan dat de POH-J in alle gevallen passend verwijst.



Grafiek exclusief Katwijk

Financieel effect: potentiële besparing in de Jeugd-GGZ

Substitutie POH-J vooral voor B-GGZ trajecten

- Uitgangspunt van de pilot is dat de POH-J zich minimaal terug moet kunnen verdienen. In dit hoofdstuk brengen we de potentiële besparing van de POH-J op tweedelijnszorgkosten in beeld. Die besparing zetten we af tegen de kosten van de POH-J.
- Een vergelijking van de data 2020 en 2018 laat geen afname in het aantal verwijzingen zien. Echter, mogelijk wordt dit verklaard door factoren die buiten de invloedsfeer van de POH-J liggen: algehele toename zorgvraag, beperkte doorverwijzing door de huisarts (mogelijk als gevolg van opstartjaar, en het COVID effect op instroom en beperkte aanwezigheid in de praktijk).
- Dat neemt niet weg dat de monitoringsformats laten zien dat de POH-J in 42% van de cases zelf ondersteuning biedt. Hiermee wordt een tweedelijns traject voorkomen. In de data zien we een lichte afname van verwijzingen naar B-GGZ. Daarom veronderstellen we dat de POH-J vooral B-GGZ trajecten heeft gesubstitueerd.
- Daarnaast is het door uitgebreidere triage en expertise van de POH-J ook mogelijk dat er in een aantal gevallen een S-GGZ traject is voorkomen. In de TWO-data is in 2020 een stijging in het aantal SGGZ trajecten te zien, maar dit zou ook door andere factoren (hierboven toegelicht) kunnen komen; mogelijk heeft de POH-J deze stijging deels verminderd.
- Op basis van de jaarlijkse kosten voor iedere gemeentelijke pilot, kunnen we voor de meeste gemeenten de gemiddelde POH-J kosten per uur bepalen. Deze uurprijs ligt binnen een range van € 49 tot € 74 (exclusief Lisse door inzet JGT uren en Leiden door onbekend bedrag per POH-J).
- Als we hiervan het gemiddelde nemen en een uurtarief bepalen inclusief indirect cliënt contact (dossiervorming en afstemmingsmomenten), komt dit neer op €81,- (uitgaande van 33% extra tijd indirect cliënt contact naast de tijd voor het directe cliënt contact, zie bijlage 1).
- Van de 518 jeugdigen die de POH-J's in 2020 hebben gezien, hebben ze 244 jongeren zelf behandeld of begeleid voor zo'n 1, 2-5 of 6-10 contacten.
- Op de volgende pagina is voor een conservatief en optimistisch scenario berekend welke besparing de POH-J's in 2020 hiermee mogelijk hebben gerealiseerd.
- Uit beide scenario's blijkt dat de POH-J's zichzelf in 2020 nog niet hebben terugverdiend; echter is er in 2020 sprake geweest van een ingroeipad in iedere pilot; POH-J's hebben hierdoor niet vanaf het begin op de maximale capaciteit gedraaid. Ook geldt dat in een enkele gemeente de POH-J zichzelf wel heeft terugverdiend; hier zien we een verband met eerdere ervaring als POH-J. **Op basis hiervan concluderen we dat de POH-J's de potentie hebben om zichzelf terug te verdienen op het moment dat zij voldoende caseload en enige ervaring als POH-J hebben.**

Financieel effect: potentiële besparing in de Jeugd-GGZ

Substitutie op B-GGZ, mogelijk ook op S-GGZ

Conservatief scenario

- Uit de TWO data van 2018 blijkt dat een B-GGZ traject in de scope van de pilot gemiddeld zo'n €876,- kost. Een kort POH-J traject kan dus een flinke besparing opleveren, een lang POH traject een lichte besparing t.o.v. de inzet van een B-GGZ traject.
- In het conservatieve scenario doen we de aanname dat de POH-J's met hun trajecten van 2-5 contacten en 6-10 contacten een B-GGZ traject hebben voorkomen.
- Daarmee hebben de POH-J's in 2020 zo'n €170.000,- aan J-GGZ kosten bespaard op regio-niveau.

Optimistisch scenario

- Naast de aanname dat de POH-J vooral B-GGZ trajecten kan vervangen, kan het ook voorkomen dat de POH-J een S-GGZ traject vervangt, bijvoorbeeld door zelf een intensiever traject te bieden van 6 – 10 contacten. Hiermee voorkomt de POH-J een traject van gemiddeld €2.994,- (o.b.v. TWO-gegevens uit 2018).
- In het optimistische scenario doen we de aanname dat in 30% van de trajecten van 6-10 contacten een S-GGZ traject wordt voorkomen, in de overige 70% een B-GGZ traject, en alle 2-5 contacten een B-GGZ voorkomen. Daarnaast doen we de aanname dat bij 25% van de trajecten van 1 contact door de POH-J, een B-GGZ traject wordt voorkomen.
- Als dit in 2020 het geval is geweest, hebben de POH-J's ruim €205.000 aan J-GGZ kosten bespaard op regioniveau. Dit dekt ruim de helft van de kosten die de gemeenten in het pilotjaar voor de POH-J's hebben gemaakt.

Lengte traject	Aantal trajecten (2020)	Gem kosten POH-J per traject	Besparing op B-GGZ kosten
1 contact	49	€ 81	NVT
2-5 contacten	95	€ 325	€ 83.220
6-10 contacten	36	€ 650	€ 31.536
Gemiddelde Katwijk (7.9)	64	€ 642	€ 56.064
Totaal	**244**		**€ 170.820**

Lengte traject	Aantal trajecten (2020)	Besparing op B-GGZ kosten	Besparing op S-GGZ kosten
1 contact	49	€ 10.731	NVT
2-5 contacten	95	€ 83.220	NVT
6-10 contacten	36	€ 22.075	€ 32.335
Gemiddelde Katwijk (7.9)	64	€ 10.496	€ 57.485
Totaal	**244**	**€ 115.791**	**€ 89.820**

In het onderzoek 'Stelsel in Groei' (AEF 2021) waarin de financiële effecten van de POH-J zijn doorgerekend wordt gerekend met een gemiddelde trajectprijs van 2.100 tot 2.500 euro. Kijkend naar de trajectprijzen in de regio Holland Rijnland komt dit bedrag meer in de buurt van de S-GGZ traject dan een B-GGZ traject. Wij achten het op basis van de data waarschijnlijker dat de POH-J voornamelijk B-GGZ trajecten weet te voorkomen.

Wanneer verdient de POH-J zichzelf terug?

2 rekenvoorbeelden

- Naast een inschatting van de potentiële baten van de POH-J in 2020, kan met de informatie uit de monitoringsformats ook een inschatting worden gemaakt van het aantal trajecten dat de POH-J jaarlijks zou moeten voorkomen om zichzelf terug te verdienen.
- In de twee rekenvoorbeelden hiernaast is dit berekend voor een gemeente met een groot aantal uren (Oegstgeest) en een gemeente met een laag aantal uren (Lisse) op basis van het conservatieve scenario (alleen B-GGZ trajecten worden vermeden).
- Uit deze rekenvoorbeelden is te zien dat het mogelijk is voor de POH-J om zichzelf terug te verdienen. Wel betekent dit in beide gemeenten dat de POH-J het grootste aandeel van de beschikbare uren zou moeten inzetten voor kortdurende behandeling/begeleiding door de POH-J zelf, zonder dat hier een verwijzing op volgt. Op basis van de huidige monitoringsinformatie zien we dat dit in de meeste gemeenten nog niet het geval is.
- De rekensom wijst uit dat de POH-J zo'n 2/3e van haar tijd effectief moet besteden aan het voorkomen van B-GGZ trajecten om kosteneffectief te zijn. Het aandeel uren dat de POH-J daarmee houdt voor ander type trajecten (overbruggingshulp, een niet effectief traject, e.d.) en bijkomende taken is bij de gemeente met een klein aantal uren heel beperkt: slechts 1.5 uur per week. Bij de gemeente met een groter aantal uren is hier meer ruimte voor: 10 uur per week.
- Om voldoende slagkracht als POH-J te hebben, is daarom een zekere minimumcapaciteit gewenst. Daarnaast dient rekening te worden gehouden met een ingroeiperiode van minimaal een jaar.

Rekenvoorbeeld o.b.v uren Oegstgeest

POH-J werkt 32 uur per week voor €100.000 (uurtarief is €81)

Om zichzelf terug te verdienen moet ze **€ 100.000** aan GGZ kosten besparen.
Dit zijn **114** BGGZ trajecten.
Op basis van de huidige verhouding gaan we uit van 50% trajecten van 2-5 contacten en 50% trajecten van 6-10 contacten.

- Dit staat gelijk aan **57** trajecten van 2-5 contacten in een jaar.
- En **57** trajecten van 6-10 contacten in een jaar.

Dit staat gelijk aan **911** uur werk voor de POH-J.
Dit houdt in dat de POH-J **19** uur per week besteed aan trajecten waardoor doorverwijzing voorkomen wordt.

- Waarvan **15** uur direct klantcontact.
- En **5** uur indirect klantcontact.

Rekenvoorbeeld o.b.v uren Lisse

POH-J werkt 4 uur per week (uurtarief is €81)

Om zichzelf terug te verdienen moet ze **€ 12.688** aan GGZ kosten besparen.
Dit zijn **14** BGGZ trajecten.
Op basis van de huidige verhouding gaan we uit van 50% trajecten van 2-5 contacten en 50% trajecten van 6-10 contacten.

- Dit staat gelijk aan **7** trajecten van 2-5 contacten in een jaar.
- En **7** trajecten van 6-10 contacten in een jaar.

Dit staat gelijk aan **116** uur werk voor de POH-J
Dit houdt in dat de POH-J **2.5** uur per week besteed aan trajecten waardoor doorverwijzing voorkomen wordt.

- Waarvan **1.8** uur direct klantcontact.
- En **0.6** uur indirect klantcontact.

7

Verklarende factoren: lokale, regionale en maatschappelijke context

Maatschappelijke en regionale context

Verklarende factoren

COVID

- Als gevolg van COVID zien we een versterkte conjunctuur in het aantal aanmeldingen bij de POH-J's: een stevige dip tijdens de eerste lockdown en een piek begin van de zomer. De totale zorgvraag (TWO Data 2020) in Holland Rijnland laat een vergelijkbaar beeld zien.
- COVID heeft ook effect gehad op de inbedding van de pilot: hierdoor waren de POH-J's minder aanwezig op locatie, waardoor geen of beperkt face-to-face contact met andere zorgprofessionals mogelijk was. Dit heeft ook impact gehad op het opbouwen van een samenwerkingsrelatie met de huisartsen en daarmee waarschijnlijk ook op het aantal verwijzingen vanuit de huisarts naar de POH-J.
- Een aantal pilots is als gevolg van COVID later gestart.

Wachtlijsten jeugd-GGZ

- Niet alleen in Holland Rijnland, maar in heel Nederland is sprake van wachtlijsten in de jeugd-GGZ. Dat heeft ertoe geleid dat de POH-J regelmatig overbruggingszorg heeft geboden, terwijl dit eigenlijk niet bij de taakopvatting van de POH-J hoort. Overbrugging leidt ook niet tot substitutie, omdat de aard van de problematiek vraagt om een vorm van specialistische inzet die de POH-J niet kan bieden. Hoewel het inhoudelijk zeer wenselijk kan zijn dat deze jeugdige tijdig ondersteuning krijgen, heeft dit op korte termijn een kostenopdrijvend effect.

Vergelijkbaarheid met overige onderzoeken naar effect POH-J

Dit is niet het eerste onderzoek naar de effecten van de POH-J. Bij aanvang van deze MBC hebben we verschillende bronnen bestudeerd. Veel van deze bronnen kenden beperkte onderbouwing, waardoor we deze niet als referentiekader hebben gebruikt. De meest betrouwbare bron betreft onderzoek uitgevoerd door Accare, Karakter en Molendrift in 2019, onder 51 POH-J's. Ter vergelijking; het Holland Rijnland onderzoek heeft betrekking op 11 POH-J's in 6 gemeenten. In veel daaropvolgende onderzoeken en landelijke vergelijkingen wordt het onderzoek van Accare et al. aangehaald; o.a. Samenwerking tussen huisarts en wijkteam (NJI, 2019) en Stelsel in Groei (AEF, 2020). De rapportage van het NJI ziet met name op de kwalitatieve effecten van de POH-J. Deze zijn, net als in het onderzoek van Accare et al., vergelijkbaar met de effecten die we in dit onderzoek hebben gezien.

In het rapport Stelsel in Groei wordt de potentiële besparing van de POH-J berekend. Hierin wordt aanname gedaan dat met de komst van de POH-J alle huisartsverwijzingen naar de J-GGZ nu eerst via de POH-J lopen. Dit is echter niet onderzocht. In dit onderzoek hebben we hier wel naar gekeken, en op basis daarvan geconstateerd dat slechts 30% van de huisartsverwijzingen via de POH-J loopt.

Daarnaast rekent AEF met S-GGZ trajectprijzen, terwijl de Holland Rijnland data aanleiding geven te veronderstellen dat primair B-GGZ wordt voorkomen door de inzet van de POH-J.

Dat verklaart waarom het besparingspotentieel in het AEF rapport veel groter is, dan waar de resultaten van dit onderzoek aanleiding toe geven.

Impact van verschillen in lokale context

Vier relevante factoren

De pilots zijn op verschillende wijzen ingericht. In de startfoto zijn de belangrijkste verschillen tussen gemeenten opgesomd. Op basis van de monitoringsgegevens en gevoerde gesprekken kunnen een aantal elementen worden onderscheiden die bepalend zijn voor het effect c.q. succes van de POH-J.

Capaciteit

- In gemeenten waar de POH-J's meer uren beschikbaar hebben, zien we ook een hoger aantal cases.
- Daarnaast zien we dat ook relatief meer intensieve trajecten worden ingezet als meer uren beschikbaar zijn. Een langere periode van monitoring en verdiepende analyse zal moeten uitwijzen of dit ook tot meer duurzame inzet leidt, of dat een korter traject volstaat.

Achtergrond en ervaring POH-J

- De wijze waarop de POH-J haar rol invult is afhankelijk van de deskundigheid en ervaring van de POH-J. Bij sommige POH-J's ligt het zwaartepunt op coaching en begeleiding, anderen bieden ook kortdurende behandeling en voeren lichte diagnostiek uit.
- De variatie in opleidingsniveau en ervaring tussen de POH-J's is groot. Daarnaast verschillen de pilots in aantallen en type casuistiek die door huisartsen wordt doorgezet naar de POH's en wordt er op sommige plekken wel of niet samengewerkt met een POH-GGZ. Dat maakt dat we geen uitspraken kunnen doen over welk deskundigheidsprofiel het meest passend is c.q. de grootste meerwaarde biedt.
- Wel zien we dat de POH-J die al ervaring had als POH-J het grootste deel van de casuistiek zelf oppakt.

Positionering

- In 1 praktijk zorgt voor sterkere samenwerkingsrelatie tussen POH-J en huisarts
- In meerdere praktijken zorgt voor meer bereik
- Fysieke aanwezigheid in de praktijk is een belangrijke succesfactor
- Werkgeverschap vanuit JGT of de zorggroep/huisarts kent beide voor en nadelen. POH-J's die ook als JGT'er werkzaam zijn geven aan dat zij soms makkelijk kunnen schuiven in hun caseload door langdurige trajecten over te dragen naar het JGT. De jeugdige blijft dan wel dezelfde hulpverlener houden. In dienst van de zorggroep/huisarts vergemakkelijkt het werken in hetzelfde systeem, waardoor informatie-uitwisseling tussen de huisarts en de POH-J veel beter is ingeregeld.

Inrichting van lokale zorglandschap

- De POH-J is een aanvulling op het lokale zorglandschap. De POH-J vult 'gaten' in het aanbod op, zowel qua capaciteit als deskundigheid. In de opstartfase was dit voor veel POH-J's nog een zoektocht; een POH-J ging bij de start bijvoorbeeld te veel op de stoel zitten van het CJG.
- Daarnaast is de POH-J sterk afhankelijk van het aantal en type casuïstiek dat door de huisarts wordt doorverwezen naar de POH-J.

8

Conclusies en doorontwikkeling

Conclusies

POH-J is van waarde, maar heeft nog beperkte invloed op verwijslijn huisarts

POH-J als interventie om een deel van de jeugdhulpvragen kortdurend en laagdrempelig op te vangen bij de huisarts werkt

- Uit de werksessies en gesprekken komt een eenduidig beeld naar voren dat men positief is over de POH-J. Snelle toegang tot zorg, laagdrempelige inzet, normaliserend effect en kortere lijnen tussen de huisarts en het JGT en het ontzorgen van de huisarts worden als belangrijkste successen genoemd.
- De POH-J draagt bij aan één van de doelen van de Jeugdwet, normalisering. Ouders en jeugdigen ervaren de ondersteuning van de POH-J als prettig. Regelmatig kunnen ouders en kind na 1 of enkele gesprekken weer zelfstandig verder.

Kwalitatieve effecten vergelijkbaar met pilots elders in het land

- Het beeld van de inzet, werkwijze en effecten van de POH-J is vergelijkbaar met evaluaties elders in het land. De pilots in Holland Rijnland 'scoren' op elementen zelfs beter. Zo wordt door de POH-J's in Holland Rijnland gemiddeld genomen minder doorverwezen naar specialistische jeugdhulp, dan de cijfers uit het onderzoek van Accare onder 51 POH-J's laten zien (in Holland Rijnland doen 11 POH-J's mee).
  - Holland Rijnland: 37% doorverwijzingen + 10% overbruggingshulp
  - Onderzoek onder 51 POH-J's: 47% doorverwijzingen + 12% overbruggingshulp

Nog steeds veel rechtstreekste verwijzingen vanuit de huisarts naar de J-GGZ

- Wat dit onderzoek vooral heeft aangetoond, is dat er ondanks de komst van een POH-J nog steeds heel veel rechtstreekse verwijzingen via de huisarts lopen. Het effect van de POH-J op het totaal aantal huisartsverwijzingen is daarmee beperkt.

Impact POH-J op het totaal aan verwijzingen en zorgkosten daarmee beperkter dan in eerder onderzoek is aangenomen

- Eerdere onderzoeken naar kosteneffectiviteit van de POH-J baseren zich op de aanname dat de POH-J vrijwel alle huisartsverwijzingen naar jeugdhulp 'afvangt'. Wij hebben geen onderzoek gevonden waarin deze aanname kon worden onderbouwd met data. In dit onderzoek is wel een vergelijkend onderzoek uitgevoerd naar het totaal van huisartsverwijzingen in een jaar met en zonder POH-J. Dit onderzoek laat zien dat de huisartsen slechts 30% van de jeugdhulpcasuïstiek doorzet naar de POH-J en daarmee in 70% nog steeds rechtstreeks verwijst naar tweedelijns jeugdhulp.
- Dit is de belangrijkste verklaring waarom de financiële baten van deze interventie lager uitvallen dan op voorhand verondersteld werd.
- Daarnaast moet rekening gehouden worden met de effecten van COVID, waardoor de resultaten van de pilot enigszins vertekend zijn en 2020 geen representatief jaar is.

Conclusies

Potentie zichzelf terug te verdienen, geen omvangrijke besparing

De POH-J heeft de potentie zichzelf terug te verdienen

- De inzet van de POH-J substitueert met name B-GGZ trajecten, en mogelijk in enkele gevallen ook een S-GGZ traject. Op basis van de data 2020 ligt de potentiële besparing van vermeden GGZ-trajecten tussen de €170.000 en €205.000 euro.
- Hiermee hebben de pilots zichzelf in 2020 op totaal van de regio nog niet terugverdiend. In enkele afzonderlijke gemeenten is dit wel (al) het geval.
- Inachtneming dat 2020 een opstartjaar was, maar ook dat de COVID-19 crisis effect heeft gehad op de caseload van de POH-J's, concluderen we dat de POH-J's de potentie hebben zichzelf op termijn wel terug te verdienen.

Geen omvangrijke besparing te verwachten

- Een omvangrijke besparing is echter ook op langere termijn niet te verwachten. De POH-J is een hoog-deskundige professional met bijbehorend kostenplaatje. Dat deskundigheidsniveau is onderdeel van het succes. De trajecten die de POH-J vervangt zijn in de regel de kortdurende lichtere B-GGZ trajecten met een beperkt kostenplaatje. Daarom is het ook ingeval een groter bereik niet te verwachten dat hier een grote besparing uit voortvloeit.

Duurzame inzet als lonkend perspectief

- De waarde wordt vooral bepaald door de snelle, laagdrempelige en normaliserende inzet, die door ouders en jeugdigen als zeer prettig wordt ervaren. Het is niet onwaarschijnlijk dat dit ook tot meer duurzame inzet leidt. Net als de verwachting dat de POH-J door de meer grondige vraagverheldering tot betere verwijzingen leidt. Daar gaat op lange termijn wel een kostenbesparend effect van uit. Het vraagt echter langjarige monitoring om hier onderbouwde uitspraken over te kunnen doen.

Aanbevelingen

Inrichting en doorontwikkeling

Aandachtspunten voor de inrichting

Dit onderzoek heeft een aantal randvoorwaarden opgeleverd die bijdragen aan het succes van de POH-J.

- Fysieke aanwezigheid van de POH-J in de huisartsenpraktijk zorgt voor korte lijnen en een betere samenwerkingsrelatie met de huisarts
- POH-J toegang geven tot het systeem van de huisarts met oog op informatie-uitwisseling tussen POH-J en huisarts
- Huisartsen goed meenemen en informeren bij de start, en aandacht voor een heldere communicatiestrategie richting huisartsen gedurende de uitvoering van de pilot
- Capaciteit POH-J afstemmen op beoogde doelen; als een gemeente streeft naar een zekere mate van substitutie van tweedelijnsjeugdhulp is meer inzet nodig, dan wanneer het doel primair gericht is op het ontlasten van de huisarts. Als vuistregel geldt dat de POH-J 2/3e van haar tijd effectief moet besteden aan het voorkomen van B-GGZ trajecten om kosteneffectief te zijn. Gegeven de overige werkzaamheden van de POH-J is een zekere minimumcapaciteit vereist om voldoende slagkracht te hebben.

Met oog op de doorontwikkeling

- ***Duidelijke opdracht en afbakening takenpakket***
  Alle POH-J's geven aan zoekend te zijn in hun rol; wat doe je zelf, wanneer zet je door, hoe lang ondersteun je als POH-J? Die ruimte en vrijheid hoort bij experimenteren, maar inmiddels is dermate veel ervaring opgedaan met POH-J's in het land dat met oog op de doorontwikkeling en het vergroten van de effectiviteit het wenselijk is hier een nadere afbakening in aan te brengen.

  Een duidelijkere rol en takenpakket kan ook helpen in de communicatie met huisartsen, zodat zij beter weten waarvoor ze de POH-J kunnen benutten.

- ***Kennis uitwisselen***
  - Faciliteer een frequente ontmoeting tussen POH-J's onderling om kennis uit te wisselen en samen te sparren, om zo van elkaar te leren.
  - Op deze wijze kan de functie van POH-J verder worden geprofessionaliseerd. Denk aan methodisch werken, het vereiste deskundigheidsprofiel, kwaliteitsstandaarden etc. met de kanttekening de functie niet te veel dicht te timmeren, en voldoende professionele ruimte te behouden voor maatwerk.

- ***Bereik POH-J vergroten***
  Naar verwachting wordt het effect van de POH-J groter als het lukt het bereik van de POH-J te vergroten. We zien twee 2 knoppen waar je aan kunt draaien:
  - Ontvankelijkheid en bekendheid van huisartsen vergroten om de POH-J in te zetten. De door ons geïnterviewde huisartsen die nauw betrokken zijn bij de pilot gaven aan dat ze de meeste jeugdhulpvragen naar de POH-J doorsturen.
  - Capaciteit van het aantal POH-J uren omhoog schroeven. Heeft tevens beperkingen omdat succes ook zit in vast gezicht, aanwezigheid praktijk etc. dat lukt niet meer als je heel veel POH-J's inzet.

Aanbevelingen doorontwikkeling

Monitoring en samenhang in jeugddomein

Inbedden monitoring

De monitoring die in het afgelopen jaar in de pilot is uitgevoerd, geeft mooie inzichten in de werkwijze en de caseload van de POH-J's. Uitbreiding van de monitoring kan nog meer inzichten geven in de effectiviteit van de POH-J:

- Als deze monitoring in de komende jaren wordt doorgezet, kan deze ook inzicht geven in de duurzaamheid van de interventie en mogelijke recidive-vermindering. Bijvoorbeeld door de POH-J periodiek te laten reflecteren op de caseload en te identificeren of er sprake is geweest van terugval.
- De huidige monitoring kan worden uitgebreid met inzicht in de verwijzingen door deelnemende huisartsen. Het is hierbij belangrijk om te inventariseren welke cliënten de huisarts naar de POH-J verwijst, welke de huisarts doorzet naar vormen van tweedelijns jeugdhulp, en welke afweging de huisarts hierbij maakt.
- Ook kan de monitoring worden uitgebreid door bij tweedelijns zorgaanbieders te inventariseren wat de ervaring is met verwijzingen door de POH-J's. Bijvoorbeeld middels een periodieke uitvraag over de ervaringen met POH-J's, of door (steekproefsgewijze) navraag na doorverwijzing van een client door de POH-J.
- Het onderscheid tussen overbruggingshulp en een verwijzing door de POH-J blijkt soms moeilijk te duiden. In de toekomstige monitoring raden we aan een scherpe definitie voor overbruggingshulp te bepalen, waarbij ook het type overbruggingshulp (BGGZ, SGGZ, etc.) kan worden aangeduid door de POH-J.
- Tot slot dient steeds een goede afweging te worden gemaakt tussen de inspanning die de monitoring vergt en de inzichten die het oplevert, om de registratielast bij de POH-J's niet onnodigt te verzwaren.

Naar een samenhangend pakket aan interventies

De transformatie van de jeugdhulp is een fikse opgave. Zeker gezien de toenemende financiële druk bij gemeenten. De interventie POH-J staat niet op zichzelf en krijgt vooral waarde als deze in samenhang met andere interventies wordt ingezet.

- In samenhang met interventies gericht op het oplossen van door- en uitstroomproblematiek, zodat de POH-J capaciteit niet voor een groot deel wordt opgeslokt door overbruggingshulp a.g.v. toenemende wachttijden voor J-GGZ.
- Oog voor het samenspel tussen JGT's, huisartsen en POH-J's als belangrijkste verwijzers. Een strengere selectie aan de ene poort, resulteert regelmatig in meer druk aan de andere poort (waterbedeffect). Er ontstaat meer grip en sturingsmogelijkheden wanneer ontwikkelingen in huisartsverwijzingen in samenhang met verwijzingen vanuit de gemeentelijke toegang worden gemonitord.
- Er worden verschillende interventies ingezet gericht op het verlagen van de druk op de huisarts en het substitueren van J-GGZ inzet. Bijvoorbeeld de inzet van ADHD diagnostiek op school, en vaste GGZ-deskundigheid in het onderwijs. Deze hebben net als de POH-J invloed op de huisartsenverwijslijn en de inzet van tweedelijns J-GGZ. Deze interventies kunnen elkaar versterken als ze in samenhang worden ingezet. Tegelijkertijd dient ook rekening te worden gehouden met een aanzuigende werking, wanneer op verschillende plekken laagdrempelig aanbod wordt gecreëerd en bestaat er een risico van dubbeltelling op potentiële besparing op J-GGZ kosten.

Bijlagen

Bijlage 1: methodologische verantwoording

Het doel van de MBC is enerzijds om inzicht te geven in de werkwijze van de POH-J; en anderzijds om de kwalitatieve en kwantitatieve effecten van de POH-J in beeld te brengen.

Om deze verschillende inzichten in kaart te brengen, zijn in deze MBC 3 gegevensbronnen gebruikt:

- Analyse van de casuïstiek van de deelnemende POH-J's: op basis van de monitoring in de periode januari 2020 t/m maart 2021 (N=755);
- Analyse van de totale stroom aan huisartsenverwijzingen van de praktijken geïncludeerd in de pilot, op basis van TWO data (N= 1418 (in 2018));
- Inzichten van POH-J's, huisartsen, overige zorgprofessionals en beleidsmedewerkers: op basis van gemeentelijke werksessies en interviews

Elk van de deze gegevensbronnen heeft een eigen doel:

- De monitoringsgegevens geven inzicht in de werkwijze van de POH-J en de effecten binnen 1 traject.
- De TWO data plaatst de POH-J in breder perspectief door inzichten over de totale verwijsstroom van huisartsen naar de tweedelijns jeugdhulp, en het aandeel van de POH-J daarin.
- De werksessies zijn ingezet ten behoeve van een praktijktoets op de data; mate waarin deze cijfers worden herkend. En om deze nader te duiden en in de lokale context te plaatsen.

Ook heeft elke gegevensbron eigen aandachtspunten:

- De monitoringsgegevens in deze MBC zijn door POH-J's zelf bijgehouden en ons achteraf toegestuurd (wel is het monitoringsformat afgestemd met de gemeente). Hierdoor kunnen fouten in de registratie optreden of data missen.
- Tijdens de analyse van de TWO-data van 2020 bleek dat de facturatiegegevens van een aantal aanbieders missen. Dit maakt informatie over de kosten in 2020 onvolledig en dus onbruikbaar. Daarom is de gebruikte TWO-data in deze MBC is grotendeels afkomstig uit 2018 (verdere toelichting op het gebruik van de data in bijlage 3)
- Bijna alle POH-J's hebben deelgenomen aan de werksessies. Echter gold voor de huisartsen dat vooral de actief betrokken huisartsen deelnamen aan de werksessies. Hierdoor hebben we beperkt zicht op de inzichten van de totale groep huisartsen (hier is in de analyse rekening mee gehouden).

Bijlage 2: Scope jeugdhulp

Productcodes die zijn meegenomen in de TWO data-analyse

Productcodes	Omschrijving
54001	Jeugd-ggz behandeling regulier
54002	Jeugd-ggz behandeling specialistisch
54003	Jeugd-ggz behandeling hoog specialistisch
54004	Jeugd-ggz diagnostiek
54016	Jeugd-ggz crisis behandeling
54070	Consultatie basis GGZ
54080	Consultatie specialistische curatieve GGZ
45A48	Jeugdhulp ambulant regulier: inspanningsgericht (individueel)
45A49	Jeugdhulp ambulant regulier: inspanningsgericht (groep)
45A52	Jeugdhulp ambulant regulier: inspanningsgericht (op locatie)
45A53	Jeugdhulp ambulant specialistisch: inspanningsgericht (individueel)
45A54	Jeugdhulp ambulant specialistisch: inspanningsgericht (groep)
45C57	Therapeutische jeugdhulp bij de zorgaanbieder
45A57	Jeugdhulp ambulant specialistisch: inspanningsgericht (op locatie)
45A65	Behandeling: inspanningsgericht
45A69	Behandeling: inspanningsgericht (op locatie)
45A71	Jeugdhulp ambulant laag tarief: inspanningsgericht (groep)
45A75	Behandeling paramedisch binnen KDC

* Deze zijn in overleg met TWO bepaald.

Bijlage 3: Toelichting analyse TWO data

Welke analyse hebben we in de MBC toegepast?

- In deze MBC wordt zowel in de startfoto als bij de effecten en de berekening van de potentiële besparing (pagina 16, 33, 34, 36, 42 en 43) gebruikt gemaakt van informatie over het totaal aantal verwijzingen naar tweedelijns jeugdhulp. Deze informatie is afkomstig uit de facturatiegegevens van zorgaanbieders van de regionale inkooporganisatie TWO.
- Zoals in bijlage 1 is toegelicht, wordt in deze MBC gebruik gemaakt van de TWO data uit 2018 om tot over aantal trajecten en trajectprijzen te komen.
- De TWO data bevat de volgende informatie:
  - Geanonimiseerde BSN jeugdige
  - Gemeente jeugdige
  - Aanmelddatum
  - Productcode (zie bijlage 2)
  - Verwijzer
  - Zorgaanbieder
  - Prijs per maand
- Op basis van die informatie hebben wij de volgende berekeningen opgenomen in de MBC:
  - Totale prijs van jeugdhulptrajecten per verwijzer (bepaling van trajecten wordt toegelicht op volgende slide)
  - Totaal aantal jeugdhulptrajecten per verwijzer
  - Gemiddelde trajectprijs per productcode
- De methode die we hebben gebruikt om tot deze informatie te komen, wordt in de komende slides verder toegelicht.

Bijlage 3: Toelichting analyse TWO data

Hoe komen we aan de trajectaantallen en -prijzen?

- Bij het selecteren en filteren van de data is er een aantal afwegingen gemaakt die van invloed zijn op de data (vooral de aantallen verwijzingen) die in de startfoto en bij de effecten (pagina) wordt gepresenteerd.
- Op advies van inkooporganisatie TWO hebben we geen verwijzingen meegenomen die vóór 5 januari plaats hebben gevonden, omdat dit herverwijzingen uit het vorige jaar betreffen en we verwachten dat de POH-GGZ Jeugd hier geen invloed op heeft.
- De TWO data bestaat uit factuurregels per jeugdige, gekoppeld aan verwijzingsgegevens van de verwijzer. Om te bepalen wanneer deze factuurregels 1 traject vormden, hebben we een aantal aannames gedaan:
  - Een traject heeft altijd een unieke BSN code;
  - Een traject heeft altijd dezelfde aanmelddatum, startdatum en einddatum;
  - Een traject heeft altijd dezelfde woonplaats (van de jeugdige);
  - Een traject heeft altijd dezelfde hoofd-productcode (zie bijlage 2): wanneer 1 jeugdige op dezelfde dag zowel een verwijzing voor een hoog specialistisch als basis GGZ traject krijgt, tellen we deze dus als 2 trajecten.
- Vervolgens hebben we bepaald wat de gemiddelde trajectprijs van deze trajecten was. Dit hebben we gedaan door de bedragen van de factuurregels binnen 1 traject bij elkaar op te tellen. Vervolgens is via steekproeven en door vergelijking met trajectprijzen in andere regio's gecheckt of deze trajectprijzen aannemelijk waren.

Bijlage 3: Toelichting analyse TWO data

Hoe hebben we de scope van de analyse bepaald?

- Eerdere startfoto's in deze MBC zijn opgesteld op basis van de scope van de huisarts. Hiervoor is op basis van gemeentelijke informatie en deskresearch per gemeente een lijst van huisartsen opgesteld die binnen de scope vallen. Alleen verwijzingen die vallen binnen de scope van de gemeente op basis van de huisartsen (dus niet de jeugdigen) werden meegenomen in de data-analyse.
- Echter bleek dat deze filtering niet voor iedere huisarts mogelijk was voor de data van 2020; wegens nieuwe AVG-regels mag TWO deze informatie niet meer bijhouden.
- Voor de gemeenten waarin meer dan 80% van de huisartsen deelnam aan de pilot, zijn daarom alle verwijzingen binnen die gemeente meegenomen (dit kunnen in enkele gevallen ook verwijzingen door huisartsen buiten de pilot of buiten de gemeente zijn). Hierdoor kunnen de aantallen enigszins (maar niet significant) afwijken van het werkelijke aantal verwijzingen door de deelnemende huisartsen.
- Voor de gemeenten waarin alleen de huisartspraktijken binnen een bepaalde dorpskern deelnemen, zijn alle verwijzingen uit een bepaald postcode gebied (zie volgende slide) meegenomen. Ook hier kunnen de aantallen enigszins afwijken van het werkelijke aantal verwijzingen door de deelnemende huisartsen.
- Van één huisartspraktijk was de informatie voor 2020 nog wel te achterhalen in de TWO data: praktijk Wantveld. Op deze praktijk is de eerder genoemde filtering toegepast in het data bestand. Hiervoor geldt dat lege/anonieme entries of verkeerd opgegeven namen niet zijn meegenomen in de scope. Het aantal verwijzingen kan daardoor (zowel voor 2018 als voor 2020) een onderschatting zijn van het werkelijke aantal.

Gemeente	Scope
Katwijk	• Alle huisartsverwijzingen uit de gemeente
Hillegom	• Alle huisartsverwijzingen uit de gemeente
Lisse	• Alle huisartsverwijzingen uit de gemeente
Teylingen	• huisartsverwijzingen uit postcodegebieden: 2215+2360+2361+2362
Oegstgeest	• Alle huisartsverwijzingen uit de gemeente
Leiden	• Scope pilot niet uit TWO data gefilterd: naam deelnemende huisartsen is in 2020 niet geregistreerd bij verwijzing.
Noordwijk	• huisartsverwijzingen uit postcodegebieden: 2211+2210 • huisartsverwijzingen met verwijzer uit praktijk Wantveld

Bijlage 4: Legenda monitoringsformats

Indicatorenset: vaste antwoordcategorieën, aangevuld met open toelichting

n1 Patiënt nummer	n2 Leeftijd (bij aanvang)	n3 Geslacht	n5 Verwijzer	n6 Datum eerste consult	n7a Klacht/vraag	n7b toelichting n8a	n8a hulpverlenings geschiedenis	n8b toelichting n7a	n9 Welke interventie is er ingezet?	n10 Intensiteit POH inzet	n11 duur van de POH inzet	n12 locatie hulp	n13 doel / gewenst resultaat ingezette hulp	n14a doelbereik	n14b toelichting n14a	n15 datum einde zorg
	0-21	Man	Huisarts		Aandacht		nee		1 gesprek, geen verdere hulpvraag	1 contact	< 1 maand	thuis		1 (nee)		
		Vrouw	Jeugdarts		Concentratie/school		ja, zelfde problematiek		verwijzing preventieve hulp	2 tot 5 contacten	< 2 maanden	school		2 (deels)		
			Wijkteam		Emotieregulatie		ja, andere problematiek		verwijzing JGT inzet	6 tot 10 contacten	< 3 maanden	wijk		3 (ja)		
			School		Slaapproblemen		ja, gezinsleden		kortdurende begeleiding/behandeling door POH jeugd	meer dan 10 contacten	3 tot 6 maanden	gemeente		vroegtijdig gestopt / uitval		
			Ouders		Systeemproblemen		ja, actuele hulpverlening in gezin		crisishulp		> 6 maanden	buiten gemeente				
			Anders		Onzekerheid en zelfvertrouwen				overbruggingshulp							
					Opvoedingsproblematiek				verwijzing Basis GGZ (licht)							
					Angst, dwang, stemming				verwijzing Spec. GGZ (midden)							
					Eetgedrag				verwijzing Spec. GGZ (hoog)							
					Lichamelijke klachten											
					Sociale interactie											
					Trauma of rouwverwerking											
					ASS											
					Overig											

Bijlage 4: Toelichting analyse monitoringsformats

- De analyses over de inzet van de POH-J zijn grotendeels gebaseerd op de uitkomsten uit de monitoringsformats (zie vorige slide voor legenda van de monitoringsformats).
- In totaal hebben we van 11 POH-J's monitoringsformats ontvangen (uit 7 gemeenten). Daarnaast hebben we analyses ontvangen van de monitoringsformats uit Katwijk (zij hebben een eigen monitoringsformat ingericht).
- De POH-J's hebben de monitoringsformats bij de start van de pilot ontvangen (met een enkele aanpassing in de daaropvolgende maanden). De inhoud van de monitoringsformats is tijdens de regionale werksessies afgestemd met de beleidsmedewerkers van iedere gemeenten, daarnaast zijn alle gemeenten zijn in de gelegenheid gesteld om vragen te stellen over de monitoringsformats. Eind 2020/begin 2021 zijn de eerste uitkomsten uit de monitoringsformats met de POH-J's besproken, evenals knelpunten en vragen over het format.
- Bij de analyse van de formats zijn hier en daar een aantal bewerkingen gedaan op de uitkomsten (denk aan het maken van overkoepelende categorieën voor bijvoorbeeld leeftijd, type verwijzing (naar preventieve hulp), maar is de invoer van de POH-J'ers zelf nooit veranderd.
- De informatie uit Katwijk is zoveel mogelijk gematcht met de informatie uit de monitoringsformats; echter kunnen er op basis van de informatie uit Katwijk geen dwarsverbanden worden gelegd (zoals type interventie en het aantal contacten). Wanneer dit in de rapportage wel is gedaan, is hier de informatie uit Katwijk niet in meegenomen.

Belangrijkste uitkomsten uit andere grote onderzoeksrapporten

Accare: Jeugdhulp bij de huisarts (november 2019)
Dit onderzoek onder 51 POH's Jeugd laat zien dat zij een deel van de jeugdigen die in de huisartsenpraktijk komt, kunnen helpen. Ook liggen er kansen voor vroegsignalering van problemen en voor kortere effectievere behandelingen. Jeugdigen en hun ouders zijn over het algemeen erg tevreden over de dienstverlening. Het opleidingsniveau van de POH's Jeugd in dit onderzoek was minimaal een HBO-opleiding. In 47% van de trajecten werd doorverwezen naar jeugdhulp en in 10% van de trajecten was er sprake van overbruggingshulp. In 41% van de trajecten deed de POH Jeugd zelf het begeleidingstraject. De meeste hulpvragen hadden betrekking op emotionele problemen (23%), gedragsproblemen (18%) en gezins- en opvoedingsproblemen (13%). De meeste begeleiding was kortdurend en intensief: 48% had maximaal 2 en 82% had maximaal 5 contacten, van de trajecten was 35% binnen een week, 49% binnen drie weken en 76% binnen 10 weken afgesloten. Aanbevelingen uit dit onderzoek:
- voldoende GGZ-ervaring op minimaal HBO-niveau
- kennis van samenwerking en de sociale kaart, inzetten op samenwerking met wijkteam
- het versterken van het netwerk is een kerntaak,
-positionering bij de huisarts,
- directe beschikbaarheid en kortdurende hulp
- duidelijke kaders (randvoorwaarden) en goede afspraken rond dossiervorming.

Nivel: ***Evaluatie pilot "Huisarts in de praktijk van de jeugdzorg"*** (2015)
Dit onderzoek volgt via interviews een pilot van een zorggroep van huisartsen om in het kader van de transitie van de jeugdzorg Jeugd-GGZ binnen de huisartsparktijken vorm te geven. Conclusies: het gebruik van de Jeugd-POH-GGZ ging niet gepaard met toenemend psychofarmacagebruik en ook niet met toename van verwijzingen. De pilot liet aanzetten zien tot verdere samenwerking tussen huisarts, jeugdarts en GGZ-praktijken. Van alle deelnemers is ongeveer de helft (45%) behandelt door de POH Jeugd en ongeveer de helft (45%) doorverwezen, bij 10% was behandeling of doorverwijzing na een gesprek niet meer nodig. De ervaringen van jeugdigen en ouders zijn positief: laagdrempelige zorg van goede kwaliteit. Netwerkvorming kost tijd, samenwerking met basisscholen ging goed, maar breder (peuterspeelzalen, maatschappelijk werk, etc) moet nog van de grond komen. De pilot was te kort om samenwerking met sociale wijkteams te realiseren.

AEF 'Stelsel in de groei' (2020)
Dit rapport beveelt aan om het aanstellen van een POH Jeugd te overwegen en in het beleid de nadruk te leggen op normaliseren, de-medicaliseren en eigen kracht. Het rapport nodigt uit om de transitie van de jeugdzorg te bekijken in het licht van verbeteringen. De huidige problemen zitten in toegenomen zorgkosten per cliënt door een steeds langere duur van behandelingen tussen 2015-2019. Daarnaast is er sprake van een groeiende instroom. Het rapport noemt ontwikkelingen in de samenleving als oorzaak voor de hoge instroom. Een conclusie van AEF is dat preventie en vroegsignalering mogelijk een kostenopdrijvend effect heeft voor gemeenten doordat een latente vraag wordt aangeboord: aanbod creëert vraag. Het AEF ziet de POH Jeugd als een kansrijke beheersmaatregel: volgens een voorzichtige schatting komt 40% van de jeugdigen via de POH Jeugd niet meer in de specialistische Jeugdhulp terecht. Sommige huisartsen verwijzen alle kinderen eerst naar de POH Jeugd, terwijl andere huisartsen hier een selectie in maken. Volgens AEF verwijst de POH Jeugd vaker door naar het voorliggend veld, en GGZ instellingen vinden de vragen van doorverwezen jeugdigen duidelijker als dit via de POH Jeugd gaat. Ongeveer 1,0-1,2fte POH is nodig op 10.000 jeugdigen en een POH Jeugd kost, exclusief ruimte, €100.000,- - €110.000,- voor 1 fte (38 uur, schaal 9-10).
Mits ook huisartsen enthousiast zijn (naast eerdergenoemde randvoorwaarden) is voor hen minder werkdruk mogelijk, er is meer samenwerking in de keten, meer normalisering, minder wachttijd en betere kwaliteit van de zorg voor jeugdigen.